

# วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร



*Kamphaeng Phet Hospital Journal*

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2558

Vol. 19 no.1 January - June 2015

ISSN 0858 - 5180

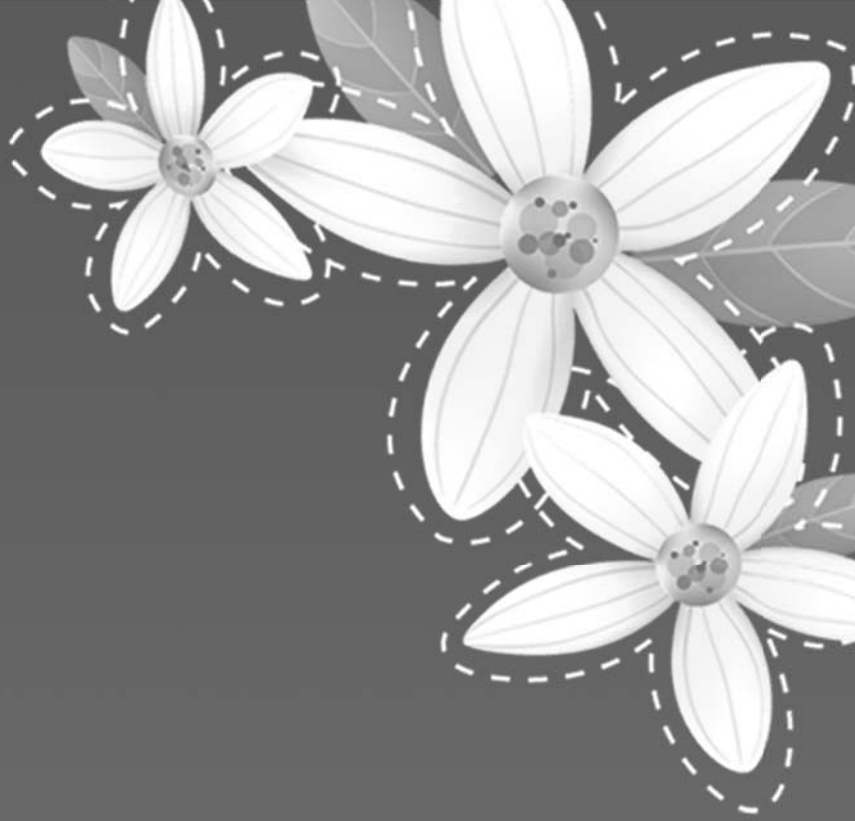


## โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข





# การดำรงชีพพยาบาลกำแม่เพชร



# คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.พิชัย ศิริพรพาณิชย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริคุณ

นพ.มานะ ฮันตระกูล

พญ.อังคณา อุปพงษ์

นพ.อัศวพงษ์ จุฑากรณ์

ทพ.เจริญ ทิพย์โสทธิ

นายวิเศษ อุดมศิลป์

นางศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ มั่นคง

บรรณาธิการ

นพ.เจษฎา พวงสายใจ

ทพ.เจษฎา ตั้งกิจงามวงศ์

นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงษ์

นางสาวจริยา พันธุ์วิทยากุล

นางสาวนฤมล มหาชัย

นางจิราพร มณีพราย

นางวรรณวิมล ดินะลา

นางอรอนงค์ กลางนา

นางสาวศรีแพร ทิตาวงศ์

นางสาวจงรักษ์ รอดเกษม

นายพันทะนันท์ วงศ์แสนสี

นางสาวพรสุรางค์ จำชาติ

นางสาวเพ็ญพิมล กุลสุ

นางกุลกานต์ พิศอ่อน

นางรัชนิกร มะวงค์ษา

นายประโยชน์ เข็มนาจิตร

ฝ่ายศิลปกรรม

นายสุชาติ มีชัย

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเกศรินทร์ แผ้ววงศ์

นางสาวรุ่งวันเพ็ญ แสนสม

นางนันทนา ตระกูลเจริญพงศ์

นางสาวอาภากร เอ็มโอสฐ

นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร

การส่งต้นฉบับ

นางสาวอาภากร เอ็มโอสฐ

งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000

โทรศัพท์ (055) 714223-5 ต่อ 1403 โทรสาร (055) 713043

กำหนดออกวารสาร

ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 สิงหาคม)

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 1 มีนาคม)

# บรรณาธิการแถลง

เรียนท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ดำเนินการจัดทำมาโดยต่อเนื่อง ถึงแม้จะออกช้าบ้าง จนกระทั่งถึงฉบับนี้เป็นฉบับปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2558 ซึ่งทางคณะผู้จัดทำได้รวบรวมบทความทางวิชาการที่มีคุณภาพเพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษามาโดยตลอด ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 3 เรื่อง รายงานผู้ป่วย 1 เรื่อง และสถานที่ท่องเที่ยวของจังหวัดกำแพงเพชร มาให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษากันว่าจังหวัดกำแพงเพชรนั้นมีสถานที่ท่องเที่ยวที่ใดบ้าง ซึ่งได้มาถึงตอนที่ 11 อำเภอปางศิลาทอง ต่อจากฉบับที่แล้ว เพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษาเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้อ่านต่อไป

บรรณาธิการวารสาร  
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

# บทบรรณาธิการ



## มารู้จักจังหวัดกำแพงเพชรกันเถอะ ( ตอนที่ 11 )

ต่อจากตอนที่ 10 ( ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2557 ) ในฉบับนี้เรามาทำความรู้จักกับสถานที่ท่องเที่ยวของอำเภอต่อไปกัน คือ อำเภอปางศิลาทอง

### อำเภอปางศิลาทอง (Amphoe Pang Sila Thong)

*“ปางตาโหว่เมืองสี่แควเมืองงาม หินตาตกระเถือองนามหมู่บ้านเด่น  
โพธิ์ทองพิชพันธุงามนามร่วมเขิน ร่วมกันเป็นปางศิลาทองของกำแพง”*



#### ประวัติความเป็นมาของอำเภอปางศิลาทอง

ประกาศกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2536 แบ่งเขตท้องที่ อำเภอคลองขลุง ตั้งเป็นกิ่งอำเภอปางศิลาทอง มีเขตการปกครองรวม 3 ตำบล คือ ต.โพธิ์ทอง ต.หินดาด ต.ปางตาโหว่ ต่อมาเมื่อพระราชกฤษฎีกายกฐานะเป็นอำเภอปางศิลาทอง มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2540 อำเภอปางศิลาทอง เป็นการนำชื่อของตำบลทั้ง 3 ตำบล คือ ต.ปางตาโหว่ (ปาง) ต.หินดาด (ศิลา) ต.โพธิ์ทอง (ทอง) มารวมเป็นชื่ออำเภอ

## ที่ตั้งและอาณาเขต :

อำเภอปางศิลาทอง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังนี้

**ทิศเหนือ** ติดต่อกับ อำเภอคลองลาน อำเภอเมืองกำแพงเพชร และ อำเภอคลองขลุง

**ทิศตะวันออก** ติดต่อกับ อำเภอชาลวรุณบุรี

**ทิศใต้** ติดต่อกับ อำเภอแม่วงก์ (จังหวัดนครสวรรค์)

**ทิศตะวันตก** ติดต่อกับ อำเภออุ้มผาง (จังหวัดตาก)

**พื้นที่ :** 755.981 ตารางกิโลเมตร

**ประชากร :** 30,309 คน (พ.ศ.2552)

**ความหนาแน่น :** 40.09 คน / ตารางกิโลเมตร

**การปกครองส่วนภูมิภาค :** อำเภอปางศิลาทอง แบ่งพื้นที่การปกครองตามพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ ออกเป็น 3 ตำบล 42 หมู่บ้าน

**ที่ตั้ง :** ที่ว่าการอำเภอปางศิลาทอง เลขที่ 140 หมู่ที่ 16 ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร 62120 โทรศัพท์ : 055-727041 โทรสาร : 055-727041

**ลักษณะอากาศ :** ภูมิอากาศโดยทั่วไป มี 3 ฤดู คือ ฤดูร้อน ฤดูฝน ฤดูหนาว

### สภาพเศรษฐกิจ

1. อาชีพหลัก ได้แก่ การทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ เลี้ยงหม่อนไหม
2. อาชีพเสริม ได้แก่ การทำผลิตภัณฑ์ หนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ (ของแต่ละหมู่บ้าน)
3. จำนวนธนาคารมี 1 แห่ง ได้แก่ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ม.5 ต.โพธิ์ทอง โทร.055-727227

### การเกษตรกรรม

1. ผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวนาปี ข้าวนาปรัง มันสำปะหลัง ข้าวโพด อ้อย
2. ชื่อแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่ ลำน้ำคลองขลุง

## หมู่บ้านวัฒนธรรมอำเภอปางศิลาทอง (Cultural Village Pang Sila Thong)

หมู่บ้านวัฒนธรรมของอำเภอปางศิลาทอง ดำเนินการจัดภูมิปัญญาการสืบทอดศิลปกรรมในสมัยโบราณ การทอผ้า การทำขนมโบราณ ซึ่งนับว่าเป็นภูมิปัญญาที่น่าสนใจมากแห่งหนึ่ง การละเล่นพื้นบ้าน ทั้ง กลองยาว การสืบทอด การทอผ้า ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างที่สุดกับชาวกำแพงเพชร

ที่มา : <http://www.oknation.net/blog/guidepong/2010/05/23/entry-8>

บรรณาธิการวารสาร  
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร



■ บรรณาธิการแถลง

■ บทบรรณาธิการ : มารัฐจักจังหวัดกำแพงเพชรกันเถอะ (ตอนที่ 11 อำเภอปางศิลาทอง)

■ นิพนธ์ต้นฉบับ

• การศึกษาระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร  
Studied of The Global Assessment of Functioning Scale on Schizophrenic patients in  
Khamphaeng Phet Hospita

จุฑามาศ พรหมอุทัย \_\_\_\_\_ 1

• การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงาน  
เฟอร์นิเจอร์ไม้

Work-Related Injuries and Work Safety Behavior among Wood Furniture Labor

สุภาพร ธารเปี่ยม \_\_\_\_\_ 11

• การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บ้านเป็นเรือนนอนต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน  
ด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

Continuing Care of Stroke Home Ward with Case Management at Phetchabun Hospital  
Health Networks

สุภาภรณ์ นากลาง \_\_\_\_\_ 21

■ รายงานผู้ป่วย

• การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาต่อด้วยรังสี : กรณีศึกษา

Nursing Care of Cervical Cancer Operated Patient with the Radiation Treatment : A Case Study

วิไล ชื่นจตร์ \_\_\_\_\_ 31

■ คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ \_\_\_\_\_ 37

การศึกษาระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษา  
ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

**Studied of The Global Assessment of Functioning Scale on Schizophrenic patients  
in Khamphaeng Phet Hospital**

จุฑามาศ พรหมอุทัย, พ.บ.\*

**Abstract**

Schizophrenia is a chronic and severe illness, with the majority of patients experiencing multiple relapses during the course of the illness. Approximately three quarters of people with schizophrenia have ongoing disability with relapse people. This descriptive research aims to study function of patients with Schizophrenia in Kamphaeng phet Hospital with Global Assessment of Functioning Scale (GAF scale). Function of patients with schizophrenia who abuse and do not abuse substances are compared. Participants are patients with schizophrenia who visit psychiatric clinic of Kamphaeng Phet Hospital from October 1<sup>st</sup> 2014 - September 30<sup>th</sup> 2014 (513 cases). Participants' function is evaluated using GAF scale. The data was analyzed using statistical frequency, percentage of characteristic parameters. The comparison analysis was performed with T- test and Chi-square test.

The results shows: patients with schizophrenia were 62.76% male, age range 31-40 years = 30.01%, are not employed = 31.57%, has a history of substance abuse = 34.12%, alcohol abuse = 32.55%, amphetamine abuse = 14.81%. Twenty-five percent of participants' GAF falls into low function category. Comparative study finds that the non-abusing substance group has higher functioning score than the abusing one, significantly ( $p < 0.001$ ). The group that has become abstinence from substance after the treatment scores significantly higher ( $p < 0.05$ ). The results suggest that substance abuse in patients with schizophrenia is an important issue to be concerned and monitored. Prevention and treatment program in this specific group of patients should be developed in order to improve the overall function.

**Keywords :** GAF scale, schizophrenia, substance

---

\* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร





## บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังรุนแรง มีโอกาสกำเริบซ้ำหลายครั้งในระหว่างการเจ็บป่วย และภายหลังอาการกำเริบซ้ำ จะพบว่าผู้ป่วยมีความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ถึงสามในสี่ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลกำแพงเพชร และศึกษาเปรียบเทียบระดับความสามารถโดยรวมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด และใช้สารเสพติด กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 – 30 กันยายน 2557 จำนวน 513 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในปัจจุบัน โดยใช้ค่า GAF scale (Global Assessment of Functioning Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละในการอธิบายคุณลักษณะตัวแปรของกลุ่มที่ศึกษา เปรียบเทียบข้อมูลความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโดยใช้สถิติทดสอบ T-test และ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.76 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 30.01 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.57 มีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 34.12 สารเสพติดที่ใช้เป็นสุราร้อยละ 32.55 ใช้แอมเฟตามีน ร้อยละ 14.81 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระดับความสามารถโดยรวมต่ำ ร้อยละ 24.95 ศึกษาเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด มีระดับความสามารถโดยรวมสูงกลุ่มที่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเลิกสารเสพติดได้ภายหลังเข้ารับการรักษา พบว่ามีระดับความสามารถโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงเป็นปัญหาที่ควรตระหนักถึงและควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลในด้านการป้องกัน และการบำบัดรักษาการใช้สารเสพติด เพื่อดูแลผู้ป่วยมีระดับความสามารถโดยรวมที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ระดับความสามารถโดยรวม โรคจิตเภท สารเสพติด

## บทนำ

โรคจิตเภท เป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง และพบบ่อย อัตราความชุกของโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 0.7 - 1.1<sup>1</sup> ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยจากการสำรวจเป็นกลุ่มประชากร พบว่า อัตราการเจ็บป่วยรายใหม่ ร้อยละ 0.6 พบมากเป็นอันดับที่ 1 ของการเจ็บป่วยทางจิต<sup>2</sup> โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม การดำเนินของโรคมักมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่จะเริ่มแยกตัวออกจากสังคมขาดความสนใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการทำงานบกพร่อง<sup>3</sup> มีผลกระทบมากทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาภาวะโรคในประเทศไทย ปี 2552 พบว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ความผิดปกติทางจิตพบเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง โดยการประมาณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพดังกล่าวโรคจิตเภทพบเป็นอันดับที่ 6 ในเพศชาย และพบเป็นอันดับที่ 10 ของเพศหญิง<sup>4</sup> อันเนื่องมาจากเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีสัดส่วนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด เมื่อมีอาการกำเริบมักมีความบกพร่องในการทำหน้าที่และบกพร่องต่อผู้อื่น มีภาวะของการพึ่งพิงสูง มีลักษณะการดำเนินโรคเรื้อรังคล้ายกับโรคอื่นหลายโรค เช่น เบาหวาน หอบหืด พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน แสดงอาการของโรคจิตให้ ผู้ใกล้ชิดสังเกตเห็นได้ชัดเจน รวมทั้งมักเกิดความบกพร่องของกระบวนการความคิด มีโอกาสเกิดกำเริบซ้ำ<sup>5</sup> และภายหลังอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์

การรับรู้อย่างถาวร ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง<sup>6</sup> ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย กลุ่มอาการด้านลบ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเภท บทบาทการเข้าสังคมหรือการทำหน้าที่เดิมไม่ดีก่อนการเจ็บป่วย ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีประวัติการใช้สารเสพติด<sup>7</sup>

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 410 เตียง เปิดให้บริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่ปี 2545 พบผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจำนวนมากที่สุด ระหว่างปี 2555 - 2557 มีจำนวน 1,128 ราย, 1,130 ราย และ 1,275 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีการเจ็บป่วยซับซ้อน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่รักษาเป็นเวลานาน และเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิต มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาอาการกำเริบบ่อยๆ มักส่งผลต่อการดำเนินโรค รวมไปถึงระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ใช้สารเสพติด

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - เดือนกันยายน 2557 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินระดับความสามารถโดยรวมในปัจจุบันของผู้ป่วยโดยใช้ค่า GAF scale (Global Assessment of Functioning Scale)<sup>8</sup> โดยประเมินจากอาการในปัจจุบันของผู้ป่วย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ปีที่วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท โดยการวินิจฉัยตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท<sup>9</sup> จะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การทำงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ ข้อมูลการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท การรักษาแบบผู้ป่วยใน แบบประเมินระดับความสามารถโดยรวมจากการประเมินค่า GAF scale เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในด้านจิตใจ สังคมและการประกอบอาชีพ แต่ไม่รวมถึงความบกพร่องในการใช้ชีวิตจากความจำกัดของสภาพร่างกายหรือจากสิ่งแวดล้อม แบบประเมินได้รับการแปลโดยกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินการให้ค่า GAF scale การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองทางจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลกำแพงเพชร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละเปรียบเทียบข้อมูลความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโดยใช้สถิติทดสอบ T-test และ Chi - square test

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 513 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.76 เพศหญิง ร้อยละ 37.23 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30.01 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.57 รองลงมามีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.41 สถานภาพโสด ร้อยละ 51.07 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 52.82 ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มโรคจิต (psychosis) ร้อยละ 61.98 เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 55.75 โดยเข้ารับการรักษา



รักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ร้อยละ 4.89 ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 95.10

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท (N = 513)

การใช้สารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
<b>ก่อนเข้ารับการรักษา</b>		
ไม่ใช้สารเสพติด	338	65.88
ใช้สารเสพติด	175	34.12
ใช้สารเสพติด 1 ชนิด	101	57.71
ใช้สารเสพติดร่วมกัน 2 ชนิด ขึ้นไป	74	42.29
<b>ประเภทของสารเสพติดที่ใช้</b>		
สุรา	167	32.55
แอมเฟตามีน	76	14.81
กาว	5	0.97
กัญชา	3	0.58
ฝิ่น	3	0.58
<b>ขณะรับการรักษาในปัจจุบัน</b>		
ไม่ใช้สารเสพติด	361	70.37
ใช้สารเสพติด	152	29.63
ใช้สารเสพติด 1 ชนิด	147	96.71
ใช้สารเสพติดร่วมกัน 2 ชนิด ขึ้นไป	5	3.29
<b>ประเภทของสารเสพติดที่ใช้</b>		
สุรา	151	29.43
แอมเฟตามีน	4	0.77
กาว	2	0.38

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 34.12 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ สุรา ร้อยละ 32.55 แอมเฟตามีน ร้อยละ 14.81 มีการใช้สารเสพติดร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปเป็นสัดส่วน ร้อยละ 42.29 หลังเข้ารับการรักษาพบว่าในปัจจุบันยังใช้สารเสพติดอยู่ ร้อยละ 29.63 โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นสุรา ร้อยละ 29.43 รองลงมาเป็นการใช้สารแอมเฟตามีน ร้อยละ 0.77

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท (N = 513)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
0 - 10	-	-
11 - 20	-	-
21 - 30	-	-
31 - 40	1	0.19
41 - 50	127	24.76
51 - 60	25	4.87
61 - 70	111	21.64
71 - 80	244	47.57
81 - 90	4	0.78
91 - 100	1	0.19



จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนระดับความสามารถโดยรวม อยู่ระหว่าง 71 - 80 คะแนน ร้อยละ 47.57 ระดับความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับต่ำกว่า 50 ร้อยละ 24.95

**ตาราง 3** เปรียบเทียบคะแนนระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและประวัติการรักษา แบบผู้ป่วยใน

ปัจจัย	จำนวน (N=513)	คะแนนระดับความสามารถโดยรวม(GAF scale)		p-value
		Mean	SD	
<b>เพศ</b>				
ชาย	322	5.76	1.29	<0.001*
หญิง	191	6.26	1.13	
<b>อายุ (ปี)</b>				
< 35 ปี	84	5.67	1.26	<0.001*
35 - 60 ปี	363	5.95	1.25	
61 ปีขึ้นไป	66	6.22	1.18	
<b>สถานภาพสมรส</b>				
คู่	251	6.01	1.26	0.807
โสด	262	5.87	1.25	
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	150	5.94	1.27	0.178
รับจ้าง	232	5.91	1.23	
เกษตรกรกรรม	99	6.11	1.24	
ค้าขาย/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	32	5.70	1.39	
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>				
<1 ปี	139	5.95	1.19	0.20
1 - 5 ปี	188	5.80	1.29	
6 - 10 ปี	81	6.01	1.26	
>10 ปีขึ้นไป	102	6.13	1.25	
<b>ประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน</b>				
ไม่เคยมีประวัติ	227	6.08	1.96	0.003
มีประวัติ	286	5.83	1.29	

\* $p < 0.001$

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถโดยรวมตามลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่า เพศ อายุ ประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยในที่แตกต่างกัน มีระดับความสามารถโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในส่วนของเพศ พบว่า เพศหญิงมีระดับความสามารถโดยรวมสูงกว่าเพศชาย ด้านอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีระดับความสามารถโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอายุ 35 - 60 ปี และกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ตามลำดับ ในด้านประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่า กลุ่มที่ไม่มีประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยในมีระดับความสามารถโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่มีประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในส่วนของสถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีระดับความสามารถโดยรวมไม่แตกต่างกัน



ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ก่อนการรักษา ใช้สารเสพติด 1 ชนิด และใช้สารเสพติด 2 ชนิดขึ้นไป

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (N= 513)	Mean GAF	SD	P-value
1. ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดก่อนรักษา	338	6.21	1.17	< 0.001
2. ใช้สารเสพติด 1 ชนิด	100	5.64	1.24	
3. ใช้สารเสพติด 2 ชนิดขึ้นไป	75	5.13	1.21	

\* $p < 0.001$

จากตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนระดับความสามารถโดยรวมมากที่สุด (Mean = 6.21, SD = 1.17) และกลุ่มที่ใช้สารเสพติด 2 ชนิดขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 5.13, SD = 1.21)

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ก่อนและหลังเข้ารับการรักษานี้ เลิกใช้สารเสพติดหลังรับการรักษาและมีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (N= 513)	Mean GAF	SD	P-value
1. ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดก่อนและหลังการรักษา	286	6.47	0.98	< 0.001
2. เลิกใช้สารเสพติดหลังได้รับการรักษา	127	5.59	1.29	
3. มีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง	100	4.80	1.25	

\* $p < 0.001$

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ในกลุ่มที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดทั้งก่อนและหลังเข้ารับการรักษานี้ มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนระดับความสามารถโดยรวมมากที่สุด (Mean = 6.47, SD = 0.98) ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นหลังเลิกใช้สารเสพติด และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 4.80, SD = 1.25) จากการคำนวณทางสถิติ พบว่าประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่มีอายุ 31 - 40 ปี สถานภาพโสดและว่างงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ จงรักษ์ฐานวรกุล โรงพยาบาลสวนปรุง<sup>10</sup> ที่ศึกษาพบผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและอายุผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเคยมีประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน จากข้อมูลพบว่า มีการส่งตัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาการกำเริบไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 95.10 เนื่องจากช่วงที่ศึกษาฯ ยังไม่มีจิตแพทย์ประจำการ และยังไม่มีการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทำให้มีการส่งตัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาการกำเริบไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในสัดส่วนที่สูงกว่าในปัจจุบัน ในส่วนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ก่อนได้รับการวินิจฉัยและการรักษาแบบผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือสุรา ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของการดื่มสุราสูงเมื่อเทียบกับ

คนทั่วไป และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติดื่มสุรามีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างปัญหาการเสพยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมกับการดื่มสุรา<sup>11</sup>

การศึกษาระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ร้อยละ 24.95 มีคะแนนระดับความสามารถโดยรวมต่ำ โดยพบว่าระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับด้านเพศ อายุ ประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และประวัติการใช้สารเสพติด พิจารณาด้านเพศ พบว่า เพศหญิงมีระดับคะแนนความสามารถโดยรวมสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายมักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเมื่ออายุน้อย ปัญหาการใช้สารเสพติดมากกว่า ส่งผลให้มีอาการกำเริบรุนแรง เพศหญิงมีปัจจัยปกป้องภายในที่ตอบสนองต่อยาต้านโรคจิต เช่น การมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ฮอร์โมนเอสโตรรีโดล<sup>12</sup> และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครั้งแรกช่วงที่มีอาการรุนแรงเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่เร็วกว่าเพศชาย<sup>13</sup> ด้านประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่า กลุ่มที่ไม่มีประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยในมีระดับความสามารถโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่มีประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน ข้อบ่งชี้ให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยสาเหตุของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบมิได้จากหลายสาเหตุ เช่น ขาดยา หรือไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ขาดความต่อเนื่องในการรักษา มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ส่งผลให้ระดับความสามารถโดยรวมลดลง<sup>14</sup> ด้านอายุ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระดับความสามารถโดยรวมสูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง อาการทางจิตสงบลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และระดับความสามารถโดยรวมที่เพิ่มขึ้น การมีแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม มีผู้ดูแลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยเครือข่ายทั้งทีมสหสาขาและเครือข่ายนอกระบบในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้การกลับเป็นซ้ำลดลง สามารถดูแลตนเองได้<sup>14</sup>

ด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติใช้สารเสพติดและสามารถเลิกได้หลังรักษา จะมีระดับความสามารถโดยรวม ดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังใช้สารเสพติดอยู่ต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดเลยตั้งแต่แรก มีระดับความสามารถโดยรวมสูงที่สุด ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาดื่มสุรา จะมีระดับความสามารถโดยรวมต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก การดื่มสุราเพิ่มความรุนแรงของโรคเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา<sup>15</sup> มีอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในสูง และมักต้องนอนในโรงพยาบาลนานกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาดื่มสุรา<sup>16</sup> และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราจะมีความสามารถโดยรวมลดลง<sup>17</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเลิกการใช้สารเสพติดได้ มีระดับคะแนนความสามารถโดยรวมสูงขึ้น ผลสืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางบวก เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองอย่างต่อเนื่องในด้านการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ การดูแลสุขภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้น<sup>18</sup>

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษาเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และยังพบว่า มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดอยู่เป็นจำนวนมาก โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ สุรา การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด จะมีระดับความสามารถโดยรวมดีที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติด จึงควรตระหนักถึงปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มากขึ้น และควรเกิดการพัฒนาระบบการดูแลและระบบบริการเพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าว





## เอกสารอ้างอิง

1. Vanessa T. Prevalence of Schizophrenia. Schizophrenia. [online]. 2011. [cited 2014 Dec 10]. Available from: URL: [http://www.schizophrenic.com/articles/schizophrenia/prevalence schizophrenia2016016](http://www.schizophrenic.com/articles/schizophrenia/prevalence%20schizophrenia2016016) .
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติสำคัญ พ.ศ.2556. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. WashingtonDC: Author; 2005.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี : เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ ; 2555.
5. Manning, et al. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. Schizophrenia Res. [online]. 2009. [cited 2014 Dec 10]. 114. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540724>.
6. Kaplan HI & Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins; 2004.
7. Chery L, Schizophrenia Prognosis [online]. 2009 [cited 2014 Dec 15]. Available from: URL: <http://www.schizophrenic.com/content/schizophrenia/diagnosis/schizophrenia-prognosis2>.
8. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL & Cohen J. The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychoticy. [online]. 1976. [cited 2015 Nov 8]; 33. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/938196>.
9. สมพร บุษรากิจ, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. จิตเวชปฏิบัติ, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540.
10. จงรักษ์ ฐานวรกุล. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบหออผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่ ปี 2555. คลังความรู้โรงพยาบาลสวนปรุง [online]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2557]. Available from: URL: [http://110.164.158.45/km\\_sp/pdf\\_research/56\\_07.pdf](http://110.164.158.45/km_sp/pdf_research/56_07.pdf)
11. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychoticy [online]. 2007. [cited 2015 Nov 4]; 64: 830-42.
12. Wikipedia the free encyclopedia.Epidemiology of schizophrenia. [online] 2013 [cited 2014 Nov 12]. Available from: URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology\\_of\\_schizophrenia](http://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_schizophrenia)
13. Wikipedia the free encyclopedia.Sex differences schizophrenia. [online] 2013 [cited 2014 Nov 12]. Available from: URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology\\_of\\_schizophrenia](https://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_schizophrenia)
14. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขา และเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556;40 (1): 67-83.
15. Hartwell KJ, Tollver BK, Brady KT. Biological Commonalities between Mental Illness and Addiction. Primary Psychiatry [online] 2009 [cited 2015 Nov 12]; 16 (8). Available from: URL: [http://mbldownloads.com/0809pp\\_Hartwell.pdt](http://mbldownloads.com/0809pp_Hartwell.pdt)



16. จีรพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพาภรณ์ แก้วมา, มธุริน คำวงษ์ปิ่น, เฉชา ทำดี. ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2557; 22: 38 -47.
17. Drake RE, Mueser K T. Alcohol-Use Disorder and Severe Mental Illness. Alcohol Health & Research World; 1996.
18. สุมิตรา ศรสสุวรรณ, พัทยา สอาดอาวุธ. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรค จิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555; 20 (3):144-153.



การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน  
ของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้

**Work-Related Injuries and Work Safety Behavior among Wood Furniture Labor**

ศุภาพร ชารเปี่ยม, พย.ม.\*

**Abstract**

**Introduction :** Workers who produce wood furniture are occupation with a high risk of injury. Safety behavior in workplace is the key factor in reducing injuries related to work.

**Objective :** To study injuries related to work and safety behavior in wood furniture labor in Kosamphi Nakhon District, Kamphaeng Phet Province

**Material and method :** This research is a descriptive study. Randomization criteria was used to gather data from 232 wood furniture laborers in Kosamphi Nakhon District, Kamphaeng Phet Province. The data was collected from interviews. The data comprises of personal and professional interviews, work-related injuries and safety behavior in the workplace. The duration of collection period is from December 2014 to January 2015. Then the data was analyzed using descriptive statistics.

**Results :** The study found that the rate of work-related injuries occurred to the sample group was 29.31 percent, of which 60.29 percent of the injury required the laborer to pause from work. Also, the results shows that 59.49 percent of the injury was caused from the preparation while 25 percent of the injuries are from assembling and packaging. Of all the causes, injury caused by dust into eyes occupies 26.47 percent, mills cut at hands for 16.18 percent and bruises for 10.29 percent. The body parts receiving injuries are 36.76 percent on hands, 33.28 percent on eyes and 22.06 percent on fingers. For safety behavior, 63.79 percent of the sample group exhibits moderate overall safety behaviors. For individual safety behaviors, the behavior of using personal protective equipment is at low level (63.79 percent) and the behavior of operating machines properly is at moderate level (80.60 percent).

**Conclusion :** Occupational health staff team should provide of occupational health and safety in the furniture industry workforce. In addition to monitoring work-related injuries, should raise the awareness of safe work habits, especially the use of personal protective equipment and operating machines properly.

**Key words :** Injuries related to work, Safe behavior in the workplace, Wood furniture



## บทคัดย่อ

**บทนำ :** แรงงานที่ผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ เป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ อำเภอโกสัมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

**วัสดุและวิธีการ :** ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็น แรงงานที่ทำงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ในอำเภอโกสัมพินคร จำนวน 232 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

**ผลการศึกษาวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ร้อยละ 29.31 และเป็นการบาดเจ็บที่ต้องหยุดงาน ร้อยละ 60.29 ทั้งนี้พบว่าการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเกิดมากในขั้นตอนการจัดเตรียม ร้อยละ 59.49 และขั้นตอนการประกอบ/บรรจุ ร้อยละ 25 สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากฝุ่นเข้าตา ร้อยละ 26.47 เลื่อยบาดเจ็บ ร้อยละ 16.18 และฟกช้ำ ร้อยละ 10.29 ตามลำดับ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ มือ ตา และนิ้วมือ ร้อยละ 36.76, 33.82 และ 22.06 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.79 มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมความปลอดภัยรายด้าน คือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพฤติกรรมความปลอดภัยการใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธี อยู่ในระดับต่ำ และระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.71 และ 80.60 ตามลำดับ)

**สรุป :** ทีมอาชีวอนามัยควรจัดบริการอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้อย่างเป็นระบบ มีการเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน สร้างความตระหนักในด้านของสภาพการทำงาน และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธี

**คำสำคัญ :** การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เฟอร์นิเจอร์ไม้

## บทนำ

อุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นอุตสาหกรรมที่สร้างรายได้ให้กับประเทศ ในปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าการส่งออก สูงกว่าปีพ.ศ. 2555 ประมาณ 33.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ<sup>1</sup> อุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ ต้องใช้แรงงานในทุกกระบวนการผลิต ซึ่งแรงงานเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัจจัยอันตรายสูงและก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และอาจรุนแรงทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต<sup>2</sup> กระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้กิจการเกี่ยวกับการแปรรูปไม้ เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ<sup>3</sup> จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2556 พบว่าสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเกิดจากของมีคมบาดมากที่สุด และจากการศึกษาวิจัยของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ จังหวัดลำพูน พบว่าแรงงานเคยได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานร้อยละ 16.9<sup>4</sup> ดังนั้นความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะ

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

การได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ การสูญเสียทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ความพิการทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานเดิมได้ หรืออาจสูญเสียชีวิต<sup>2</sup> สำหรับในประเทศไทย จากสถิติกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีลูกจ้างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากการทำงานร้อยละ 96 และเจ็บป่วยจากการทำงานประมาณ ร้อยละ 4 เข้ารับบริการในคลินิกโรคจากการทำงานประมาณ 1.3 แสนคน ซึ่งกองทุนเงินทดแทนได้จ่ายเงินชดเชยไปทั้งหมด 18 ล้านบาท จากข้อมูลข้างต้นจึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการในการควบคุม

โดยทั่วไปการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ มีสาเหตุมาจากสภาพการทำงาน ได้แก่ การทำงานกับเครื่องจักร / อุปกรณ์ไฟฟ้า / ของมีคม การวางเครื่องมือ / อุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบ สาเหตุของการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 10 เกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น ทำงานกับอุปกรณ์เครื่องมือที่มีความคม เครื่องมือ หรือเครื่องจักรชำรุด เครื่องจักรไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน อันตราย สถานที่ทำงานไม่สะอาด การจัดวางสิ่งของ ไม่เป็นระเบียบ บริเวณพื้นที่ทำงานลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง ระบบการระบายอากาศไม่เหมาะสม<sup>2</sup> นอกจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ดังนั้น การลดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานต้องเน้นความสำคัญกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในสถานประกอบการ โดยหลักการ ประกอบด้วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธี และการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ จะเน้นการจัดสถานที่และอุปกรณ์การทำงานให้เหมาะสมกับสภาพคนทำงาน หรือจัดสภาพพื้นที่ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย รวมทั้งการรักษาความปลอดภัยในบริเวณพื้นที่ทำงาน เพื่อลดอันตรายหรือป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน<sup>6</sup> ดังนั้น องค์ประกอบของพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่เน้นที่ตัวบุคคล จึงให้ความสำคัญต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และ การใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธี จากการศึกษาพฤติกรรมปกป้องสุขภาพของคณาผลิตเครื่องเรือนไม้ในอุตสาหกรรมขนาดกลาง และขนาดย่อม พบว่า พนักงานทุกคนไม่เคยสวมหน้ากากกันสารเคมี และไม่สวมปลั๊กอุดหู มากถึงร้อยละ 93.33<sup>7</sup> ชี้ให้เห็นว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องให้ความสนใจ

อำเภอโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร เป็นอำเภอที่มีสถานประกอบการเฟอร์นิเจอร์ไม้ ขนาดเล็ก และขนาดกลาง จำนวน 32 แห่ง<sup>8</sup> จากรายงานของเวชระเขียน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า มีผู้ป่วยจากอำเภอโกสัมพีนคร ได้รับอุบัติเหตุสาเหตุการบาดเจ็บมาจากการสัมผัสกับแรงกลวัตถุสิ่งของมากที่สุด จำนวน 185 ครั้ง โดยได้รับบาดเจ็บจากการมีวัตถุแปลกปลอมเข้าตา จำนวน 82 ครั้ง หรือร้อยละ 44 ของจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด ในกลุ่มผู้เข้ารับบริการพบว่า เกือบครึ่งเป็นกลุ่มที่ประกอบอาชีพผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ซึ่งมีส่วนสูงที่สุดของการได้รับบาดเจ็บ<sup>6</sup> ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการด้านสุขภาพ และความปลอดภัยในการทำงานแก่ผู้ประกอบการ จึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสต่อปัจจัยคุกคาม





สุขภาพจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและสภาพการทำงาน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ตลอดจนการปรับปรุงสภาพการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้เพื่อคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ แรงงานที่ทำงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ในอำเภอโกสัมพีนคร ที่ขึ้นทะเบียนกับอุตสาหกรรมจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 32 แห่ง มีคนงานทั้งหมด 550 คน<sup>6</sup> ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลางที่ยินยอมให้เข้าทำการศึกษา จำนวนทั้งหมด 29 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซิร์ และมอร์แกน<sup>10</sup> ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 226 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 6 เดือน ทำงานในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งตั้งแต่ 1) การจัดเตรียม 2) การขึ้นรูปไม้ 3) การทำสี 4) การประกอบ/บรรจุ สามารถสื่อสารความหมาย และเข้าใจภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 232 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 232 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.10 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.90 มีอายุอยู่ในช่วง 18-59 ปี (อายุเฉลี่ย 36.23 ปี S.D.= 9.74) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.36 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ ร้อยละ 55.60 และมีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 36.64 มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 6 เดือน - 20 ปี (เฉลี่ย 4.84 ปีและS.D. = 4.06) ส่วนจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.36 ทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.69 ไม่เคยได้รับการอบรม และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการทำงานที่ปลอดภัย

#### ส่วนที่ 2 การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้

ข้อมูลการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความถี่ของการบาดเจ็บ สาเหตุของการบาดเจ็บ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ผลของการได้รับบาดเจ็บ นำเสนอในตาราง 1 – 2 สำหรับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางดังแสดงในตาราง 3 ส่วนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานแต่ละด้าน แสดงในตาราง 4

### อภิปรายผลการวิจัย

1. การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้

การศึกษากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ อำเภอโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ มีอัตราการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจาก

การทำงาน ร้อยละ 29.31 กลุ่มตัวอย่างต้องหยุดงานร้อยละ 60.29 และได้รับการรักษาร้อยละ 95.59 โดยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือรักษาที่สถานอนามัย/คลินิก จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พบว่าการบาดเจ็บที่ต้องหยุดงานมีมากถึง ร้อยละ 68.61<sup>1</sup> ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างมีการหยุดงาน ร้อยละ 60.29 ส่วนใหญ่เป็นการหยุดงานมากกว่า 3 วันขึ้นไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้ง การสูญเสียทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ เมื่อพิจารณาสาเหตุของการบาดเจ็บ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานจากฝุ่นเข้าตา ร้อยละ 26.47 เลื่อยบาดมือ ร้อยละ 16.18 ฟกซ้ำ ร้อยละ 10.29 (ตาราง 2) การบาดเจ็บจากฝุ่นเข้าตาจะเกิดขึ้นในขั้นตอนการจัดเตรียม (ไสไม้ ตัดไม้ ขัดประสาน เหล้าไม้) ซึ่งสะท้อนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยธรรมชาติในขั้นตอนการจัดเตรียม (ไสไม้ ตัดไม้ ขัดประสาน เหล้าไม้) จะมีฝุ่นฟุ้งกระจาย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.10 ไม่สวมแว่นตานิรภัย ร้อยละ 70.69 ไม่สวมผ้าปิดปากและจมูกขณะพ่นแลคเกอร์ และร้อยละ 18.53 ไม่ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกเพื่อป้องกันฝุ่นไม้ (ตาราง 4) ส่วนการบาดเจ็บจากเครื่องมือเครื่องจักรตัด บาด หรือกระแทกอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในขั้นตอนการจัดเตรียม (ไสไม้ ตัดไม้ ขัดประสาน เหล้าไม้) และขั้นตอนการประกอบ/บรรจุ ทั้งนี้จากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยมีการทำงานกับเครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์ของมีคม กล่าวคือแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ โดยส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด จะมีการใช้เครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์ของมีคม เช่น เลื่อยไฟฟ้า สว่าน กบไสไม้ ทำให้มีความเสี่ยงสูงจากการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานอันเนื่องจากการใช้เครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์ที่มีคม เมื่อเทียบกับการศึกษาของชินกมล สุขดี พบว่า คนงานผลิตเครื่องเรือนไม้ในจังหวัดเชียงใหม่เคยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจักรกล/อุปกรณ์ไฟฟ้า/ของมีคม ร้อยละ 94.58<sup>7</sup> โดยสรุปการศึกษาการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานครั้งนี้ ประการสำคัญเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22.84 ไม่เคยศึกษาวิธีการใช้เครื่องมือเครื่องจักรจากคู่มือการใช้งานอย่างละเอียด และเข้าใจก่อนใช้งาน (ตาราง 4) และพบว่าพนักงาน ร้อยละ 93.10 ไม่เคยสวมแว่นตานิรภัย และร้อยละ 70.69 ไม่เคยใส่ผ้าปิดปากและจมูกขณะพ่นสี/แลคเกอร์ (ตาราง 4) ผลการศึกษาในประเด็นสาเหตุการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานจึงเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีที่ระบุว่าบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเกิดจากทั้งสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (การใช้เครื่องมือเครื่องจักรของมีคม) ร่วมกับการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นต้น<sup>11</sup> ซึ่งจะได้อภิปรายต่อไป

## 2. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้

ผลการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.79 ส่วนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นรายข้อ พบว่าขณะทำงานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.10) ไม่เคยสวมแว่นตานิรภัย ผ้าปิดปากและจมูก ขณะพ่นสี/แลคเกอร์ ร้อยละ 70.69 และไม่ใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูกเพื่อป้องกันฝุ่น ร้อยละ 18.53 (ตาราง 4) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในกลุ่ม แรงงานเฟอร์นิเจอร์ในจังหวัดลำพูน<sup>4</sup> พบว่า มีการใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เป็นประจำร้อยละ 60.4 ซึ่งมีสัดส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล สูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการกระตุ้นเตือนจากวิทยุ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในสถานประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น จึงทำให้สัดส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสูงกว่า



ส่วนพฤติกรรมความปลอดภัยด้านการใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธีในการศึกษาคั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยศึกษาวิธีการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร จากคู่มือการใช้งานอย่างละเอียดและเข้าใจก่อนการใช้งาน ร้อยละ 22.84 ทำงานกับเครื่องจักรที่ชำรุดบางครั้งและเป็นประจำ ร้อยละ 15.52 และร้อยละ 10.34 ตามลำดับ มีการหยอกล้อกับเพื่อนร่วมงานในขณะที่ใช้เครื่องมือ เครื่องจักรในการทำงานบางครั้ง และประจำ ร้อยละ 14.22 และร้อยละ 7.33 ตามลำดับ และมีการทำงานกับเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ที่ไม่มีเครื่องป้องกันอันตรายบางครั้ง และเป็นประจำ ร้อยละ 17.24 และร้อยละ 9.05 ตามลำดับ (ตาราง 4)

ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านความปลอดภัยและด้านสุขภาพตามระบบประกันสังคมตามกฎหมาย<sup>12</sup> ที่สำคัญคือการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัยมีความสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการกระทำที่ปลอดภัย จึงสามารถลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการอบรมหรือแนะนำเกี่ยวกับวิธีการทำงานที่ปลอดภัย ร้อยละ 70.69 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 57.33 และร้อยละ 30.17) อาจส่งผลถึงความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ หรืออาจเป็นเหตุให้มีโอกาสน้อยในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในประเด็นการทำงานที่ปลอดภัยหรือพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ในส่วนของพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยสวมแว่นตานิรภัย ร้อยละ 93.10 ไม่เคยสวมหน้ากากกันสารเคมีที่มีไส้กรอง ร้อยละ 92.24 ไม่สวมผ้าปิดปากและจมูกขณะพ่นสี/แลคเกอร์ ร้อยละ 70.69 (ตาราง 4) ทั้งๆที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้านความปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 48.53 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการปรับกลยุทธ์การให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ ในช่วง 1 ปี (n = 232)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน</b>		
ไม่เคย	164	70.69
เคย	68	29.31
<b>ความถี่ในการเกิดการบาดเจ็บ</b>		
จำนวน 1 ครั้ง	32	47.06
จำนวน 2 ครั้ง	17	25.00
จำนวน 3 ครั้ง	16	23.53
จำนวน > 3 ครั้ง	3	4.41
พิสัย (1-12), $\bar{X}$ (S.D.) = 2.21(2.27)		

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ และผลของการได้รับบาดเจ็บ ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ ในช่วง 1 ปี

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สาเหตุของการบาดเจ็บจากการทำงาน (n=68)</b>		
ฝุ่นไม้เข้าตาและถูกกระแทก	4	5.88
เครื่องจักรบาดนิ้ว	1	1.47
ถูกเลื่อยบาดบริเวณหัวเข่า ต้องต่อเอ็นหัวเข่า	4	5.88
ถูกใบเลื่อยบาด	6	8.82
ป็นขี้ผึ้งไม้ถูกมือและสว่านบาดมือ	3	4.41
ฝุ่นเข้าตา	18	26.47
ฟกช้ำ	7	10.29
ถูกเครื่องจักรหนีบ , ฝุ่นเข้าตาและถูกเมงป้องค้อย	1	1.47
เลื่อยถูกนิ้ว	5	7.35
เลื่อยบาดมือ	11	16.18
สว่านเจาะ	1	1.47
สว่านบาดนิ้วและสว่านบาดมือ	3	4.41
เครื่องจักรหนีบ ฟกช้ำ	4	5.88
<b>อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (n=68)</b>		
นิ้วมือ	15	22.06
<b>อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (n=68)</b>		
แขน	1	1.47
เท้า	4	5.88
<b>ความถี่ของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (n=137)</b>		
ตา	49	35.77
นิ้วมือ	38	27.74
มือ	42	30.66
แขน	1	0.73
เท้า	7	5.11
<b>ผลของการได้รับบาดเจ็บ (n=68)</b>		
ระคายเคือง/คัน	23	33.82
ฟกช้ำ	11	16.18
แผลถลอก	10	14.71
บาดแผลลึกขนาดเล็กน้อย	5	7.35
บาดแผลลึกขนาดลึก	14	20.59
กระดูกหัก/แตก/ร้าว	5	7.35



ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 232)

พฤติกรรมความปลอดภัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>โดยรวม</b>		
ระดับสูง (คะแนน > 52.56)	83	35.78
ระดับปานกลาง (คะแนน 42.70 – 52.56)	148	63.79
ระดับต่ำ (คะแนน < 42.70)	1	0.43
พิสัย = 28-60, $\bar{X}$ (S.D.) = 47.63(4.93)		
<b>รายด้าน</b>		
การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล		
ระดับสูง (คะแนน > 28.81 )	1	0.43
ระดับปานกลาง (คะแนน 23.41 – 28.81)	60	25.86
ระดับต่ำ (คะแนน < 23.41)	171	73.71
พิสัย = 12-30, $\bar{X}$ (S.D.) = 26.11(2.70), Median = 27.00		
การใช้เครื่องมือ เครื่องจักรอย่างถูกวิธี		
ระดับสูง (คะแนน > 24.65)	42	18.10
ระดับปานกลาง (คะแนน 18.39 – 24.65)	187	80.60
ระดับต่ำ (คะแนน < 18.39)	3	1.29
พิสัย = 12-30, $\bar{X}$ (S.D.) = 21.52 (3.13), Median = 22.00		

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของแรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ (n = 232)

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน	การปฏิบัติในการทำงาน		
	ทำประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ทำบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน (ร้อยละ)
<b>การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</b>			
- สวมเสื้อแขนยาว – กางเกงขายาวขณะทำงาน	105(45.26)	86(37.07)	41(17.67)
- สวมรองเท้าผ้าใบ(หรือรองเท้าที่ปิดคลุมทั้งปลายเท้าและสันเท้า)	23(9.91)	37(15.95)	172(74.14)
- สวมปลั๊กอุดหูขณะทำงานที่มีเสียงดัง (เช่น เสียงจากกบไฟฟ้า, เสียงจากสว่านไฟฟ้า, เสียงจากเรื้อยไฟฟ้า)	5(2.16)	27(11.64)	200(86.21)
- ใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูกเพื่อป้องกันฝุ่น	103(44.00)	86(37.07)	43(18.53)
- สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ขณะพ่นสี/แล็กเกอร์			
หมวกทำจากพลาสติก	3(1.29)	11(4.74)	218(93.97)
แว่นตานิรภัย	1(0.43)	15(6.47)	216(93.10)
หน้ากากกันสารเคมีที่มีไส้กรอง	12(5.17)	6(2.59)	214(92.24)
ผ้าปิดปากและจมูก	41(17.67)	27(11.64)	164(70.69)
ผ้ากันเปื้อนพลาสติก	3(1.29)	6(2.59)	223(96.12)
ถุงมือยาง	1(0.43)	7(3.02)	224(96.55)
<b>การใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธี</b>			
- ศึกษาวิธีการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร จากคู่มือการใช้งานอย่างละเอียด และเข้าใจก่อนการใช้งาน	102(43.97)	77(33.19)	53(22.84)
- ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องจักรก่อนการใช้งาน	169(72.84)	26(11.21)	37(15.95)
- ตรวจสอบความผิดปกติ หรือซ่อมเครื่องจักรขณะทำงาน	155(66.81)	38(16.38)	39(16.81)
- ทำงานกับเครื่องจักร หรืออุปกรณ์ที่ชำรุด	24(10.34)	36(15.52)	172(74.14)
- ทำงานกับเครื่องจักร หรืออุปกรณ์ที่ไม่มีเครื่องป้องกันส่วนที่เป็นอันตราย	21(9.05)	40(17.24)	171(73.71)
- จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักรเป็นระเบียบเมื่อเลิกงาน	178(76.72)	36(15.52)	18(7.76)
- แต่งกายรัดกุมทุกครั้งขณะทำงานกับเครื่องจักร	107(46.12)	89(38.36)	36(15.52)
- กินยาแก้หวัด หรือยาแก้แพ้ก่อนทำงานกับเครื่องจักร	6(2.59)	19(8.19)	207(89.22)
- ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนหรือขณะทำงานกับเครื่องจักร	4(1.72)	7(3.02)	221(95.26)
- หยอกสื้อกับเพื่อนร่วมงานในขณะที่ใช้เครื่องมือ เครื่องจักร ในการทำงาน	17(7.33)	33(14.22)	182(78.45)

## สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลอาชีวอนามัยและทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานแล้ว ควรสร้างความตระหนักในด้านของสภาพการทำงานที่





ปลอดภัย และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างถูกวิธี ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์พิชัย ศิริพรพาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณภวนัฐ ฤกษ์ดีทวีกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพินคร และคุณฉวีวรรณ เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกสุมพินคร ขอขอบคุณเจ้าของโรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ และพนักงานทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัย และท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกคน ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงการต่างประเทศ. ศูนย์บริการข้อมูลเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ. [online]. 2556. [cited 2014 Mar 26]. Available from: URL: <http://www.mfa.go.th/business/th/articles/88/39911-Co-design>
- 2.วิทยา อยู่สุข. อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : นานีการพิมพ์ ; 2549.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข. กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 5/2538. [online]. 2528. [cited 2014 Mar 26]. Available from: URL:<http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=tambon08>
- 4.Sakarinkhul P & Pongtui N. Evaluation of Volunteer based Furniture Worker Health Screening Program. Lanna Public Health Journal 2011;7(2): 117-127.
- 5.Pender NJ, Murdaugh CL & Parson MA. Health Promotion in nursing practices. 5<sup>th</sup>ed. New York : Appleton & Lange Perception ; 2006.
- 6.สถาบันวิจัยความปลอดภัยในการทำงาน. แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน. [online]. 2550. [cited 2014 Nove 4]. Available from: URL: [http://www.npc-se.co.th/pdf/book\\_safety/Safety%20Operation%20Guideline.pdf](http://www.npc-se.co.th/pdf/book_safety/Safety%20Operation%20Guideline.pdf)
- 7.ชื่นกมล สุขดี. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมปกป้องสุขภาพของคณงานผลิตเครื่องเรือนไม้ในอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- 8.สวัสดิการคุ้มครองแรงงานจังหวัดกำแพงเพชร. ข้อมูลสถานประกอบการขนาดเล็กและกลางที่ขึ้นทะเบียนกับอุตสาหกรรมจังหวัดปี พ.ศ. 2557. กำแพงเพชร: สวัสดิการคุ้มครองแรงงานจังหวัดกำแพงเพชร; 2557.
- 9.เวชระเบียนโรงพยาบาลกำแพงเพชร. ข้อมูลรายงานสถิติอุบัติเหตุประจำปี พ.ศ. 2557. กำแพงเพชร :โรงพยาบาลกำแพงเพชร ; 2557.
- 10.บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย ; 2557.
11. ลักขณาพร โทวรรณนะ. การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
- 12.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ [สสส.]. กระตุ้นสังคมดูแลแรงงานนอกระบบทั่วภูมิภาค. [online]. 2549. [cited 2014 May 2]. Available from: URL: <http://www.thaihealth.or.th/index.php>.

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับบ้านเป็นเรือนนอนต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยการ  
จัดการผู้ป่วยรายกรณี เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

**Continuing Care of Stroke Home Ward with Case Management  
at Phetchabun Hospital Health Networks**

สุภาภรณ์ นากลาง, พย.บ. \*

**Abstract**

Stroke may cause severe disability. Disabled stroke survivors require ongoing support at home and in community. The cost of hospitalization and expenditure is high and vary. This study aimed to examine the effectiveness of continuing care of stroke home ward with case management in the Phetchabun Hospital and health network. 32 patients with stroke who have scores of The Barthel ADL Index less than 75 were purposively selected between October 2013 and September 2014. The study was conducted in 3 phases; 1) developing continuing care of stroke home ward with case management and selecting valid and reliable instruments including the INHOMESSS Home care forms, the Barthel ADL Index, the WHO Quality of Life questionnaire, and the satisfaction questionnaire, 2) implementing the developed pathway into practice and evaluating outcomes and 3) evaluating effectiveness of continuing care of stroke home ward with case management and patients' satisfaction. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The results showed that the continuing care of stroke home ward with case management increased levels and scores of the Barthel ADL Index, quality of life and satisfaction among patients with stroke. Furthermore, all patients received continuing care and no readmission rate within 28 day after discharge. From the results, continuing care of stroke home ward with case management should be used for delivering care for patients with stoke at home in order to develop patient's quality of life and their activity of daily living.

**Key words :** Continuing care, stroke patients, home ward, case management



## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่รอดชีวิตมีภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์เป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน สูญเสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลสูง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและประเมินผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตั้งแต่ตุลาคม 2556 ถึงกันยายน 2557 เลือกรวมตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 จำนวน 32 คน ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบบเยี่ยมบ้าน แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบวัดความพึงพอใจ แบบวัดคุณภาพชีวิต ระยะที่ 2 นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้จริง ระยะที่ 3 ประเมินผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีของประชากรกลุ่มเดียว พบว่าภายหลังจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจผู้รับบริการ เพิ่มขึ้น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ความครอบคลุมการดูแลต่อเนื้อที่บ้านร้อยละ 100 ไม่มี readmission ผลการศึกษาสามารถนำไปให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และประยุกต์ใช้ในโรคเรื้อรังอื่นได้

**คำสำคัญ :** การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้บ้านเป็นเรือนนอน การจัดการรายกรณี

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง โรคหนึ่งของคนไทย ดังจะเห็นจากรายงานการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) study คาดการณ์ความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2548-2550 ประมาณร้อยละ 1.88<sup>1</sup> และรายงานขององค์การอนามัยโรค ที่พบว่า อัตราตายจำเพาะตามอายุต่อประชากรไทยแสนคนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 123 ราย นอกจากนี้ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากยังต้องอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพฤกษ์ ดังจะเห็นจากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อปี พ.ศ. 2554 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18,629 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยอัมพาต ประมาณร้อยละ 53 และผู้ป่วยเนื้องอกสมองตายจากการขาดเลือดประมาณร้อยละ 25<sup>2</sup> จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 2,973 ล้านบาทต่อปี การที่โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มให้มีการจัดการกับโรคนี้อย่างจริงจัง โดยนำองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการทำงาน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง ให้ความสำคัญอยู่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการโรคเนื่องจากระยะเวลาของโรคนาน และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ 2) ระบบสารสนเทศทางคลินิก มุ่งเน้นข้อมูลระบบทะเบียนฐานข้อมูลโรค 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วย 4) นโยบายและทรัพยากรชุมชน มุ่งเน้นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลและเชื่อมโยงถึงชุมชน 5) หน่วยงานบริการสุขภาพ เป็นการสนับสนุนด้านกำลังคนและงบประมาณในการบริหารจัดการ และ 6) การออกแบบระบบการให้บริการ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<sup>3</sup> นอกจากการจัดการโรคซึ่งมี 6 องค์ประกอบดังกล่าว ยังได้มีการริเริ่มนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

เรื้อรัง เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ในทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลการดูแล ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานและ กำกับดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้และภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆ<sup>4</sup> โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดใกล้เคียง ได้นำแนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาประยุกต์ใช้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถจัดการตนเองและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาการคงที่และเข้าสู่ระยะฟื้นฟู แพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล โดยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ โรงพยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายควบคุมไปกับการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงของ โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือหรือ วิธีการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินปัญหาอุปสรรค และความสำเร็จในการจัดการโรคเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานการให้บริการของโรงพยาบาลที่ผ่านมายังไม่ดีเท่าที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวัง กล่าวคือจาก ข้อมูลพบว่า ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 607 ราย ในจำนวนนี้ผู้ป่วยมีระยะเวลานอน โรงพยาบาลเฉลี่ย 6.44 วัน ผู้ป่วยถูกส่งไปเวชศาสตร์ฟื้นฟู ร้อยละ 69.10 ส่งผลให้ก่อนกลับบ้านมีผู้ป่วยที่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพียงร้อยละ 43 และที่ได้รับการวางแผนก่อนกลับบ้าน เพียงร้อยละ 57 นอกจากนี้ยังพบว่า ในระยะ 2 สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งในเชิงวิชาชีพ และจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งก่อ ปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก กล่าวคือ เมื่อดูแลผู้ป่วยนานขึ้น พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงด้วย<sup>5</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกแบบบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดการดูแลรายกรณีส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น<sup>3</sup> เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>6,7,8,9</sup> ผู้วิจัยในฐานะ ผู้รับผิดชอบงานการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีความตั้งใจที่จะพัฒนางานบริการการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่ใช้บ้านเป็นเรือนนอนต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำสู่งการวิจัย โดยการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง ของ Wagner, 1999<sup>10</sup> มาใช้เป็นพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บ้านเป็นเรือนนอนต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยการจัดการรายกรณี และมีการประเมินเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลรูปแบบการดูแลนี้

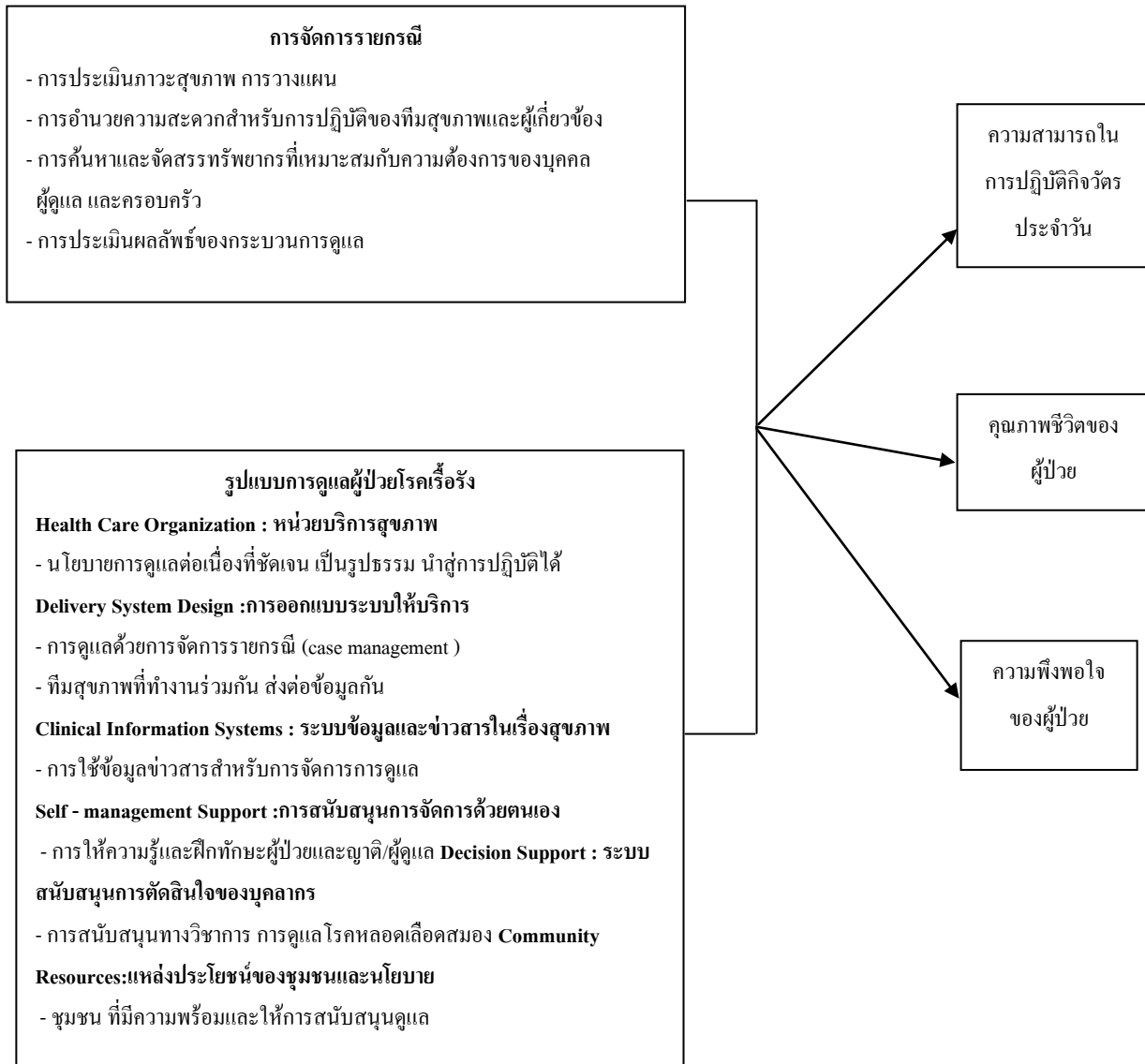
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บ้านเป็นเรือนนอนต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บ้านเป็นเรือนนอนต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการด้านการดูแลผู้ป่วย โดยประสานทรัพยากรทางด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยทั้งหมดระบบบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือตามบริบทปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะราย ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะใช้กระบวนการจัดการรายกรณีและองค์ประกอบในรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นแนวทางในการดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังรูป



## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำสู่การวิจัย ด้วยการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557 ครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ทั้ง 25 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีกลุ่มเป้าหมาย

## วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับบ้านเป็นเรื้อรอนนอน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับบ้านเป็นเรื้อรอนนอน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 32 ราย ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน: ADL (Activity of Daily Living Scale; Barthel Index) น้อยกว่า 75
3. ผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การจัดการรายกรณี ประกอบด้วย Stroke Home Ward Pathway, แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม และแบบเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index : ADL ) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 - 20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

25 - 45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

50 - 70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

75 - 95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก

100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ WHO ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 26 ข้อ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี





2.3 แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ของสำนักงานพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

#### ระยะที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี แนวปฏิบัติและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยและทีมวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลปัญหาจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อร่วมกันจัดทำร่าง Stroke Home Ward Pathway แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม และแบบเยี่ยมบ้าน ของสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภายหลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติ ไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 2 คน ในสถานการณ์จริง และปรับแก้ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index : ADL ) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ WHO และแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของสำนักงานพยาบาล ซึ่งเครื่องมือทั้งสามชิ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว

#### ระยะที่ 2 นำการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ให้กับพยาบาลของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้ง 25 รพ.สต./ศสข. เพื่อทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมในขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการรายกรณีให้เข้าใจตรงกัน แล้วจึงนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง เป็นระยะเวลา 6 เดือน

#### ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการจัดการรายกรณี

ภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปแล้ว 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในระชยะเวลาดังกล่าว จำนวน 32 คน

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ คำนวณหาร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติ Paired-T test

## ผลการวิจัย

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ในการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.38 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.62 รองลงมา 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 34.38 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.88 รองลงมา มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.12 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 43.75 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเส้นเลือดสมองแตก ร้อยละ 65.62 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน ( N= 32คน )	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	13	40.62
หญิง	19	59.38
<b>2. อายุ</b>		
41-50 ปี	3	9.38
51-60 ปี	13	40.62
61-70 ปี	12	37.50
มากกว่า 70 ปี	4	12.50
<b>3. สถานภาพ</b>		
โสด	3	9.38
คู่	16	50
หม้าย	11	34.38
หย่า/แยก	2	6.25
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	25
ประถมศึกษา	15	46.88
มัธยมศึกษา	9	28.12
<b>5. อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	12	37.50
ค้าขาย	6	18.75
รับจ้าง	14	43.75
<b>6. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง</b>		
ตีบตัน	11	34.38
แตก	21	65.62



## 2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี (n = 32)

ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	ก่อนการจัดการ		หลังการจัดการ		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	49.06	10.58	75.78	10.24	<.001*
คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	102.06	4.85	122.34	5.18	<.001*
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	58.97	9.68	83.71	6.01	<.001*

\* p<.05

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) นอกจากนี้ยังพบว่า มีอัตราความครอบคลุมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 100 และไม่มีอุบัติการณ์การ Re-admission ภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย ในกลุ่มเป้าหมายนี้

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM) ของ Wagner (1999) มีประสิทธิผลค่อนข้างสูง กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 32 คน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจมากต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลการศึกษา ครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาแนวทางการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย<sup>9</sup> ผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมาก และการวิจัยที่ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี<sup>8</sup> ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้บุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนได้ครบถ้วน และมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวางระบบการพัฒนาแก้ไขปัญหาคาดการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยลักษณะการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดำเนินการในชุมชนที่เน้นการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับสู่ชุมชน ซึ่งในระบบการจัดการนี้ยังมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ร่วมด้วย โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) การประกาศนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล โคนสอดคล้องกับนโยบายของทีมนำของโรงพยาบาล 2) คิดสร้างสรรค์ระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งสนับสนุนให้ทุกสหสาขาวิชาชีพได้แสดงบทบาทของตนเองอย่างชัดเจน เช่น แพทย์วางแผนการรักษา พยาบาลให้ความรู้ คำนวณแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เกษีกรให้ความรู้การรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประสานความร่วมมือ (Case Manager) โดยร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลที่บ้าน มีการประกาศใช้และรับทราบร่วมกัน 3) พัฒนาศมรรถนะพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในเครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยไปที่บ้านหรือชุมชนอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4) การจัดระบบเพื่อ

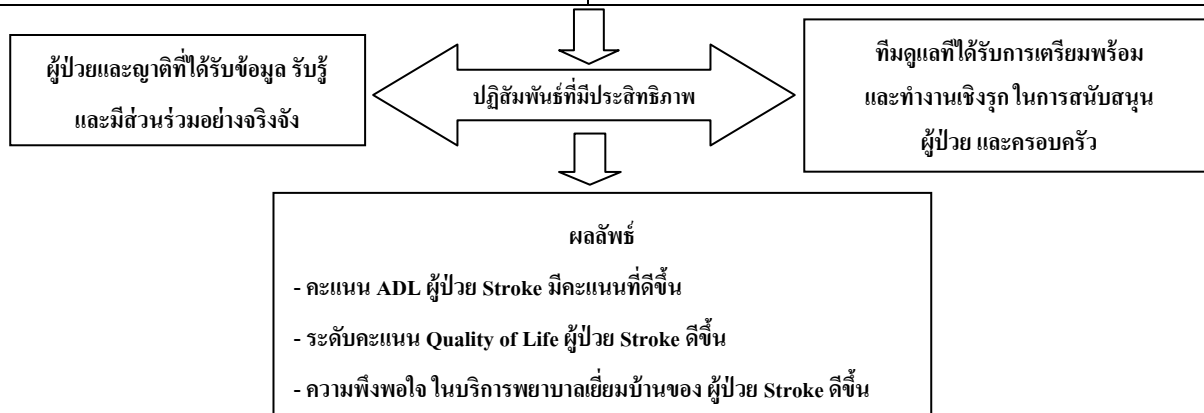


สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละราย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรับผิดชอบ สุขภาพของตนเอง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมในการดูแลตนเอง

5) รวบรวมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน สนับสนุนและประสานงานกับชุมชนของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเอง เช่น การสนับสนุนดูแลของจิตอาสา อาสมัครสาธารณสุข หรือองค์การบริหาร ส่วนตำบล เป็นต้น

6) การติดตามประเมินผลและมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ โดยการประชุมสะท้อนคิดผลการดำเนินงานกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการลงทะเบียนผู้ป่วย Home ward ของ โรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การมีระบบการจัดการรายกรณีที่ดี ช่วยเพิ่ม คุณภาพการดูแลรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>8</sup> ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>9</sup> นอกจากนี้การจัดการรายกรณีและการดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน ยังช่วย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการ การเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถประเมินปัญหาอุปสรรค และค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เกิดความใกล้ชิด และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถสรุปได้ดังภาพ

แนวทางการดูแล Stroke Home Care คลสอ.เมือง เพชรบูรณ์	
<p><b>Delivery System Design : การออกแบบระบบให้บริการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลด้วยการจัดการรายกรณี (case management)</li> <li>- ทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกัน ส่งต่อข้อมูลกัน</li> <li>- การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ในทีมงาน</li> <li>- การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>- การกำหนดแผนการติดตามความก้าวหน้าและเป้าหมายการดูแล</li> <li>- การกำหนดแผนการเยี่ยม</li> </ul>	<p><b>Self - management Support : การสนับสนุนการจัดการตนเอง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล</li> <li>- การกระตุ้นผู้ป่วย/การสนับสนุนทางจิตใจ /จิตวิญญาณ</li> <li>- การประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย</li> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรและเครื่องมือการจัดการตนเอง เช่น อุปกรณ์เสริม แผ่นพับ ความรู้ คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย Stroke</li> <li>- การวางแผนดูแลแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน</li> </ul>
<p><b>Decision Support : ระบบสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนทางวิชาการ การดูแลโรคหลอดเลือดสมองให้กับทีมงาน , การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ , Conference Case</li> <li>- การปฏิบัติตามแนวทาง เวชปฏิบัติ /CPG/Care map /แนวทางการดูแล Stroke Home Care</li> <li>- การให้ความรู้ผู้ให้บริการ เรื่องการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>- การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ :แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขา</li> </ul>	<p><b>Health Care Organization : หน่วยบริการสุขภาพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนของผู้นำองค์กร: ผอ.รพ./หน.กลุ่มงานเวชกรรมสังคม/ผอ.รพ. สด./หน.หอผู้ป่วย-หน่วยงานต่างที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- นโยบายการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม นำสู่การปฏิบัติได้</li> <li>- การมีส่วนร่วมของแพทย์-พยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหสาขา</li> <li>- ปรับปรุงระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง การควบคุมติดตามคุณภาพการดูแล</li> <li>- ความพร้อมในทุกด้านสำหรับการเปลี่ยนแปลงการดูแลที่มีคุณภาพ</li> </ul>
<p><b>Community Resources:แหล่งประโยชน์ของชุมชนและนโยบาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำหรับผู้ป่วย มีญาติ และ ผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลรอง</li> <li>- สำหรับชุมชน ที่มีความพร้อมและให้การสนับสนุนดูแล : อบต./เทศบาล / ชมรม/องค์กรเอกชน/จิตอาสา/อสม./นักบวช เป็นต้น</li> </ul>	<p><b>Clinical Information Systems : ระบบข้อมูลและข่าวสารในเรื่องสุขภาพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การลงทะเบียนผู้ป่วย Home ward ของ รพ./สอ.</li> <li>- การใช้ข้อมูลข่าวสารสำหรับการจัดการการดูแล</li> <li>- การสะท้อนกลับของข้อมูลการปฏิบัติงาน ให้กับผู้เกี่ยวข้อง</li> </ul>





### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำรูปแบบการจัดการรายกรณี ไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนให้พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข ได้มีความเข้าใจในการนำการจัดการรายกรณี และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
3. ควรทำการศึกษาผลการดูแลต่อเนื่องด้วยการจัดการรายกรณีในโรคเรื้อรังอื่น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอเมือง จ.เพชรบูรณ์ ทีมเยี่ยมบ้านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ทีมศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและสมาชิกครอบครัว เครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน รวมทั้งผู้มีพระคุณ และกัลยาณมิตรทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwele N, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Prevalence of Stroke and Stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. Journal of the Medical Association of Thailand 2011; 94: 427- 36.
2. Thonghong A, Thepsitha K, Jongpiriyanan P, & Gappbirom I. Chronic Diseases Surveillance Report 2011. Weekly Epidemiology Surveillance Report 2013; 44: 145-52.
3. เนติมา ภูนิษฐ์. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัน ไพบูลย์. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
5. สุภาภรณ์ นากลาง และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ . เพชรบูรณ์ : โรงพยาบาลเพชรบูรณ์; 2555.
6. ภัคพร กอบพิงคน และนาฏยา เอื้องไพโรจน์. การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2544 ; 34: 22-31.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. บทคัดย่อผลงาน R2R ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R: เสริมพลัง สร้างสรรค์และพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2551.
8. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรูญลักษณ์ ป้องกัน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557;21: 4-21.
9. อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. Graduate Research Conference 2012. [online].2557. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2558]. Available from: URL <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo15.pdf>
10. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs : are they consistent with the literature? Manage Care Q 1999; 7: 56-66.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี : กรณีศึกษา  
**Nursing Care of Cervical Cancer Operated Patient with the Radiation Treatment :**  
**A Case Study**

วิไล ชื่นจิตร, ป.พ.ส.\*

**Abstract**

Cervical cancer is the most found cancer among the five cancer related illnesses usually found in Thais. It occurs through the abnormal change of cells around cervical leading to an uncontrollable cell division. The objective of this work is to study the results of the operation of cervical cancer and the subsequent radiation treatment. The patient, 28 ages, had the presenting symptom, which was the bleeding out of cervical one day before going to the hospital. After medical investigation, the results showed that the patient had the cervical cancer squamous cell CA type. The patient was operated by radical hysterectomy with pelvic node dissection (RHND). After getting operated, the possibility of hypovolemic shock, occurs through the bleeding inside the pelvic, was also determined by recording the vital signs, O<sub>2</sub> saturation every 1 hour and observing the surgical wound at the abdominal surface and the bleeding out of the vagina as well. The sleeping position of the patient was fowler's position. The patient was getting medically healed according to the treatment plan of the doctor. The treatment results revealed that the patient had no hypovolemic shock after the medical evaluation of nursing care giving to the patient, and also no complications after the medical assessment after the radiation treatment.

**Keywords :** radical hysterectomy with pelvic node dissection (RHND), Radiation treatment



## บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในบรรดามะเร็ง 5 อันดับแรกของคนไทย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก มีการแบ่งตัวของเซลล์มากจนไม่สามารถควบคุมได้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกและต่อด้วยรังสี ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 28 ปี มาด้วยอาการสำคัญ คือ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเลือดออกจากช่องคลอดมาก ตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก ชนิด Squamous cell CA ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (RHND) มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock จากการตกเลือดภายในอุ้งเชิงกรานหลังผ่าตัด ได้ประเมินและบันทึกเกี่ยวกับสัญญาณชีพ O<sub>2</sub> saturation ทุก 1 ชั่วโมง แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและเลือดที่ออกจากช่องคลอด จัดให้ผู้ป่วยนอน Fowler's position ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่มีอาการของภาวะ hypovolemic shock จากการประเมินผลการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย และติดตามประเมินผลหลังการรักษาด้วยรังสี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

**คำสำคัญ:** มะเร็งปากมดลูก การผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคน (RHND) การรักษาต่อด้วยรังสี

## บทนำ

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในบรรดามะเร็ง 5 อันดับแรกของคนไทย มะเร็งปากมดลูก เป็นโรครันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก มีการแบ่งตัวของเซลล์มากจนไม่สามารถควบคุมได้ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยกว่า 17 ปี<sup>1</sup> คู่สมรสที่มีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ป้องกันหรือมีเพศสัมพันธ์ ขณะมีระดูมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ชอบเที่ยวหญิงบริการ นอกจากนี้ฐานะ การศึกษา สูบบุหรี่ รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดภายในระยะเวลา 5 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก 1 เท่า<sup>2</sup> อาการและอาการแสดง มักไม่พบในระยะก่อนลุกลาม เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรงมีขนาดเล็ก ยังไม่มีการติดเชื้อหรือมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก อาจมีตกขาวเป็นมูกใส ระยะเริ่มต้นอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเป็นหยดๆ ในขณะที่หรือหลังร่วมเพศ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม อาจจะมาด้วยอาการเลือดออกมากทางช่องคลอด มีกลิ่นเหม็น อาการปวด มักจะเกิดในระยะท้ายที่โรคเป็นมากและลุกลามไปไกล<sup>3</sup>

การวินิจฉัยโรค ใช้การซักประวัติเกี่ยวกับอาการนำมาพบแพทย์ ได้แก่ ตกขาว มีจำนวนมากผิดปกติ ลักษณะเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น เลือดออกเมื่อสัมผัส หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ อาการเจ็บปวด การตรวจร่างกายว่ามีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใดที่โตกว่าปกติ โดยเฉพาะ supraclavicular node มีตับและม้ามโตหรือไม่<sup>4</sup> การตรวจ Pap smear เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น เพราะเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย สะดวกไม่เจ็บปวด และเสียค่าใช้จ่ายน้อย โดยอาศัยดูการเปลี่ยนแปลงของ mucous และ cytoplasm มีโอกาสผิดพลาดน้อย การรักษา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค คือ ระยะเริ่มแรก (treatment of CIN) สิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาในการรักษาด้วย คือ อายุของผู้ป่วย ความต้องการตั้งครรถ์อีกในอนาคต ความรุนแรงของโรค สภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ความสามารถในการมาตรวจติดตามผล การรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ได้แก่ การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสี การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน เป็นต้น<sup>6</sup> การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาต่อด้วยรังสี ได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยซักประวัติเกี่ยวกับ

ประวัติเบื้องต้น ประวัติอื่น ๆ ที่จะมีผลต่อการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านเอกสาร วัสดุอุปกรณ์พิเศษต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผน การพยาบาลหลังผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะช็อก การติดเชื้อแผลผ่าตัด ปอดแฟบ ปอดอักเสบ การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น<sup>7</sup> ส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อด้วยรังสีที่โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งลพบุรี ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และแนะนำการรักษาความสะอาดและสุขภาพทั่วไปของร่างกายให้พร้อมที่จะรับรังสี พร้อมทั้งการเตรียมทางด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล พร้อมทั้งมาตามนัดทุกครั้งหลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและรังสี ทำให้ทราบผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจที่จะศึกษา

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 28 ปี ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยอาการเลือดออกจากช่องคลอดมากผิดปกติ แพทย์รับไว้ที่หอผู้ป่วยนรีเวช ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส MEWS Score 1 คะแนน ผู้ป่วยมีประวัติการตั้งครรภ์มา 2 ครั้ง คลอดปกติ ไม่มีแท้งจากการตรวจร่างกาย และการตรวจชิ้นเนื้อ พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกชนิด Squamous cell CA ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (RHND) และต่อด้วยรังสีรักษา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่มีแผนรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เพื่อผ่าตัดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น รวมถึงสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีผลลัพธ์หลังผ่าตัดดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นสภาพเดิมได้โดยเร็ว ก่อนไปรักษาต่อด้วยรังสีที่โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งลพบุรี ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย รวมผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 12 วัน

### ปัญหาและการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากการผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (RHND) การผ่าตัดนี้มีการตัดเลาะเนื้อเยื่อต่างๆในอุ้งเชิงกรานออกมาก การผ่าตัดใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง
2. การตกเลือดเกิดขึ้นได้ 2 ระยะ คือ การตกเลือดในขณะที่ผ่าตัดและการตกเลือดหลังผ่าตัดพบได้น้อย
3. ในขณะที่ผ่าตัดจะมีการตรวจหาหลอดเลือดอยู่แล้ว ยกเว้นว่าห้ามเลือดไม่ดีก่อนผ่าตัดเสร็จหรือห้ามเลือดที่ออกหลายจุดไม่ได้ ทำให้เกิดการเสียน้ำและเลือด เกิดภาวะ shock ได้

**วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hypovolemic shock

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ (BP 110/70 mmHg, P 98 /min , R 20 / min, T 37 ° C)
2. ไม่พบอาการเขียว
3. ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดแดงร้อยละ 90-100
4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ





### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ shock ได้แก่ อาการซีด ท้องอืดจากเลือดออกในช่องท้อง ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย ตัวเย็น เหงื่อออก เป็นต้น

2. ตรวจสอบชีพจรและความดันโลหิตทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาทีภายใน 4 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง ภายใน 8 ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมงภายใน 12 ชั่วโมง หลังจากนั้นควรวัดทุก 4 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาล

3. ต่อท่อระบายเข้ากับเครื่อง suction ต่อลงขวด สังเกต discharge ที่ออกมา และจดบันทึกไว้

4. สังเกตเลือดที่ออกจากแผล จากช่องคลอด และจดบันทึกปริมาณน้ำเหลืองและเลือดจากท่อระบาย

5. จดบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ภายใน 8 ชั่วโมง และบันทึกต่อไปตามสภาวะของผู้ป่วย

6. ประเมินอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ปากแห้ง ผิวแห้ง ความตึงตัวของผิวไม่ดี

7. สังเกตภาวะซีดจากผิวหนัง เล็บ และเปลือกตา

8. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต และบันทึกตามระยะที่วางแผนไว้ ถ้าพบว่า ค่าฮีมาโตคริตลดต่ำลงมากกว่าร้อยละ 20 ต้องรายงานแพทย์ทันที

9. ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถได้อาหารทางปาก ควรดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ครบถ้วน และเพียงพออย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการซีด

2. ไม่มีอาการตกเลือด ขณะผ่าตัดเสียเลือด 300 ซีซี

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานและแผลผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ปัญหาที่เกิดกับบาดแผลของการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจะพบได้ว่าอาจเกิดความผิดปกติได้มากเนื่องจากภาวะของโรคร่วมกับภาวะทุพโภชนาการในการเป็นโรคและการรักษา

2. ขบวนการเกิดเนื้อเยื่อใหม่เพื่อซ่อมแซมการสูญเสียจากการผ่าตัดจะเป็นไปได้ช้าและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้

**วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานและแผลผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้สูง

2. ไม่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานและแผลผ่าตัด เนื่องจากไม่อาการบวม แดง หรือมี discharge ไหล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ป้องกันการอุดตันของ retroperitoneal tube drain โดยการ

1.1 ตรวจสอบให้เครื่องดูดสุญญากาศทำงานอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ใช้น้ำรีดท่อระบาย ทุก 2 ชั่วโมง และดูแลอย่าให้สายหักพับ

1.3 จดบันทึกปริมาณน้ำเหลืองและเลือดอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องทุก 8 ชั่วโมง

2. จัดให้ออนท่า semi fowler เพื่อป้องกันการ pelvic congestion

3. หลีกเลี่ยงการจับต้องบริเวณแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
4. ตรวจสอบบริเวณแผลว่ามี discharge หรือหนอง สี และปริมาณพร้อมทั้งบันทึกทุกครั้ง
5. สังเกตลักษณะของแผลว่ามีอาการอักเสบ บวม แดง เจ็บปวดหรือไม่
6. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดตามแผนการรักษา และทำความสะอาดแผลที่ท่อระบายทุกวันด้วย aseptic technique
7. จัดบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ
8. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือด ไปเพาะเชื้อ เป็นต้น
9. ให้อาบน้ำชำระตามแผนการรักษา

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge ไหล
2. ไม่มีการอุดตันของ retroperitoneal tube drain

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลที่ต้องไปรับการรักษาด้วยรังสี

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าหวาดกลัว
2. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
3. แพทย์มีแผนที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อด้วยรังสี

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนไปรับการรักษาด้วยรังสี
2. ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนไปรักษาต่อด้วยรังสี โดยการทำความสะอาด และดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ภาวะซิด ความต้านทานของร่างกายดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ไม่มีการติดเชื้อของร่างกาย บริเวณที่ฉายรังสีไม่มีแผล เป็นต้น

2. เตรียมผล Chest x-ray , EKG, CT, Lab ให้กับผู้ป่วยไปให้แพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งลพบุรี พร้อมแนะนำให้ผู้ป่วยนำผลมาคืนที่โรงพยาบาลเดิมด้วย

3. แนะนำเรื่องโรคและการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพและการดูแลรักษา ส่งเสริมสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น การให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามความเหมาะสม เป็นต้น

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาต่อด้วยรังสี
3. ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง



## สรุป

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีพฤติกรรมทางระบาดวิทยาคล้ายกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยกรณีศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยมีบุตร 2 คน คลอดปกติ ไม่เคยทำ Pap smear เลย ตั้งแต่คลอดบุตรทำให้มีโอกาสเกิดรอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (CIN) ในปัจจุบันสามารถวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกได้อย่างรวดเร็ว การรักษา คือ การผ่าตัด พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย การรักษาในระยะต่างๆ ตลอดจนการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

## ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก เป็นการทำงานที่ต้องประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นทีมแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ เจ้าหน้าที่จากห้องปฏิบัติการต่างๆ ธนาคารเลือด ห้องผ่าตัด หน่วยพักฟื้นหลังผ่าตัด หอผู้ป่วย และอื่นๆ นอกจากนี้ยังต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จนกระทั่งหลังผ่าตัดและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี จะช่วยลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้มาก ผู้ป่วยเองก็มีความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จนสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

## เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. มะเร็งนรีเวช. ใน : เสวก วีระเกียรติ, สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์,บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์;2550. หน้า 217-29.
2. ธนิต วัชรพุกก์. Preoperative and postoperative care. ใน : ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : ประชาชนอินเตอร์พรีน; 2550. หน้า 219-32.
3. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, ชีระพร วุฒยวณิช, ประภาพร คู่ประเสริฐ และสายพิณ พงษ์ชา. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : พี บี ฟอเรน บুকส เซนเตอร์ ; 2551. หน้า 389-417.
4. นันทนา ธนาโนวรรณ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพมหานคร : วิจิ ; 2553.
5. ปัทมา เชาวโพธิ์ทอง, สมศักดิ์ ไหลเวชวิทยา. การดูแลรักษากรณีตรวจพบเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก. ใน : มงคล เบญจาทิบาล, ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, ประสงค์ ดันมหาสมุทร, ชันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์ , ปัทมา เชาวโพธิ์ทอง, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค : OB-CYN in practice 2009. กรุงเทพมหานคร : พี เอ ลิฟวิ่ง ; 2552. หน้า 157-74.
6. ปัทมา พรหมสนธิ, เสวคนธ์ อัจฉิมาการ. การประเมินก่อนการผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด. ใน : เสวก วีระเกียรติ, สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2550. หน้า 51-63.
7. ยุพิน เพ็ชรมงคล. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : นันทพันธ์พรีนติ้ง ; 2553.

## คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับเรื่องทางวิชาการ และสารคดีเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างจริงจังทั้งนี้ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับเตรียมบทความ เพื่อลงพิมพ์วารสารที่มีชื่อเสียงอื่นๆ ด้วยประเภทของบทความ การเตรียมและส่งต้นฉบับ

### 1. ประเภทบทความ

#### นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วยคำนำ เนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

#### บทความทบทวนวิชาการ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

#### บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิทัศน์กับบทความ ฟันวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

#### บทปกิณกะ (miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บทปริทัศน์ รายงานผลการศึกษาโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

#### จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

### 2. การเตรียมต้นฉบับ

#### 2.1 ชื่อเรื่อง (title)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร หรือ 20 คำ พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา..” หรือ “การสังเกต..”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา



## 2.2 บทคัดย่อ (abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาผลการศึกษาและวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

## 2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

## 2.4 บทนำ (introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม มากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

## 2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

## 2.6 ผลการวิจัย (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน คุยได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

## 2.7 อภิปรายผล (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษากับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการหรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

## 2.8 สรุป (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้



## 2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ควรสอดแทรกตารางไว้ในเนื้อเรื่อง ใ้คำ่ว่า ตาราง 1

## 2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูย่อกว้าง เพราะ ผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

## 2.11 เอกสารอ้างอิง (references)

เขียนอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) คู่มือหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อ บุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการ รับผิดชอบแล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

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

### การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสารปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อ ตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

##### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความ ครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2550. วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2551 ; 7 : 20-6.

2. Russell FD, Coppel AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol ; 1998 ; 55 : 697-701.

##### 3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.

##### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981 ; 283 : 628.

##### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539 ; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.



### วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994 ; 102 Suppl 1 : 275-82.
2. Semin Oncol 1996 : 23 (1 Suppl 2) : 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995 ; 32 (pt 3) : 303-6.
4. N Z Med J 1994 ; 107(986 pt 1) : 377-8
5. Clin Orthop 1995 ; (320) : 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993 : 325-33.

### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, คำรง เพ็ชรพลา, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539 ; 48 :616-20.
2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996 ; 347 :1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

#### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพาณิช; 2535.
2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY) : Delmar Publishers ; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิเด็ก ; 2535.
2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York : Churchill Livingstone ; 1996.

#### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน : มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชวลิตธารง, พิภพ จิริภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2550. หน้า 424-7.
2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension : pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York : Raven Press ; 1995. p 465-78.

### 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาศิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ; 6-8 พฤษภาคม 2541 ; ณ โรงแรมบีบีทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร : คีไซท์ ; 2541.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th

International congresses of EMG and clinical Neurophysiology ; 1995 Oct 15-19 ; Kyoto, Japan. Amsterdam : Elsevier ; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics ; 1992 Sep 6-10 ; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland ; 1992. p. 1561-5.

### 3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน ; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, สุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก ; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX) : Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections ; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยชัย ชาติ. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO) : Washington Univ. ; 1995.

### 3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

#### 3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539 ; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21 ; Sect. A : 3 (col.5).

#### 3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

#### 3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins ; 1995. Apraxia ; p. 199-20.

### 3.7 วีดิทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต : แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS : the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book ; 1995.

### 3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล] ; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล : URL address underlined.





1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. *Emerg Infect Dis* [online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : <http://www/cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *Br J Psych* [online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168(4) : 500-6. Available from : URL : <http://biomed.niss.ac.uk>

## 2. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available from : URL : <http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.htm>

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available from : URL : <http://www.healthy.net/asp/templates/Article.asp?PageType=Article&Id=920>

## 3. Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล : ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: *Family Medicine*. 5th ed. [online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

## 4. CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

## 5. Book on CD-ROM

5.1 The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

5.2 Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: *International Healthcare Series* [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

## 6. Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

6.1 Gershon ES. Antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry* [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

## 7. Other Software

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

7.1 Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

## 4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

### 4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แทรกในเนื้อหาได้เลย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ(Footnote) ได้ตาราง
- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ \*
- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง
- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 4 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตารางถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้
- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

#### 4.2 ภาพและแผนภูมิ

- ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้
- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน
  - ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 × 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 × 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกับกระดาษรองไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพและเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เขียนชื่อเจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้ผู้เขียนเรื่องเขียนหลังภาพเพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏทางด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

#### 5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับ 2 ชุด (ไฟล์ข้อมูล / CD - ROM) ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับ แผ่นกระดาษต้นฉบับการส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิม เป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

#### 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์บทความเฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณ 2-3 ครั้ง

#### 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์



## การส่งต้นฉบับให้บรรณาธิการ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ อย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่หน้าปกชื่อเรื่องเรียงไปตามลำดับที่มุมขวาบนหรือล่างของกระดาษ ซึ่งเป็นต้นฉบับ 2 ชุด มาพร้อมกับ ไฟล์ข้อมูล / CD-ROM เพื่อเก็บข้อมูล สำหรับทางคอมพิวเตอร์ รูปแบบอักษร Angsana ตัวอักษรขนาด 16

### กำหนดการออกของวารสาร

ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เดือนมิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 สิงหาคม)

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - เดือนธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 1 มีนาคม)

หมายเหตุ : บทความไม่ควรเกิน 10 หน้า ต่อเรื่อง

### การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง

คุณอาภากร เอ็มโอฐ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ

ห้องสมุดโรงพยาบาลกำแพงเพชร

อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000

e-mail : librarian\_hh@hotmail.com

โทรศัพท์ (055) 714223 - 5 ต่อ 1403

โทรสาร (055) 711232

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้พิมพ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์รับ ตีพิมพ์ โดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์

