

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2563

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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

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

ฝ่ายจัดการ

นางบังอรศรี จินดาวงศ์

นายนิพัทธ์ สีสุปัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

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

หมายเหตุ

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

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มาณพ คณะโต

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.พญ. วิสรา ลู่วะ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิ่มสุนทร

ภาควิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์
และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

พ.ท.ดร. กฤติณ ศีลฉันท

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ขนิษฐา ทุมมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
วิทยาเขตสกลนคร

ดร. ดวงใจ วิชัย

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

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

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร. นฤกร อิตุพร

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ดร. นฤมล จันทร์มา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพย์เนตร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มั่งคละศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พุณรัตน์ ลียติกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. รัชชนก รัตนกรปรีดา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

นางรชยา ยิกุสังข์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ดร. ราณี วงศ์คงเดช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. วรุฒิ ชมพูนาน	ภาควิชาเวชกิจฉุกเฉิน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วราวัชร ขจรรัตนวนิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยิ่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนะบุญ	ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. อุมافر เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.ดร. นุชรัตน์ มั่งคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. นवलฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ดร. ขนิษฐา ทุมมา	คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. จักรสันต์ เลยหยุด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร. ชัญญา ธีรโชติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร. วราวัชร ขจรรัตนวนิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

ดร. สุจิตตา ฤทธิมนตรี

ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง

ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน

ดร. ขนิษฐา สุนาคราช

ดร. สุพัตรา สุขาวห

โรงพยาบาลัญญารักษ์ขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2563 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับสารเสพติด โรคเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

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

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยา เคมีบำบัด	1
ณัฐรัชญา ไชยวงษ์, โกสินทร์ วีระสร, พัชรีย์ ประสมพีช	
ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด	17
จรีพร อุ่นบุญเรือง, จันทราพร ลุนลุด, อาทิตยา ประนัดสุดจำ, อุบล จ้วงพานิช	
ผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี	29
เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, อิศรา ศิริมณีรัตน์, ศิริพร แยมมูล, สุพิศ บุญลาภ, ณัฐฐกิตติ์ เอี่ยมสมบุญ	
ผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว	41
ทศพร ชูศักดิ์, นัชชา ยันติ	
ผลของขอคำเมืองเล่าเรื่อง Stroke ต่อการรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	55
สุนทรี สุรัตน์, ธานัท นิตยคำหาญ, เสกสรร มีธรรม	
ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชี ในจังหวัดนครราชสีมา	71
สมทรง คันทนที, ธาริณี อังคัยศ	
ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ของเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร	91
สุภัทราภรณ์ ทองจิตร	

สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ในผู้เข้ารับการ บำบัดด้วยวิธีพัฒนาพลเมือง หน่วยฝึกการรบพิเศษ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา พูนรัตน์ สียะติกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา	103
การใช้ยาเสพติดในผู้ใช้แรงงานขนส่ง นฤมล จันทร์มา	117
รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม กาญจนา จันทะนุญ, ภาควุฒิ อินทร์ม่วง, คำตัน ปิยะไธ, ศุภชัย แพงคำไหล	129

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัด

ณัฏฐา ไชยวงศ์, โกสินทร์ วีระสร*, พัทธี ประสมพีช*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2559-มกราคม 2560 จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 16 ราย และกลุ่มทดลองอีก 16 ราย ตามช่วงเวลาที่ได้รับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลในวันแรก และ 2) แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย, Pearson Chi-Square test, Student's t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการติดเชื้อ ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [(37.50% vs 81.25%, p-value = 0.012), (13.00 ± 5.01 vs 25.88 ± 5.89, p-value < 0.001) และ (49,916.56 ± 28,114.85 vs 102,915.4 ± 43,130.76, p-value < 0.001) ตามลำดับ]

คำสำคัญ: ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ, อาการใช้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ, แนวปฏิบัติการพยาบาล

* โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Natchaya Chaiyawong, E-mail: natchaya7043@hotmail.com

Received 23/01/2020

Revised 11/03/2020

Accepted 17/03/2020

EFFECT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE ON INFECTION RATE, LENGTH OF STAY AND HOSPITALIZATION COST IN CHEMOTHERAPY INDUCED NEUTROPENIC CANCER PATIENTS

Natchaya Chaiyawong^{}, Kosin Wirasorn^{**}, Patcharee Prasompuech^{*}*

ABSTRACT

This quasi-experimental before and after study aimed to examine the effects of a clinical nursing practice guideline on infection rate, length of stay and hospitalization cost among chemotherapy induced neutropenic cancer patients. The study subjects consisted 32 hospitalized neutropenic cancer patients at Srinagarind Hospital during August 2016-January 2017 who met the specified criteria, which divided into two groups consecutively, 16 patients who got conventional treatment before implementing guidelines were control and another 16 patients who be treated according to the guidelines were the experimental group. Datas were collected by 1) a personal information questionnaire in the first day and 2) the infection, length of stay and the hospitalization cost recording form before discharge. Descriptive statistics, Pearson Chi-Square test, Student's t-test and Mann-Whitney U test were used for datas analysis.

The results revealed that the experimental group showed statistically significant lower percentages of infection rate, mean length of stay and hospitalization cost than those of control group [(37.50% vs 81.25%, p-value = 0.012), (13.00 ± 5.01 vs 25.55 ± 5.89, p-value < 0.001) and (49,916.56 ± 28,114.85 vs 102,915.4 ± 43,130.76, p-value < 0.001)] respectively.

Keywords: Neutropenia, Febrile neutropenia, Clinical nursing practice guideline

^{*}Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

^{**}Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด (Chemotherapy Induced Neutropenia: CIN) เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจากภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ โดยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะเริ่มเพิ่มสูงขึ้นกว่าคนปกติ เมื่อค่าสัมบูรณ์เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Absolute Neutrophil Count: ANC) ในกระแสเลือดลดต่ำกว่า 1,500 เซลล์/มม.³ (neutropenia เกรด 2)¹ ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน อาจปรากฏไม่ชัดเจนหรือไม่มีอาการเลย เนื่องจากจำนวนนิวโทรฟิลที่ลดลง แต่การติดเชื้อสามารถลุกลามได้อย่างรวดเร็ว² ไข้จึงเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยที่สุด และอาจเป็นอาการเดียวที่บ่งชี้ว่าการติดเชื้อเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) จะพบการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกายได้ถึงร้อยละ 50-90^{2,3} และหาก ANC ลดลงต่ำกว่า 100 เซลล์/มม.³ อาจพบการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ถึงร้อยละ 20² โดยผู้ป่วยที่มีภาวะ febrile neutropenia แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม⁴ คือ 1) กลุ่มที่มีไข้และสามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ (microbiologically documented infection) 2) กลุ่มที่มีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อ เช่น มีอาการ

ท้องเสีย หรือไอ แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ (clinically documented infection) และ 3) กลุ่มที่มีไข้แต่หาตำแหน่งของการติดเชื้อไม่พบ (fever of unknown origin) ซึ่งร้อยละ 40-70 ของผู้ป่วยที่มีภาวะ febrile neutropenia มักหาสาเหตุของไข้ไม่พบ⁵⁻⁷ แต่ทั้งนี้ภาวะ febrile neutropenia ต้องประกอบด้วยข้อบ่งชี้ 2 ประการ⁸ คือ 1) การมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยมีจำนวน ANC น้อยกว่า 500 เซลล์/มม.³ หรือน้อยกว่า 1,000 เซลล์/มม.³ แต่มีแนวโน้มว่าจะลดลงเหลือน้อยกว่า 500 เซลล์/มม.³ ภายในเวลา 48 ชั่วโมง และ 2) มีภาวะไข้โดยวัดทางปากได้มากกว่าหรือเท่ากับ 38.3 องศาเซลเซียส 1 ครั้ง หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 38.0 องศาเซลเซียส 2 ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง การเกิดภาวะ febrile neutropenia ขึ้นหลังได้รับเคมีบำบัด ส่งผลกระทบทำให้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น⁹ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากการถูกจำกัดกิจกรรมและความไม่สุขสบายต่าง ๆ¹⁰ และอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษา (planned dose) ซึ่งจะส่งผลต่อการพยากรณ์โรค การควบคุมโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยด้วย¹¹

จากสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี 2556 พบผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังรับเคมีบำบัด 71 ราย จำนวนนี้เกิดภาวะ febrile

neutropenia ร้อยละ 50.70 ส่วนปี 2557 พบ 77 ราย และเกิดภาวะ febrile neutropenia สูงขึ้นถึงร้อยละ 58.44¹² ซึ่งเดิมทางโรงพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (isolation precaution) ซึ่งประกอบด้วย standard precaution ที่เป็นมาตรฐานพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยทุกราย และ transmission-based precaution ซึ่งเป็นมาตรการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อ ร่วมกับการดูแลตามแนวทางการแยกผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย การแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรค สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเข้มงวดก่อนเข้าหาผู้ป่วย ได้แก่ ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ เสื้อคลุมและแยกของใช้จากผู้ป่วยอื่น¹³ แต่จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติด้วยวิธีเดิมมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างของหน่วยงาน เช่น ห้องแยกโรคไม่เพียงพอ และพบความหลากหลายในการปฏิบัติของบุคลากร เช่น ความหลากหลายในการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายและการรายงานภาวะไข้ของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ Kenny, Lawson (2000)¹⁴ ยังพบว่าการใส่เสื้อกาวน์ ไม่ได้ทำให้อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยแตกต่างกับกลุ่มที่บุคลากรไม่ได้ใส่เสื้อกาวน์ในการดูแล ส่วน Mank, van der Lelie (2003)¹⁵ พบว่าการแยกผู้ป่วยและจำกัดสิ่งแวดล้อมอย่างเข้มงวด โดยการให้ผู้ป่วยรับประทานเฉพาะ

อาหารปลอดเชื้อ อยู่ในห้องควบคุมความดันบุคลากรที่ให้การดูแลต้องสวมผ้าปิดปาก-จมูก เสื้อกาวน์ และสวมถุงมือปลอดเชื้อทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล ไม่ได้ทำให้อัตราการติดเชื้อและการเสียชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างจากกลุ่มที่เน้นเพียงการดูแลสุขอนามัย การล้างมือ การงดนำดอกไม้และต้นไม้เข้าไปในห้องผู้ป่วย และจำกัดไม่ให้ผู้ที่มีอาการติดเชื้อเข้าเยี่ยม โดยไม่ได้ควบคุมสิ่งแวดล้อม เข้มงวด และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การดูแลตามแนวปฏิบัติเดิมนี้อย่างไม่ครอบคลุมกับช่องทางการได้รับเชื้อก่อโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากยาเคมีบำบัด ซึ่งประกอบด้วย 3 ช่องทาง¹⁶ ได้แก่ 1) เชื้อประจำถิ่นในร่างกาย (endogenous flora) โดยพบว่า endogenous flora ในระบบทางเดินอาหารเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 50-80^{17,18} และหากมีการฉีกขาดของผิวหนังและเยื่อในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นกลไกทางกายภาพด่านแรก (physical barriers) ในการป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ก็จะเป็นช่องทางให้ endogenous flora เหล่านี้แทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ ซึ่งเชื้อกลุ่มนี้ไม่สามารถป้องกันได้โดยการแยกผู้ป่วย แต่ต้องเน้นการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลและดูแลเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายให้แข็งแรง¹⁹ โดย Fuccini et al. (2011)²⁰ พบว่า เยื่อช่องปากอักเสบมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ febrile

neutropenia และการติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) การติดเชื้อจากภายนอก ร่างกาย (exogenous pathogen) ซึ่งจะเข้าสู่ร่างกายผ่านการสัมผัสและการปนเปื้อนในขั้นตอนการทำหัตถการหรือสอดใส่อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย และ 3) เชื้อก่อโรคจากสิ่งแวดล้อม เช่น เชื้อที่ปนเปื้อนมากับอาหาร น้ำ อากาศ ญาติที่มาเยี่ยม หรือผู้ป่วยอื่นในห้องผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออยู่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้²¹ ดังนั้น จึงได้นำแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (Soukup, 2000)²² มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และวัดผลที่จะเกิดขึ้น เปรียบเทียบกับแนวทางที่มีอยู่เดิม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มี

ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ก่อน และหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2559 - มกราคม 2560

วัสดุและวิธีการ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัด²³ ตามแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (Soukup, 2000)²² มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการพัฒนา (evidence-triggered phase) จากตัวกระตุ้น 2 แหล่ง คือ ปัญหาในการปฏิบัติงาน (practice triggered) หรือจากองค์ความรู้ใหม่ๆ (knowledge triggered) 2) การทบทวนสืบค้น ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ สังเคราะห์องค์ความรู้ ยกร่างแนวปฏิบัติ และตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ (evidence-support phase) 3) การนำร่างแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรคเชิงกระบวนการโครงสร้างความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ และปรับแก้ไขแนวปฏิบัติให้สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง และขั้นตอนที่ 4 คือ การนำแนวปฏิบัติที่แก้ไข

แล้วมาใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น^{2,3} เนื้อหาของแนวปฏิบัติประกอบด้วย 5 หมวด คือ 1) การประเมินเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ 2) การป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อประจำถิ่น แบ่งเป็นการดูแลสุขวิทยาของผิวหนังและเยื่อเมือก และการดูแลสุขวิทยาของช่องปาก 3) การป้องกันการติดเชื้อจากการให้ยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำ 4) การป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาของมือ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการป้องกันการติดเชื้อจากอาหาร และ 5) การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะ febrile neutropenia ขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์แพทย์หน่วยโลหิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน

3. วิธีการ ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งวิธีดำเนินการศึกษากับบุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มการศึกษา จากนั้นในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2559 (3 เดือน) ทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และระยะเวลาการอยู่รักษาของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล

ตามปกติก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจากแฟ้มประวัติการอยู่รักษาของผู้ป่วยจนครบ 16 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อ จำนวน วันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 - มกราคม 2560 (3 เดือน) โดยก่อนเริ่มทำการศึกษา ทีมผู้วิจัยนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ต่อแพทย์ที่เกี่ยวข้องและบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือในการใช้และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัด ($ANC < 1,500 \text{ cell/mm}^3$) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 16 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติการอยู่รักษาของผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในวันแรกที่ทำให้การดูแลตามแนวปฏิบัติ ส่วนข้อมูลการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และระยะเวลาอยู่รักษาจะเก็บรวบรวมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย จากแฟ้มประวัติการอยู่รักษาของผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมี

บำบัด ที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2559 -
มกราคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามเกณฑ์ที่
กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ทุกชนิดที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 1,500
เซลล์/มม³ หลังได้รับยาเคมีบำบัด 2) อายุ
มากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 3) ไม่มี
โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ภาวะภูมิคุ้มกัน
บกพร่อง และไตวายเรื้อรัง 4) ระดับความ
รู้สีกตัว และการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้
และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่มีภาวะเม็ด
เลือดขาวต่ำกว่า 1,500 เซลล์/มม³ ตั้งแต่ก่อน
เริ่มให้เคมีบำบัด

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้
การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบ
สัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระ
ต่อกัน โดยใช้ค่าสถิติจากการศึกษาที่ผ่านมา
ของ Chaiyawong (2014)²³ กำหนดระดับ
นัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 16
ราย รวมทั้งสองกลุ่มเป็นจำนวน 32 ราย โดย
ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร
ตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบตามจำนวนใน
แต่ละกลุ่ม ซึ่งใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้²⁴

$$n_{\text{per group}} = \frac{2(Z\beta + Z\alpha)^2 p(1-p)}{(P_T - P_C)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$Z\alpha$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติ
มาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ดังนั้น $\alpha = 0.05$, $Z_{0.05} = 1.96$

$Z\beta$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติ
มาตรฐานที่กำหนดให้ Power of test = 80%

ดังนั้น ค่า $\beta = 0.20$, $Z_{0.20} = 0.842$

P_C = สัดส่วนในกลุ่มควบคุม = 0.8125

P_T = สัดส่วนในกลุ่มทดลอง = 0.375

$P = (P_T + P_C) / 2 = (0.375 + 0.8125) / 2$
 $= 0.59375$

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดให้กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยมะเร็ง
ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัด
ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือน
สิงหาคม-ตุลาคม 2559 (3 เดือน) และได้รับ
การดูแลตามปกติก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาล โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
จากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบ
จำนวน 16 คน

ส่วนกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มี
ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัดที่
เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และได้รับการดูแล
ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 - มกราคม
2560 (3 เดือน) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบ
จำนวน 16 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

โครงการนี้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัย ขอนแก่น เลขที่ HE581435 ลง
วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรค
อายุ และเพศ โดยทีมผู้วิจัยจะทำการเก็บ
รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการอยู่รักษา
ของผู้ป่วย ในวันแรกที่ทำให้การดูแล

2. แบบบันทึกจำนวนวันนอน
ค่าใช้จ่ายในการรักษา และข้อมูลการติดเชื้อ
ของกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยจะเก็บรวบรวม
จากแฟ้มประวัติการอยู่รักษา ก่อนการ
จำหน่ายผู้ป่วย โดย

การติดเชื้อ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วย
มะเร็งที่มีจำนวนสัมบูรณ์นิวโทรฟิลน้อยกว่า
1,500 เซลล์/มม³ หลังได้รับเคมีบำบัด มี
อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเกิดขึ้น
ในระบบต่าง ๆ ของร่างกายขณะได้รับการ
รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อาการปวด บวม
แดง ร้อน มีหนอง หรืออาจพบเฉพาะอาการ
ไข้ มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส 2
ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง หรือมากกว่าหรือเท่ากับ
38.3 องศาเซลเซียส 1 ครั้ง โดยหาตำแหน่ง
ของการติดเชื้อไม่พบก็ได้

ความรุนแรงของการติดเชื้อ หมายถึง
อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เกิดจาก
การติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
หลังได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งได้เป็น 3 ระดับ
ได้แก่

1) sepsis ประกอบด้วย อาการ/
อาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) การ
เต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที
2) อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 36 หรือมากกว่า
38 องศาเซลเซียส 3) หายใจมากกว่า 20 ครั้ง/
นาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า 32 mmHg และ
4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 เซลล์/ มม.³
หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ มม.³ หรือมี band
มากกว่า 10%

2) severe sepsis ประกอบด้วย
การมีภาวะ sepsis ร่วมกับมีอาการแสดงของ
ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ
อย่างน้อย 1 อย่าง เช่น ผิวหนังเย็น capillary
refilling มากกว่า 2 วินาที, lactate level
มากกว่า 2 มิลลิโมล/ลิตร บัสสาวะออกน้อย
กว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง ระดับความรู้สึกตัว
เปลี่ยนแปลง หรือมีความผิดปกติในการ
ทำงานของหัวใจ

3) septic shock ประกอบด้วย
การมีภาวะ severe sepsis ร่วมกับความดัน
systolic ต่ำกว่า 90 mmHg หรือลดลงจาก
เดิมอย่างน้อย 40 mmHg

การเก็บข้อมูล

ทีมผู้วิจัยชี้แจงวิธีดำเนินการศึกษากับ
บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และทำการเก็บรวบรวม

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อ จำนวน วันนอน และระยะเวลาการอยู่รักษาของกลุ่ม ตัวอย่าง จากแฟ้มประวัติการอยู่รักษาของผู้ป่วย ทั้ง 32 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูล แล้วทำการลงรหัส และจัดทำเป็นฐานข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft excel โดยใช้วิธีการป้อนข้อมูล สองครั้งที่เป็นอิสระต่อกัน (data double entry) จากนั้นตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ stata 10.1 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อโดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square test ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และใช้สถิติ Student's t-test หรือ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผลการศึกษา (Results)

ในกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 56.25 เพศหญิง ร้อยละ 43.75 มีอายุเฉลี่ย 45.63 ปี โดยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา แบ่งเป็น ผู้ป่วย

มะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 31.25 และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 68.75 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 43.75 เพศหญิง ร้อยละ 56.25 มีอายุเฉลี่ย 47.06 ปี โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 31.25 และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 68.75 เท่ากันกับกลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยข้อมูลด้านเพศ และการวินิจฉัยโรคใช้สถิติ Pearson Chi-Square test พบว่า สัดส่วนของเพศและการวินิจฉัยโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p=0.48$ และ $p>0.999$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยของอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบโดยใช้สถิติ Student's t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างเช่นกัน ($p=0.7316$) โดยผลการทดลอง เป็นดังนี้

1. หลังการทดลอง มีผู้ป่วยเกิดภาวะ febrile neutropenia ร้อยละ 37.5 จำนวนนี้เป็นการติดเชื้อระดับ sepsis ร้อยละ 83.33 และ severe sepsis ร้อยละ 16.67 โดยไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต และอีกร้อยละ 62.5 มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำแต่ไม่มีอาการไข้หรือติดเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การติดเชื้อ	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตราการติดเชื้อ					0.012*
ติดเชื้อ	6	37.50	13	81.25	
ไม่ติดเชื้อ	10	62.50	3	18.75	

* Pearson Chi-Square test

2. ผลการทดลองต่อจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาของ ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอน 13 วัน (SD=5.01) และค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 49,916.56 บาท (SD=28,114.85) โดยกลุ่มที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ แต่ไม่มีไข้/

ติดเชื้อจะมีวันนอนเฉลี่ย 9.9 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 31,816.05 บาท ส่วนกลุ่มที่เกิดภาวะ febrile neutropenia จะมีวันนอนเฉลี่ย 18.17 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,083.58 บาท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำแต่ไม่มีไข้/ ติดเชื้อ และกลุ่มที่เกิดภาวะ febrile neutropenia

กลุ่มผู้ป่วย	ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (บาท)	วันนอนเฉลี่ย (วัน)
มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำแต่ไม่มีไข้/ ติดเชื้อ	31,816.05 (SD=2,353.07)	9.9 (SD=1.91)
เกิดภาวะ febrile neutropenia	80,083.58 (SD=24,780.09)	18.17(SD=3.8)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่าย

ในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=16)	กลุ่มควบคุม (n=16)	p-value
จำนวนวันนอน			<0.001*
Mean $\pm$ SD	13.00 $\pm$ 5.01	25.88 $\pm$ 5.89	
Median (min, max)	11.5(7, 25)	25.5(18, 36)	
ค่าใช้จ่ายในการรักษา			<0.001**
Mean $\pm$ SD	49,916.56 $\pm$ 28,114.85	102,915.4 $\pm$ 43,130.76	
Median (min, max)	33,950(27,125, 123,855)	109,991(40,826, 165,688)	

*Student t-test

**Mann-Whitney u test

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีอัตราการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) และมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p<0.001$) เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ประกอบด้วยแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ครอบคลุมกับช่องทางการได้รับเชื้อก่อโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด¹⁶ นอกจากนี้ ยังมีแนวทางในการประเมิน ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

และการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ febrile neutropenia ขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อาการมีแนวทางในการดูแล และตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดย Rosa et al. (2014)²⁵ พบว่า การวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมภายใน 1 ชั่วโมง ตามแนวทางปฏิบัติ ช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) ซึ่งทุก 1 ชั่วโมงของความล่าช้าในการให้ยาปฏิชีวนะจะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18²⁶ ซึ่งในการศึกษานี้ ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เป็น

ระดับ sepsis ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองอันดับแรกของร่างกายต่อเชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย และอีกร้อยละ 16.67 เป็นระดับ severe sepsis โดยไม่มีผู้ป่วยเกิดภาวะ septic shock หรือเสียชีวิต คล้ายกับการศึกษาของ Homchin et al. (2012)²⁷ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วย 1) แนวทางการวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ 2) ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่ม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลช่องปาก 3) การปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย เทคนิคการเจาะเลือด การให้ยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำ และการดูแลให้ได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว และ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไม่อีลอยด์ ซึ่งพบว่า อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.39$) แต่จำนวนวันนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14.2 และ 34 วัน, $p=0.011$) ซึ่งเกิดจากความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่จะมีความพร้อมในจำนวน และการทำหน้าที่ของ neutrophil และความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันวิทยาจากการที่เซลล์มะเร็งเข้าไปแทนที่เซลล์ปกติในไขกระดูก ร่วมกับยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งระบบโลหิตวิทยาจะมีความ

รุนแรงมากกว่ามะเร็งชนิดอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น²⁸ ซึ่งในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตวิทยาเช่นกัน แต่ผลจากการดูแลตามแนวทางปฏิบัติช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อลดลง จึงส่งผลให้ระยะเวลาการอยู่รักษาลดลงได้ และการศึกษาของ Zuckermann et al. (2008)²⁹ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการภาวะ febrile neutropenia ของบุคลากร ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการอย่างเป็นระบบจะช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจทางคลินิกบนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการได้อย่างมีเหตุผล²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

จากผลการศึกษา แสดงว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดในหน่วยงาน นอกจากนี้แนวปฏิบัติยังมีผลช่วยพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ

พยาบาล และช่วยให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วยและองค์กรต่อไปในอนาคต

2. ควรมีการทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Bodey GP, Buckley M, Sathe YS, Freireich EJ. Quantitative relationships between circulating leukocytes and infection in patients with acute leukemia. *Annals of internal medicine* 1966; 64(2): 328-340.
2. Crawford J, Dale DC, Lyman GH. Chemotherapy-induced neutropenia:

กลับไปอยู่ในชุมชน อย่างไรก็ตาม การนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประสิทธิภาพในการช่วยพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการฝึกอบรมสร้างความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติแก่บุคลากร และมีการวางแผนเพื่อนำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ งานบริการวิชาการและวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนแหล่งทุน ประเภททุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ประจำปี 2558

Risks, consequences and new directions for management. *Cancer* 2004; 100(2): 228-237.

3. Schiel X, Hebart H, Kern WV, Kiehl MG, Sölch JP, Wilhelm S, et al. Sepsis in neutropenia- guidelines of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of

- Hematology Oncology (DGHO). **Ann Hematol** 2003; 82 Suppl 2: 158-166.
4. Park Y, Kim DS, Park SJ, Seo HY, Lee SR, Sung HJ, et al. The suggestion of a risk stratification system for febrile neutropenia in patients with hematologic disease. **Leukemia research** 2010; 34(3): 294-300.
5. Antoniadou A, Giamarellu H. Fever of unknown origin in febrile leukopenia. **Infectious disease clinics of North America** 2007; 21(4): 1055-1090.
6. Burutaran MB, Guadagna R, Grille S, Stevenazzi M, Guillermo C, Diaz L. Results of high-risk neutropenia therapy of hematology-oncology patients in a university hospital in Uruguay. **Rev Bras hematol hemoter** 2015; 37(1): 28-33.
7. Gençer S, Salepçi T, Ozer S. Evaluation of infectious etiology and prognostic risk factor of febrile episodes in neutropenic cancer patients. **Journal of infection** 2003; 47(1): 65-72.
8. Chatuparisute C, Anannatsiri S. Febrile neutropenia. **I-san journal of internal medicine** 2007; 6(2): 6-14. [in Thai].
9. Nirenberg A, Bush AP, Davis A, Friesen CR, Gillespie TW, Rice RA. Neutropenia: State of knowledge I. **Oncology nursing forum** 2006; 33(6): 1193-1201.
10. Fortner BV, Tauer KW, Okon T, Houts AC, Schwartzberg LS. Experiencing neutropenia: Quality of life interview with adult cancer patients. **BMC nursing** 2005; 4(4): 1-8.
11. Brugger W, Bacon P, Lawrinson S, Romieu G. Neutrophil recovery in elderly breast patients receiving adjuvant anthracycline-containing chemotherapy with pegfilgrastim support. **Critical review in oncology/hematology** 2009; 72(3): 265-269.
12. Ward 5e, Nursing Service Department, Srinagarind Hospital. **Patient statistics** 2014. Khon Kaen: Hospital; 2015. [in Thai].
13. Senadisai S, Prapaipanich W, editors. **Basic nursing: Concept and practices**. 11thed. Bangkok: Joodthong; 2004. [in Thai].
14. Kenny H, Lawson E. The effect of cotton cover gowns in reducing infection in nursing neutropenic patients: Evidence-based study. **Int J Nurs Pract** 2000; 6(3): 135-139.

15. Mank A, van der Lelie H. Is there still an indication for nursing patients with prolonged neutropenia in protective isolation?: An evidence-based nursing and medical study of 4 years' experience for nursing patients with neutropenia without isolation. **Eur J Oncol Nurs** 2003; 7(1): 17-23.
16. Malathum K. Isolation of infectious patients. In: Chayakul P, et al., editors. **Text book of infectious diseases 2**. Bangkok: Holistic publishing; 2005. P.1355-1362. [in Thai].
17. Camp – Sorrell D. Chemotherapy toxicities and management. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, editors. **Cancer nursing: Principles and practice**. 7thed. Sunbury: Jones and Bartlett publishers; 2011. p. 459-512.
18. Carter LW. Bacterial translocation: Nursing implications in the care of the patient with neutropenia. **Oncol Nurs Forum** 1994; 21(5): 857-867.
19. Unahalekhaka A. Epidemiology and evidence-based practice guideline in prevention of hospital- associated infection. Chiangmai: Mingmuang; 2013. [in Thai].
20. Fuccini L, Martino R, Ferrari A, Pinana JL, Valcarcel D, Barba P, et al. Degree of mucositis and duration of neutropenia are the major risk factor for early post trans plant febrile neutropenia and severe bacterial infection after reduced- intensity conditioning. **Eur J Haematol** 2011; 88(1): 46-51.
21. Teleb SM, Mahammad SS. Impact of implementing of evidence- based nursing intervention protocol on nursing knowledge and practices as well as on patient's outcomes related to chemotherapy induced neutropenia among cancer patients, Assiut University Hospitals. **AAMJ** 2009; 7(1): 1-23.
22. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence- based practice model: Promoting the scholarship of practice. **Nursing clinics of north America** 2000; 35(2): 301-309.
23. Chaiyawong N. The development of a clinical nursing practice guideline for prevention of infection in chemotherapy induced neutropenic cancer patients at ward 5E, Srinagarind Hospital [Master Thesis in Adult Nursing] . Khon Kaen: The

- Graduate School, Khon Kaen University; 2014. [in Thai].
24. Bernard R. **Fundamentals of biostatistics**. 5th ed. Duxbury: Thomson learning; 2000. 384-385.
25. Rosa RG, Goldani LZ, dos Santos RP. Association between adherence to an antimicrobial stewardship program and mortality among hospitalized cancer patients with febrile neutropaenia: A prospective cohort study. **BMC infectious diseases** 2014; 14: 1-8.
26. Rosa RG, Goldani LZ. Cohort study of the Impact of time to antibiotic administration on mortality in patients with febrile neutropenia. **Antimicrobial agents and chemotherapy** 2014; 58(7): 3799-3803.
27. Homchin T, Namvongprom A, Pakdevong N. Effects of nursing care protocol on absolute Nnutrophil count, nosocomial infections, and length of stay in patients with acute myeloid leukemia. **Journal of nurse' association of Thailand, North-Eastern Division** 2012; 30(2): 114-121. [in Thai].
28. Khayr W, Haddad RY, Noor SA. Infection in hematological malignancies. **Disease a month** 2012; 58(4): 239-249.
29. Zuckermann J, Moreira LB, Stoll P, Moreira LM, Kuchenbecker RS, Polanczyk CA. Compliance with a critical pathway for the management of febrile neutropenia and impact on clinical outcomes. **Ann Hematol** 2008; 87(2): 139-145.

ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จूरพร อุ่บุญเรือง, จันทราพร ลุนลุด,
อาทิตยา ประนัดสุดจำ, อุบล จ้วงพานิช

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด 14 คน ในเดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเก็บข้อมูลในวันแรก 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) โดยเก็บข้อมูลในวันแรกและก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย และ 3) แบบประเมินการเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดขององค์การอนามัยโลก (WHO criteria for toxicity) โดยเก็บข้อมูลในวันแรกที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองพบอาการเบื่ออาหารและอาการเหนื่อยล้า ระดับไม่รุนแรงทั้งนี้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, มะเร็งท่อน้ำดี, เคมีบำบัด, แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมพลังอำนาจ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Jureeporn Onbunreang, E-mail: jureeporn231981@gmail.com

Received 27/01/2020

Revised 11/03/2020

Accepted 17/03/2020

**EFFECTS OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
EMPOWERMENT ON QUALITY OF LIFE IN CHOLANGIOCARCINOMA
PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY**

Jureeporn Onbunreang^{}, Juntaraporn Iunlud^{*},
Atitaya Panutsudja^{*}, Ubol Juangpanich*

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experiment research one groups pretest - posttest design was to study effects of clinical nursing practice guideline empowerment on quality of life in cholangiocarcinoma patients receiving chemotherapy. The samples consisted of 14 cholangiocarcinoma patients receiving chemotherapy in during October 2558 – September 2559. The instruments used in data were collected 1) demographic data in cholangiocarcinoma patients receiving chemotherapy in the first day 2) QOL using Thai Functional Assessment of Cancer Therapy in the first day and before discharge and 3) General and adverse events using WHO criteria for toxicity in the first day receiving chemotherapy then contacted data by telephone once a week for 4 times. Data analysis used pair t-test statistics.

The mean overall quality of life was different between groups statistically significant at 0.05. Complications in experiment group were fewer reports of mild anorexia and fatigue. The experiment group was good quality of life and complications were not affect activity daily life.

Keywords: Quality of life, Cholangiocarcinoma, Chemotherapy, Clinical nursing practice guideline empowerment

^{*}*Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University*

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย พบอุบัติการณ์เกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผู้ชาย 135 คน ต่อ 100,000 คน และผู้หญิง 43 คน ต่อ 100,000 คน¹ สถิติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5 จ. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ.2558 จำนวน 101 คน² ปัจจุบันการรักษา มะเร็งท่อน้ำดีมีทั้งการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และรักษาแบบประคับประคอง จะทำให้ผลการรักษาดีและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น³

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องเผชิญความเครียดจากการรักษาโดยเฉพาะมีปัญหาด้านร่างกายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ชóngปากอักเสบ และได้อักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น วิตกกังวล กลัวรักษาไม่หาย กลัวโรคกลับเป็นซ้ำและกลัวตาย^{4, 5} การที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาต่อเนื่องทำให้บทบาทในสังคมเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และอื่น ๆ ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเผชิญปัญหา สามารถดูแลตนเองได้และ

ความรู้สึกสูญเสียพลังดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม⁶ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{7, 8} และสามารถเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม⁹ จากแนวคิดดังกล่าวคณะวิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัด¹⁰ จึงควรศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัดดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (one groups - pretest posttest design) ในเดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2559

วัสดุและวิธีการ

กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991)¹¹

1. การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัด เป็นกระบวนการ

ดูแลผู้ป่วยที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน¹¹ (Gibson, 1991) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานการมีปฏิสัมพันธ์ที่ตระหนักรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีความไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจกัน ร่วมมือกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติร่วมกัน มุ่งให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วม มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถตนเองด้วยการตระหนักรู้ เข้าใจถึงปัญหาและข้อจำกัดของตนเอง เรียนรู้หาทางแก้ไขหรือจัดการปัญหา และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและบรรลุผลตามที่หวังไว้ สามารถควบคุมตนเองได้ แก้ไขปัญหาจนผ่านพ้นอุปสรรคได้ เกิดความรู้สึกว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น รับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง โดยเลือกแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาช่วยตอบสนองความต้องการของตน โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ แนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตั้งแต่รับใหม่จำหน่ายจนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มี 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหา การทำความเข้าใจกับสภาพปัญหา ร่วมกันหาทางเลือกในการแก้ปัญหาเรียนรู้ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติและการยุติกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจ กิจกรรมการเสริมพลังอำนาจจะเริ่มวันแรกจนถึงวันสุดท้ายของวันที่ได้รับยาเคมีบำบัด วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย 1 คน

2. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาใช้ในหน่วยงาน ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ คือ โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และการติดตามอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับบุคลากรเกี่ยวข้องในหอผู้ป่วย เมื่อมีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดเข้ารับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บ

ข้อมูลโดย 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ที่แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 2) เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการทำวิจัยกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะขอนัดพบกับผู้ป่วยเพื่อเสริมพลังอำนาจทุกวัน วันละครั้ง ครั้งละ 30 นาที จนกระทั่งครบวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลา 4 วัน 3) ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเวลาประมาณ 18.00 น. ผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G4) ในวันที่ 2-5 ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มี 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบปัญหาและยอมรับสภาพที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกและปฏิบัติ และนำวิธีการเลือกไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยครั้งแรกใช้เวลา 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยจะขออนุญาตนัดกับผู้ป่วยเพื่อเสริมพลังอำนาจ วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ตามเวลาที่ผู้ป่วยนัดหมาย และ 5) ในวันที่ 5 เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน FACT-G และ 6) ผู้ช่วยวิจัยประเมินการเกิดอาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดขององค์กรอนามัยโลกตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และมีการติดตามสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ ทั้งหมด 4 สัปดาห์ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปซึ่งผู้ป่วยจะ

มาับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 6-12 ครั้ง ครั้งละ 5 วัน และผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี และได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัด ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 ที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5จ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวนทั้งสิ้น 101 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผู้ป่วยเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ช่วยเหลือตัวเองได้และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และฟัง ภาษาไทยได้ 3) ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 4 วัน 4) ไม่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในประชากร 1 กลุ่ม งานวิจัยที่ผ่านมา⁴ พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 76 คาดว่าหากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นและได้ผลดี คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้นอีกร้อยละ 23

เป็นค่าเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 99 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SSize โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม Hypothesis test for a population proportion (one side test) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 14 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับภาษาไทย¹² ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical well-being: PWB) 7 ข้อ ด้านสังคม (social/family well-being: SWB) 7 ข้อ ด้านอารมณ์ จิตใจ (emotional well-being: EWB) 6 ข้อ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม (functional well-being: FWB) 7 ข้อ คำตอบแต่ละคำตอบเป็น likert scale ตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลย จนถึงมีปัญหามากที่สุด จากนั้น คะแนนตั้งแต่ 0-108 คะแนนรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป (FACT-G) เป็นผลรวมของ PWB, SWB EWB และ FWB คะแนนสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีได้ขออนุญาตใช้จาก Dr. Cella จาก FACIT.org (Licensor) ในวันที่ 1 ตุลาคม 2556 นำไปทดสอบหาความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10

ราย โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และ 3) แบบประเมินการเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ขององค์การอนามัยโลก (WHO criteria for toxicity)¹³

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติการอยู่รักษาของผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดในวันแรกที่เข้ารับการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดอาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในวันแรกที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาเคมีบำบัดและเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องที่บ้านสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จนครบวันนัดเพื่อมารับยาเคมีบำบัดรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาลงคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Microsoft excel จากนั้นวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Stata 10.1

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แจกแจงความถี่ และแสดงจำนวน ร้อยละ

2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตทดสอบ Normality ด้วย Shapiro-wilk w test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนและหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถิติ pair t-test

4. ประเมินอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยสถิติ แจกแจงความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE561462 โดยยึดตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Helsinki' Declalation) และผู้วิจัยทำการวิจัยโดยยึดหลักความเคารพในเกียรติของมนุษย์ หลักผลประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักแห่งความยุติธรรม

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน อายุเฉลี่ย 57.78 ปี SD 9.08 เป็นเพศชาย และหญิงเท่ากันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ สภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.71 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 78.57 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 57.14 หาระค่ารักษาพยาบาล บัตรสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 78.57 ระยะของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 4 ร้อยละ 64.29 สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ส่วนใหญ่เป็นสูตร Cisplatinum + 5FU และ Leucovorin + 5FU เท่ากัน ร้อยละ 42.86

คะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนทดลอง คะแนนคุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยโดยรวม 61.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.95 และหลังทดลอง คุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยโดยรวม 84.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.73 พบว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติโดยเฉพาะด้านอารมณ์จิตใจ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต

รายละเอียด	Pre-test n=14		Post- test n=14	
	mean	SD	mean	SD
คุณภาพชีวิต				
ด้านร่างกาย (PWB)	16.64	6.26	24.07	3.85
ด้านสังคม (SWB)	19.93	5.79	22.27	7.49
ด้านอารมณ์จิตใจ(EWB)	9.57	6.26	18.14	4.55
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม (FWB)	15.50	4.13	20.43	6.06
คุณภาพชีวิตโดยรวม	61.64	12.95	84.71	14.73

ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมพลังอำนาจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการเสริมพลังอำนาจมากกว่า ก่อนการเสริมพลังอำนาจ 23.07 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ $p\text{-value} < 0.05$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 12.03 ถึง 34.11 นั่นคือผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($n=14$ คน)

ตัวแปร	Differences (mean $\pm$ sd)	p-value	95% Confidence Interval for Difference	
			Lower Bound	Upper Bound
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม	23.07 $\pm$ 19.12	<0.05	12.03	34.11

* $P < 0.05$

การเกิดภาวะแทรกซ้อนสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับสูตร Cisplatinum + 5FU และ Leucovorin+5FU โดย 5FU มีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร เป็นต้น และ Cisplatinum มีพิษต่อไต เช่น ภาวะไตอักเสบ

เฉียบพลัน ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีเลือด และมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยพบอาการไม่พึงประสงค์ ทั้งหมด 9 คน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน

อาการ	Day1		Day2		Day3		Day4		Day5		Day6		Day7	
	เกรต 1	เกรต 2	เกรต 1	เกรต 2	เกรต 1	เกรต 2	เกรต 1	เกรต 2	เกรต 1	เกรต 2	เกรต 1	เกรต 2	เกรต 1	เกรต 2
เบื่ออาหาร	2	0	2	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0
เหนื่อยล้า	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
คลื่นไส้ อาเจียน	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ช่องปาก อักเสบ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
มีไข้	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
อึดแน่นท้อง	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการเสริมพลังอำนาจมากกว่าก่อนการเสริมพลังอำนาจ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีพร คนชุม เรื่องผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมพลังอำนาจ⁹ และการศึกษาของสมปอง พะมูลิลา ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมพลังอำนาจ⁸ และการศึกษาของ วรางคนา คำยี่ เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งในการ

มองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์⁹ และการศึกษาของนฤมล จันทรสุข และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลพบอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารและอาการเหนื่อยล้า เกรต 1-2 ในระดับไม่รุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ช่องปากอักเสบเกรต 1 เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเกิด

จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดลักษณะการเกิดผลข้างเคียงสามารถเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรืออย่างช้า ๆ ได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเหนื่อยล้า ผอมว่อง ช่องปากอักเสบ และกีดการทำงานของไขกระดูกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลข้างเคียงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งยา Cisplatin (CDDP) เป็นกลุ่มยา Platinum เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไต อาจทำให้เกิดภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน ปัสสาวะแสบขัดและปัสสาวะมีเลือด ถ้าให้ยาขนาดสูง ๆ จะทำให้หูดและสูญเสียการได้ยินได้ นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงสำหรับยา 5-Fluorouracil (5-FU) เป็นกลุ่มยา Antimetabolites เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น¹⁵

ซึ่งอาการที่พบไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายว่า การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่รับใหม่จำหน่ายและการวางแผนการ

ดูแลที่บ้านโดยผู้วิจัยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คอยดูแลช่วยเหลือในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การดำเนินกิจกรรมเริ่มตั้งแต่วันแรกของการรักษาติดต่อกันทุกวัน วันละ 30 - 45 นาที ตามจำนวนวันที่ได้รับยาเคมีบำบัด การศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ถึงแนวทางพัฒนาขึ้นสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น^{16,17}

ข้อยุติ (Conclusions)

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นวิธีการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ที่สามารถนำมาใช้ในหน่วยงานได้ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ควรนำแนวทางการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกคนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการนำมาใช้ในคลินิกควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจกระบวนการเสริมพลังอำนาจให้เป็นแบบแผนเดียวกันเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามประเด็นปัญหาที่พบจะทำให้พยาบาลเข้าถึง

ปัญหาและแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการนอกจากนี้ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมพลังอำนาจสู่การปฏิบัติเชื่อมโยงกับชุมชนในการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม ติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อเสริมพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ขาดพลังอำนาจที่จะต่อสู้กับโรคภัย แนวปฏิบัติในการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่

ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีให้มีศักยภาพในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ป่วยทุก ๆ ท่าน ตลอดจนทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2556 ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จและลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Bureau of Policy and Strategy. **Public Health Statistics A. D. 2015.** Bangkok: Samcharoen Panich; 2016. [in Thai].
2. Juangpanich U, Petsri B. **Statistics of Chemotherapy Ward 5E.** [n.p.]; 2016. [in Thai].
3. Khuntikao N. Current concept in management of cholangiocarcinoma. **Srinagarind Med J** 2005; 20(3): 143-9. [in Thai].
4. Onbunreang J, Juangpanich U, Iunlud J. Self-Care and Quality of life in Cholangiocarcinoma Patients receiving Chemotherapy. **Journal of Nurses' Association of Thailand** North-eastern Division 2011; 29(3): 74-81. [in Thai].
5. Juangpanich U, Tawalee A, Kanasen S, Suguman S. Development of self - care agency model in cholangiocarcinoma patients receiving chemotherapy. **Rama Nurse J** 2006; 12(1): 49-66. [in Thai].
6. Kuchaisit C, Mongkoltawornchai S, Taninsurat N, Srimongkol S. Care Management for Cholangiocarcinoma Patients. **Srinagarind Med J** 2005; 20(3): 190-6. [in Thai].
7. Pamulila S, Limumnoilip S. Effect of empowerment on self - concept

- adaptation in liver cancer patients. **Journal of faculty of Nursing, KKU** 2007; 30(3): 1-9. [in Thai].
8. Konchum R. **Effect of Empowerment on Self - Concept Adaptation in Cancer receiving Chemotherapy.** Khon Kaen: Khon Kaen University; 2004. [in Thai].
 9. Khamying W. The Effect of empowerment program on sense of coherence in patients with advanced cancer. **Journal of Nursing Science & Health** 2013; 35(3): 37-46. [in Thai].
 10. Onbunreang J, Juangpanich U. **Clinical Nursing Practice Guideline Empowerment in Cancer Patients receiving chemotherapy.** Khon Kaen: faculty of medicine, Khon Kaen University; 2014. [in Thai]
 11. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. **J AdvNurs** 1991; 16(3): 354-61.
 12. Cellar D. **The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires.** USA: FACIT; 2013.
 13. Voravud N. **Oncology Texts 2.** Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. [in Thai].
 14. Jansook N, Jansook C, Poosuwan R. The effect of group empowerment program on quality of life among colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. **International Conference “Traditional Thai Medicine Wisdom of the Land** 2016; 29-30 august: 285-288. [in Thai].
 15. Aitarat J. **Cancer patients nursing care: knowledge and art necessary.** Khon Kaen: Faculty of Nursing Khon Kaen University 1997. [in Thai].
 16. Sangkamanee Y, Pimta W, Tantiyasawasdiku J, Siripakharn P. Cholangiocarcinoma Patient’ s Satisfaction with Nursing Care in The Surgery Ward at Srinagarind Hospital. **Journal of Nursing and Health Care** 2014; 32(2): 141-146. [in Thai].
 17. Setboonsrang K, Prasomrak P. The care model development for end stage renal disease patient who had renal replacement therapy on self-care and quality of life in Loengnoktha crown prince hospital, Yasothon province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2016; 4(4):485-503. [in Thai].

ผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, อิศรา ศิริมณีรัตน์, ศิริพร แยมมูล,
สุพิศ บุญลาภ, ณัฐกิตติ์ เอี่ยมสมบูรณ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง จากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ผู้ป่วยได้รับการพอกเข้าด้วย สมุนไพร จำนวน 5 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที โดยให้สมุนไพรวันเว้นวัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วย แบบประเมินอาการปวดเข้า แบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

สรุปผลการวิจัยว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเข้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนพอกครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.70 หลังการพอกครั้งที่ 5 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 นอกจากนี้ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 5 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนพอกครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 117.67 หลังการพอกครั้งที่ 5 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 118.67

คำสำคัญ: อาการปวดเข้า, ยาสมุนไพร, การแพทย์ทางเลือก, โรคข้อเข่าเสื่อม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Corresponding Author: Issara Siramanirat. E-mail: issara_s@rmutt.ac.th

Received 23/11/2019

Revised 09/03/2020

Accepted 16/03/2020

**THE EFFECT OF KNEE WRAP WITH HERBAL MEDICINE ON THE KNEE
PAIN IN OSTEOARTHRITIS PATIENTS AT BAN KHOK HOSPITAL,
UTTARADIT PROVINCE**

Jesada Udompittayason^{}, Issara Siramanirat^{**}, Siriporn Yaemmoon^{*},
Supit Boonlab^{**}, Nuttakit Iamsomboon^{**}*

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research to study the effect of knee wrap using a plaster mask on knee pain in Osteoarthritis patients, Ban Khok Hospital, Ban Khok Sub district, Ban Khok District, Uttaradit Province. The sample consisted of 30 purposive sampling from patients at Ban Khok Hospital, Ban Khok Sub-district, Ban Khok District, Uttaradit Province. The patients received herbal wrap for 5 days, 1 time a day, 20 minutes each time, with the herb every other day. The instrument was used to collect data into 3 parts which were questionnaire about Patient, Knee pain evaluation form, Record form for measuring degrees of motion of the knee joint. Evaluation of treatment from physical examination procedures before and after the knee wrap analyze by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired simple t-test.

The conclusion of the research was that the comparison of mean scores of knee pain among the samples between before the first wrap and after the 5th wrap was significantly different at the level of 0.05, before the first wrap. The average value was 5.70 after the 5th wrap, the average was 2.47. In addition, the comparison of the average degree of knee movement of the sample between before the first wrap and after the 5th wrap was not significantly different at the level of 0.05, before the first wrap had an average value of 117.67. The average is 118.67.

Keywords: Knee Pain, Herbal medicine, Alternative medicine, Osteoarthritis

^{*}Sirindhorn College of Public Health, Trang

^{**}Faculty of Liberal Art, Rajamangala university of technology Thanyaburi

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุดคือ ข้อเข่า เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง ทั้งยังต้องทำหน้าที่เคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา ทำให้ข้อเสื่อมได้ง่าย โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Adult and elderly group) มากถึงร้อยละ 11.3¹ เป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเนื่องจากเป็นโรคข้อที่พบบ่อยที่สุด เป็น 1 ใน 10 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันก่อให้เกิดความทุพพลภาพในผู้สูงอายุ²

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จัดให้มีคลินิกบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร เพื่อให้การรักษาโรคทั่วไป และเฉพาะโรค 4 โรค ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไมเกรน และโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น โดยมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพพระห้วงแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก และเพื่อให้การจัดบริการสาขาการแพทย์แผน

ไทยและการแพทย์ผสมผสานในคลินิกบริการแบบครบวงจรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานบริการอย่างมีคุณภาพต่อผู้มารับบริการ ซึ่งการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบครบวงจร หมายถึง การจัดบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่แผนก ผู้ป่วยนอก หรือหน่วยบริการด้านหน้าของโรงพยาบาล ที่มีการเชื่อมโยงและสะดวกในการปรึกษาส่งต่อการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ โรค “จับโปงแห้งเข่า” คือ การเสื่อมสภาพของผิวข้อ สัมพันธ์กับการเสื่อมของร่างกาย เนื่องจากอายุมากขึ้นหรืออาจมีสาเหตุจากเคยมีกระดูกหักหรือบาดเจ็บมาก่อน หรือมีการติดเชื้อที่ข้อเข่ามาก่อน ทำให้ผิวข้อขรุขระไม่เรียบและมีกระดูกงอก ข้อเข่าเสื่อมที่สัมพันธ์กับอายุมากขึ้นเริ่มพบเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป อาการมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป³ พบได้มากกว่าร้อยละ 80-90 ในคนอายุมากกว่า 75 ปี นอกจากอายุจะเป็นปัจจัยที่สำคัญแล้ว ยังพบว่า อาชีพหรือการทำงานหนักก็เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย ที่สำคัญด้วยรวมทั้งการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ของข้อ จะทำให้เกิดการข้อเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ⁴ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 3 เท่า ปัจจุบันเมื่อมีอาการปวดข้อ จะใช้การรักษาโดยใช้ยา การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การผ่าตัดและการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก โดยการรักษาทางยาใช้

ยาแก้ปวดในรายที่ไม่รุนแรง และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้เมื่อการอักเสบของข้อรุนแรง ซึ่งพบว่าถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เลือดออกในกระเพาะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดกระดูกพรุน และข้อเสื่อมเร็วขึ้นและเสี่ยงต่อการนำเชื้อเข้าไปในข้อ^{5,6}

“โรคข้อโปงแห้งเข่า” เป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจาก อาหาร อากาศและน้ำ มักจะเกิดขึ้นกับข้อเข่าและข้อเท้าเท่านั้น ข้อโปงแห้งมักเป็นข้อโปงน้ำมาก่อน เมื่อรักษาไม่หายนานเข้าก็จะเป็นข้อโปงแห้ง คือ มีอาการส่วบ่าเจ้าทำให้ส่วบ่ายึดติด มีหินปูนเกาะและเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ป่วยที่เป็นข้อโปงแห้งเข่าจะมีอาการ ปวด บวม ไม่แดง ไม่ร้อน บางรายอาจมีอาการบวมและมีความร้อนเล็กน้อยในบริเวณตำแหน่งที่เกิด บางครั้งอาจแดงเล็กน้อย ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยกว่าข้อโปงน้ำ มีน้ำในข้อเพียงเล็กน้อย มีการติดของข้อเข่า เข่าโก่ง ส่วบ่าเจ้า (ส่วบ่าติด) นั่งยอง ๆ คุกเข่าพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ ไม่ได้เนื่องจากผิวข้อเข่าที่เสื่อมและมีรอยขรุขระเกิดการเสียดสีกัน⁷

สำหรับการรักษาแบบทางเลือก (Alternative Medicine) เช่น การฝังเข็ม การนวดกดจุด เป็นการรักษาเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวด ที่เป็นทางเลือกที่นอกเหนือจากการใช้ยา ซึ่งบางครั้งต้องใช้ผสมผสานกับการรักษาทางยาด้วย โดย

ผสมผสานกับการรักษาของแพทย์ในปัจจุบัน ด้วยภูมิปัญญาไทยนั้นรู้จักการใช้ความร้อนและสมุนไพรมาผสมผสานกันในการรักษาลดอาการปวดได้ในระดับหนึ่งที่เหมาะสม อาการปวดเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเราผิดปกติ เนื่องจากการทำงานและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง ฉะนั้นวิธีที่แก้อาการที่ถูกต้องก็ต้องรักษาที่ต้นเหตุ จึงจะทำให้อาการปวดหายได้⁸ ส่วนการพอกด้วยสมุนไพรเป็นอีกวิธีหนึ่งที่แพทย์แผนไทยนิยมใช้ในการรักษา ซึ่งการพอกด้วยยาสมุนไพร คือ การใช้ยาสมุนไพรมาพอกเพื่อดูพิษตามข้อต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการ ปวด บวม แดง ร้อน

โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก โดยพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นหนึ่งในจำนวนหลาย ๆ โรคที่ตรวจพบและคัดกรองการแพทย์แผนไทย เป็นแนวทางการรักษาแบบส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ จากสถิติของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าในโรงพยาบาลบ้านโคก ปีพ.ศ. 2557 จำนวน 133 คน ปีพ.ศ. 2558 จำนวน 144 คน ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 242 คน⁹ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นทุกปี ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งในเรื่องการดูแลและการรักษา จึงจำเป็นต้องการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย โดยวิธีการพอกเข่าด้วยสมุนไพร อีกทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงการรับประทาน

ยานบรรเทาอาการปวดและยาลดการอักเสบ จะทำให้มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นหลายด้าน อาทิ เช่น เป็นแผลในกระเพาะอาหาร บวมตาม ผิวหนัง และท้องผูก เป็นต้น

จากความเป็นมา และความสำคัญ ดังกล่าว จึงควรศึกษาผลของการพอกเข้า ด้วยตำรับยาพอกต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วย โรคข้อโป่งแห้งเข้าที่มารับบริการใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี เพื่อ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อช่วยชะลอ การเสื่อมของข้อเข้า ลดความรุนแรงของโรค

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวด เข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมระหว่างก่อนกับ หลังการพอกด้วยตำรับยาพอก
2. เพื่อเปรียบเทียบของ ศา การ เคลื่อนไหวของข้อเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข้า เสื่อมระหว่างก่อนและหลังการพอกเข้าด้วย ตำรับยาพอก

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

วัสดุและวิธีการ

การเตรียมตำรับยาพอกสมุนไพร ส่วนประกอบ

1. ผงเถาวัลย์เปรียง 4 กรัม ผงเถา เอ็นอ่อน 4 กรัม ผงไพล 4 กรัม ผงขมิ้นชัน 4 กรัม

ผงขิง 4 กรัม

2. แอลกอฮอล์ 95 % ปริมาณ 80 ซีซี

ขั้นตอนการทำตำรับยาพอกสมุนไพร

1. นำสมุนไพรที่เตรียมไว้ซึ่งประกอบ ไปด้วยผงเถาวัลย์เปรียง 4 กรัม ผงเถา เอ็นอ่อน 4 กรัม ผงไพล 4 กรัม ผงขมิ้นชัน 4 กรัม ผงขิง 4 กรัม ผสมกับแอลกอฮอล์ 95 % ปริมาณ 80 ซีซี ใส่ในภาชนะที่เตรียมไว้ ปิด ฝาภาชนะให้แน่นหมักทิ้งไว้เป็นเวลา 3 วัน

2. เมื่อได้สมุนไพรที่หมักครบ 3 วันแล้ว นำสาลี่แบบแผ่นมาชุบน้ำสมุนไพร แล้วนำไป พอกไว้บริเวณเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 20 นาที

การศึกษานี้ได้ทำวิธีการรักษาโดยการพอกเข้าต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรค ข้อโป่งแห้งเข้า โดยการพอกเข้า 5 ครั้ง จะทำ การพอกวันเว้นวัน อย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มา รับบริการด้วยโรคข้อเข้าเสื่อมเข้าใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ช่วง อายุ 55 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 75 ปี โดยมี อาการปวดเข้าเกิน 6 เดือน จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่ม ตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้มารับบริการในโรงพยาบาล บ้านโคก ตำบลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน โดยกำหนด คุณสมบัติในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมวิจัย มีดังนี้

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจริง เป็นข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิโดยมีความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงมาก โดยผ่านการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพศหญิงและชาย มีอายุ 55 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 75 ปี โดยมีการปวดเข่าเกิน 6 เดือน ต้องได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
3. มีความสมัครใจในการรักษาและรับการรักษาต่อเนื่องได้ ตามวันเวลาที่กำหนด
4. ไม่มีโรคหรือข้อห้ามในการพอก เช่น โรคผิวหนัง มะเร็ง โรคติดต่อ และไม่เคยรับอุบัติเหตุที่บริเวณข้อเข่ามาก่อน
5. ต้องไม่เคยได้รับการผ่าตัดข้อเข่าที่มีอาการปวดมาก่อน
6. ไม่ใช้ยาระงับปวดทุกประเภทในระหว่างการพอกเพื่อศึกษาผลวิจัย
7. ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าข้างใดข้างหนึ่งเพียงข้างเดียว

เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

1. เกิดบาดแผลบริเวณข้อเข่าที่ไม่สามารถพอกได้
2. มีภาวะกระดูกหักหรือเกิดอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า
3. มีการรักษาประเภทอื่นร่วมด้วย เช่น ทานยาระงับอาการปวดหรือการฉีดยาเข้าข้อเข่า

4. เกิดผลข้างเคียงจากการพอกเข่า เช่น การแพ้สมุนไพร ผื่นแดง คัน เป็นต้น

5. ผู้เข้าร่วมวิจัย มาไม่ครบตามจำนวนครั้งที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและตัวแปรที่ต้องศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่า ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อาชีพ อิริยาบถที่ใช้เป็นประจำจนเกิดปัญหา ประวัติในอดีตเคยได้รับอุบัติเหตุที่ข้อเข่า ความถี่ของการปวดข้อเข่าวิธีที่เคยได้รับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกอาการปวดเข่า ประเมินผลของการพอกเข่าด้วยตำรับยาพอกก่อนและหลังทำการรักษาโดยใช้มาตราวัดระดับอาการปวด (Visual Analogue Pain scale) เป็นการให้เส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วงเท่า ๆ กัน มีเลขและตัวหนังสือกำกับพร้อมคำอธิบายไว้เป็นเครื่องมือที่มีความตรงไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายถูกทับคะแนนความปวด แบบการประเมินมี 6 ระดับ ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2549) (1) รู้สึกสบายดี (0.0 คะแนน) (2) ปวดพอรำคาญ (0.1 - 2.0

คะแนน) (3) ปวดพอประมาณ (2.1 - 4.0 คะแนน) (4) ปวดมากพอสมควร (4.1 - 6.0 คะแนน) (5) ปวดเป็นอย่างมาก (6.1 - 8.0 คะแนน) (6) ปวดสุดจะทน (8.1 - 10.0 คะแนน) โดยผู้ศึกษาเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และผู้ศึกษาจดบันทึกก่อนและหลังทำการรักษา ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 เพื่อประเมินความแตกต่างทั้งห้าครั้ง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า การประเมินการรักษา ตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจร่างกายก่อนและหลังการพอกเข่า จากองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าโดยใช้เครื่องมือ Goniometer วัดองศา

คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ได้รับเอกสารรับรอง โดยกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ KMPHT 60020029

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ผู้ศึกษานำแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และจัดเตรียมข้อมูล นำมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลระดับอาการปวดเข่าและการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพอกวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเปรียบเทียบอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ก่อนและหลัง ใช้สถิติ Paired simple t - test เปรียบเทียบระดับอาการในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 5 ซึ่งก่อนจะทำการทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test ผู้วิจัยได้มีการทดสอบการกระจายของระดับอาการของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทำ Histogram พบว่า มีการกระจายเป็นแบบ normality

ผลการศึกษา (Results)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุ 66 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.30 น้ำหนัก 51 – 60 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนสูง 150-160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 90.00 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 80.00 อิริยาบถที่ใช้ประจำมีปัญหาเกี่ยวกับการปวดเข่า เดินหรือยืนนาน ๆ คิดเป็นร้อยละ 63.30 ทั้งหมดไม่เคยประสบอุบัติเหตุที่ข้อเข่า คิดเป็นร้อยละ 100.00 ระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย 6 – 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ความถี่ของอาการปวด ปวดมากกว่า 3 ครั้ง / สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 60.00 เคยได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 46.70

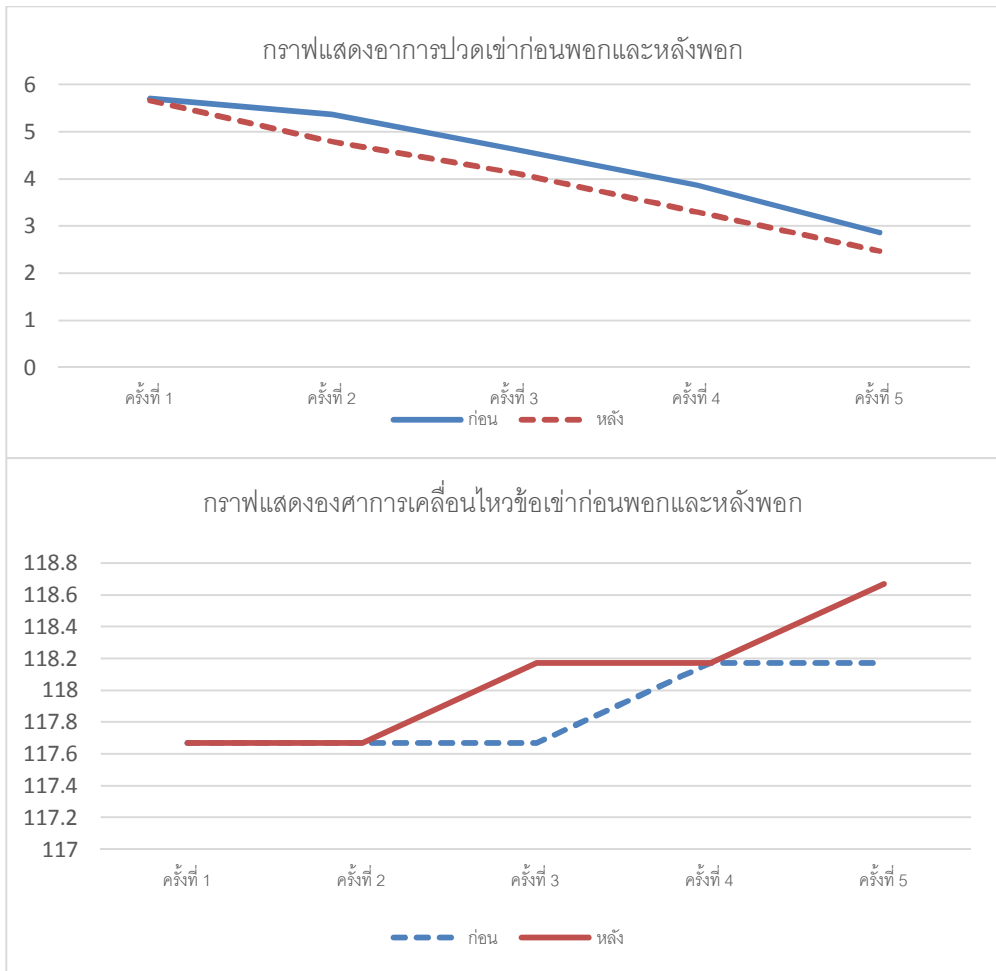
**ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ
อาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหว
ของข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและ
หลังการพอกเข้า**

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ
อาการปวดเข่าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน
การพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 5
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 โดยก่อนพอกครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

5.70 หลังการพอกครั้งที่ 5 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ
2.47 นอกจากนี้ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของกลุ่ม
ตัวอย่างระหว่างก่อนการพอกครั้งที่ 1 และ
หลังการพอกครั้งที่ 5 ไม่แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อน
พอกครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 117.67 หลัง
การพอกครั้งที่ 5 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 118.67

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดเข่า และองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า
ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพอกเข้า (n=30)

ครั้งที่	ก่อนพอกเข้า		หลังพอกเข้า		t	P-value
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 5			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
อาการปวดเข่า	5.70	0.79	2.47	0.77	17.02	0.000*
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า	117.67	8.38	118.67	7.76	-1.79	0.083



ภาพที่ 1 อาการปวดเข้า และองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าของข้อเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพอกเข้า

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข้าต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ดังนี้

หลังจากได้รับการพอกเข้า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดของเข้าลดลง เนื่องมาจากผลของสมุนไพรในตำรับยาพอก

ที่ประกอบไปด้วย ผงเถาวัลย์เปรียง ผงเถาเอ็นอ่อน ผงไพล ผงขมิ้นชัน¹⁰ ผงขิง¹¹ ที่มีสรรพคุณในการแก้ปวดกล้ามเนื้อ ลดอาการอักเสบ บวม เส้นตึง จึงส่งผลทำให้อาการปวดเข้าของกลุ่มตัวอย่างลดลง ซึ่งผลจากการวิจัยนี้ จะสอดคล้องกับการศึกษาของกรวิณท์วิษญ์ บุญพิสุทธินันท์ (2557)¹² ที่ได้ศึกษาและมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์บรรเทา

อาการปวดอักเสบจากตำรับยาสมุนไพรพอก
ดูดพิษ ผลการพัฒนารูปแบบของตำรับยา
พอกดูดพิษ พบว่า สารสกัดจากตำรับยาพอก
ดูดพิษสามารถลด nitric oxide production
ได้มากกว่าวิตามินซีอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p<0.05$) และยังสามารถลดอาการปวด
และอักเสบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวด
กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นได้เทียบเท่ากับยา
ไดโคลฟีแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p<0.05$) และหลังจากการพอกเข้า พบว่า
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าไม่เพิ่มขึ้น
อาจเป็นเพราะสมุนไพรในตำรับยาพอกเข้า
ในงานวิจัยนี้ ไม่มีสรรพคุณช่วยในเรื่องของ
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ในขณะที่การ
พอกเข้าร่วมกับการให้ความรู้ระดับ 3 อ.
สามารถเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า^{13,14}
และระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งมีอาการเจ็บป่วยมาเป็น
ระยะเวลานาน อาจเป็นสาเหตุสำคัญทำให้
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าไม่เพิ่มขึ้น
ดังนั้น จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ
ผัสชา สมมุติ (2558)¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลของการ
พอกเข้าด้วยตำรับยาพอกต่ออาการปวดเข่า
ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าอักเสบ น้ำเข้าโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหลุมพอ
อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยตำรับยา
สมุนไพรนี้ มีส่วนประกอบหลัก คือ รากชิงชี
รากย่านาง รากคนทา รากเพี้ยายม่อม ราก
มะเดื่อชุมพร ใพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด ผล
การศึกษาพบว่า อาการปวดเข่าของผู้ป่วย

ลดลง ค่าเฉลี่ยพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอก
ครั้งที่ 6 แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ 0.05 องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า
ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยก่อนพอกครั้งที่ 1
และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรวมของ
เข่าของผู้ป่วยลดลง ค่าเฉลี่ยก่อนพอกครั้งที่ 1
และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับการ
การพอกเข้าด้วยตำรับยาพอก ผู้ป่วยมีอาการ
ปวดเข่าที่ลดลง แต่ไม่พบนัยสำคัญกับองศา
การเคลื่อนไหวของข้อเข่า

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ควรมีการศึกษาการเปรียบเทียบ
การพอกในกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการรักษาการ
พอกเข้าต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรค
ข้อเข่าอักเสบ เทียบกับการรับประทานยา
แก้ปวด
2. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิธีการ
รักษาด้วยการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวด
ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อขา
ข้อศอก โรคหัวไหล่ติด เป็นต้น
3. ควรนำวิธีการรักษาโดยการพอกเข้า
ด้วยตำรับยาพอกสมุนไพรนี้ ไปใช้กับผู้ป่วย
ที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาล
บ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จริงได้อย่างทั่วถึง

และเพื่อเป็นการอนุรักษ์และเผยแพร่ภูมิปัญญาการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกสมุนไพรต่อไป นอกจากนี้การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารให้ครบหมวดหมู่

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลของการพอกเข้ามีผลต่อการลดระดับอาการปวดเข้าได้ แต่ไม่ช่วยในเรื่องของ

การเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ซึ่งผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนมาก การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยชะลอให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Nimit-arnun N. The epidemiological situation and risk assessment of knee osteoarthritis among Thai people. **Journal of the Royal Thai Army Nurses** 2014; 15(3): 185-94. [in Thai].
2. Royal Orthopedic Medical College of Thailand. **Health service guidelines for osteoarthritis**. Bangkok: Institute of Neurology; 2012. [in Thai].
3. Walee AN. **Osteoarthritis**. Bangkok: Faculty of Science. Chulalongkorn University; 2012. [in Thai].
4. Akkasilp S, Dimsomchok U. **Osteoarthritis**. Bangkok: Ruen Kaew Printing; 1998. [in Thai].
5. Chiranthanut N, Hanprasertpong N, Teekachunhatean S. Thai Massage, and Thai Herbal Compress versus Oral Ibuprofen in Symptomatic Treatment of Osteoarthritis of the Knee: A Randomized Controlled Trial. **Biomed Res Int**. 2014; 2014: 490512.
6. Ministry of Public Health. **Guideline for screening/ evaluation aging**. Nonthaburi: Department of Medical services; 2015. [in Thai].
7. Sumalee A. **Teaching documents on Thai massage subject**. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2006. [in Thai].
8. Wiwanitkit V. Thai traditional massage: Issues causing possible adverse effects. **Anc Sci Life** 2015; 35(2): 122-3.
9. Medical record work. **Statistical report of patients with knee pain in**

- Ban Khok Hospital.** Uttaradit: Ban Khok Hospital; 2016. [in Thai].
10. Pradit W, Chomdej S, Nganvongpanit K. Researches of Thai Herbs for osteoarthritis treatment. **KKU Sci J** 2014; 42(2): 289-302. [in Thai].
 11. Phimarn W, Caichompoo W, Sungthong B, Saramunee K. A systematic review and meta-analysis on efficacy of derris scandens (Roxb.) benth for pain reliever. **Thai Journal of Pharmacy Practice** 2015; 7(1): 82-91. [in Thai].
 12. Kumnerdee W. Effectiveness comparison between Thai traditional massage and Chinese acupuncture for myofascial back pain in Thai military personnel: a preliminary report. **J Med Assoc Thai** 2009; 92 Suppl 1: S117-23.
 13. Prasomsak P, Wannacharoen R, Prapatphong P. Relationship of ability levels in daily activities, happiness and the quality of life of the elderly with dependency in the area of Amnat Charoen Province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2019; 7(3): 363-380. [in Thai].
 14. Lekdee T, Phuetphol C. The effect of herbal poultice combines with educating program to relieve knee pain among osteoarthritis in diabetes mellitus patient at Kongnang District Health Promotion Hospital, Tha Bo District, NongKhai Province. **The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Centre** 2019; 36(1): 39-46. [in Thai].
 15. Somphut P. Effect of Knee Wrap with Recipe on Knee Pain in Knee Pain Capture in Ban NongLumpho Health Promoting Hospital, AoLuek District, Krabi Province. Nonthaburi: Kanchanaphisek Medical and Public Health Technology Campus Sopburi Institute of the Faculty of Natural Resources Rajamangala University of Technology Isan Sakon Nakhon Campus; 2015. [in Thai].

ผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ทศพร ชูศักดิ์, นัชชา ยันติ*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มศึกษา คือ ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 76 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบด้วยค่าที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 40.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.2 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.9 ก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 26.8 หลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.6 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = .001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Corresponding Author: Thassaporn Chusak, E-mail: tsp2548@hotmail.com

Received 17/12/2019

Revised 21/02/2020

Accepted 28/02/2020

THE EFFECT OF COMMUNITY HEALTH PROMOTION, WANG SOMBUN DISTRICT, SA KAEO PROVINCE

Thassaporn Chusak^{}, Nadchar Yanti^{*}*

ABSTRACT

This participatory action research aimed to evaluate effects of operation of health promotion. The participatory were 76 volunteers. Research tools were questionnaire and interview including, statistical methods were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The result showed that samples were female 57.6%, aged between 40-49 years 40.9%, complete primary education 44.7%, agricultural professions 40.9%, had a monthly income of less than 5,000 baht 53.9 percent. Before operated the program, health promotion behavior of samples was high (30.7%) moderate (43.5%) and low (26.8%). After operated the program, health promotion behavior of samples was high (53.7%) moderate (26.7%) and low (19.6%), including health promoting behavior increased significantly at p-value = .001.

Keywords: Health Promotion Behavior, Participatory Action Research, Community Health Promotion

^{*} Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปัจจุบัน ประชากรโลกมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนในทุกภูมิภาค แต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ย 41 ล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มคนอายุระหว่าง 30-69 ปี โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดถึง 17.9 ล้านคน รองลงมา ได้แก่ โรคมะเร็ง 9 ล้านคน และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน¹ สำหรับสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นอย่างมาก เช่น ภาวะเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ฯลฯ เหล่านี้ล้วนเป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อมากขึ้น โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ๆ ของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ ขาดการ

ออกกำลังกาย มีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน โรคดังกล่าวนอกจากจะทำให้เกิดความพิการและสูญเสียชีวิตแล้วยังเป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของประเทศในการดูแลรักษาในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ถึงแม้ว่าโรคเหล่านี้จะมีอันตรายร้ายแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย แต่ก็สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ที่มีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันได้ ประกอบกับแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้²

สภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้คนไทยเจ็บป่วยและตายด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรดังนี้ โรคมะเร็งทุกชนิด 119.1 โรคความดันโลหิตสูง 708.7 โรคหัวใจและหลอดเลือด

901.3 และสำหรับอัตราตายต่อแสนประชากร มีดังนี้ โรคมะเร็งทุกชนิด 85.04 โรคความดันโลหิตสูง 3.64 และโรคหัวใจ และหลอดเลือด 55.29³ ซึ่งโรคเหล่านี้ เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มันจัด เค็มจัด หวานจัด รวมทั้งผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ จากความเครียด และการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น และจากสำรวจการสำรวจของกรมอนามัยในปี 2556 พบว่า คนไทยเพียง 5 ล้านคนเท่านั้น ที่มีการออกกำลังกายเพียงพอที่จะช่วยป้องกันโรคได้ สำหรับการรับประทานอาหารนั้น จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุมากกว่า 15 ปี โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ของภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเก็บจากประชากรกลุ่มศึกษา อายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 39 คน, 290 คน พบว่า กลุ่มศึกษามีความถี่เฉลี่ยการบริโภคผักและผลไม้เท่ากับ 5.97 และ 4.56 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรไทยส่วนมากบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับรวมทั้งประชาชนอย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนมีการออกกำลังกาย

สม่ำเสมอ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน ๆ ละอย่างน้อย 30 นาที ร่วมกับการรับประทานผักสดและผลไม้สด วันละอย่างน้อย 5 ซีดขึ้นไป และลดอาหารไขมันซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดลง^{4,5}

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน เป็นกลวิธีหนึ่งของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อพัฒนาส่งเสริม สนับสนุนและกระตุ้นให้ประชาชน มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพดีแก่ตนเองและบุคคลรอบข้างได้⁴และจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้เช่นกัน โดยผลลัพธ์ที่มุ่งหวัง คือ การทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และเหมาะสม⁶⁻¹⁰ทางคณะผู้วิจัย จึงสนใจที่จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยมุ่งหวังให้เกิดสร้างกระแส การบริโภค ลดหวาน มัน เค็มในชุมชน มีการสร้างนโยบายสาธารณะด้านการลดพฤติกรรมบริโภคหวาน มัน เค็ม ในชุมชน รวมทั้งให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ซึ่งผลของการศึกษครั้งนี้ บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลที่ได้จากการดำเนินโครงการไปปรับใช้ในการวางแผนพัฒนาการปรับปรุงแก้ไขปัญหา

อุปสรรค และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ และน้ำตาลของประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด
2. ผลของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ศึกษาจากการบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ และน้ำตาลของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง

ระเบียบวิธีศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้ออกแบบการศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มเป้าหมายเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือนที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive

sampling) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า (Inclusive criteria) คือ เป็นประชาชนเพศชายและเพศหญิงที่อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลวังสมบูรณ์ มีความสมัครใจ ยินยอม และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้จนครบจำนวน 76 คน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บระหว่างการเก็บข้อมูล หรือเมื่อตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างไม่พอใจสามารถออกกลางคันได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์ประกอบด้วยชุดคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ศาสนา และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการบริโภคของครัวเรือน ได้แก่ ข้อมูลการบริโภคน้ำปลา เกลือ ซอสปรุงรส น้ำตาล ซึ่งเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง โดยคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยต่อครัวเรือน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการ

อารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ แบ่งเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 20.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 20.01 - 40.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 40.01 - 60.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับสูง

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ การไม่รุกร้าความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เก็บจากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างมิดชิดเพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหล ไม่ให้เกิดผลกระทบหรือเกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ และการเผยแพร่ข้อมูลไม่มีการระบุตัวตน ไม่มีการเปิดเผยชื่อ สกุล รหัส อันสามารถทำให้ระบุถึงตัวตนของเจ้าของข้อมูลได้ ผลการวิจัยจะ

รายงานสรุปผลเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือการนำข้อมูลไปใช้ได้ตลอดเวลา และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งโดยเครื่องทำลายเอกสารภายหลังสิ้นสุดการวิจัยโดยเก็บไว้ไม่เกิน 5 ปี

วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค ของชุมชนในตำบลวังสมบูรณ์ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนตุลาคม 2561 รวมระยะเวลา 12 เดือน เริ่มจากการประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค ให้ชุมชนได้รับทราบ การแต่งตั้งคณะทำงานดำเนินโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ การเก็บข้อมูลสถานการณ์การบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ น้ำตาล น้ำอัดลม และขนมหวาน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายจำนวน 76 คน การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด การเผยแพร่ความรู้ทั้งรายบุคคลด้วยการแจกเอกสารแผ่นพับถึงประตูบ้านและการให้

ความรู้รายกลุ่มผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งหอกระจายข่าว ป้ายผ้าไว้นิตและการประชุมประจำเดือน การส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบลาสโบลในชุมชน การสร้างข้อตกลงร่วมกันด้านการลดพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม เพื่อให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้านในเขตตำบลวังสมบูรณ์ หลังจากดำเนินกิจกรรมตามโครงการเสร็จสิ้น จะประเมินสถานการณ์การบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่าง ๆ น้ำตาล น้ำอัดลม และขนมหวาน (นวัตกรรม: ชีต ประหยัด สกัดโรค) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสอบถามเดิมอีกครั้ง

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกับหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนของหลังคาเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนเป้าหมาย และผ่านการอบรมวิธีการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนกับหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนของหลังคาเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนเดียวกันทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอ้างอิงเพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา (Results)

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 40.9 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 28.9 อายุต่ำสุด 33 ปี อายุสูงสุด 67 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.7 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า ร้อยละ 13.2 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.2 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.7

2. ผลการศึกษาด้านการบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่าง ๆ และน้ำตาลของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค บ้านวังพัฒนา ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยคิดคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยต่อครัวเรือน

ตารางที่ 1 สถานการณ์การบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่าง ๆ และน้ำตาลของครัวเรือน
กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (n=76 หลังคาเรือน)

ชนิดหรือรายการบริโภค	ปริมาณค่าเฉลี่ยที่บริโภค (ก่อนดำเนินงาน)	ปริมาณค่าเฉลี่ยที่บริโภค (หลังดำเนินงาน)	ค่า P- value
1. เกลือ	210.4 กรัม	82.8 กรัม	.029
2. น้ำปลา	1,775.5 ซีซี	969.1 ซีซี	.001
3. ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ	552.9 ซีซี	249.7 ซีซี	.024
4. น้ำตาล	995.4 กรัม	309.3 กรัม	.027

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ครัวเรือนมีการบริโภคเกลือ โดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 210.4 กรัม มีการบริโภคน้ำปลาโดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 1,775.5 ซีซี มีการบริโภคซอสปรุงรสชนิดต่างๆ โดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 552.9 ซีซี และมีการบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 995.4 กรัม หลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ครัวเรือนมีการบริโภคเกลือ โดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 82.8 กรัม มีการบริโภคน้ำปลาโดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 969.1 ซีซี มีการบริโภคซอสปรุงรสชนิดต่างๆ โดยเฉลี่ยครัวเรือนละ

249.7 ซีซี และมีการบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 309.3 กรัม จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ และน้ำตาล ก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ด้วยการทดสอบค่าที่ (paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ
ในชุมชน (n=76 คน)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนดำเนินงาน (ร้อยละ)	หลังดำเนินงาน (ร้อยละ)	p-value
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง	30.7	53.7	.001
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง	43.5	26.7	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ	26.8	19.6	
ค่าเฉลี่ย	46.13	52.58	

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 26.8 หลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านวังพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.6

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง หลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} = 52.58$) สูงกว่าก่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} = 46.13$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบค่าที (paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง หลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สูงกว่าก่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์ (Discussions)

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำหลักของชุมชนในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในประเด็นของการค้นหาหลักเกณฑ์ในการก่อรูประบบ

สุขภาพภาคประชาชน คือ คนที่ต้องเป็นแกนนำหรือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องทำหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบายการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในการสำรวจกลไกหลักในการจัดการสุขภาพในชุมชน¹¹ การดำเนินงานตามโครงการนี้อสม. เป็นแกนนำหลักที่สำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และกระตุ้นความร่วมมือของประชาชนในการทำให้เกิดการจัดการสุขภาพในชุมชน โดยจะเป็นการกระตุ้นให้ประชาชน กลุ่มองค์กร ชุมชน และที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้คิดถึงชุมชน เห็นความสัมพันธ์ของตัวเอง ครอบครัว กลุ่มกับชุมชนในมุมมองต่าง ๆ มากกว่าที่จะคิดถึงแต่เรื่องราวของตนเอง ครอบครัวหรือกลุ่มของตัวเอง ทำให้เกิดความตระหนักและสนใจที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต่อไป¹²

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ใช้เวลาจัดกิจกรรม 16 สัปดาห์ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สำคัญ คือ การประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ให้ชุมชนได้รับทราบ การแต่งตั้งคณะทำงาน การเก็บข้อมูลสถานการณ์การบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่าง ๆ น้ำตาล น้ำอัดลม และขนมหวาน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย การตรวจคัดกรองสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดัน

โลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ทั้งรายบุคคลด้วยการแจกเอกสารแผ่นพับถึงประตูบ้านและการให้ความรู้รายกลุ่มผ่านสื่อต่างๆ ทั้งหอกระจายข่าว ป้ายผ้าไว้นิล และการประชุมประจำเดือน การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน การสร้างนโยบายสาธารณะโดยมีข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 1) เลิกกินน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ ขนมจุจิก 2) งดกินของทอดและอาหารจานด่วน (Fast food) อาหารซาบู หมูกระทะ 3) ไม่กินอาหารมื่อตึก และต้องกินอาหารเช้าทุกวัน 4) การออกกำลังกายหรือทำงานบ้านอย่างจริงจัง ต่อเนื่องวันละ 30 นาที เป็นประจำทุกวัน และ 5) ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹³ นอกจากนี้ยังมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ระหว่างหมู่บ้านในเขตตำบลวังสมบูรณ์ ซึ่งกลวิธีนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจมากเนื่องจากมีกิจกรรมที่หลากหลายและให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมรวมทั้งใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก PROMISE¹⁴ ใช้หลักการเรียนรู้ กำกับ และดูแลตนเอง พบว่าครัวเรือนมีสถานการณ์การบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ และน้ำตาลลดลง และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รวมทั้งชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในระดับมาก ร้อยละ 100

จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องต่อไป ทั้งนี้ควรจะมีการติดตามผลในระยะ 3 และ 6 เดือนต่อไป เพื่อติดตามดูความเปลี่ยนแปลง ท้ายที่สุดเพื่อหวังผลให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นมีต้องกลายไปเป็นกลุ่มป่วย ทั้งนี้เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป เพราะมีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อันจะส่งผลให้สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ต่อไป

สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน คือ กลุ่มเสี่ยงส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมค่อนข้างจะมีความลำบากเพราะหากมุ่งเน้นแต่วิชาการความสามารถในการรับฟังและเข้าใจอาจทำได้ยากและเกิดความเบื่อหน่าย อีกทั้งชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่เคยผ่านการอบรม และการได้รับการสื่อสาร เผยแพร่ในเรื่องของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่ครอบคลุมสำหรับในปีต่อไปคาดว่าจะการดำเนินงานดังกล่าวจะเกิดคุณภาพและความรวดเร็ว

มากขึ้น รวมไปถึงการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยยิ่งขึ้น

ข้อยุติ (Conclusions)

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนครั้งนี้ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคเกลือ ซอสปรุงรสชนิดต่าง ๆ น้ำตาลลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ในครั้งนี้เกิดข้อปฏิบัติ/ข้อตกลงร่วมกัน (มาตรการทางสังคม) ของชุมชน ในการกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพที่สามารถ ดูปฏิบัติได้ และดัดแปลงเครื่องมือแอลกอฮอล์ได้ เกิดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชุดต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกิดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เทศบาลตำบลวังสมบูรณ์ ครู-นักเรียน โรงเรียนในพื้นที่ ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) ระดับตำบล และชุมชน/หมู่บ้าน และนักวิจัยสถาบันการศึกษา/นักศึกษา และนักวิจัยในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดตั้งหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง แห่งละ 1 หมู่บ้าน และควรร่วมกับชุมชนในการกำหนดเกณฑ์ และข้อตกลงร่วมกันเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน, สถาบันการศึกษาหน่วยงานภายนอกควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงและป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบพระคุณ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหม่

อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว และ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ที่
อำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ และ
สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการศึกษาวิจัย และ
ต้องขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ
ประชาชนทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือใน
กิจกรรมครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ กองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่
สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Non communicable diseases** [online] 2018 [cite 2018 September 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. **Honor Project Status Report 57 years Maha Vajiralongkorn** 2009. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King; 2009. [in Thai].
3. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. **Guidelines Development of Health Behavior Modification Village for reduce Cancer Hypertension Cardiovascular disease.** 2nd ed. Bangkok: Sukhumvit Media Marketing; 2009. [in Thai].
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Health Behavior Modification Village Project for reduce Cancer Hypertension Cardiovascular Disease.** Nonthaburi: Printing House of the War Veterans Organization of Thailand; 2009. [in Thai].
5. Aon - apai K. **The Application of Pender's Health Promotion Model for Improving Behavior to Reduce the Risk of Cerebrovascular Disease among Risk Patients at Bantaen Sub-District, Bantaen District, Chaiyapum Province** [Master Thesis in Public Health Program in Health Education and Behavioral Science]. Khon Kaen: The Graduate Scholl, Khon kaen University; 2008. [in Thai].
6. Phuchongchai T, Nuansithong N. **Effects of an elderly health promotion in muengchaiyaphum district, Chaiyaphum. Community Health**

- Development Quarterly Khon Kaen University 2019; 7(1): 1-18. [in Thai].
7. Jantarangsiworakul W, Health Promoting Behaviors and Health Status of the Elderly in NakhonSawan Province. **Journal of Health Science Research** 2010; 4(2): 12-20. [in Thai].
 8. Pajumpa W. Model of Health Management Elderly, Case Study: Sangbong- Nadee Village, Phasuk Sub - district, Khumphawapi District, UdonThani Province. **Community Health Development Quarterly KhonKaen University** 2018; 6(3): 457-471. [in Thai].
 9. Jitapunkun S, Wivatvanich S. National policies and programs for the aging population in Thailand. **Ageing Int** 2009; 33:62-74. [in Thai].
 10. Thanakwang K. A meta- analysis of health- promotion behavior research of older persons in Thailand. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2011; 12(2): 30-36. [in Thai].
 11. Skulpunyawat S. Health promotion behaviors of Muslim elder in case of Okarak district Nakornnayork province. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2014; 15(3): 353-360. [in Thai].
 12. Primary Health Care Division Department, Health Service Support, Ministry of Public Health. **Operational Guidelines for Village Health Management**. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His majesty the King; 2006. [in Thai].
 13. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. **The Integrated Operational Communication Planning Process**. Bangkok: Local Administration; 2008. [in Thai].
 14. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. **Lesson of Health Behavior Modification Village by Community**. Nonthaburi: Printing House of the War Veterans Organization of Thailand; 2013. [in Thai].

ผลของขอคำเมืองเล่าเรื่อง Stroke ต่อการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

สุนทรี สุรัตน์, ธนัท นิติคำหาญ, เสกสรรค์ มีธรรม**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้สื่อ “ขอคำเมืองเล่าเรื่อง Stroke” เพื่อประเมินระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านสื่อกระจายเสียงชุมชน ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จำนวน 45 ราย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.80 ไม่เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดในสมอง ร้อยละ 95.60 มีอายุเฉลี่ย 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.78 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.22 มีญาติสายตรงที่มีประวัติของโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดในสมองก่อนการใช้สื่อ ที่ระดับ 7.40 ภายหลังการใช้สื่อพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นเป็น 9.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: เพลงพื้นเมือง, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวสลี ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Soontaree Suratan, E-mail: kaweein@hotmail.com

Received 06/01/2020

Revised 16/03/2020

Accepted 23/03/2020

**THE RESULT OF SOR LANNA DIALECT ON STROKE TO RECOGNISE
STROKE WARNING SIGN AMONG HYPERTENSION PATIENTS IN
BUASALI SUB DISTRICT, MAE LAO DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE**

Soontaree Suratana^{}, Tanut Nitkhamharn^{*}, Seksan Meethum^{**}*

ABSTRACT

The study was the Quasi-experimental design on a one- group pre-post test by using the lyrics of Sor Lanna dialect recognizing stroke signs and symptoms through the community broadcast among 45 hypertensive patients who live in Buasali Sub district, Mae Lao District, Chiang Rai Province. The data were analyzed by using the descriptive and inferential statistics- Paired Samples t-test (p-value <0.05).

The results of this research indicated that 97.80 % never had any stroke's signs or symptoms. 95.60 % were 51 years and older. Among 45 samples, 57.78 % were female. 62.22 % reported that they have immediate relatives who were diagnosed with hypertension. The post test score of the awareness of stroke's signs and symptoms showed 9.09 statistically significance (p-value .05), comparing to the pre test score which was 7.40. Finally, participants were extremely satisfied with the media.

Keywords: Traditional song, Stroke, Hypertension patients

^{*}Faculty of Public Health, Chiang Rai College, Chaing Rai

^{**}Buasali Sub-district Health Promotion Hospital, Buasali Sub-district, Maelao District, Chaing Rai

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปัจจุบันพบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึงหนึ่งในสามของประชากรทั่วโลก ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา และสาเหตุของการตายทั่วโลกร้อยละ 71 หรือประมาณ 41 ล้านคน ตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases; NCD) เป็นสาเหตุและร้อยละ 85 ของกลุ่มนี้อยู่กลุ่มช่วงอายุระหว่าง 30-69 ปี ซึ่งถือเป็นการตายก่อนวัยอันควร¹ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบมากจะอยู่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงจากปัจจัยด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ค่อยมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์¹ รวมถึงปัจจัยด้านเมตาบอลิซึมของร่างกายที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCD เช่น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้นหรือเข้าสู่ภาวะอ้วน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะระดับไขมันในเลือดสูง¹ ทั่วโลกประมาณ 1.13 พันล้านคน เป็นความดันโลหิตสูง ทางแพทย์ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่น่ากังวลของสุขภาพ และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจ โรคสมอง โรคไตและโรคอื่น ๆ ตามมา เนื่องจากความดันโลหิตที่มีสูงส่งผลให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายช้าและนำส่งออกซิเจนได้ลดลง เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาด

เลือด ความดันที่สูงอาจทำให้เส้นเลือดแดงในสมองแตกหรือตีบตันทำให้สมองส่วนนั้นขาดเลือดและออกซิเจนหรือที่เรียกว่า Stroke² ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปโรคความดันโลหิตสูงจะไม่มีอาการแสดงแต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease; CVD) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 45 เสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจ (Heart disease) และอีกจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 51 เสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดประมาณว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกเนื่องจาก CVD ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด³ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตไปด้วยสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านคน มีผู้กำลังป่วยและเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองใช้ชีวิตอยู่ประมาณ 80 ล้านคน ในส่วนนี้มีผู้พิการจาก โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุประมาณ 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5⁴ สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยพบว่าอัตราตายสูงสุดอันดับ 1 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ในลักษณะที่มี

แนวโน้มที่สูงขึ้นต่อเนื่อง โดยอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มช่วงอายุระหว่าง 30-69 ปี จากในปี พ.ศ. 2555 ที่อัตรา 31.7 เพิ่มขึ้นเป็น 48.7 ต่อแสนประชากร⁵

เพื่อการควบคุมป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้กำหนดแนวทางการสังเกตสัญญาณเตือนผู้ที่สงสัยเพื่อการเข้ารับการรักษาที่ทันเวลาที่โดยให้ยึดตามแนวทางสากลของโรค คือ “F.A.S.T” มาจาก⁶

F = Face ยิ้มมุมปากข้างหนึ่งจะตก

A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง

S = Speech มีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่าย ๆ พูดแล้วคนฟังไม่รู้เรื่อง

T = Time ถ้ามีอาการเหล่านี้ ให้รีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน ภายใน 3 ชั่วโมง จะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นแม่ข่ายให้โรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดเชียงราย จำนวน 18 โรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จำนวน 2,116 ราย 2,455 ราย และ 2,531 ราย ตามลำดับ อัตราการเข้า stroke fast track คิดเป็นร้อยละ 6.74 ,18.08 และ 19.21 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 74,123 และ 127 ราย คิดเป็นร้อยละของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

5.8, 8.14 และ 7.76 ซึ่งมีอัตราผู้ป่วย ischemic stroke ที่ได้รับ thrombolytic agent ภายใน 60 นาทีเมื่อแรกพบเป็นร้อยละ 50, 86.49 และ 86.11 ใช้เวลาเฉลี่ย (Door to needle time) ลดลงจาก 63.38, 39.72 เหลือ 44.32 นาที แต่อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังสูงกว่าร้อยละ 7 เป็น 11.81, 9.43 และ 8.28 ตามลำดับ⁷

ตำบลบัวสลี ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 187 คน ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากถึง 16 คน โดยเฉพาะปี 2559 พบ 9 คน⁸ ซึ่งในจำนวนนี้มีผลให้มีผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยติดเตียงสาเหตุมาจากประชาชนไม่เห็นความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงเลยนำไปสู่ภาวะ Stroke เนื่องจากขาดการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและในยามป่วยวิธีการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนได้

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะให้ขอคำเมืองเล่าเรื่อง Stroke ที่เป็นสื่อเพื่อให้เห็นผล ในการตระหนักถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาผลของ “ข้อความเรื่อง Stroke” ต่อการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของการใช้ “ข้อความเรื่อง Stroke” ต่อการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest - Posttest Design)

วัสดุและวิธีการ

วัสดุ “ข้อความเรื่อง Stroke”

สร้างอยู่ในรูปแบบไฟล์เสียง (.mp3) มีความยาวสื่อทั้งหมดรวมเวลา 5 นาที 29 วินาที ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน เกี่ยวกับการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (F.A.S.T.) นำเสนอผ่านบทละครเสียงที่ใช้สำเนียงภาษาพื้นเมืองล้านนา และมีเสียงดนตรีที่มีจังหวะสนุกสนานคั่นกลางระหว่างบทละครเสียง รวมเรียกว่า “ข้อความเรื่อง” ได้แก่

ตอนที่ 1 อาการพูดไม่ชัด (Speech) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อให้ผู้ฟังได้รับรู้ลักษณะอาการพูดไม่ชัดเจน อันเนื่องจากอาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

ตอนที่ 2 อาการ แขนขาอ่อนแรง (Arm) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อให้ผู้ฟังได้รับรู้ลักษณะอาการแขนขาอ่อนแรงจับพลันอันเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดในสมองตีบตัน

ตอนที่ 3 อาการปากเบี้ยว (Face) และการพบหมอเพื่อทำการดูแลรักษาให้ทันเวลา (Time) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อให้ผู้ฟังได้รับรู้ลักษณะอาการปากเบี้ยวหน้าเบี้ยวเฉยพลันและข้อควรปฏิบัติเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเป็นอัมพฤกษ์หรือเสียชีวิต

วิธีการ

1. การทดลองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2562 (รวมระยะเวลา 60 วัน)

2. เปิดผ่านหอกระจายเสียงของหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง เปิดทุกวันตามช่วงเวลา ช่วงเช้า และช่วงเย็น ช่วงเช้าประมาณ 06.00 น. และช่วงเย็น ประมาณ 18.00 น. เปิดโดยผู้ใหญ่บ้าน โดยใช้เวลา 5.29 นาที ต่อครั้ง

กลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

อย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ตามปกติ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผ่านเกณฑ์ จำนวน 187 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G-power ที่ขนาดอิทธิพล .05 ($C = 0.05$, Power of test; $1 - \beta = 0.95$) ได้กลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 45 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลาก ผู้วิจัยเขียนรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 187 คน จากนั้นจับสลากขึ้นมา ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ 45 คน

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุคคลสายตรงในครอบครัวด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเส้นเลือดในสมองตีบตัน ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การมีผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ประเมินการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเตือนต่างๆ

ของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของนพดล คำภีโร (2559)⁹ การแปลผลคะแนน ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับควรปรับปรุง

5-7 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับพอใช้

8-10 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อ “ข้อความเรื่อง Stroke” ประกอบด้วยความพึงพอใจต่อการออกแบบ จำนวน 5 ข้อ และความพึงพอใจต่อเนื้อหาใน จำนวน 5 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์เป็น 5 ระดับ (Rating Scale) คือ

น้อยที่สุด มีน้ำหนักเท่ากับ 1 คะแนน

น้อย มีน้ำหนักเท่ากับ 2 คะแนน

ปานกลาง มีน้ำหนักเท่ากับ 3 คะแนน

มาก มีน้ำหนักเท่ากับ 4 คะแนน

มากที่สุด มีน้ำหนักเท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ คือ

ระหว่าง 1.00-1.80 แปลว่า น้อยที่สุด

ระหว่าง 1.81-2.60 แปลว่า น้อย

ระหว่าง 2.61-3.40 แปลว่า ปานกลาง

ระหว่าง 3.41-4.20 แปลว่า มาก

ระหว่าง 4.21-5.00 แปลว่า มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามโครงสร้าง

(Construct Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) นำแบบสอบถามไปทำการทดลอง (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปรากฏว่าได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นักวิจัยลงพื้นที่เก็บแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ นักวิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คำนวณสัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) Paired t – test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการ

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงปกติข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสาร EC12019002 ลงวันที่ 7 มกราคม 2562

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 45 คน เป็นส่วนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 95.60 โดยอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 82.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาทำไร่หรือทำสวน ร้อยละ 53.34 ส่วนใหญ่มีศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 80 และส่วนใหญ่มียรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 91.10

ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มีญาติสายตรงในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานหรือโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62.22 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย

ด้วยโรคความดันโลหิตสูงนานกว่า 6-10 ปี ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.10 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 57.78 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากแหล่งอื่น ๆ ร้อยละ 51.10 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มียุคแลที่บ้านร้อยละ 97.80

การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดเป็นอาการ

เตือนของโรคหลอดเลือดสมองตอบถูกเท่าเดิม ส่วนการรับรู้ถึงอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงของแขน ขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีที่เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (A-Arm) อาการมูมปากข้างใดข้างหนึ่งตกอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (F-Face) อาการพูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดแบบไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (S-Speech) ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้องทุกคน ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ตอบคำถามการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวนผู้ตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
1. อาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	44 (97.8)	44 (97.8)
2. อาการชาหรืออ่อนแรงของแขน ขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	38 (84.4)	45 (100)
3. อาการมูมปากข้างใดข้างหนึ่งตกอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	36 (80.0)	45 (100)
4. อาการพูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดแบบไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	37 (82.2)	45 (100)
5. อาการพูดอะอะไววายววย สับสน ซึมลงอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	22 (48.9)	30 (66.7)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ตอบคำถามการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
ได้ถูกต้อง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวนผู้ตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
6. อาการตามัวหรือรั้งของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้าง เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	18 (40.0)	23 (51.1)
7. อาการมองเห็นภาพซ้อนอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	28 (62.2)	44 (97.8)
8. อาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินเซ เดินลำบาก อย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	33 (73.3)	44 (97.8)
9. อาการปวดศีรษะรุนแรงอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	37 (82.2)	44 (97.8)
10. ถ้าท่านมีอาการอ่อนแรงที่ใบหน้าหรือแขนขา มีอาการชาที่ใบหน้าหรือแขนขาอย่างทันทีทันใด มีอาการพูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดโดยไม่ทราบสาเหตุ อย่างทันทีทันใด และอาการภายใน 3 ชั่วโมง ต้องไปพบแพทย์ทันที	40 (88.9)	45 (100)

2. การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ อยู่ 7.40 ที่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.81 และโดยส่วนใหญ่อยู่ระดับดี ร้อยละ 60 หลังการใช้พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ อยู่ที่ 9.09 ที่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

0.66 และอยู่ระดับดีทุกคน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้หลังการใช้เพิ่มขึ้น กว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < .001) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวน 10 คะแนน ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

	N	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	45	7.40	1.81	6.14	< .001*
หลังการทดลอง	45	9.09	0.67		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างให้ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อ “ข้อความเรื่องเล่าเรื่อง Stroke” ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 6 ข้อ คือ ใช้ภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ใช้ได้กับทุกเพศทุกวัย มีประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน สร้างเสริมให้มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการ

เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำความรู้ที่ได้จากถ่ายทอดสู่ผู้อื่นได้อีก 4 ข้อ ได้รับคะแนนความพึงพอใจมาก คือ สื่อมีความดึงดูดน่าสนใจ มีความทันสมัยระยะเวลาเหมาะสมไม่น่าเบื่อ และมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ทำให้คะแนนโดยภาพรวมของความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อข้อความเรื่องเล่าเรื่อง Stroke

ข้อความถาม	จำนวนผู้ประเมินแต่ละระดับความพึงพอใจ (คน)					คะแนนเฉลี่ย
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สื่อมีความดึงดูดน่าสนใจ	0	0	2	32	11	4.20
2. การใช้ภาษาสื่อทำให้ผู้ฟังเข้าใจง่าย	0	0	6	18	21	4.33
3. สื่อสามารถใช้ได้ทุกกลุ่มวัย	0	0	3	26	16	4.29
4. สื่อมีความทันสมัย	0	0	8	26	11	4.07
5. สื่อใช้ระยะเวลาเหมาะสม ไม่น่าเบื่อ	0	0	17	24	4	3.71
6. สื่อมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย	0	0	3	33	9	4.13
7. สื่อมีประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน	0	0	8	17	20	4.27

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อข้อความเมืองเล่าเรื่อง Stroke (ต่อ)

ข้อความถาม	จำนวนผู้ประเมินแต่ละระดับความพึงพอใจ (คน)					คะแนนเฉลี่ย
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
8. สื่อทำให้มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	0	0	0	28	17	4.38
9. ความรู้ที่ได้รับจากสื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองต่อโรคหลอดเลือดสมอง	0	0	3	10	32	4.64
10. ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากสื่อไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้	0	0	3	22	20	4.38
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม						4.24

วิจารณ์ (Discussions)

1. ความสอดคล้องของเนื้อหาสาระในสื่อเป็นไปตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุขในการรณรงค์ประชาชนเข้าใจในหลักการของ F.A.S.T. เพื่อการดูแลป้องกันตัวเองจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือ stroke¹⁰

2. การเพิ่มศักยภาพในการสร้างการรับรู้ที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชาวบ้านชุมชนภาคเหนือก็คือรูปแบบที่ประยุกต์หลักวิชาการผสมผสานในรูปแบบการสื่อสารผ่านตัวละครและเรื่องราวใน “ข้อความเมืองเล่าเรื่อง Stroke” ที่ความเป็น

อัตลักษณ์ของภาษาท้องถิ่น (คำเมือง) ที่ฟังเข้าใจง่ายร่วมกับการลีลาอันสนุกในแบบฉบับ “ซอล้านนา” ซึ่งเป็นสื่อที่นิยมอย่างสูงในภาคเหนือ โดยเฉพาะในพื้นที่หมู่บ้านชนบท เนื่องจากการออกแบบจินตกรรมคำพูดคำร้องเข้าถึงความเป็นวิถีชีวิตแบบล้านนา¹¹ ทำให้มีความน่าฟังชวนติดตามและด้วยความยาวของระยะเวลาเพียง 5.29 นาที จึงไม่น่าเบื่อสามารถเปิดได้บ่อยครั้ง

3. การสร้างการรับรู้สู่ชุมชนด้วยสื่อผ่านหอกระจายเสียงชุมชนด้วยภาษาถิ่นนั้นถือว่าเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมเพราะถือว่าเป็นหนึ่งในระบบการสื่อสารที่มีความใกล้ชิด

มากับชุมชนหนึ่งหทัย ขอผลกลาง¹² และ สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศและกำหนดให้การสื่อสารสร้างการรับรู้ข่าวสารผ่านหอกระจายข่าวชุมชนจะต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายหรือใช้ภาษาถิ่น¹³ ยังสัมพันธ์กับงานวิจัยของ เพลินจิตร แซกวานิช¹⁴ ซึ่งทำการศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่าย (รพ.สต. บ้านปากแพรก รพ.สต. บ้านแม่น้ำคู้ และ รพ.สต.บ้านมาบยางพร) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง แนะนำให้เลือกใช้สื่อที่เหมาะสม และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแต่ละวิธี เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะนำไปสู่แนวโน้มการมีพฤติกรรมในทางบวกสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชัย คุณิพงษ์¹⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลพรหมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อยุติ (Conclusions)

“ขอคำเมืองเล่าเรื่องStroke” ซึ่งได้ใช้

กระจายเสียงผ่านหอกระจายเสียงของชุมชนตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีผลทำกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวสลี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย มีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 7.40 เป็น 9.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และกลุ่มเป้าหมายก็มีความพึงพอใจโดยรวมมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. การนำรูปแบบของ “ขอคำเมือง” เพื่อไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ จะกระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความสนใจมากยิ่งขึ้น
2. หากมีการนำขอคำเมืองเล่าเรื่อง stroke ไปเผยแพร่ในหลายช่องทางจะทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น เช่น การส่งต่อทางไลน์ Facebook ผ่านสื่อวิทยุชุมชนท้องถิ่น
3. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายเพื่อติดตามความตระหนักและปฏิบัติตัวได้ทันตามระยะเวลาที่สามารถแก้ไขปัญหาของภาวะหลอดเลือดสมองในระยะฉุกเฉินได้ทันตามเวลา เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของการใช้ขอคำเมืองเล่าเรื่อง stroke เป็นสื่อ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากองค์ความรู้ที่ศึกษาก่อนการทำวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากขาดการรับรู้ในการสังเกตตนเองและคนใกล้ชิดต่อสัญญาณเตือน ทำให้เข้ารับการรักษา ไม่ทันตามระยะเวลา มีผลทำให้มีผู้เสียชีวิตและกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ภายหลังการใช้สื่อ “ข้อความเสียงเล่าเรื่อง Stroke” ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเกิดจินตภาพสื่อถึงอารมณ์และสถานการณ์ตามแนวทาง F.A.S.T ได้ชัดเจนและเห็นภาพมากขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดในสมองก่อนการใช้สื่อที่ระดับ 7.40 ภายหลังการใช้สื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นเป็น 9.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อในระดับมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ วิทยาลัยเชียงราย ในการสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และสาธารณสุขอำเภอแม่ลาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวสลี อาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบัวสลี ที่สนับสนุนช่วยเหลืองานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Noncommunicable diseases** [online] 2017 [cited 2019 Jan. 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentr/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. World Health Organization. **Hypertension** [online] 2017 [cited 2019 Jan. 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/detail/hypertension>.
3. World Stroke Organization: (WSO). **Global Stroke Fact Sheet** [online] 2018 [cited 2019 Jan 16]. Available from <https://www.world-stroke.org/publications-and-resources/resources/global-stroke-fact-sheet>
4. Bureau of Non Communicable Diseases. **The issue of the World Daily Paralysis Campaign** [online] 2015 [cited 2018Dec 2]. Available from: <http://www.thaincd.com> [in Thai].
5. Bureau of Non Communicable Disease. **Annual report 2017**. Bangkok: Akson Graphic and Design; 2017. [in Thai].

6. Prasat Neurological Institute. **Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke**. Bangkok: Tana Press; 2016. [in Thai].
7. Chiangrai Prachanukroh Hospital. **Provincial Inspection Report for the fiscal 2018, Health Outcome (Stroke)** [online] 2019 [cited 2019 June 23]. Available from: http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2018-05-31-04-11-53-11.pdf [in Thai].
8. Department of Health, Ministry of Public Health. **The incident rate of stroke in Buasalee Sub- District, Maelao District, Chiangrai Province** [online] 2018 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>. [in Thai].
9. Noppadol K. **Knowledge attitude and risk behaviors of stroke among people with hypertension in Maeta hospital Maeta district, Lampang province**. Bangkok: MPH, Public health, Thammasart University; 2016. [in Thai].
10. Bureau of Information Office of the Permanence Secretary of MOPH. **Infographic-stroke-cs5** [online] 2017 [Cited 2019 November 4]. Available from: <https://pr.moph.go.th/> [in Thai].
11. Muensan T, Nawarat N. **Saw Vocal Tradition in Local Schooling: The Contestation between Official Knowledge and Localized Knowledge** [online] 2017 [cited 2019 November 15]. Available from: <https://prachatai.com> [in Thai].
12. Neunghathai K. **Capabilities Development of Local Media for Health Communication in Northeastern Rural**. *Suranaree Journal of Social Science* 2015; 9(2): 61-77.
13. Office of the Permanent Secretary for Interior. **Guideline for Community Area- Based Recognition** [online] 2019 [cite 2019 November 16]. Available from: <http://www.pr.moi.go.th/documents/62-v1449/Manual.pdf> [in Thai].
14. Ploenjit S. **Perception of Stroke Warning Signs Among Hypertensive Patients and Their Families, Sub district Health Promotion Hospital; (Pakphak, Meanamku and Mabyangphon) , Pluakdeang Health Office, Rayong Province**. *Journal of Nakhon Ratchasima College* 2014; 8(2): 51-58. [in Thai].
15. Apichai K, Patchareewan P. **Relationship between health belief**

perception and stroke prevention
behavior in hypertensive patients in
Phanommanee sub - district, Muang
Nakornnayok district, Nakornnayok

province. Community Health
Development Quarterly Khon Kaen
University 2019; 7(3):431-443. [in Thai].

ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชี ในจังหวัดนครราชสีมา

สมทรง คັນธนที*, ธาวิณี อังคัยศ*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงาน 2) ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชี โดยทำการเก็บข้อมูลจากนักบัญชีในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน ได้กลับมา 367 คน คิดเป็นร้อยละ 91.75 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของนักบัญชีโดยภาพรวม มีความสอดคล้องกันหรืองานกับคนเข้ากันพอดี ความเหนื่อยหน่ายโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจในงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชี โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เชิงสัมพัทธ์ โดยมีค่าสถิติ $CMIN/DF = 1.844$ $GFI = 0.952$ $AGFI = 0.913$ $CFI = 0.966$ $RMSEA = 0.048$ และพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานทั้งทางตรงและทางอ้อมในเชิงลบ และเชิงบวก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการวางแผนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในการทำงาน, ความเหนื่อยหน่าย, ความพึงพอใจในงาน

* คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Somsong_Kha@vu.ac.th, E-mail: Tharinee_aun@vu.ac.th

Received 24/01/2020

Revised 16/03/2020

Accepted 23/03/2020

A STRUCTURAL RELATIONSHIP QUALITY OF WORK LIFE, JOB BURNOUT AND JOB SATISFACTION OF ACCOUNTANTS IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Somsong Khanthanatee^{}, Tharinee Aungyot^{*}*

ABSTRACT

The aims of this research were determined to study 1) the quality of work life level, job burnout, and job satisfaction. 2) a structural relationship of factors influencing on job satisfaction of accountants. The research instrument was questionnaires that were collected from 400 accountants in Nakhon Ratchasima province. A response rate for 367 questionnaires were 91.75 percentage. The data were analysed by descriptive statistics and Structural Equation Model.

The research finding were found as follow: From the majority of accountants' quality of work life were investigated congruence or fitted between job and accountants. The job burnout was overall at the high level and the overall job satisfaction with an average level. When considered in a structural relationship of quality of work life, it was found that the job burnout influenced on the accountants' job satisfaction. Model fitted the empirical data at statistics that was consist of CMIN/DF = 1.844 GFI = 0.952 AGFI = 0.913 CFI = 0.966 RMSEA = 0.048. The research result also was shown that the quality of work life influenced on job burnout, and job satisfaction both direct and indirect in negative and positive. In addition, this research result will apply for efficiency human resource management plan that lead to be sustainable development.

Keywords: quality of work life, burnout, job satisfaction

^{*}Faculty of Business Administration, Vongchavalitkul University.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โลกธุรกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้วยการเพิ่มขึ้นของความต้องการของตลาด ความกดดันของธุรกิจทั่วโลก การเจริญเติบโตของเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทโดดเด่นในเศรษฐกิจโลก ทำให้มีการเข้าถึงโอกาสและความต้องการข้อมูลแบบ real-time อย่างกว้างขวางมากขึ้น ส่งผลกระทบในหลายอาชีพที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำงาน ซึ่งต้องใช้ทักษะการฝึกอบรมเพิ่มเติมชุดใหม่ และปริมาณงานที่หนักกว่าเดิม¹ ภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานนี้ ความสมดุลระหว่างความต้องการของงานและทรัพยากรที่มีอยู่ เพิ่มการสัมผัสกับความเครียดที่อาจนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน² โดยเฉพาะการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการมนุษย์ ซึ่งความเหนื่อยหน่าย (Burnout) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญในชีวิตการทำงาน เพราะมีอิทธิพลต่อการลดประสิทธิภาพการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน ความมุ่งมั่นขององค์กรและคุณภาพของการบริการ รวมทั้งการขาดกำลังใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น³

การบัญชีเป็นหนึ่งในอาชีพที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เนื่องจากการบัญชีมีอิทธิพลต่อเศรษฐกิจและสังคม การจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและความต้องการเงินทุนในการดำเนินงานที่จะมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

เป็นที่สนใจของผู้ถือหุ้น⁴ งานบัญชีเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง เงินเดือนหรือผลตอบแทนที่ได้นั้น ไม่คุ้มค่างบเวลาและความพยายามที่ต้องใช้ความอดทนสูง ในขณะที่สายงานอื่นจะเป็นสายงานที่มีความท้าทาย มีความก้าวหน้า และน่าสนใจมากกว่า ล้วนเป็นเหตุให้นักบัญชีไม่มีความพึงพอใจในงาน ซึ่งหน่วยงานภาคเอกชนต่างสะท้อนปัญหาการขาดแคลนนักบัญชีมายังสภาวิชาชีพบัญชี⁵

จากงานวิจัย ความเหนื่อยหน่ายในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านการบัญชี พบว่า มีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำร้อยละ 46.12 ($R^2 = 0.424$) ด้านการลดความเป็นบุคคลสูงร้อยละ 52.43 ($R^2 = 0.387$) ทั้งสองด้านมีความเหนื่อยหน่ายเนื่องจากปริมาณงาน และผลตอบแทน และด้านการรับรู้ความสำเร็จระดับมีอาชีพสูงร้อยละ 57.77 ($R^2 = 0.333$) สาเหตุจากการควบคุม รางวัล และความเป็นธรรม⁶ และงานวิจัย ผู้บังคับบัญชาแบบ Hybrid : ผลกระทบของความเหนื่อยหน่าย ความพึงพอใจในงานและความสัมพันธ์ด้านผู้บังคับบัญชา พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนเพลีย ($r = -0.58$) ด้านการลดความเป็นบุคคล ($r = -0.33$) ด้านความสำเร็จ ($r = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁷

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า นักบัญชีจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขั้นตอนการทำงาน มีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาเก็บรวบรวมกลั่นกรองข้อมูล Big Data ประกอบกับผู้ประกอบการที่ต้องการความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ประหยัด และลดความซับซ้อนลง ล้วนแต่เป็นสาเหตุเสริมที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายกับนักบัญชี ที่จะให้บริการกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในงานมากที่สุดเท่าที่จะทำได้^๘

จากการที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของนักบัญชีมีการเปลี่ยนแปลงจากอดีตมาก ด้วยภาระงานที่หนัก การทันต่อเวลา การเปลี่ยนแปลงในกฎระเบียบที่บังคับใช้ เป็นเงื่อนไขที่เพิ่มระดับของความเหนื่อยหน่ายในอาชีพบัญชีอย่างต่อเนื่อง และยังมีปัจจัยที่ต้องอาศัยทรัพยากรทางการบริหาร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร และการมีส่วนร่วม^๙ เข้ามาเป็นปัจจัยเกื้อหนุน เพิ่มความเหนื่อยหน่าย และความไม่พึงพอใจในงานแก่นักบัญชี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

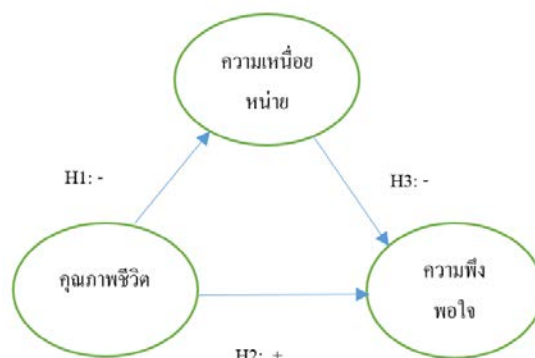
วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษา

1. ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชีในจังหวัดนครราชสีมา

2. ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของคุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชีในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชี สามารถสรุปกรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

H1: คุณภาพชีวิตในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงและมีผลเชิงลบกับความเหนื่อยหน่าย

H2: คุณภาพชีวิตในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงและมีผลเชิงบวกกับความพึงพอใจในงาน

H3: ความเหนื่อยหน่าย มีอิทธิพลทางตรงและมีผลเชิงลบกับความพึงพอใจในงาน

H4: คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย ความพึงพอใจในงาน โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ทำบัญชีในสำนักงานรับบริการทำบัญชี ในจังหวัดนครราชสีมา และมีสำนักงานบริการรับทำบัญชี ที่ยินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูล กับส่วนส่งเสริมพัฒนาวิชาชีพบัญชี กองกำกับบัญชีธุรกิจ มีรายชื่อสำนักงานบริการรับทำบัญชี จำนวน 54 สำนักงาน นักบัญชีที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า จำนวน 1,327 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทำบัญชีที่สำนักงานบริการรับทำบัญชี และขึ้นทะเบียนไว้กับสภาวิชาชีพบัญชีตามพระราชบัญญัติ วิชาชีพบัญชี พ.ศ. 2547 ซึ่งตามเกณฑ์ของสมการโครงสร้าง กำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการวัด คือ 20 ตัวอย่างต่อ 1 พารามิเตอร์หรือตัวแปร¹¹ งานวิจัยนี้มีตัวแปร 18 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 360 ตัวอย่าง จึงประมาณค่าไม่ตอบกลับ (Non-Response) ไว้ที่ร้อยละ 10⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 396 ตัวอย่าง เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดข้อผิดพลาดในการสุ่มตัวอย่าง (Type I) และเพื่อเพิ่มโอกาสในการกระจายปกติของการเก็บรวบรวมข้อมูล¹²

และให้ได้ข้อมูลในการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปตามสำนักงานบริการรับทำบัญชีที่มีรายชื่อทั้งหมด 54 แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งของสำนักงานบริการรับทำบัญชีมีจำนวนนักบัญชีที่ทำงานอยู่ไม่แน่นอน (นักบัญชีที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้าบางส่วนอาจไม่ได้ทำงานอยู่ที่สำนักงานบริการรับทำบัญชี) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling Method) ด้วยเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้ทำบัญชีจะต้องจดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า
2. ผู้ทำบัญชีจะต้องทำงานที่สำนักงานบริการรับทำบัญชีในจังหวัดนครราชสีมา
3. ผู้ทำบัญชีจะต้องมีอายุการทำงานตั้งแต่ 1 ปี และพ้นสภาพการทดลองงาน
4. ผู้ทำบัญชีมีความพร้อมและยินยอมที่จะตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้แบบสอบถามกลับมา 367 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 91.75 ของขนาดตัวอย่าง

จริยธรรมในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอตกลงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามชนิดแบบพิมพ์อัดสำเนา (Hard copy) เปิดตอบเอง ที่ได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดของทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากรที่มีค่า (COR theory)¹³ แนวคิดคุณภาพชีวิตในการทำงาน¹⁴ การวัดความเหนื่อยหน่าย¹⁵ และการวัดความพึงพอใจในงาน¹⁶

นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Test) จากผู้ทำบัญชีในจังหวัดอื่น จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)¹⁷ ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง ซึ่งเป็นค่าที่เชื่อถือได้ ดังนี้

ค่าของ Alpha ของคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีค่าโดยภาพรวม 0.778 – 0.835

ค่าของ Alpha ของความเหนื่อยหน่าย มีค่าโดยภาพรวม 0.782 – 0.830

ค่าของ Alpha ของความพึงพอใจในงาน มีค่าโดยภาพรวม 0.618 – 0.951

แบบสอบถามความคิดเห็น แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกตอบตามรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 การวัดระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยใช้รูปแบบ Areas of Work life Survey Manual (AWS)¹⁸ และมีการ

พัฒนา Model¹⁴ ซึ่งแบ่งออกเป็นหกตัวแปรของ AWS คือ ด้านปริมาณงาน (Workloads) ด้านการควบคุม (Control) ด้านรางวัล/ผลตอบแทน (Rewards) ด้านการร่วมมือกัน (Community) ด้านความเป็นธรรม (Fairness) ด้านคุณค่า (Value) มีจำนวน 29 ข้อ ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 3.00 เป็นกลางหรือยากที่จะตัดสินใจ คะแนน 3.01 แสดงให้เห็นว่า งานมีความพอดีกับคนหรือมีความสอดคล้องกัน และคะแนนน้อยกว่า 3.00 มีความไม่ตรงกันระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจมีอยู่ และคะแนนเหล่านี้ อาจแตกต่างกันตามเวลา และสามารถเปลี่ยนได้ถ้าความสัมพันธ์ของแต่ละคนมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมการทำงาน โดยสรุปแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00 - 2.99 หมายถึง ไม่ตรงกัน (Mismatch)

3.00 หมายถึง ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)

3.01 - 5.00 หมายถึง ความสอดคล้องกัน (Congruence)

ส่วนที่ 3 การวัดระดับความเหนื่อยหน่าย โดยสามารถวัดได้จากแบบวัดความเหนื่อยหน่าย The Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)¹⁵ ซึ่งมี 22 รายการ โดยวัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ลักษณะ คือ ด้านความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ (Emotion Exhaustion) ด้านการลด

ความเป็นบุคคล (Depersonalization) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (Personal Accomplishment) จากการทดสอบทางจิตวิทยาต่าง ๆ ได้รับการพิสูจน์ว่า MBI-HSS ที่มีความน่าเชื่อถือและความถูกต้องสูง เป็นตัวชี้วัดความเหนื่อยหน่ายแบบ Likert scale 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) รู้สึกเช่นนั้น จนถึง 6 รู้สึกทุก ๆ วัน¹⁹ นำคะแนนรวมกันแล้วแบ่งเป็นสามระดับของความเหนื่อยหน่ายคือระดับสูง ปานกลาง หรือต่ำ จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยมาจับคู่กับค่าเกณฑ์ของคู่มือ MBI²⁰ การแปลผลผู้ที่มีระดับความเหนื่อยหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 การวัดระดับความพึงพอใจในงานใช้ทฤษฎีสองปัจจัย²¹ มาเชื่อมโยงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานโดยใช้รูปแบบ The Job Satisfaction Survey (JSS)¹⁶ ได้รับผ่านการบริหารงานของการสำรวจความพึงพอใจในงาน โดยใช้เครื่องมือวัดเก่าตัวแปร ค่าจ้าง โอกาสก้าวหน้า ผู้บังคับบัญชา สวัสดิการ รางวัลที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อนร่วมงาน ลักษณะการทำงาน และการสื่อสาร แต่ละตัวแปรที่ได้รับการประเมินมี 4 คำถาม รวมจำนวน 36 คำถาม ประเมินคะแนนแบบ Likert scale 6 ระดับ ถูกแบ่งครึ่งออกเป็นทั้งคำพูดในเชิงลบแสดงให้เห็นถึงความไม่พอใจในงาน และคำพูดในเชิงบวกแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในงาน รายการคำพูดในเชิงลบจะต้องได้รับการให้คะแนนย้อนกลับ (เช่น 6

= 1, 5 = 2 ฯลฯ) เกณฑ์การให้คะแนน JSS โดยมีคะแนนตั้งแต่ 4-24 แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนน 4-12 มีความพึงพอใจต่ำ คะแนน 12-16 มีความพึงพอใจปานกลาง และคะแนน 16-24 มีความพึงพอใจสูง²²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ไปขอความอนุเคราะห์ โดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังสำนักงานบริการรับทำบัญชีทั้ง 54 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา
2. ผู้วิจัย และ ผู้ช่วยวิจัย นำแบบสอบถามไปฝากไว้ที่สำนักงานบริการรับทำบัญชี สอบถามเฉพาะกับผู้ทำบัญชีที่เข้าเกณฑ์ และฝากแบบสอบถามไว้ให้ผู้ทำบัญชีตอบโดยสมัครใจ
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกลับมารับแบบสอบถาม ในอีก 1 สัปดาห์ ถัดมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยนำข้อมูลดิบมาศึกษา และประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive) เกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ระดับความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงาน โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การทดสอบ

สมมติฐานโดยการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

ผลการศึกษา (Results)

การวิเคราะห์ด้านลักษณะส่วนบุคคลของนักบัญชี พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 85.83 มีอายุระหว่าง 32 – 38 ปี จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 41.14 มีสถานภาพเป็นโสด จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 60.49 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 243 คิดเป็นร้อยละ 66.21 มีตำแหน่งเป็นนักบัญชี 248 คน คิดเป็นร้อยละ 67.57 อายุการทำงาน

1 – 3 ปี จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 47.41 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 38.69

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในการทำงาน ของนักบัญชีโดยภาพรวม พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสอดคล้องกัน (Congruence) ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจมีอยู่ หากพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสอดคล้องกันด้านคุณค่า ($\bar{X} = 3.18$) ด้านการร่วมมือ ($\bar{X} = 3.17$) และด้านความเป็นธรรม ($\bar{X} = 3.11$) ตามลำดับ ส่วนด้านการควบคุม ($\bar{X} = 3.04$) เป็นลำดับสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ช่วงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างนักบัญชี

	รายการตัวแปร	ช่วงค่าเฉลี่ย	Mean±S.D.	จำนวน(ร้อยละ)
	คุณภาพชีวิตในการทำงาน			
1.	ด้านปริมาณงาน (Workloads)			
	ไม่ตรงกัน (Mismatch)	1.00-2.99		121(32.97)
	ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)	3.00		94(25.61)
	ความสอดคล้องกัน (Congruence)	3.01-5.00	3.06±0.426	152(41.42)
2.	ด้านการควบคุม (Control)			
	ไม่ตรงกัน (Mismatch)	1.00-2.99		141(38.42)
	ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)	3.00		70(19.07)
	ความสอดคล้องกัน (Congruence)	3.01-5.00	3.04±0.762	156(42.51)

ตารางที่ 1 ช่วงค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ช่วงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตในการ
ทำงานของกลุ่มตัวอย่างนักบัญชี (ต่อ)

	รายการตัวแปร	ช่วงค่าเฉลี่ย	Mean±S.D.	จำนวน(ร้อยละ)
3.	ด้านรางวัล/ผลตอบแทน (Rewards)			
	ไม่ตรงกัน (Mismatch)	1.00-2.99		96(26.16)
	ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)	3.00		121(32.97)
	ความสอดคล้องกัน (Congruence)	3.01-5.00	3.08±0.422	150(40.87)
4.	ด้านการร่วมมือ (Community)			
	ไม่ตรงกัน (Mismatch)	1.00-2.99		114(31.06)
	ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)	3.00		60(16.36)
	ความสอดคล้องกัน (Congruence)	3.01-5.00	3.17±0.571	193(52.59)
5.	ด้านความเป็นธรรม (Fairness)			
	ไม่ตรงกัน (Mismatch)	1.00-2.99		120(32.70)
	ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)	3.00		67(18.26)
	ความสอดคล้องกัน (Congruence)	3.01-5.00	3.11±0.532	180(49.05)
6.	ด้านคุณค่า (Value)			
	ไม่ตรงกัน (Mismatch)	1.00-2.99		120(32.70)
	ยากที่จะตัดสินใจ (Hard to Decide)	3.00		75(20.44)
	ความสอดคล้องกัน (Congruence)	3.01-5.00	3.18±0.770	172(46.87)
	รวม		3.11±0.397	

การวิเคราะห์ความเหนื่อยหน่ายของนักบัญชี พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่มีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในช่วงคะแนนที่สูงเท่ากับ 29.35 ($\bar{X} = 3.26$) แสดงว่ามีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง ด้านการลดความเป็น

บุคคลอยู่ในช่วงคะแนนที่สูงเท่ากับ 16.07 ($\bar{X} = 3.21$) แสดงว่า มีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลสูง ส่วนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในช่วงคะแนนที่ต่ำเท่ากับ 19.33 ($\bar{X} = 2.42$) แสดงว่า มีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงช่วงค่าเฉลี่ย ช่วงคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเหนื่อยหน่ายใน
การทำงานของกลุ่มตัวอย่างนักบัญชีของโดยภาพรวม

รายการตัวแปร / ระดับ ความเหนื่อยหน่าย ในการทำงาน		ช่วงค่าเฉลี่ย	ช่วง คะแนน	ผลการวิเคราะห์		ผลการ วิเคราะห์ ระดับความ เหนื่อยหน่าย
				Mean±S.D.	ช่วง คะแนน±S.D.	
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion)						
1	สูง	≥ 3.20	≥27	3.26 ±1.28	29.35±11.48	สูง
2	กลาง	ระหว่าง 2.01-3.19	17-26			
3	ต่ำ	≤ 2	≤16			
ด้านการลดความเป็นบุคคล (Depersonalization)						
1	สูง	≥ 2.20	≥14	3.21±1.33	16.07±6.63	สูง
2	กลาง	ระหว่าง 1.01-2.19	9-13			
3	ต่ำ	≤ 1.00	≤8			
ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Lack of Personal Accomplishment)						
1	สูง	≤4	≤30	2.42±0.99	19.33±7.16	สูง
2	กลาง	ระหว่าง 4.01-4.99	31-36			
3	ต่ำ	≥5	≥37			

การวิเคราะห์ความพึงพอใจในงาน
ของนักบัญชี พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่มี
ความพึงพอใจในงานโดยภาพรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.87$) หากพิจารณา
รายด้าน พบว่า นักบัญชีมีความพึงพอใจใน
งาน ด้านโอกาสความก้าวหน้า ($\bar{X} = 15.20$) ด้าน
ด้านลักษณะการทำงาน ($\bar{X} = 14.75$) ด้าน

เพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 14.24$) อยู่ในระดับปาน
กลาง ตามลำดับ ส่วนนักบัญชีมีความไม่พึง
พอใจในงาน ด้านการสื่อสาร ($\bar{X} = 12.99$)
ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน ($\bar{X} = 13.09$)
ด้านรางวัลที่อาจเกิดขึ้น ($\bar{X} = 13.35$) อยู่ใน
ระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงใน
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจในงาน
ของนักบัญชี

ลำดับ	รายการตัวแปร ความพึงพอใจในงาน	Mean±S.D.	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจในงาน		
			ไม่พึงพอใจ	ปานกลาง	พึงพอใจ
1.	ค่าจ้าง (Pay)	13.68±1.874	78 (21.25)	269 (73.30)	20 (5.45)
2.	โอกาสก้าวหน้า (Promotion)	15.20±2.334	46 (12.53)	206 (56.13)	115 (31.34)
3.	ผู้บังคับบัญชา (Supervision)	13.59±1.663	83 (22.62)	273 (74.39)	11 (3.00)
4.	สวัสดิการ (Fringe Benefits)	13.91±1.629	56 (15.26)	297 (90.93)	14 (3.81)
5.	รางวัลที่อาจเกิดขึ้น (Contingent Rewards)	13.35±2.283	118 (32.15)	227 (61.85)	22 (5.99)
6.	ขั้นตอนการดำเนินงาน (Operating Conditions)	13.09±2.161	135 (36.78)	215 (58.58)	17 (4.63)
7.	เพื่อนร่วมงาน (Co-workers)	14.24±2.009	62 (16.89)	262 (71.39)	43 (11.72)
8.	ลักษณะการทำงาน (Nature of Work)	14.75±2.337	60 (16.35)	214 (58.31)	93 (25.34)
9.	การสื่อสาร (Communication)	12.99±2.198	150 (40.87)	195 (53.13)	22 (5.99)
	รวม	13.87±0.555			

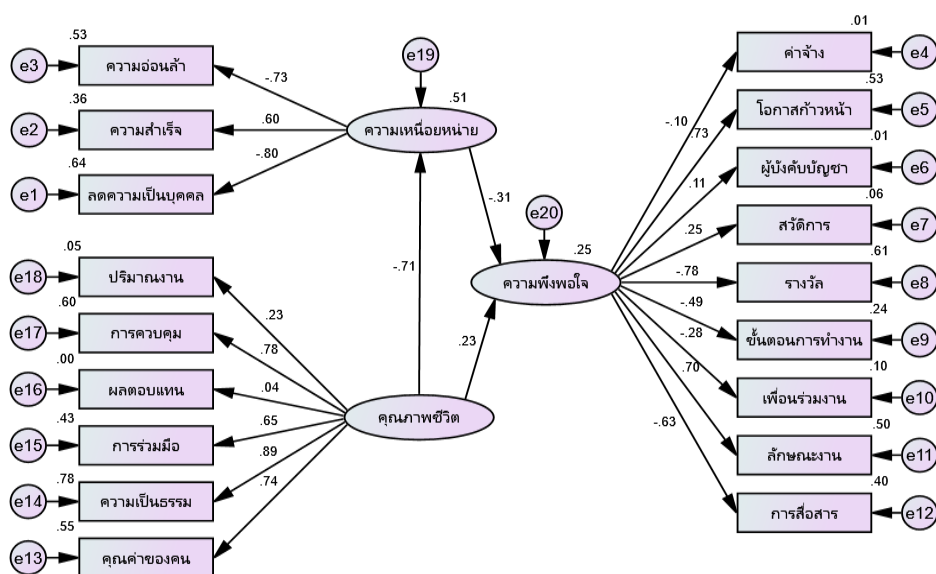
ผลการทดสอบสมมติฐาน

การตรวจสอบ Model Fit ด้วยค่าสถิติ ผลการตรวจสอบโมเดลสมการโครงสร้างของ คุณภาพชีวิตในการทำงาน และความเหนื่อยหน่าย มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของ นักบัญชี ได้ค่าสถิติ CMIN (Chi – Square) = 171.481 DF = 93 แต่ค่าสถิติระดับความ น่าจะเป็นของ Chi-square (CMIN-p) p – Value = 0.000 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ (p>.05) ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่ง Chi-square จะมีค่า มากเมื่อขนาดตัวอย่างใหญ่ จึงมีโอกาทำให้

เกิดนัยสำคัญทางสถิติได้มาก²³ จึงควร พิจารณาจากค่า CMIN/DF (Relative Chi-square) = 1.844 < 2 ซึ่งต่ำกว่า 2 ค่าดัชนีวัด ระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ 0.952 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.913 ค่าดัชนีวัดระดับ ความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.966 ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณ ค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ 0.048 และ เมื่อตรวจสอบความเหมาะสมของขนาด ตัวอย่าง การวิจัยนี้ใช้ขนาดตัวอย่าง 367

ซึ่งมากกว่าจำนวนตัวแปรสังเกตได้ และมีค่า HOELTER 0.05 (ระดับนัยสำคัญ = 0.05) = 249 ซึ่งมากกว่า 200 แสดงว่า ขนาดตัวอย่าง มีความเหมาะสมที่จะสรุปว่า โมเดลหรือ ปัจจัยเชิงยืนยัน 3 ปัจจัย คือ คุณภาพชีวิตใน

การทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงาน จึงถือว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังแสดงในภาพที่ 2 และตารางที่ 4



Chi-square = 171.481, DF = 93, p = .000, Chi-square/DF = 1.844
GFI = .952, AGFI = .913, CFI = .966, RMSEA = .048

ภาพที่ 2 ภาพหลังจากการปรับโมเดล

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องของโมเดลต้นแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การประเมินความ สอดคล้องของโมเดล	เกณฑ์ การพิจารณา	ข้อมูลเชิงประจักษ์	
		ผลการวิเคราะห์	ผลการพิจารณา
1. CMIN-p ²⁷	p > 0.05	p = 0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. CMIN/df ²⁷	< 3	1.844	ผ่านเกณฑ์
3. GFI ²⁷	> 0.90	0.952	ผ่านเกณฑ์
4. RMSEA ²⁷	< 0.08	0.048	ผ่านเกณฑ์
5. AGFI ²⁸	> 0.90	0.913	ผ่านเกณฑ์
6. CFI ²⁸	> 0.90	0.966	ผ่านเกณฑ์

ที่มา : เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องของโมเดล Arbuckle และของ Byrne

การทดสอบสมมติฐาน โดยตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยใช้สถิติ Z-test หรือค่า C.R. ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณาคือ ตัวแปรที่มีค่า IC.R.I มากกว่า 1.96 และค่า

p-value < 0.05 หรือค่าเข้าใกล้ศูนย์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05²³ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่า Standardized Regression Weights และผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	Standardized Estimate (SEs)	Standard error (S.E.)	C.R.	p-value	ผลการวิเคราะห์สมมติฐาน
H1: ความเหนื่อยหน่าย <--- คุณภาพชีวิต	-0.713	0.074	-9.191	***	ยอมรับ
H2: ความพึงพอใจในงาน <--- คุณภาพชีวิต	0.234	0.020	2.171	.030	ยอมรับ
H3: ความพึงพอใจในงาน <--- ความเหนื่อยหน่าย	-0.306	0.022	-2.610	.009	ยอมรับ

หมายเหตุ *** หมายถึง p-value < 0.001

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานส่งผลทางตรงและเป็นเชิงลบต่อความเหนื่อยหน่าย ได้ $\beta = -0.713$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่งผลถึงร้อยละ 51 ความเหนื่อยหน่ายส่งผลทางตรงและเป็นเชิงลบต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชี ได้ $\beta = -0.306$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตในการทำงานส่งผลทางตรงและเป็นเชิงบวกต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชี ได้ $\beta = 0.234$ และยังส่งผลกระทบทางอ้อมและเป็นเชิงลบโดยส่งผ่านความเหนื่อยหน่ายไปยังความพึงพอใจในงาน ได้ $\beta = 0.218$ โดยส่งผลถึงร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ยอมรับสมมติฐาน H1 H2 H3 และ H4 โมเดลหรือปัจจัยเชิงยืนยัน 3 ปัจจัย คือ คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชี โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

การวิเคราะห์ด้านลักษณะส่วนบุคคลของนักบัญชี พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 32 – 38 ปี มีสถานภาพเป็นโสด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ตำแหน่งเป็นนักบัญชี อายุการทำงาน 1 – 3 ปี มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยต่ำกว่า 15,000 บาท

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในการทำงานของนักบัญชีโดยภาพรวม พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสอดคล้องกันระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจมีอยู่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความเหนื่อยหน่ายในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านการบัญชี พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสอดคล้องกันระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจมีอยู่⁶ แต่ไม่มีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความเหนื่อยหน่าย ในการเปรียบเทียบ AWS กับ MBI-GS พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความไม่ตรงกัน (Mismatch) ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจมีอยู่¹⁸ อาจเนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกันในคุณค่าของความท้าทายในความสำเร็จของงาน

การวิเคราะห์ความเหนื่อยหน่ายของนักบัญชี พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่มีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีระดับความเหนื่อยหน่ายสูง ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับความเหนื่อยหน่ายในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านการบัญชี พบว่า มีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านการรับรู้ความสำเร็จระดับมี

อาชีพสูง แต่ไม่สอดคล้องกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนเพลียที่อยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากบุคลากรต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว⁶

การวิเคราะห์ความพึงพอใจในงานของนักบัญชี พบว่า นักบัญชีส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในงานด้านโอกาสก้าวหน้า ด้านลักษณะการทำงาน ด้านเพื่อนร่วมงาน ส่วนนักบัญชีที่มีความไม่พึงพอใจในงาน ด้านการสื่อสาร ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน ด้านรางวัลที่อาจเกิดขึ้น ผลการวิจัยไม่มีความสอดคล้องกับการตรวจสอบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานของพนักงานต้อนรับของอุตสาหกรรม : เมืองดานัง ประเทศเวียดนาม พบว่า ความพึงพอใจในงาน ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ได้แก่ ค่าจ้าง โอกาสความก้าวหน้า ศักยภาพ/คุณค่า ความเป็นธรรม และด้านเพื่อนร่วมงาน แต่มีความสอดคล้องกับด้านโอกาสก้าวหน้า ด้านเพื่อนร่วมงาน²⁴ อาจเนื่องจากวัฒนธรรมของประเทศต่างกัน และเวลาอาจทำให้บุคคลมีความคิดที่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์สมมติฐาน มีการยอมรับสมมติฐาน และโมเดลหรือปัจจัยเชิงยืนยัน 3 ปัจจัย คือ คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชี พบว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความ

ความเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย

ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายได้ $\beta = -0.713$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความเหนื่อยหน่าย ในการเปรียบเทียบ AWS กับ MBI-GS พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความไม่ตรงกัน (Mismatch) ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจมีอยู่เกี่ยวข้องมากที่สุดกับอารมณ์ความอ่อนเพลีย คือ ภาระงาน ความเป็นธรรม และการควบคุม การลดความเป็นบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งที่จะไม่ตรงกันระหว่างคุณค่า และความเป็นธรรม ส่วนการรับรู้ความสามารถส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งที่จะไม่ตรงกันระหว่างกับการควบคุมและคุณค่า¹⁸ และมีความสอดคล้องกับความเหนื่อยหน่ายในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านการบัญชีพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ของตัวแปรคุณภาพชีวิตในการทำงานและตัวแปรความเหนื่อยหน่ายของความอ่อนล้า การลดความเป็นบุคคล และความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสำเร็จระดับมืออาชีพในระดับสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญ และจุดแข็งที่มีความสัมพันธ์กันที่เกิดขึ้นในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านการบัญชี ด้านความอ่อนล้า - ภาระงาน

($r = -0.59$) การลดความเป็นบุคคล - รางวัล ($r = -0.54$) และการรับรู้ความสำเร็จระดับมืออาชีพ - การควบคุม ($r = 0.52$)⁶

ปัจจัยความเหนื่อยหน่ายสามารถทำนายความพึงพอใจในงานของนักบัญชีได้ $\beta = -0.306$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความสอดคล้องกับการพยากรณ์ความเหนื่อยหน่ายและความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์ตุรกี พบว่าความพึงพอใจในงานและความเหนื่อยหน่ายมีความใกล้ชิดเชื่อมโยงพฤติกรรมตรงกันข้าม การเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในงานมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายคะแนนที่ต่ำ ดังนั้นความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายที่ผกผันกับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นส่วนบุคคล และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จส่วนบุคคล^{25, 7}

ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานสามารถทำนายความพึงพอใจในงานของนักบัญชีได้ $\beta = 0.234$ มีความสอดคล้องกับการตรวจสอบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานของพนักงานต้อนรับของอุตสาหกรรม : เมืองดานัง ประเทศเวียดนามพบว่า ความพึงพอใจในงาน ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ได้แก่ ค่าจ้าง โอกาสความก้าวหน้า ศักยภาพ/คุณค่า ความเป็นธรรม และด้านเพื่อนร่วมงาน²⁴ และปัจจัยคุณภาพชีวิตในการ

ทำงานสามารถทำนายผลกระทบทางอ้อม โดยส่งผ่านความเหนื่อยหน่ายไปยังความพึงพอใจในงานของนักบัญชี ได้ $\beta = 0.218$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสอดคล้องกับภาระงานในคุณภาพชีวิต พื้นฐานความต้องการ ความพึงพอใจ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล ในครูสามัญศึกษา พบว่า พื้นฐานความต้องการความพึงพอใจไม่ได้มีนัยสำคัญในการเป็นสื่อกลางของผลกระทบโดยตรงของคุณภาพชีวิตในการทำงาน บนความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล²⁶

ข้อยุติ (Conclusions)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงและมีทิศทางเชิงลบต่อปัจจัยความเหนื่อยหน่าย ทั้งมีอิทธิพลทางตรงและมีทิศทางเชิงบวกต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชีโดยผ่านปัจจัยความเหนื่อยหน่าย ส่วนปัจจัยความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงและมีทิศทางเชิงลบต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชี

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้บริหารควรหาแนวทางเพิ่มคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านการควบคุมด้านรางวัล/ผลตอบแทนที่เพิ่มขึ้นอย่างเป็น

ธรรม ให้เหมาะสมกับปริมาณงาน และเน้นการมีส่วนร่วมในการทำงานโดยการทำงานเป็นทีม มีนโยบายในการบรรเทาความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นโดยลดด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคลลง และเพิ่มแรงจูงใจด้านความสำเร็จส่วนบุคคล

2. ผู้บริหารควรเสริมแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความพึงพอใจให้สูงขึ้นในด้านค่าจ้าง ด้านลักษณะการทำงาน ด้านเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับเปลี่ยนแนวการทำงาน การลดขั้นตอนการดำเนินงาน มีการสื่อสารสองทาง หรือแบบกลุ่ม ส่วนรางวัลที่อาจเกิดขึ้นควรมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีค่าอย่างเหมาะสม เพื่อลดความไม่พึงพอใจในงาน

ส่วน การวิจัยในอนาคต ควรทำการศึกษาปัจจัยตัวอื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร วัฒนธรรม ความผูกพันต่อองค์กรที่อาจมีอิทธิพลเชิงบวก หรือเชิงลบเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน และความตั้งใจที่จะลาออกจากรักบัญชี และควรทำการวิจัยเปรียบเทียบโมเดลสมการโครงสร้างของความพึงพอใจในงานของนักบัญชีในพื้นที่อื่น และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อทราบปัจจัยที่มีความเหมือนหรือมีความแตกต่างกัน ซึ่งต้องมีตัวแปรอื่น ๆ อีกมากกว่า 60% ที่กระทบกับความพึงพอใจในงานเพื่อยืนยันอิทธิพลเฉพาะของนักบัญชี ให้เกิดความครอบคลุมและเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งมีแนวทางในการพัฒนาความพึง

พอใจในงานของนักบัญชีได้อย่างเหมาะสมต่อไป

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการทบทวนความรู้ แนวคิดทฤษฎี การอนุรักษ์ทรัพยากรที่มีค่า¹³ แนวคิด คุณภาพชีวิตในการทำงานโดยใช้รูปแบบ Areas of Work life Survey Manual (AWS)¹⁸ ทฤษฎี Burnout¹⁵ และทฤษฎีสองปัจจัย²¹ ที่เชื่อมโยงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานโดยใช้รูปแบบ The Job Satisfaction Survey (JSS)¹⁶ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความพึงพอใจในงานของนักบัญชี โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 โดยผู้บริหารหรือหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพ เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาใช้ได้กับวิชาชีพนักบัญชี เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้จัดการสำนักงานบริการรับทำบัญชีที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตในการเก็บแบบสอบถามกับนักบัญชี และขอขอบคุณ นักบัญชีที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอขอบคุณ ผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยในการประสานงานและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ozkan A, Ozdevecioglu M. The effects of occupational stress on burnout and life satisfaction: A study in accountants. **Quality & Quantity: International Journal of Methodology** 2013; 47(5): 2785–2798.
2. Hollett - Haudeberet S, Mulki JP, Fournier C. Neglected burnout dimensions: Effect of depersonalization and personal nonaccomplishment on organizational commitment of salespeople. **Journal of Personal Selling & Sales Management** 2011; 31(4): 411–428.
3. Maslach C, Jackson SE. Burnout in Organizational Settings. **Applied Social Psychology Annual** 1984; 5 133–153.
4. Kennedy L. A study to gain insights into the factors that influence newly qualified accountants in Ireland to stay or leave their organization in order to improve retention strategies

- in accounting firms. [MA in HRM]. National College of Ireland; 2013.
5. Federation of Accounting Profession Under the Royal Patronage of His Majesty the King. **Career choice of Accounting Students After Graduation. Federation of Accounting Profession Under the Royal Patronage of His Majesty the King Newsletter (FAP) (33:10)** [online] 2015 [cited 2019 February 2]. Available from: <http://www.fap.or.th>. [in Thai].
 6. Weiss SM. **An investigation into the predictors of burnout among accounting professionals: A Multiple Regression Analysis** [Doctoral dissertation of Philosophy]. Capella University; 2016.
 7. James P. Cooper. **Hybrid Supervision: Impact on burnout, job satisfaction, and supervisory relationship.** [Doctoral dissertation of Philosophy]. Regent University; 2018.
 8. Pannawee T, Luweela V. **Stress Among Public Health Workers in Primary Care Units, Nongbualumpoo Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2016; 4(2) : 187- 188. [in Thai].
 9. Udomsap B. **Factors Effectuated Qualified Sub - District Health Promotion Hospital Quality Assurance Performance Among Public Health Personnel Who Work at Sub-District Health Promotion Hospital in Khon Kaen. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 6(4): 556. [in Thai].
 10. Department of Business Development. **The List of Accounting Office. The Ministry of Commerce. Promote the development of professional account, Business Accounting division** [online] 2017 [cited 2019 January 10] . Available from: https://www.dbd.go.th/ewt_news.php?nid=469403169. [in Thai].
 11. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. **Multivariate Data Analysis: A Global Perspective 7th.** Upper Saddle River NJ: Pearson Education International; 2010.
 12. Vogt WP. **Quantitative research methods for professionals (Custom ed.).** Boston, MA: Allyn & Bacon; 2007.
 13. Hobfoll SE. **Stress, culture and community. The psychology and**

- philosophy of stress. New York: Plenum; 1998.
14. Leiter MP, Maslach C. **Areas of Work Life Survey manual**. 5thed. Menlo Park, CA: Mind Garden; 2011.
 15. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior** 2007; 2(2): 99-113.
 16. Spector P. **Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 1997.
 17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika** 1951; 16: 297-334.
 18. Leiter MP, Maslach C. **Areas of work life: A structured approach to organizational predictors of job burnout**. In Perrewé PL, Ganster DC (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies (Research in occupational stress and well-being, 3.)*. Bingley, England: Emerald Group; 2004. 91-134.
 19. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. **Maslach Burnout Inventory–General Survey**. In Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. eds., *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1996. 19-25.
 20. Maslach C, Jackson S, Leiter M. **Maslach Burnout Inventory**. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc; 1996.
 21. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. **The motivation to work**. New York, NY: John Wiley; 1959.
 22. Gu X. **Teacher job satisfaction in public schools: The relation to the years of teaching experience** [Master Thesis of Science in Education]. New York: State University of New York College at Buffalo; 2016.
 23. Wanitbantha K. **Structural Equation Model: SEM BY AMOS**. 2nded. Bangkok: Sam Lada Part: td. Press; 2014. [in Thai].
 24. Tran Thi Kim Phuong and Tran Trung Vinh. An empirical study on factors effecting the job satisfaction of employees in the hospitality industry – a case of Danang city, Vietnam. University of Economics, The University of Danang, Danang city, Vietnam. **Asian Journal of Empirical Research** 2017; 7(7): 160-175.

25. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Qjm* 2006; 99(3): 161-169.
26. Kathryn Leigh Stem wedel. **Workload Area of work life, Need Satisfaction, Emotional Exhaustion, and Depersonalization in General Education Teachers.** [Doctoral dissertation of Philosophy] . Grand Canyon University; 2018.
27. Arbuckle JL. **AMOS 22. 0 User's Guide.** [n. p.]: Amos Development Corporation; 2013.
28. Byrne BM. **Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming.** Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.

ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ของเครือข่ายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

สุภัทรรุณ ทองจิตร^{*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการรักษารายของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เครือข่ายบริการทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยใช้วิธีการประเมินต้นทุนของการบริการรักษาทันตกรรมในการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ ให้ข้อมูลหน่วยทันตกรรมในเครือข่ายปีงบประมาณ 2561 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อการให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่คิดเป็น 147.49 บาท ต่อคนต่อครั้ง แบ่งเป็นต้นทุนทางตรงต่อหน่วย คิดเป็น 44.21% ต้นทุนทางอ้อมต่อหน่วย คิดเป็น 55.79% ของต้นทุนทั้งหมด มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยบริการทันตกรรมโดยรวมน้อยกว่างบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรร

คำสำคัญ: หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่, ต้นทุนต่อหน่วย, เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

^{*} ภาควิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Corresponding Author: Supattarayan Thongjit, E-mail: Thongjit.sup@g.sut.ac.th

Received 06/01/2020

Revised 18/03/2020

Accepted 25/03/2020

UNIT COST OF MOBILE DENTAL HEALTH CLINIC IN TAMBOM HEALTH PROMOTING NETWORK, MUANG DISTRICT, YASOTHON PROVINCE

*Supattarayan Thongjit**

ABSTRACT

This study was a descriptive study. The purpose of this study was to explore the costs of treatment services of mobile dental clinic in Tambon Health Promoting Hospital network, Muang district, Yasothon province. This study estimated costs of dental care units from data in fiscal year 2014. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percent and mean.

The findings were the full cost of mobile dental clinic service was 147.49 bath per visit. By cost center, the study showed direct costs per unit, representing 44.21% of the total cost and indirect costs per unit representing 55.79% of the total cost. However, cost per unit of output units, dental services, with an average per-unit dental less than budget allocated from the National Health Security Office.

Keywords: Unit cost, Dental mobile clinic, Tambon Health Promoting Hospital network

* Institute of Dentistry, Suranaree University of Technology

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์ คือ มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการที่ประเมินบนแนวคิดของค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) การประเมินต้นทุนหรือการคำนวณต้นทุน หรือการวิเคราะห์ต้นทุน เป็นการดำเนินการเพื่อให้ทราบต้นทุนรวม โครงสร้างต้นทุน และต้นทุนต่อหน่วย ของผลผลิตรวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุน การนำไปใช้ประโยชน์มีได้หลายแบบ ได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาบนพื้นฐานของภาระทางเศรษฐศาสตร์ การบริหารจัดการด้านการเงินและงบประมาณการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร และการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข โดยที่ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์เหล่านี้จะเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวางแผนและบริหารจัดการ สำหรับแนวทางที่ใช้พิจารณาเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย มีเป้าหมายสูงสุดให้เกิดทั้งประสิทธิภาพ (Efficiency) และความเสมอภาค (Equity) ในระบบสุขภาพ¹ รวมถึงความเท่าเทียมกัน (Equality) ที่คำนึงถึงจริยธรรมในการประเมินต้นทุนของการสูญเสียเวลาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของบุคคลต่างเพศ อายุ และรายได้ หรือผลผลิตต่อระบบเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน โดยกำหนดให้ค่าของเวลาที่เท่ากันมีมูลค่าเท่ากันสำหรับทุกคน²

หน่วยงานรับผิดชอบด้านสุขภาพได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการให้ประชาชน

ทุกคนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและได้รับบรรจุเป็น 1 ใน 3 ของนโยบายหลักของรัฐบาล ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้การบริการสุขภาพเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม หน่วยงานมีระบบการทำงานที่มีความคล่องตัวมากขึ้น อีกทั้งยังมีความต้องการให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน นั้น รัฐบาลจึงได้เร่งรัดให้มีการแก้ไขระเบียบเกี่ยวข้องกับการเงิน³ ทำให้สามารถนำมากำหนดเป็นต้นทุนต่อหน่วยมาตรฐานของกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ทำให้สามารถใช้ต้นทุนมาตรฐานที่ทำการวิเคราะห์นี้มาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ การควบคุมประเมินประสิทธิภาพการผลิต การบริหารงบประมาณได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถนำมาเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบประเมิน ประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานควบคู่กับการประเมินระดับการบรรลุเป้าหมายของกิจกรรมได้เป็นอย่างดี

ในการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในงานบริการทันตกรรม ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้เน้นไปที่งานส่งเสริมป้องกันโรคนั้น จัดอยู่ในหมวดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P basic services) โดยในปี 2558 ได้รับจัดสรรจำนวน 383.61 บาทต่อหัวประชากร⁴ ซึ่งงบประมาณดังกล่าวถูกรวมอยู่ในกองกลางที่สามารถนำไปใช้จ่ายในงานอื่น ๆ ได้อีกด้วย เช่น งานป้องกันโรคเบาหวาน

ความดัน งานผู้สูงอายุ และจากการสำรวจการใช้จ่ายงบประมาณทางด้านทันตกรรมครั้งล่าสุด⁵ การใช้งบประมาณทางทันตสาธารณสุขของประเทศมากที่สุด 46,796,982 บาท เป็นงบประมาณที่เน้นไปที่การรักษา ฟันฟู มากกว่าการป้องกัน และพบว่า สอดคล้องกับการเน้นการบริการที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การรักษา มากกว่าการให้การส่งเสริมป้องกัน และปัจจุบันมีการยกเลิกกองทุนทันตกรรมที่เคยดำเนินการเมื่อปี 2554-2556 ที่เป็นงบประมาณสำคัญที่หน่วยงานทันตกรรมในพื้นที่ได้ระบุนำไปใช้ในการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมเป็นส่วนใหญ่ จากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้น จึงมีความจำเป็นที่งานทันตกรรมที่มีต้นทุนของวัสดุอุปกรณ์ที่ค่อนข้างแพงจะต้องทราบต้นทุน เพื่อการให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่นอกสถานบริการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ คัดค้าน คัดค้าน และเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลรวมถึงผู้ที่เดินทางลำบากในการเข้าถึงโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่มีเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรประจำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการทันตกรรมของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ เครื่องขยายทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Descriptive study)

ประชากร

ประชากรศึกษาในครั้งนี้ คือ ชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นชุดข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในแบบบันทึกการให้บริการทางทันตกรรม แบบบันทึกการเบิกจ่ายวัสดุแบบบันทึกในโปรแกรม Hosxp-pcu ในช่วงปีงบประมาณ 2561

เครื่องมือ

ประกอบด้วยแบบบันทึกการให้บริการผู้ป่วย แบบบันทึกการเบิกจ่ายวัสดุทางทันตกรรม แบบบันทึกอนุมัติการเบิกจ่ายค่าเดินทาง เบี้ยเลี้ยง และข้อมูลที่มีการบันทึกในคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการทันตกรรมแม่ข่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลที่มีการบันทึกไว้แล้วจากแบบบันทึกการออกหน่วย วัสดุที่เบิกใช้ต่อครั้ง แบบฟอร์มบันทึกผู้รับบริการ และทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในกรณีขาดหายจะทำการสืบค้นข้อมูลจนครบถ้วน ก่อนบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมและตรวจสอบข้อมูลข้อมูลโดยการทำการบันทึกซ้ำ (double data entry) เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ มาช่วยในการคำนวณ โดยแบ่งหมวดหมู่ข้อมูลจากแบบบันทึก ซึ่งต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลดังสมการต่อไปนี้

ต้นทุนทางตรง = ต้นทุนค่าลงทุน +
ต้นทุนค่าแรง + ต้นทุนค่าวัสดุ

ต้นทุนทางอ้อม = ค่าพาหนะเดินทาง +
ค่าเตรียมเครื่องมือ

ต้นทุนทั้งหมด = ต้นทุนทางอ้อม +
ต้นทุนทางตรง

ต้นทุนต่อหน่วย = ต้นทุนทั้งหมดในการ
ให้บริการรักษา / คน / ครั้ง (patient visit)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอในภาพรวมเป็นโดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุญาตให้นำข้อมูลการให้บริการรวมถึงค่าใช้จ่ายมาใช้ในการวิเคราะห์จากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัด คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผลการศึกษา (Results)

ต้นทุนทางตรง (Direct cost)

ต้นทุนทางตรงของงานทันตกรรมเคลื่อนที่ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยต้นทุน ผลการศึกษาต้นทุนทางตรง แยกตามหน่วยต้นทุน ดังรายในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ต้นทุนรวมทางตรงจำแนกตามหน่วยต้นทุน

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนค่าแรง	ต้นทุนค่าวัสดุ	รวม
งานตรวจฟัน	79.54	209.00	288.54
งานถอนฟัน	93.18	742.00	835.18
งานอุดฟัน	802.57	1,594.90	2,397.47
งานขูดหินน้ำลาย	590.00	430.00	1,020.00
งานเคลือบหลุมร่องฟัน	1,023.87	673.19	1,697.06
รวม	2,589.16 (41.50%)	3,649.09 (58.50%)	6,238.25

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)

ต้นทุนทางอ้อมของงานทันตกรรมเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และ ค่าลงทุนที่ส่งผ่านจากต้นทุนหน่วยงานสนับสนุน

ซึ่งได้แก่ ค่าพาหนะเดินทาง งานเตรียมเครื่องมือ โดยใช้สัดส่วนผู้ป่วยที่มารับ บริการเป็นเกณฑ์การกระจาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนทางอ้อมงานรักษาในงานทันตกรรมเคลื่อนที่

หน่วยต้นทุน	ค่าพาหนะ	งานเตรียม	รวม
งานตรวจฟัน	1,251.70	797.42	2,049.12
งานถอนฟัน	1,044.09	502.41	1,546.50
งานอุดฟัน	693.85	329.00	1,022.85
งานขูดหินน้ำลาย	874.40	649.56	1,523.96
งานเคลือบหลุมร่องฟัน	925.54	803.06	1,728.60
รวม	4,789.58 (60.85%)	3,081.45 (39.15%)	7,871.03

ต้นทุนต่อหน่วย (unit cost)
 ต้นทุนต่อหน่วย การรักษาในงานทันตกรรมเคลื่อนที่ในงานจัดบริการการรักษาแก่ผู้มารับบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ต้นทุนทั้งหมด ในแต่ละหน่วยต้นทุนหารด้วยจำนวนครั้งที่ให้บริการคนไข้ แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นทุนต่อหน่วยการรักษาในงานทันตกรรมเคลื่อนที่

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนทั้งหมด	จำนวนคนไข้ (ครั้ง)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท/ครั้ง)
งานตรวจฟัน	2,337.66	21	10.87
งานถอนฟัน	2,381.68	19	12.09
งานอุดฟัน	3,420.32	57	60.01
งานขูดหินน้ำลาย	2,543.96	79	32.20
เคลือบหลุมร่องฟัน	3,425.66	106	32.32

วิจารณ์ (Discussions)

จากข้อมูลในพื้นที่เมื่อนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการรักษาในงานทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำในพื้นที่ศึกษา เท่ากับ 147.49 บาทต่อครั้งต่อคน (patient visit)

เมื่อแยกตามชนิดการรักษาพบว่า ต้นทุนงานตรวจฟัน เท่ากับ 10.87 บาทต่อครั้ง ต้นทุนงานถอนฟัน เท่ากับ 12.09 บาทต่อครั้ง ต้นทุนงานอุดฟัน 60.01 บาทต่อครั้ง ต้นทุนงานขูดหินน้ำลาย 32.20 บาทต่อครั้ง และ ต้นทุนงานเคลือบหลุมร่องฟัน 32.32 บาทต่อครั้ง เมื่อเทียบกับผลการศึกษาของ เพ็ญแข

ลาถึง และคณะ⁷ มีค่าต้นทุนการให้บริการ
ทันตกรรมใกล้เคียงกัน ที่พบว่า ต้นทุนต่อ
หน่วยการตรวจฟัน เท่ากับ 10.59 บาทต่อคน
(ครั้ง) ต้นทุนงานชุดหินน้ำลาย 23.83 บาท
ต่อคน (ครั้ง) และต้นทุนการถอนฟัน เท่ากับ
26.42 บาทต่อคน (ครั้ง) จะเห็นได้ว่าต้นทุนที่
ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีค่าใกล้เคียงกันมาก
แตกต่างไปจากการศึกษาของ ของทิวา
ม่วงเหมือน⁸ ที่ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการออก
หน่วยทันตกรรมพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการ
ตรวจฟัน เท่ากับ 33.10 บาทต่อคน (ครั้ง)
ต้นทุนต่อหน่วยการอุดฟัน 508.06 บาทต่อ
คน (ครั้ง) ต้นทุนงานชุดหินน้ำลาย 123.27
บาทต่อคน (ครั้ง) และต้นทุนการถอนฟัน
เท่ากับ 80.26 บาทต่อคน (ครั้ง) ในการศึกษา
ครั้งนี้พบว่าต้นทุนค่าบริการต่อครั้งของการ
รักษาแต่ละชนิดไม่แตกต่างกัน เช่น การตรวจ
ฟัน การถอนฟัน แต่บางกลุ่มแตกต่างออกไป
เช่น การอุดฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน และชุด
หินน้ำลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
Sukanya, et al.⁹ ที่พบว่าในบางการรักษา
มีต้นทุนที่ไม่ต่างกันมาก เช่น การตรวจฟัน และ
การถอนฟัน โดยพบว่า การตรวจฟัน มีต้นทุน
ต่อหน่วยเท่ากับ 47 บาทต่อราย (ครั้ง) การ
ถอนฟันมีต้นทุนต่อหน่วย 84 บาทต่อราย
(ครั้ง) ในขณะที่การชุดหินน้ำลาย และการ
อุดฟันมีต้นทุนต่อหน่วย ค่อนข้างแตกต่างกัน
มาก โดยต้นทุนต่อหน่วยการอุดฟัน เท่ากับ
144 บาทต่อราย (ครั้ง) ต้นทุนต่อหน่วยการ
ชุดหินน้ำลายเท่ากับ 162 บาทต่อราย (ครั้ง)

และเนื่องด้วย ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ
และค่าครุภัณฑ์ที่เพิ่มสูงขึ้นจึงทำให้ต้นทุน
สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า
ต้นทุนประเภทค่าจ้าง ค่าวัสดุ หรือต้นทุน
ทางอ้อม มีค่าสูงกว่าต้นทุนทางตรง¹⁰⁻¹³ การที่
การศึกษานี้มีต้นทุนต่อการรักษาแต่ละ
ประเภทที่ต่ำ เป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ใช้
พื้นที่การศึกษาที่มีขนาดเล็กและประชากรใน
การเข้ารับบริการยังมีจำนวนน้อยอยู่ทำให้
ต้นทุนต่อหน่วยลดลงตามไปด้วย ส่วนต้นทุน
วัสดุการศึกษานี้มีสัดส่วนร้อยละ 50 มากกว่า
การศึกษาของรุ่งทิพย์ บุญล้าสัน¹⁴ และมีบาง
งานที่มีค่าใช้จ่ายทางตรงที่ค่อนข้างสูงเมื่อ
เทียบกับงานอื่น ๆ คือ การเคลือบหลุมร่องฟัน
ดังนั้นควรมีการประเมินเพื่อให้แน่ใจว่า
เหมาะสมที่จะทำการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว
ก่อนเพื่อลดต้นทุนในการให้บริการลง
สอดคล้องกับคำแนะนำในหลายงานวิจัย^{15,16}
ต่างจากบางการศึกษาที่พบว่างานเคลือบ
หลุมร่องฟัน มีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด¹⁷ มีการ
แนะนำให้ใช้เทคโนโลยีในการรักษาที่มี
ประสิทธิภาพและทันสมัยมากขึ้นเพราะ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาถูกกว่าการให้บริการใน
หน่วยบริการปกติอีกด้วย แต่มีบางการศึกษา¹⁸
ที่พบว่า งบประมาณในการให้บริการเกินกว่า
ต้นทุนที่มี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการที่มี
ขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้การที่
ต้นทุนในการรักษาในหน่วยทันตกรรม
เคลื่อนที่ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่ได้
สูงเกินราคาค่ารักษาพยาบาลที่คลินิกหรือ

โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปเรียกเก็บโดยถ้าเทียบงบประมาณในปี 2558 ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายให้หน่วยบริการเพื่อเป็นงบประมาณในการส่งเสริมป้องกันรักษาทางทันตกรรมต่อหัวประชากรจำนวน 383.61 บาทต่อหัวประชากร น้อยกว่าในบางจังหวัด¹⁹ ซึ่งเมื่อเทียบแล้วค่าใช้จ่ายในการให้บริการหน่วยทันตกรรมไม่เกินไปกว่างบประมาณที่หน่วยงานจัดสรรงบประมาณมาให้สอดคล้องกับหลายการศึกษา²⁰ ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากรสามารถดำเนินงานประสานเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนที่อยู่ในท้องที่ห่างไกล ซึ่งยากต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม ซึ่งคล้ายกับในออสเตรเลียที่ระบุว่ามีความต้องการให้การบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ไปยังผู้ที่ด้อยโอกาสทุกกลุ่มในสังคม²¹ เพื่อลดปัญหาทางการเข้าถึงบริการการส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูทันตสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไปในอนาคต

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการวิจัยทำให้ทราบต้นทุนที่แท้จริงในการให้บริการนอกหน่วยบริการหลักของงานทันตกรรม ซึ่งทำให้ทราบต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อม สามารถนำไปวาง

แผนการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมให้หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ได้ในงบประมาณถัดไป ซึ่งยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในการเปรียบเทียบกับค่าบริการทันตกรรมของกรมบัญชีกลางว่ามีความแตกต่างกันน้อยอย่างไร เพื่อใช้เทียบความคุ้มค่าต้นทุนต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ผลการศึกษาทำให้ทราบต้นทุนต่อคนต่อครั้งในการให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งโดยรวมน้อยกว่างบประมาณส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากจากหน่วยงานส่วนกลางสนับสนุน ดังนั้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ ผู้บริหารหน่วยงานสามารถจัดตั้งงบประมาณส่งเสริมสุขภาพช่องปากจากงบประมาณเพื่อรองรับการออกหน่วยบริการทันตกรรมในพื้นที่ให้บริการของตนเองได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่องบประมาณที่ได้รับจัดสรร แต่การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบกับค่าบริการของกรมบัญชีกลางแยกชนิดการให้บริการแต่ละงาน เพื่อให้ทราบต้นทุนที่แท้จริงกับค่าบริการที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง และควรเทียบกับงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพอื่นในระบบสาธารณสุขด้วยเพื่อให้เห็นภาพรวมของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการทุกประเภทในหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าอัตราเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลของสถานบริการของรัฐ เนื่องด้วยพื้นที่ศึกษามีการจัดให้มีคลินิกทันตกรรมที่พร้อม เช่น แก้วอีทันตกรรม เครื่องมือการรักษาและการตรวจที่พร้อมอยู่แล้วทำให้ทันตบุคลากรในพื้นที่ออกหน่วยปฏิบัติงานได้ง่ายและการเคลื่อนย้ายเครื่องมือสะดวกมากขึ้นทำให้ลดต้นทุน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chalmers TC, Smith H Jr, Blackburn B, Silverman B, Schroeder B, Reitman D, et al. A method for assessing the quality of randomized control trial. *Control Clin Trials* 1981; 2: 31-49.
2. Subcommittee to develop drugs primarily national. *Health Technology Assessment Guide for Thailand*. Thailand: Waccharin P.C. publication; 2007.
3. Ministry of Public Health. Rules, procedures and conditions for payment of compensation, Payment of remuneration for staff working for public health service units of the Ministry of Public Health 2001; (Issue

ได้เยอะ ดังนั้นการออกหน่วยบริการในพื้นที่ไม่มีทันตบุคลากรจึงสามารถทำได้และเกิดประโยชน์แก่ประชาชนโดยไม่กระทบต่องบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร และผู้เกี่ยวข้องสำหรับข้อมูลในการศึกษานี้

- 11) 2016 and (Issue 12) 2016. [in Thai].
4. National Health Security Office. *Administration of the National Health Security Fund Budget* [on line] 2014 [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://www.nhso.go.th> [in Thai].
5. Bureau of Dental Public Health, Ministry of Public Health. *Dental Service rates of public health unit under the Ministry of Public Health 2014*. Bangkok: [n.p.]; 2015. [in Thai].
6. National Health Security Office. *Dental fund management manual*. Bangkok: National Health Security Office; 2010. [in Thai].

7. Laying P. The 2014 Dental fee schedule for the Civil Servant Medical Benefit Scheme. **Thailand journal of health promotion and environmental health** 2015; 39: 48-67. [in Thai].
8. Tiwa M. Unit Cost Analysis of Mobile Dental Clinic of Lomsak Hospital, Petchabun Province. **The 14th National and International Sripatum University Conference (SPUCON201)** 2011; 575-582. [in Thai].
9. Tianviwat S, Chongsuvivatwong V, Birch S. Estimating Unit Costs for Dental Service Delivery in Institutional and Community- Based Settings in Southern Thailand. **Asia Pacific Journal of Public Health** 2009; 21(1): 84–93. [in Thai].
10. Pradoemdee A. Efficiency of dental service at Lamduan hospital Surin province in fiscal year 2014. **Thailand Journal of Dental Public Health** 2016; 21(1): 59-67. [in Thai].
11. Wannapoglang A. Itemized dental service cost of Thatum hospital in fiscal year 2014. **Journal of Health Systems Research** 2016; 10(1): 23-34. [in Thai].
12. Wannapoglang A. Itemized dental service cost of Thatum hospital in fiscal year 2016. **Thai Dental Public Health Journal** 2017; 22(1): 69-78. [in Thai].
13. Kanokkaew S. Itemized dental service cost of Bankuat hospital in fiscal year 2018. **Thai Dental Public Health Journal** 2018; 23(2): 17-27. [in Thai].
14. Boonluumsun R. The comparison of itemized dental service cost of Bang Bo hospital and dental service fee list of public health service units, Ministry of Public Health 2004 and dental service fee of the Comptroller General's Department. **Journal of the Department of Medical Services** 2018; 42(1): 95-103. [in Thai].
15. Chestnutt I, Chadwick B, Hutchings S, Pickles T, Liles C, Kirkby N, et al. "Protocol for "Seal or Varnish?" (SoV) trial: a randomised controlled trial to measure the relative cost and effectiveness of pit and fissure sealants and fluoride varnish in preventing dental decay. **BMC Oral Health** 2012; 12(1): 51-62.
16. Febrian F, Syukri L, Hardisman H, Suhairi S. Cost Calculation of Dental Service at Pratama Clinic Using

- Activity- based Costing Method in Padang, West Sumatera, Indonesia. *Journal of International Oral Health* 2012; 12(1): 46-51.
17. Kanokkaew S. Itemized dental service cost of Bankuat hospital in fiscal year 2018. *The Dent PH J* 2018; 23(2): 17-27. [in Thai].
18. Samart S, Rittirod T, PlangkoonJorns T, Ratanatongkam A. Costs Analysis of Treatment for Dental Caries patients with the Universal Health Coverage Program of Dental Hospi. *KKU Research Journal (Graduate Studies) Humanities and Social Sciences* 2016; 3(2): 74-79. [in Thai].
19. Kriengsak V, Pattapong K. Cost of services provided at the healthcare unit at Phu Kradueng District Health Provider Network in the fiscal year 2007. *Community Health Development Quarterly Khon Kean University* 2013; 1(1): 101-113. [in Thai].
20. Wannapoglang A, Wannapoglang Y. The 2018 itemized dental service cost of extended clinic of Thatum hospital compared with the Comptroller General Department reimbursement rates and Ministry of Public Health service rates. *The Dent PH J* 2019; 24: 44-54. [in Thai].
21. Corrêa da Fonseca AC. "Assessment of mobile dental services in the State of Lower Austria, Austria. *Gerodontology* 2009; 26(4): 302-304.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ในผู้เข้ารับการบำบัดค่ายวิวัฒน์พลเมือง หน่วยฝึกการรบพิเศษ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

พูนรัตน์ ลียะติกุล*, รังสิยา วงศ์อุปปา*

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม โดยใช้แบบสอบถาม และการทำ focus group ที่ผู้ที่ใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 130 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในข้อมูลทั่วไป การรับรู้สมรรถนะของตน ทักษะการเลิกใช้ยาเสพติด การคล้อยตามสิ่งที่อ้างอิง และความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ใช้สถิติ Pearson Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อหาความสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 27-37 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ ยาเสพติดที่ใช้เป็นยาบ้า การรับรู้สมรรถภาพของตนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.9 ทักษะการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 50.0 ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูงร้อยละ 29.2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาที่ เข้ารับการบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตน ทักษะการเลิกใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

คำสำคัญ: ความตั้งใจ, สมรรถนะของตน, การเลิกใช้ยาเสพติด

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding Author: Poonrut Leeyatikul, E-mail: Poonrutlee@gmail.com

Received 27/12/2019

Revised 12/03/2020

Accepted 19/03/2020

**FACTORS RELATED TO THE INTENTION TO STOP USING DRUGS:
CASE STUDY IN DRUG CAMP, SPECIAL COMBAT TRAINING UNIT
PAK CHONG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE**

Poonrut Leeyatikul^{}, Rungsiya Wonguppa^{*}*

ABSTRACT

This study is cross sectional survey. The purpose of the study was to evaluate the intention on drugs use cessation among drugs camp attendances and its related factors. Wiwatphonlamuang camp in Pakchong district, Nakorn Ratchasima province was selected as study site. Samples were camp attendants during June-October 2013. 130 attendants were recruited. Two focus groups discussion was used to gather data from poly drugs users and self administered questionnaire was used to gather data from 130 individuals. Descriptives statistic and chi-square were used to analyse the data.

Most of the samples were 27-37 years old, married, and elementary education. Methamphetamine pill was used before attending to the camp. 56.9% were in the middle level of self efficacy on refraining from drugs use in various occasions. 80% were high level of positive attitude in drug use cessation. However, 50% were potentially easily convinced by their significant others. Only 29.2% were high level of drugs use cessation intention. Length of stay in the camp was not associated with their intention. In contrast with self efficacy, attitude, and potentially convinced by their significant others were statistically significant associated with intention ($p<0.01$).

Keyword: Drugs camp, Drugs use cessation, Intention

^{*}Faculty of Public Health, Vongchawalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹ และในปี 2562 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 102,366 คน² ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่มีแนวโน้มของอายุน้อยลง ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่กลุ่มผู้ติดแบบรุนแรงเข้ารับการรักษามากที่สุด³ การประเมินการบำบัดยาเสพติดในปัจจุบันใช้แบบ V.2 ซึ่งประยุกต์จาก ASSIST⁴ ได้มีการประเมินภาวะการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษ ที่ต้องมีการจำแนกตามสภาพการใช้ คือ กลุ่มผู้ใช้ กลุ่มผู้เสพ และกลุ่มผู้ติด ปรากฏว่าในช่วง 5 ปี พบผู้เข้ารับการรักษ 3 ใน 4 ถูกวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มผู้ใช้ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้เสพและผู้ติดมีแนวโน้มลดลง⁵

แม้ว่าจะมีการดำเนินการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง แต่ปัญหายาเสพติดก็ยังเป็นปัญหาที่ประชาชนให้ความใส่ใจและสร้างผลกระทบต่อสังคม⁶ ความชุกของปัญหายาเสพติด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของปัญหาแพร่ระบาดในพื้นที่ภาพรวมพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.24 คนต่อ 1,000 ประชากร ในปี 2550 เป็น 13.29 คนต่อ 1,000 ประชากร ในปี 2562⁷ ทำให้มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะระบบสมัครใจ โดยพบผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 65 ของผู้เข้ารับการรักษ ทั้งหมด⁸ โดยยาบ้าเป็นตัวยามีการแพร่

ระบาดมากที่สุด ขณะเดียวกันที่ไอซ์ กระท่อม และสีกุณร้อย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงเช่นกัน

โครงการวิวัฒน์พลเมืองเป็นโครงการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังที่ติดยาเสพติด โดยกรมราชทัณฑ์ดำเนินการร่วมกับ กองทัพบก กองทัพบกจะรับนักโทษเด็ดขาดคดียาเสพติดจากกรมราชทัณฑ์ เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในค่ายทหาร กองทัพบกให้การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกและกำลังพลเป็นวิทยากร และช่วยควบคุมผู้ต้องขังค่ายบำบัดฟื้นฟูดังกล่าว มีจำนวน 25 ค่ายทั่วประเทศ รับผู้ต้องขังค่ายละ 100 คน ใช้เวลาในการฝึกอบรมฟื้นฟูรุ่นละ 4 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ต้องขังสามารถปรับตัวได้ก่อนพ้นโทษให้ได้รับการฝึกอบรมในวิชาต่าง ๆ เช่น วิชาทหารเบื้องต้น วิชาอุดมการณ์ประชาธิปไตย วิชาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ วิชาศีลธรรมและจรรยา ด้านการเกษตรกรรมและวิชาชีพต่าง ๆ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ต้องขังในคดียาเสพติดหรือคดีจำนำย ชะนะที่มีของกลางขณะถูกจับกุมเพียงเล็กน้อย (ยาบ้าไม่เกิน 10 เม็ด) อายุระหว่าง 18-45 ปี กำหนดโทษจำคุกที่เหลือไม่เกิน 1 ปี⁹

การประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด จึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะสามารถพิสูจน์ได้ว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในค่ายฯ สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้มากน้อยเพียงใด ภายหลังครบกำหนด 4 เดือน รวมไปถึงการ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดในค่ายฯ การรับรู้สมรรถภาพของตน ทักษะการเลิกใช้ยาเสพติด และการคล้อยตามกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเลิกใช้ยาเสพติด ซึ่งจะนำมาสู่การวิเคราะห์วางแผนการดำเนินการในค่ายวิวัฒน์พลเมืองที่จะสามารถแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหากได้รับการฟื้นฟู โดยองค์ความรู้ที่ควรมีการพัฒนา คือ องค์ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถภาพของตนเองและการกระทำเชิงเหตุผล¹⁰

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดยา
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถภาพของตนผู้ที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการเลิกใช้ยาเสพติดของกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
4. เพื่อศึกษาระดับการคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ในค่ายวิวัฒน์พลเมือง

5. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดของกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา

สมมติฐาน

1. ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองอยู่ในระดับสูงมาก
2. การรับรู้สมรรถภาพของตนในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อยู่ในระดับสูงมาก
3. ทักษะการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองอยู่ในระดับสูงมาก
4. การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อยู่ในระดับสูงมาก
5. ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง
6. การรับรู้สมรรถภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง
7. ทักษะการเลิกใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง

8. การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง หน่วยฝึกการรบพิเศษ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ค่ายวิวัฒน์พลเมือง หน่วยฝึกการรบพิเศษ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นเพศหญิงทั้งหมด 130 คน

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 15-16 สิงหาคม โดยใช้แบบสอบถามประกอบการสอบถามข้อมูลทั่วไป ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถของตน ทักษะการตัดสินใจ การรับรู้สมรรถของตน ทักษะการตัดสินใจ การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิง และความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการภายใต้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA) โดยข้อคำถามทั้งหมดแบ่งเป็น 7 scale

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง
2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Pearson Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดการรับรู้สมรรถของตน ทักษะการตัดสินใจ การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

ผลการศึกษา (Results)

พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ค่ายวิวัฒน์พลเมือง ศูนย์ฝึกการรบพิเศษปากช่อง พบว่า มีอายุระหว่าง 27-37 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.2 อายุเฉลี่ย 30 ปี โดยมีอายุสูงสุด 58 ปี ต่ำสุด 16 ปี ระยะเวลาที่อยู่ในค่ายวิวัฒน์พลเมืองกว่า 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 39.2 มีระยะเวลาสูงสุด 115 ต่ำสุด 1 วัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 39.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.4 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 28.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.3 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.5 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.3 ประภพยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้าคิดเป็นร้อยละ 93.8 และรองลงมาเป็นไอซ์ คิดเป็นร้อยละ 58.5

การรับรู้สมรรถของตน

พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถภาพของตนในระดับค่อนข้างสูง เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อผ่อนคลายและสร้างความมั่นใจ เมื่อต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์และพบเพื่อนใหม่ จะสามารถหลีกเลี่ยงการใช้ยาได้ ($M=5.38$ $S.D.=1.433$) รองลงมาคือ หากเพื่อนสนิทชักชวนให้ใช้ยาเสพติด เมื่อตนเองมีความรู้สึกเศร้า จะสามารถหลีกเลี่ยงได้ ($M=4.90$ $S.D.=1.579$)

ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด

พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีความเชื่อต่อใช้ยาเสพติดในระดับสูงมาก เกี่ยวกับความเชื่อว่าการใช้เสพติดมีผลทำให้คนในครอบครัวไม่สบายใจ ($M=6.82$ $S.D.=0.795$) รองลงมาคือ เชื่อว่าครอบครัวอยากให้เลิกใช้ยาเสพติด ($M=6.80$ $S.D.=0.698$) ส่วนสิ่งที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเชื่อในระดับสูงเกี่ยวกับความเชื่อว่าการใช้ยาเสพติดจะนำไปสู่การเกิดปัญหาอาชญากรรม ($M=5.59$ $S.D.=1.899$) รองลงมาคือ เชื่อว่าการเลิกใช้ยาเสพติดทำให้ไม่เป็นโรคสมองติดยา และเชื่อว่าหากไม่เลิกใช้ยาเสพติดจะทำให้เป็นปัญหาสังคมอยู่ในระดับสูง ($M=6.12$ $S.D.=1.274$ และ $M=6.12$ $S.D.=1.286$ ตามลำดับ)

ความเชื่อตามกลุ่มที่อ้างอิง

ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีความเชื่อตามกลุ่มที่อ้างอิงอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีความเชื่อว่าจะครอบครัวย ต้องการให้เลิกใช้ยา

เสพติด ($M=6.76$, $S.D.=0.805$) รองลงมาคือ เชื่อว่าครอบครัวย จะให้อภัยเมื่อไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ($M=6.58$, $S.D.=1.167$) แต่พบความเชื่อตามกลุ่มที่อ้างอิงในระดับต่ำ ในเรื่องการทำตามเพื่อนที่เคยใช้ยาเสพติด ($M=4.44$, $S.D.=2.113$) รองลงมาคือ เชื่อว่าสังคมที่อาศัยอยู่จะไม่รังเกียจคนที่มีประวัติใช้ยาเสพติด ($M=5.28$, $S.D.=1.726$)

ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในระดับสูง โดยมาจากการให้ความใส่ใจจนครอบครัวต่อปัญหาการใช้ยาเสพติด ($M=5.85$ $S.D.=1.813$) รองลงมาคือ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติด ($M=5.54$ $S.D.=1.897$) แต่ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงในระดับค่อนข้างสูง คือ หากพบสถานการณ์ที่มีการใช้ยาเสพติด จะหลีกเลี่ยงไม่ไปพบสถานการณ์นั้น ($M=4.89$ $S.D.=2.001$) รองลงมาคือ เมื่อมีความทุกข์จะไม่ใช้ยาเสพติดเพื่อแก้ไข้ปัญหา ($M=5.11$ $S.D.=1.942$)

การจัดระดับการรับรู้สมรรถภาพของตน ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิง และความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

พบว่า การรับรู้สมรรถภาพของตนมีการรับรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมาคือ ค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ 26.9

ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือระดับค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 16.9

การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 30.8

ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 29.2 รองลงมาคือระดับค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ 27.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้สมรรถภาพของตน ทัศนคติต่อความเชื่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจตามสิ่งที่อ้างอิง ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ค่ายวิวัฒน์พลเมือง อำเภอปากช่อง

ระดับ	การรับรู้สมรรถภาพของตน				ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด				ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง				ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด			
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ต่ำมาก	0	0	4.24	0.71	0	0	5.75	0.57	0	0	6.05	0.87	4	3.1	5.39	1.51
ต่ำ	0	0			1	0.8			1	8.0			3	2.3		
ค่อนข้างต่ำ	15	11.5			0	0			2	1.5			4	3.1		
ปานกลาง	74	56.9			3	2.3			1	8.0			26	20		
ค่อนข้างสูง	35	26.9			22	16.9			21	16.2			19	14.6		
สูง	6	4.6			104	80			65	50			38	29.2		
สูงมาก	0	0			0	0			40	30.8			36	27.7		

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัด การรับรู้สมรรถภาพของตน ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

พบว่า ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองฯ แต่การรับรู้สมรรถภาพของตนมี

ความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) ส่วนทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด และการคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมืองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัด การรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถภาพทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

ตัวแปร	ระดับความตั้งใจในการเลิกใช้เสพติด							รวม	P-value
	ต่ำมาก	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง	สูงมาก		
	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ		
1. ระยะเวลาที่อยู่ ในค่ายวิวัฒน์									0.754
▪ ≤30 วัน	1	0	2	10	9	11	18	51	
	25.00%	0.00%	50.00%	38.50%	47.40%	28.90%	50.00%	39.20%	
▪ 31-60 วัน	2	1	1	7	4	12	8	35	
	50.00%	33.30%	25.00%	26.90%	21.10%	31.60%	22.20%	26.90%	
▪ 61-90 วัน	0	0	1	3	3	7	6	20	
	0.00%	0.00%	25.00%	11.50%	15.80%	18.40%	16.70%	15.40%	
▪ 91-120 วัน	1	2	0	6	3	8	4	24	
	25.00%	66.70%	0.00%	23.10%	15.80%	21.10%	11.10%	18.50%	
2. สมรรถนะของตน									0.001
▪ ต่ำมาก	0	0	0	0	0	0	0	0	
▪ ต่ำ	0	0	0	0	0	0	0	0	
▪ ค่อนข้างต่ำ	0	2	0	5	6	0	2	15	
	0.00%	66.70%	0.00%	19.20%	31.60%	0.00%	5.60%	11.50%	
▪ ปานกลาง	1	1	4	17	8	27	16	74	
	25.00%	33.30%	100.00%	65.40%	42.10%	71.10%	44.40%	56.90%	
▪ ค่อนข้างสูง	3	0	0	4	3	9	16	35	
	75.00%	0.00%	0.00%	15.40%	15.80%	23.70%	44.40%	26.90%	
▪ สูง	0	0	0	0	2	2	2	6	
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	10.50%	5.30%	5.60%	4.60%	
▪ สูงมาก	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. ระดับทัศนคติ									<001.0
▪ ต่ำมาก	0	0	0	0	0	0	0	0	
▪ ต่ำ	1	0	0	0	0	0	0	1	
	25.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.80%	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัด การรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถภาพทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด (ต่ำ)

ตัวแปร	ระดับความตั้งใจในการเลิกใช้เสพติด							รวม	P-value
	ต่ำมาก	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง	สูงมาก		
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ		
▪ ค่อนข้างต่ำ	0	0	0	0	0	0	0	0	
▪ ปานกลาง	0	0	1	1	0	0	1	3	
	0.00%	0.00%	25.00%	3.80%	0.00%	0.00%	2.80%	2.30%	
▪ ค่อนข้างสูง	1	1	0	8	3	7	2	22	
	25.00%	33.30%	0.00%	30.80%	15.80%	18.40%	5.60%	16.90%	
▪ สูง	2	2	3	17	16	31	33	104	
	50.00%	66.70%	75.00%	65.40%	84.20%	81.60%	91.70%	80.00%	
▪ สูงมาก	0	0	0	0	0	0	0	0	
4. ระดับการคล้อยตาม									<001.0
▪ ต่ำมาก	0	0	0	0	0	0	0	0	
▪ ต่ำ	1	0	0	0	0	0	0	1	
	25.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.80%	
▪ ค่อนข้างต่ำ	1	0	0	1	0	0	0	2	
	25.00%	0.00%	0.00%	3.80%	0.00%	0.00%	0.00%	1.50%	
▪ ปานกลาง	0	0	0	0	0	1	0	1	
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.60%	0.00%	0.80%	
▪ ค่อนข้างสูง	0	0	1	13	3	2	2	21	
	0.00%	0.00%	25.00%	50.00%	15.80%	5.30%	5.60%	16.20%	
▪ สูง	1	2	2	10	10	22	18	65	
	25.00%	66.70%	50.00%	38.50%	52.60%	57.90%	50.00%	50.00%	
▪ สูงมาก	1	1	1	2	6	13	16	40	
	25.00%	33.30%	25.00%	7.70%	31.60%	34.20%	44.40%	30.80%	

วิจารณ์ (Discussions)

สมมติฐานการวิจัย 1 ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง อยู่ในระดับสูงมาก

ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการบำบัดมีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Allahverdipour, et al.¹¹ ที่ได้ทำการศึกษารื่องความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด ส่วนใหญ่ให้ความใส่ใจจนในครอบครัวต่อปัญหาการใช้ยาเสพติด รวมไปถึงการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติด แต่ยังคงพบว่า ยังมีความตั้งใจในระดับที่ค่อนข้างสูงคือ หากพบสถานการณ์ที่มีการใช้ยาเสพติด จะหลีกเลี่ยงไม่ไปพบสถานการณ์นั้น รองลงมาคือ เมื่อมีความทุกข์จะไม่ใช้ยาเสพติดเพื่อแก้ไขปัญหา

จะเห็นได้ว่า การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ของผู้เข้ารับการบำบัด เป็นสิ่งที่จะช่วยให้สามารถหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดได้ รวมไปถึงผู้เข้ารับการบำบัดไม่ต้องการให้คนในครอบครัวใช้ยาเสพติด โดยการให้ความสนใจคนในครอบครัวต่อปัญหาการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความตั้งใจในการที่จะเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดที่ชัดเจนโดยมีครอบครัวเป็นปัจจัยที่จะสนับสนุนการเลิกใช้ยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย 2 การรับรู้

สมรรถภาพของตนอยู่ในระดับสูงมาก

การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Allahverdipour, et al.¹¹ ประเด็นที่พิจารณาพบว่าการรับรู้สมรรถภาพ เกี่ยวกับการไปงานเลี้ยงสังสรรค์ หากอยากต้องการใช้ยาเพื่อผ่อนคลายและสร้างความมั่นใจจะหลีกเลี่ยงการใช้ยาได้ รวมไปถึงเมื่อรู้สึกเศร้าใจและเพื่อนสนิทชักชวนให้ใช้ยาเสพติด จะสามารถหลีกเลี่ยงได้

ผู้เข้ารับการบำบัดยังคงมีความมั่นใจไม่สูงมาก หากต้องอยู่ในสถานการณ์ที่มีผู้ใช้ยาและเมื่อเพื่อนสนิทชักชวนให้ใช้ยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย 3 ทศนคติต่อการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูงมาก

ทศนคติต่อการใช้ยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการบำบัดมีการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Allahverdipour, et al.¹¹ และการศึกษาของ Ibrahim, et al.¹² ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเชื่อว่าการใช้ยาเสพติดมีผลทำให้คนในครอบครัวไม่สบายใจ รวมไปถึงครอบครัวอยากให้เลิกใช้ยาเสพติด นอกจากนี้เชื่อว่าการใช้ยาเสพติดจะนำไปสู่การเกิดปัญหาอาชญากรรมรวมถึงปัญหาสังคม และหากเลิกใช้ยาเสพติดจะไม่เป็นโรคสมองติดยา

สมมติฐานการวิจัย 4 การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงอยู่ในระดับสูงมาก

ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง โดยมีความเชื่อว่าครอบครัว ต้องการให้เลิกใช้ยาเสพติด และมีความเชื่อว่าครอบครัวจะให้ภัย เมื่อไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด นอกจากนี้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเชื่อว่าอาจต้องทำตามเพื่อนที่เคยใช้ยาเสพติด¹³ และเชื่อว่าสังคมที่อาศัยอยู่ไม่รังเกียจคนที่มีประวัติใช้ยาเสพติด

จะเห็นได้ว่า สถาบันครอบครัวและคนในสังคมยังคงเป็นกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ โดยเห็นว่าครอบครัวจะให้ภัยเมื่อเลิกใช้ยาเสพติดได้ และสังคมไม่รังเกียจผู้ที่มีประวัติการใช้ยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย 5 ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง ฯ¹⁴

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ค้ามากกว่าการเป็นผู้เสพ ดังนั้นระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัด จึงไม่ใช่ประเด็นเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด เนื่องจากไม่มีอาการถอนยาเป็นอุปสรรคในการตั้งใจเลิกเสพยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย 6 การรับรู้สมรรถภาพของตนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

การรับรู้สมรรถภาพของตนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด¹⁵ ในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allahverdipour, et al.¹¹

สมมติฐานการวิจัย 7 ทศนคติต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

ทศนคติต่อการใช้ยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allahverdipour, et al.¹¹ และการศึกษาของ Ibrahim¹²

สมมติฐานการวิจัย 8 การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ค่ายวิวัฒน์พลเมือง ศูนย์ฝึกอบรมพิเศษปากช่อง มีระดับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด

ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด เกี่ยวข้องกับการให้ความใส่ใจคนครอบครัว ต่อปัญหาเสพติด การมุ่งเน้นใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติด แต่การหลีกเลี่ยงสถานการณ์หากพบการใช้ยาเสพติดจะหลีกเลี่ยงไม่ไปพบสถานการณ์นั้น และการไม่ใช้ยาเสพติดเพื่อแก้ไขปัญหา โดยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

การรับรู้สมรรถภาพของตน เกี่ยวกับการไปงานเลี้ยงสังสรรค์และการพบเพื่อนใหม่ จะสามารถหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดได้ และเมื่อเพื่อนสนิทจะชักชวนให้ใช้ยาเสพติดจะสามารถหลีกเลี่ยงได้เช่นเดียวกัน

ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด ผู้เข้ารับ การบำบัดส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการใช้เสพติดมีผลทำให้คนในครอบครัวไม่สบายใจและ ครอบครัวอยากให้เลิกใช้ยาเสพติด นอกจากนี้มีความเชื่อในว่าการใช้ยาเสพติดจะนำไปสู่การเกิดปัญหาอาชญากรรม และถ้าเลิกใช้ยาเสพติดจะไม่ทำให้เป็นโรคสมอง ติดยาและไม่เป็นปัญหาสังคม

การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิง พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดมีความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัว ต้องการให้เลิกใช้ยาเสพติดและเชื่อว่าครอบครัว จะให้อภัยเมื่อไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด แต่ก็อาจต้องทำตามเพื่อนที่เคยใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม มีความเชื่อว่าสังคมที่ฉันอาศัย อยู่ไม่รังเกียจคนที่ม่ประวัติใช้ยาเสพติด

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. เจริญวิชาการ

- ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการ บำบัดที่เน้นการแนะนำใช้เวลาว่างให้เกิด ประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดรวมถึงการสร้างทักษะในการหลีกเลี่ยง การไม่ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะทักษะการ ปฏิเสธ

- หลักสูตรการบำบัดควรเพิ่มบทบาท ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้ารับการ บำบัดมีความเชื่อว่าครอบครัวให้ความสนใจ ต่อปัญหาเสพติด รวมไปถึงการสร้าง ทักษะที่ดีต่อการเลิกใช้ยาเสพติด

- ควรส่งเสริมการป้องกันการใช้ยา เสพติดในกลุ่มวัยแรงงานโดยเฉพาะ ผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง

2. เจริญนโยบาย

- ควรมีนโยบายส่งเสริมสร้างความ เข้มแข็งของครอบครัวเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในการ ป้องกันปัญหาเสพติด เนื่องจาก ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด และมีความเชื่อว่าครอบครัวต้องการให้เลิกใช้ ยาเสพติด และให้อภัยเมื่อไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งเกี่ยวกับการให้ความใส่ใจคนครอบครัว ต่อปัญหาเสพติด

3. สำหรับการศึกษาค้างต่อไป

- ควรมีการทำการศึกษาระียบเทียบ ระดับความตั้งใจและสมรรถภาพแห่งตน

ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดในค่าย 9 วันกับการ
เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล

- ควรมีการศึกษาระดับความตั้งใจ
และสมรรถภาพแห่งตนเป็นช่วงระยะเวลาเข้า
รับการบำบัดในช่วง 1 , 2 , 3 เดือน และก่อน
สิ้นสุดการบำบัดเพื่อเปรียบเทียบระดับความ
ตั้งใจและสมรรถภาพแห่งตน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ในการดำเนินการแก้ปัญหายาเสพติด
หน่วยงานต่าง ๆ ได้นำเสนอแนวคิดในการ
แก้ไขปัญหายาเสพติด โดยที่มีรูปแบบและ
กลุ่มเป้าหมายแตกต่างกันออกไป ซึ่งรวมถึง
กลุ่มปกติ (ยังไม่มีประสบการณ์และไม่ได้

เกี่ยวข้องกับยาเสพติด) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเสพ
(มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องและเคยใช้ยาเสพติด
มาแล้ว) และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (ใช้ยา
เสพติดเป็นประจำและต้องการบำบัดรักษา
ทางการแพทย์) โดยที่องค์กร/หน่วยงานที่
เข้ามาดำเนินการมีทั้งภาครัฐ เอกชน และ
ส่วนอื่น ๆ โดยได้พยายามประสานร่วมมือกัน
จัดฝึกอบรมในลักษณะค่าย ซึ่งมีระยะเวลา
ของการจัดค่ายและรูปแบบแตกต่างกัน
ออกไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เครือข่ายพัฒนาวิชาการ
และข้อมูลสารเสพติดที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Demand Reduction Division. **Treatment statistics among drug users in Thailand**. Prevention and Development Bureau, Office of Narcotic Control Board, unpublished statistics; 2020.
3. Narcotics Analysis and Technical Service Institute. **Inter-nal drug analysis record**. Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice, unpublished statistics; 2019.
4. WHO ASSIST Working Group. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction (Abingdon, England)** 2000; 97(9): 1183–1194.
5. Surveillance Division. **Statistics among drug users in Thailand**. Strategy Bureau, Office of Narcotic Control Board, unpublished statistics; 2019.

6. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2018**. Vienna: UNODC; 2018.
7. Kanato M., et. al. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2019**. Bangkok: Charunsanitwong printing house; 2019.
8. Ministry of Public Health. **Statistics among drug users in Thailand**. Office of Permanent Secretary, unpublished statistics; 2019.
9. Kanato M. **Drug camps in Thailand: its effectiveness**. Strategy Bureau, Office of Narcotic Control Board; 2020. [in Thai].
10. Madden TJ, Ellen PS, Ajzen I. A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. **Personality and social psychology Bulletin** 1992; 18(1): 3-9.
11. Allahverdipour H, Farhadinasab A, Galeeiha A, Mirzaee E. (2007). Does Behavioral Intention to Avoid Drug Abuse Works as Protective Factor among Adolescent?. **Journal of research in health sciences** 2007; 7(1): 6-12.
12. Ibrahim F, Kumar N. Factors effecting drug relapse in Malaysia: An empirical evidence. **Asian Social Science** 2009; 5(12): 37-44.
13. Walsh SD, Djalovski A, Boniel-Nissim M, Harel-Fisch Y. Parental, peer and school experiences as predictors of alcohol drinking among first and second generation immigrant adolescents in Israel. **Drug and Alcohol Dependence** 2014; 138: 39-47.
14. Simpson DD, Joe GW. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. **Psychotherapy: Theory, research, practice, training**. 1993; 30(2): 357.
15. Thumwong N, Kanato M. Methamphetamine Use Behavior, Abnormal Symptoms, and Domestic Violence Among Drug Users in Thailand. **Addictive Disorders & Their Treatment**. 2019 Nov 6.

การใช้ยาเสพติดในผู้ใช้แรงงานขนส่ง

นฤมล จันทร์มา *

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ใช้แรงงานขนส่งในประเทศไทยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกจำนวน 3,142 คน จาก 10 จังหวัดทั่วประเทศไทย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผู้ใช้ยาเสพติดปัจจุบัน 76 คน และเจ้าของสถานประกอบการ 8 คน

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการใช้ยาเสพติดประเภทสารกระตุ้นร้อยละ 40.5 ถูกนำมาใช้ตลอดทั้งกระบวนการขนส่ง ได้แก่ ผู้ขับรถขนส่งสาธารณะ ผู้ขับรถโดยสาร ผู้ขับรถส่งสินค้า และผู้สนับสนุนรถขนส่งสินค้า เพื่อเพิ่มความทนไม่่ง่วงนอน ทำให้พวกเขารู้สึกมั่นใจทำงานได้ ขับรถดี มีสมาธิขับไปเรื่อย ๆ ใจเย็น ใช้ยาเสพติดทั้งภายในและภายนอกสถานที่ทำงาน ก่อนเริ่มทำงาน และช่วงพักรับงาน นอกจากนี้ยังใช้กัญชาและยาเสพติดด้วย

คำสำคัญ: ยาเสพติด, แรงงานขนส่ง, ประเทศไทย

* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding Author: Narumon Janma, Email: dominiger2524@hotmail.com

Received 20/12/2019

Revised 03/03/2020

Accepted 10/03/2020

DRUG USE AMONG TRANSPORTATION WORKERS

*Narumon Janma**

ABSTRACT

The objective of this study is to explore the substance use behavior of transport workers in Thailand. This cross sectional survey employed stratified cluster sampling of 3,142 people from 10 provinces across Thailand. Data were collected through a semi-structured interview with 76 current drug users and 8 workplace owners.

The results showed that the prevalence of 40.5 percent used stimulant. It was used throughout the transportation process, including public transport drivers, bus driver, trucks, and the supporters. They used drugs to increase endurance, awake make them feel confident, work well, drive well and concentrate. Drugs used both inside and outside the workplace, before starting work and during work breaks. In addition to stimulants, marijuana and depressants are also used.

Keywords: Drug abuse, transportation workers, Thailand

* Faculty of Science and Technology, Phetchaboon Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การเติบโตทางด้านเศรษฐกิจสร้างความตึงเครียดและมีผลกระทบต่อการทำงาน¹ รายงานของ UNODC ตั้งแต่ ค.ศ. 2008 ว่าด้วยบริบททางเศรษฐกิจต่อแรงงานที่มีอายุน้อยที่เผชิญหน้ากับตำแหน่งงานว่างที่ไม่ถูกต้องตามสัดส่วน ขาดการให้ความรู้โทษของการใช้ยาเสพติดใน Latin American ความสัมพันธ์ของสถาบันทางสังคมกับนโยบายต่อต้านยาเสพติดในสถานที่ทำงานเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในวาระการประชุมของภาคีรัฐ โดยพิจารณาว่าสถานประกอบการที่มีแรงงานใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นอัตราการทำงานที่ไม่เป็นทางการอยู่ในประเทศยากจน เส้นทางชีวิตทางสังคมที่ใช้ยาเสพติดเกิดขึ้นเนื่องจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน^{2,3} ยาเสพติดในการขับขีสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมและร่างกายของคนขับได้ ขึ้นอยู่กับชนิดยาเสพติด ซึ่งอาจรวมถึงปฏิกิริยาช้าลง ไม่มีสมาธิ ความจำสั้นลงและการคิดที่สับสน ประสาทสัมผัสรับรู้บกพร่อง มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่ไม่จำเป็น พฤติกรรมผิดปกติกุณกรรมหรือหยาบหรือหยาบกระแวง เห็นภาพเบลอ มีอาการสั่น เวียนศีรษะปวดตัวเกิดความเหนื่อยล้าที่รุนแรงในวันรุ่งขึ้นผลกระทบเหล่านี้อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือทั้งวันแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล⁴ ใน ค.ศ. 2014-2016 อุบัติเหตุของผู้ขับขีที่เกิดจากการ

ใช้ยาเสพติดพบว่า ผู้ขับขีรถยนต์และรถตู้ 21% และผู้ขับขี รถจักรยานยนต์ 25% คนขับรถบรรทุก 5% เป็นผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ และยาเสพติด และไม่มีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับคนขับรถบรรทุกหรือรถแท็กซี่ยาเสพติดเป็นปัจจัยทำให้เกิดปัญหาการจราจรร้ายแรงถึง 80 ครั้ง เกิดอุบัติเหตุจากการบาดเจ็บ 189 ครั้ง และการบาดเจ็บเล็กน้อย 674 ราย ทำให้ผู้เสียชีวิต 89 ราย ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดประมาณ 564 ล้านดอลลาร์ 14% ของค่าใช้จ่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาการบาดเจ็บทั้งหมด⁵

สถิติการจับกุมคดีร้ายสำคัญที่มีการลักลอบขนส่งผ่านไปรษณีย์และขนส่งเอกชนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง กันยายน 2560 จับกุมผู้กระทำความผิดดำเนินคดี 19 คดี ผู้ต้องหา 47 ราย ได้ของกลาง ยาบ้า 2 ล้านเม็ด ไอซ์ 13 กิโลกรัม กัญชา 490 กิโลกรัม และยาเสพติดอื่นอีกหลายรายการ⁶ กลุ่มนักค้าใช้วิธีการหลบเลี่ยงด้านตรวจของเจ้าหน้าที่โดยกลุ่มนักค้าจะใช้ทีมลำเลียงครั้งละ 10-15 คน แบกกระสอบยาบ้าเดินเท้าจากชายแดนเข้ามาจนถึงถนนดินดำในหมู่บ้านแล้วขึ้นรถยนต์ที่มีกระบะหลังเมื่อพบด่านจุดตรวจก็จะเดินเท้าต่อเพื่ออำมหัน ส่วนรถยนต์จะวิ่งไปรอรับข้างหนาราว 5-10 กิโลเมตร⁷

จำนวนผู้มีงานทำในปี พ.ศ. 2561 จำแนกตามอุตสาหกรรม 37.60 ล้านคน

ประเภทการขนส่งและสถานที่เก็บสินค้า 1.17 แสคน⁸ เจ้าของสถานประกอบการและผู้จัดการธุรกิจจะจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในที่ทำงาน ต้องมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้ยาเสพติด⁹ การให้ความช่วยเหลือผู้ที่ปัญหาด้านยาเสพติดจำเป็นต้องรักษาเป็นความลับหากพนักงานรับทราบปัญหาพร้อมและมั่นใจปรับปรุงตัวจะถูกจัดการด้วยความสุ่มรอบคอบ สถานการณ์เฉพาะเป็นส่วนหนึ่งของโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพในอุตสาหกรรมใช้การคัดกรองและการทดสอบสมรรถภาพเพื่อควบคุมยาเสพติด¹⁰ จึงจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานขนส่ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ใช้แรงงานขนส่งในประเทศไทย

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากร คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงานในกิจการขนส่งหมายถึง กิจการที่มีการใช้แรงงาน/คนงานที่มีความชำนาญ/ทักษะฝีมือเฉพาะ เน้นอุตสาหกรรมขนส่งสินค้าและขนส่งสาธารณะ ทั้งกระบวนการ นับตั้งแต่การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์ (ตู้จอตรถ/ที่พักรถฯ) โกดังสินค้า/สถานีรับผู้โดยสาร การ

จัดวางสินค้า/จัดระเบียบการโดยสาร/ออกตัว การปฏิบัติหน้าที่ในยานพาหนะ (ขับซี/บริการ) การนำส่งสินค้า นำส่งผู้โดยสาร

กลุ่มตัวอย่างเลือกมาจากการประกอบการด้วยวิธี stratified-cluster sampling โดยแบ่งประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิตามภาค ปส. แต่ละภาค สุ่มตัวอย่างแบบง่าย ภาคละ 1 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือกสถานประกอบการ 3 ประเภท ดังนี้

1. เลือกประกอบการขนส่ง จากฐานข้อมูลสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเป้าหมาย ประกอบการที่มีลูกจ้าง มากกว่า 10 คน ขึ้นไป สุ่มตัวอย่างแบบง่าย มาจังหวัดละ 2 แห่ง รวม 20 แห่ง

2. ประกอบการที่มีลูกจ้าง ต่ำกว่า 10 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย มาจังหวัดละ 2 แห่ง รวม 20 แห่ง

3. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย ประกอบการประเภทกิจการขนส่งจากฐานข้อมูลสำนักงานท้องถิ่นจังหวัด (เป็นสถานประกอบการที่ไม่ได้ขึ้นในฐานข้อมูลของสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด) ซึ่งเป็นประกอบการขนาดเล็ก 10 แห่ง ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 3,142 คน รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้ยาเสพติดปัจจุบัน 76 คน และเจ้าของสถานประกอบการ 8 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามคาดประมาณและพยากรณ์สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานประกอบการ

2. ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกตามโครงสร้างการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

การรวบรวมข้อมูล

1. การสำรวจเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติด และวัดความรู้เท่าทันยาเสพติด

2. การแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมแต่ละชุดจะถูกตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์นำเข้าในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้งที่เป็นอิสระต่อกันแบบ (data double entry) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และช่วงความเชื่อมั่น ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปความรู้เท่าทันยาเสพติดใช้สถิติเชิงอนุมาน

(Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย

ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ (Triangulation) วิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รหัส HE601238

ผลการศึกษา (Results)

คาดประมาณกลุ่มชนสงฆ์มีจำนวนทั้งสิ้น 1,280,800 คน การศึกษาในครั้งนี้ คาดประมาณจำนวนกลุ่มแรงงานชนสงฆ์ที่ใช้สารเสพติด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คาดประมาณกลุ่มผู้ใช้แรงงานชนสงฆ์ไทยที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

เสพติด (คน อัตราต่อ 1000 คน)	เสพยากระตุ้น (คน อัตราต่อ 1000 คน)	ใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ (คน อัตราต่อ 1000 คน)	ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (คน อัตราต่อ 1000 คน)
63,229	51,840	46,080	40,320
49.4	40.5	36.0	31.5

จากการวิเคราะห์และการตีความข้อมูลพบว่า ในกลุ่มอาชีพการชนสงฆ์ แบ่งเป็น 4

ลักษณะงาน ได้แก่ ผู้ขับรถขนโดยสารสาธารณะ 8 คน ผู้สนับสนุนรถโดยสาร 13

คน ผู้ขับรถส่งสินค้า 41 คน และผู้สนับสนุนรถขนส่งสินค้า 22 คน โดยสรุปจากการสัมภาษณ์ตลอดกระบวนการที่เกี่ยวข้อง อาชีพขับรถขนส่งกลุ่มนี้เป็นอาชีพที่มีโอกาสใช้สารเสพติดเพื่อการทำงานค่อนข้างสูง เพราะต้องเร่งกับเวลาและต้องอดทนกับความง่วง เหนื่อยล้า ผู้ขับรถส่งสินค้าจะเสพสารเสพติดในรดด้านหน้า มีการพกปัสสาวะใส่ถุงเล็กเพื่อมีด่านตรวจ ถัดมาอีกกลุ่ม คือ ผู้ขับรถโดยสารสาธารณะ กลุ่มนี้แม้จะมีมาตรการในการตรวจและป้องกันแต่ในทางปฏิบัติค่อนข้างลำบาก ทางบริษัทให้มีพนักงานขับรถสองคนเปลี่ยนกันคนละ 6 ชั่วโมง เปลี่ยนรอบกันขับสลับกัน ซึ่งพนักงานที่ขับในแต่ละรอบก็จะใช้สารเสพติดเพื่อให้ขับรถได้นานขึ้นไม่ง่วง ไม่เหนื่อย คนที่ไม่เสพก็จะนอนก่อน แต่เมื่อถึงด่านตรวจก็จะเปลี่ยนคนที่นอนมาขับเป็นวิธีการที่กลุ่มคนขับรถสาธารณะใช้เพื่อการขับรถได้นานและไม่ง่วง

ยาบ้าเป็นสารเสพติดหลักของกลุ่มแรงงานการขนส่งเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุด มักมีการใช้ร่วมกับบุหรี่ยาและดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลังยี่ห้อแรงเยอร์ เอ็มร้อยห้าสิบ เอ็มร้อย ลิโพ กระทั่งแดง เกลือแร่ และน้ำอัดลม เป๊ปซี่ นมเปรี้ยว และสุรา สิ่งที่ทดแทนเมื่อนิ่วยาคือสูบบุหรี่ ดื่มเบียร์หรือสุรา

วิธีการเสพใช้วิธีดูดควันและสูบบุหรี่โดยอุปกรณ์ส่วนใหญ่จะทำขึ้นเองซื้อแต่บุหรี่ยาของวัตถุประสงคที่ใชยาเสพติด แบ่งออกเป็น

ยาบ้า ยาบ้าผสมไอซ์ ใช้เพื่อทำงาน ผ่อนคลาย มีพลังมีแรงในการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน ส่วนกัญชาใช้เพื่อคลายเครียด ฉลอง เข้าสังคมช่วงพักผ่อน เป็นต้น เปรียบเทียบเมื่อใช้ยาเสพติดกับไม่ใช้ยาเสพติดต่อการทำงาน พบว่าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าใช้ยาดีกว่าเมื่อทำงาน

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่อร่างกายและจิตใจ พบว่า ผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดมาช่วงระยะเวลาหนึ่งมีผลกระทบทางร่างกาย คือ พันผุ ร่างกายโทรม ไม่มีแรง อ่อนแรง ใจ ภายในร่างกายไม่แข็งแรงเหนื่อยง่าย ผลกระทบด้านจิตใจ คือ นอนไม่หลับ นอนได้ระยะสั้น สติไม่ดี อีกกลุ่มผู้ที่ยังใช้ยาเสพติดอยู่พบว่า ผลกระทบต่อร่างกายยังไม่เห็นผลชัดเจน แต่ผลกระทบด้านจิตใจมีผลคือ หงุดหงิด มีความอยาก เบื่อวปาก รำคาญ เป็นต้น

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ามีผลกระทบอย่างชัดเจน คือ ด้านเศรษฐกิจไม่ดีมาก ๆ เงินไม่พอใช้/สังคมรังเกียจ สิ้นเปลือง ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า ทั้งกลุ่มที่เคยใช้และกลุ่มที่ยังใช้ยาอยู่ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า มีปากเสียกับคนในครอบครัว บางคนมีคู่รักเป็นสาเหตุหนึ่งที่แยกทางกัน วุ่นวาย เดือดร้อนพ่อแม่เป็นตัวอย่างไม่ดีให้ลูกหลาน บุคคลในครอบครัวทะเลาะกันเพราะตนเอง ผลกระทบต่อชุมชน พบว่า มีผลกระทบต่อชุมชน อย่างชัดเจนจากเพื่อน

ร่วมงานเองหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้อื่น
เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ สังคมรังเกียจ

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาของ National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) ค.ศ. 2010 พบปัญหาการใช้ยาเสพติดของผู้ขับขี่เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจของ NHTSA, from 2005 to 2009, the proportion of fatally injured drivers who tested positive for drugs rose from 13 to 18 percent.¹¹ จากการสำรวจของ NHTSA, 2007 พบว่า 16.3 % ผู้ขับขี่รถในวันหยุดสุดสัปดาห์จะใช้ยาเสพติด¹² เช่นเดียวจากการศึกษาของ Erin Kelly พบว่าผู้ขับรถที่พึ่งพาเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงจากการตรวจพบอุบัติเหตุที่ผ่านมา 12 เดือน พบว่า ผู้ที่ขับรถใช้ยาเสพติด 25% มากที่สุด คือ Cannabis รองลงมาคือ benzodiazepines, cocaine, amphetamines and opioids.¹³ Jeremy Davey ค.ศ. 2007 ศึกษารูปแบบการใช้สารเสพติดของผู้ขับขี่รถบรรทุกทางไกลมีความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาเสพติดกับความเมื่อยล้าจากการทำงาน ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพจากผู้ขับขี่รถบรรทุกระยะยาว 35 แห่ง ใน Southeast Queensland พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตราการใช้น้ำยา รูปแบบการใช้ถูกนำมาใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่บางรายใช้ยาเสพติดเพื่อต้องการขนส่งทางรถบรรทุก แรงจูงใจในการใช้ยาเสพติด คือ ความเมื่อยล้า ความ

กดดันของเพื่อนฝูง การผ่อนคลาย เข้าสังคม และต้องการฤทธิ์และประสิทธิภาพเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการขับที่รถบรรทุกได้ด้วยตนเอง¹⁴ Girotto (2013) ศึกษาการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารออกฤทธิ์ในผู้ขับขี่รถบรรทุก จาก 28 ประเทศ พบว่า ผู้ขับรถบรรทุกใช้ยากระตุ้นและยาเสพติดอื่น ๆ บ่อยที่สุด คือ alcohol (n=25), amphetamines (n=17), marijuana (n=16) and cocaine (n=13) ความถี่ของการใช้สารเหล่านี้แตกต่างกันอย่างมาก คือ alcohol (0. 1–91. 0%) ; amphetamines (0. 2–82.5%), marijuana (0.2–29.9%), cocaine (0.1–8.3%) ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานสารออกฤทธิ์ทางจิต ดังนี้ อายุ น้อย รายได้ที่สูงขึ้น การเดินทางไกล การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ การขับรถในกะกลางคืน การเดินทางไกลระหว่างรัฐ ระยะเวลาการนอนสั้นลง คนขับมีประสบการณ์น้อย ข้อตกลงของแรงงานกับทางบริษัท รายได้ อุบัติเหตุ เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งของความถี่ในการใช้ยาเสพติดเพื่อกระตุ้น¹⁵ United States Department of Transportation (DOT) ปี 2009 กลุ่มผู้ขับขี่รถบรรทุกเชิงพาณิชย์นิยมใช้ยาเสพติดเพื่อขับรถบรรทุก พบว่า คนขับรถบรรทุกที่ล้มเหลวเนื่องจากใช้กัญชาเพียงอย่างเดียว คือ 0.81% หรือ 44,388 คน กัญชาอาจทำให้เกิดอาการผ่อนคลายกับแอลกอฮอล์ลดความเข้มข้นและกระตุ้นความรู้สึกง่วงนอน The

second most common drug is amphetamines, commonly called “speed.” ร้อยละของผู้ขับขี่ที่ใช้ amphetamines เท่ากับ 0.65% หรือ 35,421 คน The third most common drug is cocaine ผู้ขับขี่ที่ใช้ cocaine เท่ากับ 0.24% หรือ 14,939 คน ทั้ง amphetamines และ cocaine ทำงานเป็นตัวกระตุ้นทำให้การทำงานเสร็จสิ้นตามการมอบหมายทันต่อเวลา¹⁶ A new U.S. Department of Transportation drug testing report ปี 2016 รายงานการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดของพนักงานขับรถบรรทุก เพิ่มขึ้นเป็น 1.98% จาก 1.85% ในปี 2015 สำหรับกัญชาใน 2016 พบการใช้มากกว่ายาเสพติดอื่น ๆ กัญชาในปี 2016 เทียบกับ 47,782 คน ในปี 2015 เพิ่มขึ้นเป็น 0.81% จาก 0.75% ตามด้วยแอมเฟตามีนจำนวน 35,421 คน การใช้แอมเฟตามีนเมื่อเทียบกับ 37,619 คน ในปี 2515 เพิ่มขึ้น 0.65% จาก 0.59% และโคเคนเพิ่มขึ้นจาก 0.24% เป็น 0.27% ผู้ขับขี่ที่ไม่ผ่านการตรวจเพื่อหาเสพติดจะไม่ได้ใบอนุญาตให้ขับรถอีกต่อไป พวกเขาต้องสมัครใจเพื่อประเมินและรักษาตัวหากต้องการกลับไปปฏิบัติหน้าที่ และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตรวจหาสารเสพติดในปี 2016 เป็น 4.2% เพิ่มขึ้น 5% เมื่อเทียบกับปีที่แล้วที่ 4.0%¹⁷ รายงานอุบัติเหตุรถบรรทุกในปี ค.ศ. 2013 ในสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาด้านความปลอดภัยที่

สำคัญ พบว่า คนขับรถบรรทุกบางรายใช้ยากระตุ้นและยาอื่น ๆ ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกัญชา ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการเข้าสู่ความผิดพลาด คนขับรถที่ใช้ยาบ้าหรือโคเคนก่อให้เกิดความเสี่ยงเช่นเดียวกับสารเหล่านี้อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ, ภาพหลอน, ภาวะวุ่นวายใจและการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาเป็นอันตรายมากและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถบรรทุกบนท้องถนน แม้กฎระเบียบของรัฐบาลกลางห้ามไม่ให้ผู้ขับรถบรรทุกใช้สารกระตุ้นขณะขับขี่ อย่างไรก็ตามเป็นยากที่จะควบคุม มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุรถบรรทุกเพิ่มขึ้นส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตให้กับคนขับรถอื่น ๆ บนท้องถนน¹⁸ คนขับรถบรรทุกทุกระยะไกลใน New Mexico มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติดในประเทศกำลังพัฒนา คนขับรถบรรทุกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 41 ปี เพศหญิงร้อยละมากที่สุด คือ สเปนและอายุเฉลี่ย 36 ปี พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่สอดคล้องกันการใช้ยาผิดกฎหมายรวมถึงการใช้ยาเสพติดทางหลอดเลือดดำและการแลกเปลี่ยนเรื่องเพศเพื่อได้มาของยาเสพติด เพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี¹⁹ Girotto ศึกษา Continued use of drugs and working conditions among truck drivers

ค.ศ. 2015 พบว่า ผู้ขับขี่รถบรรทุกมีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะรูปแบบการบริโภคยาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากลักษณะการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา คนขับรถประเมิน (n = 665), 21.1% รายงานการใช้ยาบางชนิดอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะยา captopril (10.7%), metformin (10.3%), omeprazole (6.2%) และ simvastatin (6.2%) สังเกตว่าสภาพการทำงานบางอย่างมีบทบาทสำคัญในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ขับขี่รถบรรทุก ไม่มีการเข้าถึงแผนประกันสุขภาพส่วนบุคคล (70.4%) ประสิทธิภาพโดยเฉลี่ยของคนขับรถบรรทุก คือ 18.2 ปี (SD = 11.4) ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่รายงานว่าเส้นทางเลือกกะทำงาน (74.4%) ไม่ใช่เจ้าของรถบรรทุก (ร้อยละ 68.7) ถูกจ้างมา (62.4%) และได้รับค่าจ้างที่อิงกับผลการปฏิบัติงาน (89.3%) รายงานปัญหาสุขภาพบางอย่างที่มีทั้งหมด 683 ปัญหา ปวดเรื้อรัง (แขนขา) (35.6%), ความดันโลหิตสูง (16.2%), dyslipidemia (12.6%) โรคจิตสับสนหวาด (8.7%) และ เบาหวาน (7.5%)²⁰ 4 drugs commonly used by truck drivers ของ O'Malley Tunstall PLLC 2018 การด้อยค่าของคนขับรถบรรทุกเป็นปัญหาร้ายแรง หากผู้ขับขี่รถบรรทุกใช้สารเคมีใด ๆ อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต นั่นคือสารเสพติดที่พบบ่อย คือ 1) Alcohol เนื่องจากความพร้อมใช้งานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คนขับรถบรรทุกมักทำงานเป็น

เวลานานและต้องการบางอย่างที่จะพักผ่อน แม้ว่าจะใช้เพียงเบียร์ 2) Marijuana การใช้กัญชาจะช่วยลดเวลาในการทำปฏิกิริยา motor skills and judgment 3) Cocaine ตามการศึกษารายงานโดย Reuters ผู้ขับรถบรรทุกบางคนใช้โคเคนเพื่อช่วยให้พวกเขาตื่นตัวสามารถขับรถเป็นเวลานาน ยากระตุ้นนี้ทำให้ผู้ใช้ตื่นตัวและรู้สึกถึงพลัง ที่กล่าวว่าโคเคนอาจทำให้ผู้ขับขี่รถบรรทุกเกิดอาการประสาทหลอนและสูญเสียการควบคุมยานพาหนะ 4) Amphetamines คนขับรถบางคนใช้ยาบ้าด้วยเหตุผลเดียวกันกับที่พวกเขาใช้โคเคน ยาเสพติดเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นความตื่นตัว และความอึดอึดใจ Amphetamines result in difficulty concentrating, loss of balance, slowed reflexes and agitation คนขับรถบรรทุกขนาดใหญ่ในเชิงพาณิชย์อาจเป็นงานที่ยากลำบากหรือเป็นเพียงข้อแก้ตัวในการใช้ยาเสพติดของคนขับรถบรรทุกที่เสพยา²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

งานการขนส่งมี 4 ลักษณะงาน คือ ผู้ขับรถขนส่งสาธารณะ ผู้สนับสนุนรถโดยสาร ผู้ขับรถส่งสินค้า และผู้สนับสนุนรถขนส่งสินค้า พบว่า ผู้ขับรถส่งสินค้าพึ่งพายาเสพติดมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้สนับสนุนรถขนส่งสินค้า ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า ยาบ้าผสมไอซ์ และกัญชา การใช้ยาเพื่อต้องการความอึด ทนต่อความง่วงนอน

โดยเฉพาะช่วงใกล้เทศกาลมีการขนส่งสินค้าตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ขับรถ ผู้ขนส่งสินค้าและผู้ขับรถโดยสารจะทำงานตลอดทั้งวันและกลางคืน เป็นโอกาสพึ่งพาสารเสพติดและได้รับผลตอบแทนเป็น 2-3 เท่า เป็นอาชีพที่เสี่ยงแต่ค่าตอบแทนเป็นที่น่าพอใจของแรงงานขนส่งโดยเฉพาะก่อนช่วงเทศกาล

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1) ควรเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในสถานประกอบการขนาดเล็กที่อาจไม่มีความเข้มงวดในการป้องกันการให้ยาเสพติด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติด

2) ควรควบคุมปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งอบายมุขในพื้นที่

3) ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดที่มี

ประสิทธิภาพในกลุ่มแรงงานขนส่งคัดสรรเพื่อพิจารณาจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบติดตามต่อเนื่องชัดเจน วางแผนการพัฒนาศักยภาพแรงงาน มีฝ่ายให้คำปรึกษาในทุก ๆ ด้านเพื่อเสริมกำลังใจต่อแรงงาน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดีผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่เสียสละเข้าร่วมงานวิจัย และขอบคุณสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในการสนับสนุนทุนวิจัยหลัก

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011. United Nations Publication; 2011.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. (2011a). World Drug Report 2011. United Nations Publication; 2011.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. The War On Drugs: Goals for the upcoming decade in Latin America; 2017.
4. The Department for Transport. Driving for Work Drink and Drugs. The Royal Society for the Prevention of Accidents May 2018; 2018.

5. Ministry of transport. **Alcohol and drugs**. The Ministry of Transport; 2017.
6. Office of Narcotics Control and Prevention. **Workshop on guidelines for the prevention and eradication of drug-related offenses in the place of transportation of goods or parcels**. [n.p.]; 2017.
7. Office of Justice Affairs. **Situation of Thai narcotics on the justice process**. Bangkok: Ministry of Justice, Justice Information Development Center, Style Creative House Company Limited; 2014.
8. National Statistical Office. **Summary of the working situation survey of the population February 2018**. Ministry of Digital Economy and Society; 2018.
9. National workplace organizations. **DRUG MISUSE AT WORK a guide for employers**. London: Drugs Strategy Directorate 50 Queen Anne's Gate; 2015.
10. National workplace organizations. **DRUG MISUSE AT WORK a guide for employers**. Drugs Strategy Directorate 50 Queen Anne's Gate London; 2015.
11. National Highway Traffic Safety Administration. **Drug Involvement of Fatally Injured Drivers**. Washington, D.C.; 2010.
12. Lacey JH. **National Roadside Survey of Alcohol and Drug Use by Drivers: Drug Results**. Washington, D.C.: National Highway Traffic Safety Administration; 2009.
13. Kelly E. **A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions**. National drug and alcohol research Centre, university of new south wales, Australia; 2009.
14. Jeremy D, Naomi R, James F. **Fatigue and Beyond: Patterns of and Motivations for Illicit Drug Use Among Long-Haul Truck Drivers**. **Traffic Injury Prevention** 2007; 8(3): 253-259.
15. Giroto E. **Psychoactive substance use by truck drivers: a systematic review**. Department of Pharmaceutical Sciences, Universidade Estadual de Londrina; 2013.
16. United States Department of Transportation. **The 3 Most Common Drugs Truckers Use Behind the Wheel**. Bart Bernard Personal Injury

- Law Firm - Accident and Injury Attorneys; 2009.
17. U.S. Department of Transportation. **Truck Driver Drug Test Failure Rate Rises to Highest Level in Seven Years.** [n.p.]: 2017.
18. Brown C. **Drug use high among truck drivers.** Leaders in Litigation; 2013.
19. Hubbard D. **Sexual and Drug Use Risk Behaviors of Long-Haul Truck Drivers and Their Commercial Sex Contacts in New Mexico.** Public Health Reports; 2010.
20. Girotto E. **Continued use of drugs and working conditions among truck drivers.** Universidade Estadual de Londrina (UEL); 2015.
21. O'Malley Tunstall PLLC. **4 drugs commonly used by truck drivers.** Offices in Raleigh, North Carolina, and Eastern North Carolina; 2018.

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

กาญจนา จันทะนุย์, ภาควิชา, ภาควิชา, อินทร์ม่วง, คำตัน ปิ่นโต, ศุภชัย แพงคำไหล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย อ.ยางสีสุราช กลุ่มตัวอย่าง 296 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน ภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ระยะเวลาวิจัยเดือนตุลาคม 2559 – มีนาคม 2562 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบประเมิน แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) จัดทำ CPG ใน รพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการพยาบาล (CNPG) 5 เรื่อง 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ และ 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ผลการประเมิน พบว่า ปี พ.ศ. 2560-2562 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 92.66, 96.66, 98.20 ตามลำดับ มีความปวดลดลง ร้อยละ 76.67, 83.87, 80.00 ตามลำดับ, คลื่นไส้อาเจียนลดลงร้อยละ 68.75, 78.57, 83.33 ตามลำดับ ซึมเศร้าลดลง ร้อยละ 78.57, 87.50, 90.00 ตามลำดับ และ Good dead ร้อยละ 80.20, 95.28, 96.66 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, พยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding Author: Kanjana Chanthanui, Email : Kanyang1@hotmail.com

Received 04/01/2020

Revised 23/03/2020

Accepted 27/03/2020

CONTINUING OF PALLIATIVE CARE MODEL WITH PARTICIPATION OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS, COMMUNITY NURSES AND NETWORK IN YANGSISURAT DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE

Kanjana Chanthanui^{}, Pakpoom Immoung^{*}, Khumtun Pinato^{*}, Supachai Paengkamlai^{*}*

ABSTRACTS

This action research aimed to develop a model and evaluation of the continuing of Palliative Care model in Yangsisurat district. 296 samples were community nurses, community network, end of life patients and their families. The research conducted from October 2016 - March 2019. Research tools were interview questionnaire, evaluation form, observation forms. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data by mean and percent.

The study results showed that the continuing of palliative care model with participation of multidisciplinary teams were ; 1) Developing the potential of care and knowledge of community nurses and community network partners 2) Establishing CPG in hospitals to community, with roles in each profession 3) Develop nursing care process consist of 5 CNPG 4) Define expressway channels for drug and medical equipment supplies support 5) Organize a forum to learn and remove lessons lead to development periodically improve. The evaluation found that during from 2017 - 2019 the patients to receive ACP 92.66, 96.66, 98.20% respectively. According to reduce pain 76.67, 83.87, 80.00% respectively, regurgitation nausea & vomiting 68.75, 78.57, 83.33% respectively recession depression 78.57, 87.50, 90.00% respectively and increased good death 80.20, 95.28, 96.66% respectively.

Keywords: Continuing of care, Palliative Care, Community Nurse

^{*}Yang Sisurat Hospital, Maha Sarakham Province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rational)

สภาวะการดำเนินของโรคเข้าสู่ ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เนื่องจากการทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ จะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด¹ อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรง และโรคที่คุกคามต่อชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และสูงขึ้น โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังยังคงเป็นปัญหา สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในแต่ละปี จะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคน ที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต จึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิตทำให้ระบบสุขภาพตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น^{2,3} สำหรับประเทศไทย ความพยายามในการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2558² นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโครงการจัดตั้งหน่วยประคับประคองดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต ในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ทำให้เกิด

การตื่นตัวในการจัดบริการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล⁴

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมีความเข้าใจในคุณค่าความเชื่อ ความศรัทธา ในหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือภูมิหลังของผู้ป่วย บริบทของครอบครัว รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใยและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การใส่ใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีความแตกต่างกันในเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความตาย^{5,6} ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรมเหล่านี้เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจจะละเมิดหรือขัดแย้งกับความเชื่อท้องถิ่นเหล่านั้นจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁷

ดังนั้น การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบเครือข่ายจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งระบบ^{8,9} และจำเป็นต้องสอดคล้องกับภาวะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลง และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ ทรมานจากความเจ็บปวด กระวน

กระวาย ชีมเศร้า หายใจ ลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นต้น^{10,11} ซึ่งจะมี ความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะ สุขภาพและการเจ็บป่วยและปัจจัยแวดล้อม อื่น ๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพ ในครอบครัว ระบบการให้คุณค่าความเชื่อ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มี อิทธิพลต่อการรับรู้และ การตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่กับความเป็นจริง และ สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ¹²

จากสถานการณ์การบริการผู้ป่วยระยะ ทำยรพ.ยางสีสุราชพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2556-2558 มี แนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 25, 56, 72 ราย ตามลำดับ มีอัตรา Readmission ร้อยละ 40.00, 39.29, 41.67 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่า ด้านกระบวนการดูแล ยังไม่มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจนที่บ้าน ใน ด้าน องค์ความรู้เจ้าหน้าที่ยังขาด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน ส่วนของยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ ในการดูแลไม่เพียงพอและขาดความ เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและ เครือข่ายชุมชนที่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วม

ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคี เครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสห วิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคี เครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)^{13,14} โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดใน การพัฒนา ได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของ WHO¹⁵ ประกอบด้วย 1) การ ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การ ดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการ ดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริม ระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการ ดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว ระยะเวลารวบรวม เดือน ตุลาคม

2559 – มีนาคม 2562 ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 ต.ค. 2559 - ก.ย. 2560, วงรอบที่ 2 ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561, วงรอบที่ 3 ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562)

การเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูล และดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง: เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพใน รพ. และ รพ.สต. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล CG, อสม., ผู้นำชุมชน, อบต. รวม 79 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและญาติผู้ป่วย 202 ราย 3) พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลจำนวน 15 คน โดยใช้เกณฑ์ การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอด การศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การสนับสนุนด้านต่าง ๆ และปัญหาอุปสรรคในการดูแล และ

แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมิน กิจกรรมทุกครั้ง **แบบสังเกตการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการพยาบาล** จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผน จำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแล ด้านร่างกาย (การจัดการอาการปวดและ อาการรบกวนอื่น ๆ) 3) แนวปฏิบัติการ พยาบาล การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้าน 5) แนวปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพ ข้างต้นผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการ ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือ ตามข้อเสนอแนะ, ก่อนนำไปใช้จริง **แบบ ประเมินแนวทาง INHOME-SSS** ของกอง การพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การ เคลื่อนไหว (Immobility) อาหาร (Nutrition) สภาพบ้าน (housing) เพื่อนบ้าน (Other people) การใช้ยา (Medication) การ ตรวจร่างกาย (Examination) แหล่งให้บริการ (Services) ความปลอดภัย (Safety) จิต วิญญาณ (Spiritual)

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบ ประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ฉบับสวนดอก เป็นเครื่องมือใช้ ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและ ความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การ รับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยก

ผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) **แบบประเมิน ESAS** ของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลียอาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งวงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด **แบบประเมิน 2Q และ 9Q** ของกรมสุขภาพจิต ในการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน **โรคซึมเศร้า 9Q** มี 9 คำถาม (9Q) ในแต่ละข้อให้คะแนน 0-3 โดย 0 = ไม่มีอาการ 1 = เป็นบางวัน 1-7 วัน 2 = เป็นบ่อย > 7 วัน 3 = เป็นทุกวัน รวมคะแนนทั้ง 9 ข้อ <7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก, 7-12 คะแนน = มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย, 13-18 = มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง, > 19 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ขั้นตอนการวิจัย

วงรอบที่ 1 เดือน ต.ค. 2559 - ก.ย.

2560

ระยะวางแผน (Plan) โดยดำเนินการ ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและการดูแลของพยาบาลชุมชนจากกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง โดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลเพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO¹² โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาควิชาอายุรศาสตร์ ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

3. ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการ CUP board ในการคืนข้อมูลจากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน จากการคืนข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยเกิดแผนงานโครงการการพัฒนาบุคลากรทั้งการอบรมภายนอก ภายในโรงพยาบาล เกิดแผนจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน (2 เครื่อง) และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพทำให้เกิดการกำหนดบทบาทของทีมที่ชัดเจน

4. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อคืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

5. คืนข้อมูลให้กับชุมชนโดยผ่านตัวแทน อสม.หมู่บ้านละ 1 คน จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลยางสีสุราช

ระยะปฏิบัติ (ACT) จัดทำกิจกรรมโครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญ ๆ ดังนี้

- พัฒนาศักยภาพตามแผน ได้แก่ อบรมภายใน รพ. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (โดยทีมวิทยากรจากรพ. ศรีนครินทร์ : APN อุบล จัวงพานิช และคณะ) หลักสูตร 1 วัน ผู้เข้ารับการอบรม

พยาบาลจากทุกหน่วยงานและ รพ.สต. ทุกแห่ง KM ระหว่าง เจ้าหน้าที่

- ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. พยาบาลกลุ่มงานบริการปฐมภูมิเพื่อร่วมกันจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านร่างกาย (การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ) 3) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้าน 5) แนวปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ และมีการกำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาล

- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ทุกหมู่บ้าน รวม 91 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง Symptoms management ในระยะสุดท้าย^{16,17} หลังจากที่ได้การฝึกอบรมแล้วนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยในวงรอบนี้ได้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

ระยะประเมินผล (Reflection)

1) ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลชุมชนยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลในด้านทักษะการให้ยาและการจัดเก็บมอร์ฟีน 2) ด้านการส่งต่อข้อมูลยังล่าช้า 3) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจนและที่นอนลมไม่เพียงพอ 4) ด้านผู้ป่วย ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ มีอาการบวมน้ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

การพัฒนาในรอบที่ 2 (เดือน

ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561) ได้ดำเนินการดังนี้

- ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและระดมสมองร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลชุมชน ทำให้นวัตกรรม 3 เรื่อง ได้แก่ 1) จัดทำสื่อการสอนการให้ยาแบบ online (VTR คลิปยารักษาใจ) ตัวอย่างการให้ยาแก้ปวดทางใต้ผิวหนัง (Syringe driver) 2) สร้างนวัตกรรมควบคุมการใช้ยาอมอร์ฟีนโดยจัดทำ “กล่องบรรเทา” ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยญาติและเจ้าหน้าที่ 3) นวัตกรรมเจลลี่เสริมอาหาร

- คืนข้อมูลให้กับชุมชนผ่านตัวแทนผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน 91 หมู่บ้านและตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ทั้ง 7 แห่ง จากการคืนข้อมูลครั้งนี้ พบว่าชุมชนมีความศรัทธาต่อการดูแลผู้ป่วยจึงเกิดแนวคิดการจัดทำผ้าป่าเพื่อซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชนเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ ส่งผลให้มีงบประมาณในการซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน 10 เครื่อง และ

ที่นอนลม และเกิดโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุก อบต.

หลังจากนั้นติดตามสังเกตประเมินผล พบว่า ผู้ดูแล (Care giver) และ อสม. ขาดทักษะในการประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อส่งต่อข้อมูลให้รพ.สต. ในการจัดการการดูแล

การพัฒนาในรอบที่ 3 (เดือน

ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562) ได้คืนข้อมูลพร้อมทั้งประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) และเครือข่ายชุมชน จึงเกิดการฝึกทักษะการประเมิน PPS แก่ อสม. Care giver โดยมีผู้ที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงในหมู่บ้านของตนเอง เพื่อประเมินอาการเบื้องต้น ในการส่งต่อข้อมูลไปยังรพ.สต. หลังจากนั้นติดตามสังเกตประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา: จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 08/2559 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2559 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจ ก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา (Results)

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ที่เหมาะสม

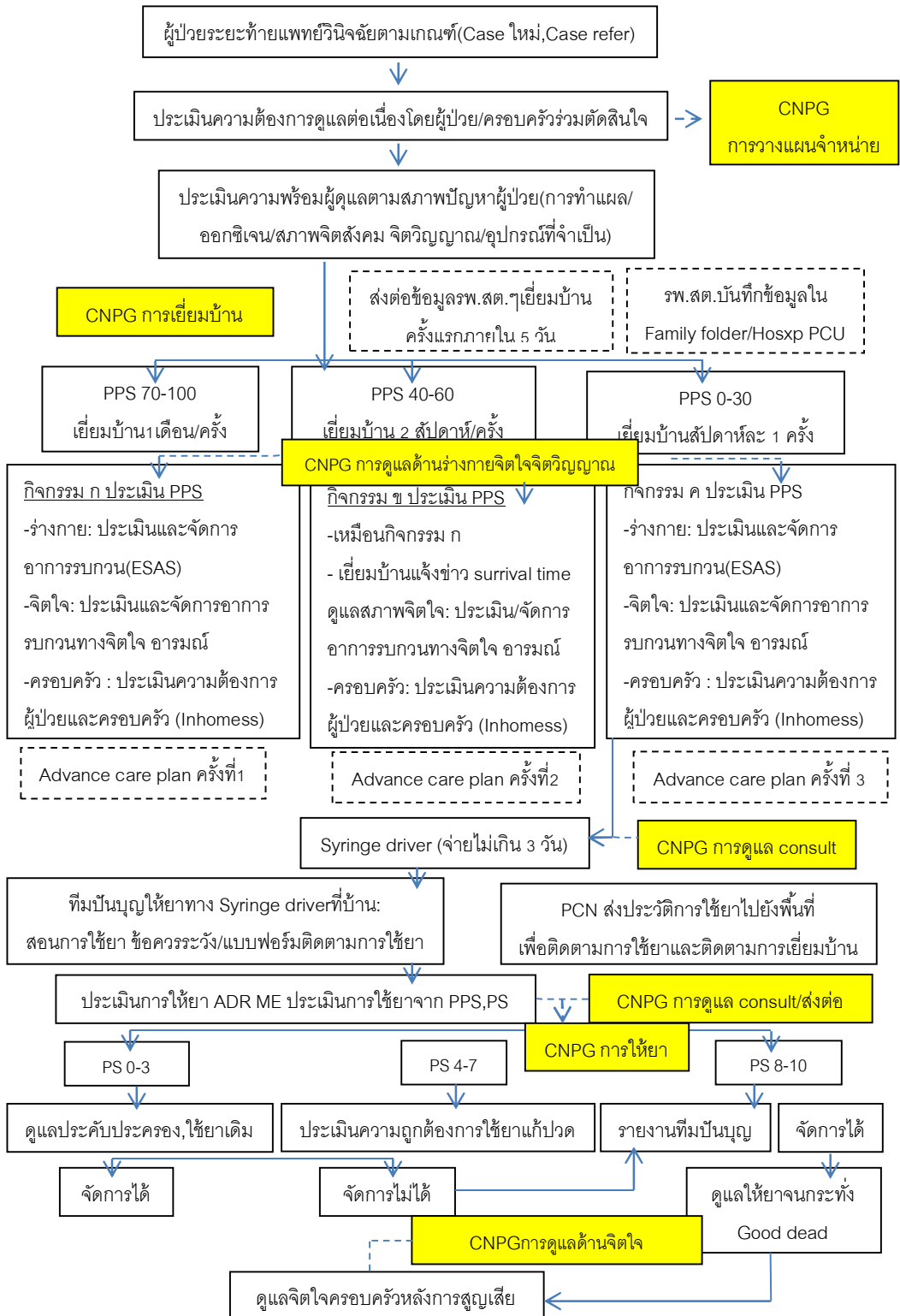
กับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการพยาบาลตั้งแต่การจำหน่ายจนถึงการดูแลวาระสุดท้าย จนเกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน 5 เรื่อง ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย, การดูแลด้านร่างกาย, การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ, การเยี่ยมบ้าน, การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ เกิดนวัตกรรม 3 เรื่อง ได้แก่ กล้องบรรเทาที่ใช้สื่อสารการให้ยามอร์ฟิน, คลิปยารักษาใจเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟิน, เจลลีเสริมอาหาร 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนนำสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน และภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

โดยจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ได้
แนวทางที่สำคัญ ในการดูแลตั้งแต่การ
วางแผนจำหน่ายจนกระทั่งการดูแลหลังจาก

ภาวะการสูญเสีย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังภาพที่
2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่วางแผนจำหน่าย-การดูแลหลังการ

2. ประเมินผลรูปแบบการดูแล
ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม
ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน
และภาคีเครือข่ายในชุมชน อ.ยางสีสุราช

จ.มหาสารคาม พบว่า จากการนำรูปแบบที่
พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย
ดีขึ้น ตามรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย (%)	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
		เป้าหมาย /ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย /ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย /ผลงาน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		76		80		46	
ร้อยละผู้ป่วยที่มี PPS≤60% เข้าสู่ กระบวนการดูแลแบบประคับประ ครอง	100	76/70	92.11	80/78	97.50	46/45	97.83
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน ตามเกณฑ์ที่กำหนด	100	76/65	92.86	80/75	96.15	46/44	97.78
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการทำ Advance Care Plan (ACP)	100	76/65	92.86	80/75	96.15	46/44	97.78
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการปวดลดลง	80	60/46	76.67	62/52	83.87	40/32	80.00
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง		33/22	68.75	28/22	78.57	18/15	83.33
ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง	100	28/22	78.57	32/28	87.50	20/18	90.00
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวด ด้วย MO	100	60/52	86.67	62/62	100	40/40	100
ร้อยละผู้ป่วย Good dead	100	76/61	80.26	80/76	95.00	46/44	95.65
ร้อยละพยาบาลPCCN มีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่ต้องการ	100	15/13	86.67	15/14	93.33	15/15	100

วิจารณ์(Discussions)

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบ
การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม
ของพยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพและ

ภาคีเครือข่ายชุมชนที่เหมาะสมกับบริบท
พื้นที่ ได้แก่ 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแล
และองค์ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.
และภาคีเครือข่ายชุมชน (ทีมบ้านบุญ): ผู้ดูแล,

CG, อสม., ผู้นำชุมชน, อปท. 2) จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ใน รพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการแพทย์ตั้งแต่กระบวนการจำหน่ายจนถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย จนเกิดแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย, การดูแลด้านร่างกาย (การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ), การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ, การเยี่ยมบ้าน, การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ เกิดนวัตกรรม 3 เรื่อง ได้แก่ กล้องบรรเทาที่ใช้สื่อสารการให้ยามอร์ฟินระหว่าง รพ.ผู้ป่วย ผู้ดูแล รพ.สต., คลิปยารักษาใจเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟิน, เจลลีเสริมอาหาร 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนนำสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ประเมินผล พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคอง ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถจัดการอาการรบกวนและผู้ป่วย Good dead เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น¹⁸ พบว่า วิวัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัด ขอนแก่น

ที่มีการพัฒนาตั้งกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการ การเข้าถึงยาระงับปวด (opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังมีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นศูนย์สนับสนุนเครือข่ายมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่าง ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่ เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับ ผู้ป่วยทั้งในขณะ ที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น และการศึกษา¹⁹ กล่าวว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. หลักการของรูปแบบการดูแล 2. โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3. กระบวนการดูแล และ 4. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งเกิดผลลัพธ์ คือ พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=2.47; SD=0.51) ระยะจำหน่ายผู้ป่วยมี

ความปวดลดลงร้อยละ 71.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงร้อยละ 60 ความไม่สบายใจ กังวลใจหรือกลัวลดลงร้อยละ 88.57 ผู้ป่วย และหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแล แบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก ($M=4.24$; $SD=.62$) และจากการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลเสริม สุขภาพตำบลดงหนองแห่ ตำบลปทุม อำเภอบึง เมือง จังหวัดอุบลราชธานี²⁰ พบว่า การ พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบไร้รอยต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องเกิดการ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่สอดคล้องกับบริบท พื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากเกิดจาก ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนดังนั้นจึงสรุปได้ ว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายที่ เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะ ช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรนำ รูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ข้อยุติ (Conclusions)

การนำทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนจะ ก่อให้เกิดทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การ ประสานงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากร ร่วมกัน มีการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

มาใช้ทั้งเครือข่าย ถอดบทเรียนและพัฒนา อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายมีครอบคลุมทุกมิติ

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้การให้ยาทาง Syringe driver เป็น ระยะ แก่พยาบาลชุมชนเนื่องจากไม่ได้ให้การ ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำจะทำให้เกิดความ ประห่าและไม่มีมั่นใจได้ ดังนั้นการมีสื่อ ออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงเป็นสิ่งที่ดีทำให้ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

2. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ มีประสิทธิภาพ จะต้องนำทุกภาคส่วน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน และภาคี เครือข่ายชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม จะก่อให้เกิด ทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การ ประสานงานที่ดี มีการนำแนวทางปฏิบัติที่ พัฒนาขึ้นมาใช้ทั้งเครือข่าย ถอดบทเรียนและ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายมีครอบคลุมทุกมิติ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะท้ายใน พื้นที่อำเภอยางสีสุราช ในรูปแบบเดิมได้ผล น้อย ซึ่งยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ได้แก่ ด้าน กระบวนการดูแลยังไม่มีแนวทางในการ วางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ในด้านองค์ความรู้เจ้าหน้าที่ยังขาด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน

ส่วนของยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ในการดูแลไม่เพียงพอและขาดความเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชนที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการร่วมคิดร่วมปฏิบัติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ เกิดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีภาวะ Good dead เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Thai Palliatives Care Society. Message from the President of The Thai Palliatives Care Society [online] 2020 [cite 2020 March 12]. Available from: <http://www.thaps.or.th>. [in Thai].
2. Health Assembly. National Strategic Plan for Enhancing Life in the End Phase of Life 2014-2016 [online] 2020 [cite 2020 March 12]. Available from: <http://www.thailivingwill.in.th>. [in Thai].
3. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [online] 2017 [cite 2017 January 15]. Available from: <http://www.thailivingwill.in.th>. [in Thai].
4. Strategic Plan for Index Development Assess disease and health of the Thai

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สสส.และชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะท้ายพร้อมครอบครัวรวมถึงทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกท่านของอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

- population. Health systems development in Thailand. Cancer control, Knowledge into action World Health Organization. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health; 2007. [in Thai].
5. Ninmanat K. End of Life Care. Songkha Province: Chanmeung Press; 2011. [in Thai].
 6. Lertsanguansinchai P. End of life care improving care of the dying. Nakhonratchasima Province: Aksorn Sampan Press; 1987. [in Thai].
 7. Phairotkun S. Project for the development of access system for analgesic opioids in the end-stage patients in the NHSO area 7. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2016. [in Thai].

8. Cheewasakulyong B. **Palliative Care**. Chiangmai Province: Krangweang Press; 2016. [in Thai].
9. World Health Organization. **Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action: Published collaboratively. by the Cross Cluster Initiative on Home-based Long-term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health and the Department of HIV/ AIDS, Family and community Health**. World Health Organization; 2002.
10. World Health Organization. **Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course**. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2014; 28(2): 130-134.
11. Ninmanat K, Kongsuwan W. **Common phenomena in the end-of-life stage and caring**. Songkha Province: Joy Print Press; 2013. [in Thai].
12. Pokpalagon P. **Palliative Care Model in Thailand**. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016; 26(3): 41-51. [in Thai].
13. Nilwarangkul K. **Action research for Nursing**. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2015. [in Thai].
14. Jirawatkul S. **Qualitative study in nursing**. Bangkok: Wittayaphat; 2014. [in Thai].
15. El-Jawahri A, Greer J, Temel JS. Does Palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol* 2011; 9(3): 87-94.
16. Phairotkun S. **Project for the development of access system for analgesic opioids in the end-stage patients in the NHSO area 7**. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2016. [in Thai].
17. Nimmanrat S, Preechawai C. **Pain and pain management in special population**. Songkha Province: Chanmeung Press; 2007. [in Thai].
18. Sirisoongnern J, Phimphisutipong M, Phakdeekul W. **Palliative and End of Life Care Model in Khon Kaen Province**. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2018; 6(2): 317-335. [in Thai].
19. Sawasdeenarunat V, Taneera A, Wisettharn T. **The Development of Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital**. *Nursing Journal*

- of the Ministry of Public Health 2017;
25(1): 144-156. [in Thai].
20. Polsawat B, Pooltong S, Junchom K.
Development of Palliative Care
network in Donghonghae Health
Promoting Hospital Patum Subdistrict
Muang District. Ubonrachatanee
Province. **Journal of Health Science**
2018; 26(5): 905-913. [in Thai].

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน เป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย มีกำหนดเผยแพร่ในรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

งานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใด ๆ มาก่อน

1. ประเภทของงานที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่เกิน 4000 คำ ไม่รวมตาราง รูป แผนภูมิ กล้องข้อความ (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการศึกษา ผลการศึกษา ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) เอกสารทั่วไป 2) เอกสารที่มีองค์ความรู้น่าสนใจแต่หลักฐานยังไม่หนักแน่น ให้ใส่ * หน้ารายการของเอกสารนั้น พร้อมวงเล็บเหตุผลในการจัดให้อยู่ในกลุ่มนี้หลังรายการอ้างอิง และ 3) เอกสารที่มีองค์ความรู้น่าสนใจและมีหลักฐานหนักแน่น ให้ใส่ ** หน้ารายการของเอกสารนั้น พร้อมวงเล็บเหตุผลในการจัดให้อยู่ในกลุ่มนี้หลังรายการอ้างอิง ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่เกิน 4000 คำ ไม่รวมตาราง รูป แผนภูมิ กล้องข้อความ (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 หรือ 20 คำ หรือไม่ควรเกิน 2 บรรทัด ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุค่านำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้นิพนธ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคติดต่อ ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง ควรมี 3-5 คำ

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการรักษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้

ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 ประชากรและตัวอย่าง ให้อธิบายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช เป็นต้น ระบุประชากร เกณฑ์การคัดเลือก (eligibility criteria) ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง รวมถึงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

2.6.3 วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น หลักการที่ใช้ในการศึกษา วิธีการเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและกระชับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม ฯลฯ คุณภาพ และการทดสอบความเชื่อถือของเครื่องมือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ เป็นต้น

2.7 ผลการศึกษา (Results)

นำเสนอผลที่พบโดยลำดับหัวข้อของข้อค้นพบอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก ควรบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ

2.8 วิจารณ์ (Discussions)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์ หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้

2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการวิจัยโดยสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2.10 ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ทิศทางนโยบาย หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยที่ควรมีต่อไป ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องเชื่อมโยงกับผลการวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge) ไม่เกิน 5 บรรทัด

ให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

2.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) ไม่เกิน 2 – 3 บรรทัด

มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีใครช่วยเหลือที่สำคัญจากหน่วยงานใดบ้าง เท่าที่จำเป็น (รวมทุนวิจัย)

2.13 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงที่จะใช้ต้องเป็นหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ (หลักแหล่ง ข้อความจากหนังสือพิมพ์ โพลล์ เอกสารที่ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์/ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง website ที่ไม่ใช่ของทางราชการ และองค์กรระหว่างประเทศ มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป) ต้องจัดทำรายการอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทางระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร

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

4. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ควรแยกพิมพ์ต่างหาก (Cordia New ขนาดอักษร 14) ไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง โดยนำไปต่อท้ายเอกสารอ้างอิง รวมกันทุกประเภท ไม่เกิน 5 ตารางและ/หรือภาพและ/หรือแผนภูมิ และ/หรือกล่องข้อความ

4.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3 - 5 ตาราง ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิจะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

4.3 กล่องข้อความ (Boxes)

กล่องข้อความใช้สำหรับ quote หลาย quote ในประเด็นเดียวกันในการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่ละ quote มาจากบุคคลคนเดียวกัน เป็นตัวเอน อยู่ใน " " ตามด้วยนามสมมุติผู้เป็นเจ้าของ quote ใน แต่ละ box ไม่ควรเกิน 10 quote

5. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารให้จัดทำรายการอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ดังนี้

5.1 วารสารวิชาการ

Kanato M. Drug use and health among prison inmates. *Current opinion in psychiatry* 2008; 21(3): 252-4.

5.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C, Thepwongsa I. *ASEAN drug monitoring report 2015*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice; 2016.

5.3 รายงานการประชุม สัมมนา

Bruhat M, Silva Carvalho JL, Campo R, et al, eds. *Proceedings of the 10th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy*; 2001 Nov 22-24; Lisbon, Portugal. Bologna (Italy): Monduzzi Editore, International Proceedings Division; 2001.

5.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

Kanato M. *National household survey in the northeast 2003*. Khon Kaen: ISAN Khon Kaen University; 2004. [in Thai].

5.5 วิทยานิพนธ์

Kanato M. An Ethnographic-Participatory Study of Commercial Sex Workers Responding to the Problem of HIV/AIDS in Khon Kaen, Thailand [Ph.D Dissertation in Philosophy] Hamilton ONT: The Graduate School, Mc Master University; 1998.

5.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

Barlow J, Group-based parent-training programmer for improving emotional and behavioral adjustment in children from birth to three years old [online] 2010 [cited 2015 April 16]. Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>

6. กระบวนการพิจารณาบทความและตีพิมพ์ของวารสาร

6.1 การขึ้นทะเบียนรับพิจารณาบทความ (submission registration)

ผู้พิมพ์ ต้องส่งต้นฉบับผ่านระบบ online ของวารสาร โดย ให้ Upload file ผ่านเว็บไซต์ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> โดยปฏิบัติตามคำแนะนำวิธีการ Upload file หากมีปัญหาให้ติดต่อฝ่ายจัดการที่ email: chdkku2560@gmail.com

6.1.1 บทความที่เสนอผ่านทางระบบ online จนครบถ้วนทุกกระบวนการ จะได้รับการลงทะเบียน กำหนดรหัสเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

6.1.2 เฉพาะบทความที่ถูกกำหนดรหัสแล้ว ทางวารสารจะตรวจสอบความซ้ำซ้อนของบทความ ด้วยโปรแกรม Turn-it-in ซึ่งต้องมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความๆ ละ ไม่เกินร้อยละ 3 บทความที่ค่าความซ้ำซ้อนเกินเกณฑ์ข้างต้น จะถูกปฏิเสธการรับพิจารณา

6.1.3 บทความที่ผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อนแล้ว บรรณาธิการจะพิจารณาในเบื้องต้น โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร องค์ความรู้ใหม่ และแนวโน้มของการนำไปใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพในชุมชน และจะตัดสินใจในเบื้องต้นว่าจะรับไว้พิจารณาหรือไม่ บทความที่ถูกปฏิเสธ ทางวารสารจะมี email แจ้งให้ทราบภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับรหัส บทความที่ผ่านการพิจารณา จะเข้าสู่ขั้นตอนกระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ

6.2 การพิจารณาบทความ (reviewing process)

6.2.1 บทความที่ผ่านขั้นตอนแรก ทางวารสารจะคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาและระเบียบวิธีการวิจัยรวม 2 ท่าน จากฐานข้อมูลของวารสาร โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์

6.2.2 การพิจารณาบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นแบบ double-blinded ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์

6.2.3 ผลการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะถูกประมวลเข้าด้วยกันและบรรณาธิการจะตัดสินใจอย่างหนึ่งอย่างใด 1) รับผิดชอบบทความ หรือ 2) รับผิดชอบโดยมีเงื่อนไข หรือ 3) ไม่รับผิดชอบบทความ และจะแจ้งผลอย่างเป็นทางการพร้อมข้อซักถาม/วิจารณ์/แนะนำให้ผู้นิพนธ์ทราบภายใน 5 สัปดาห์ นับจากวันที่ได้รับรหัส

6.2.4 ผู้นิพนธ์มีเวลาแก้ไข เพิ่มเติม ปรับปรุงบทความ 4 สัปดาห์ หากไม่เสนอกลับเข้ามา (resubmit) ภายใน 4 สัปดาห์ บทความนั้นจะถูกแขวน (suspend) รออีก 3 เดือน หากยังไม่เสนอกลับเข้ามาจะถูกปฏิเสธ การตีพิมพ์บทความ

6.2.5 บทความที่เสนอกลับเข้ามา บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาและจะตัดสินใจอย่างหนึ่งอย่างใด 1) รับผิดชอบบทความ หรือ 2) ไม่รับผิดชอบบทความ และจะแจ้งผลอย่างเป็นทางการ ให้ผู้นิพนธ์ทราบภายใน 1 สัปดาห์หลัง resubmit

6.2.6 บทความที่ได้รับตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะต้องชำระค่า page charge จำนวน 3,000 บาท และส่งสำเนาโอนเงินให้วารสารฯ

6.2.7 บรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ เฉพาะบทความที่ได้รับตีพิมพ์และชำระค่าธรรมเนียมแล้วเท่านั้น

6.3 การจัดเตรียมต้นฉบับและจัดพิมพ์ (editing and publication)

6.3.1 บทความที่ชำระค่า page charge แล้ว ทางวารสารจะจัดวางรูปแบบของบทความเสมือนจริง (artwork) ส่งให้ผู้นิพนธ์พิจารณาครั้งสุดท้าย

6.3.2 ในขั้นตอนนี้ผู้นิพนธ์สามารถแก้ไขข้อความได้เล็กน้อย เช่น ชื่อ ที่ทำงานของผู้นิพนธ์ วรรคตอน จัดคำ ตัดบรรทัด เปลี่ยนรูป และแผนภูมิ เท่านั้น ผู้นิพนธ์มีเวลาทำ final proof 1 สัปดาห์ หากไม่เสนอกลับเข้ามา บทความนั้นจะถูกแขวน (suspend) รอตีพิมพ์ในฉบับถัดไป

6.3.3 บทความที่ผ่านการทำ final proof แล้ว จะถูกจัดลำดับตีพิมพ์ตามลำดับที่ทำ final proof

6.4 การตรวจสอบสถานะบทความ

6.4.1 ผู้นิพนธ์สามารถตรวจสอบสถานะบทความ ผ่านทางเว็บไซต์ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

6.4.2 หรือสอบถามที่กองบรรณาธิการ E-mail: chdkku2560@gmail.com

บทความที่ตีพิมพ์แล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้นิพนธ์ 1 เล่ม หากต้องการเพิ่มเติม กองบรรณาธิการคิดค่าใช้จ่ายเล่มละ 200 บาท รวมค่าจัดส่ง (ไม่มีวางจำหน่าย)

6.5 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ทางเว็บไซต์ที่ระบุใน 6.4 โดยสถานะบทความมีดังนี้

1. บทความอยู่ระหว่างกระบวนการลงทะเบียนรับพิจารณา
2. กองบรรณาธิการได้รับลงทะเบียนบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างการสรรหา

ผู้ทรงคุณวุฒิ

3. บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างการพิจารณาของผู้อ่านบททวน
4. บทความต้นฉบับส่งกลับคืนจากผู้ทรงคุณวุฒิมายังกองบรรณาธิการแล้ว
5. ผู้นิพนธ์แก้ไขบทความต้นฉบับ ครั้งที่ 1
6. บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างการพิจารณาของกอง

บรรณาธิการ

7. บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างการตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...