



วารสารพยาบาลสาธารณสุข JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2567 Vol.38 No.1 January - April 2024



บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดจากเวชระเบียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร
2. ตำรับยาสมุนไพรภูมิปัญญาของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี
3. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพังผืดอ้าเอนองเสื่อ จังหวัดปทุมธานี
4. อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมุทรปราการ : การศึกษาย้อนหลัง
5. ความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

บทความวิชาการ

1. กรอบความคิดเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษา ค้นคว้า และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทัพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.อมริสา	ตันสถิตย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.กนกวรรณ	ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวีรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชรภาพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการร่วม	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการประจำฉบับ	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละกำบ้าน	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.นพวรรณ	เปี้ยเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	ดร.มล.อาบกนก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.นาตา	ลัคนหทัย	Johns Hopkins University
	รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
	ผศ.ดร.นิสากร	กรุงไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรณารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 38 เดือนมกราคม – เมษายน 2567 บทความวิจัยฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาที่หลากหลาย ได้แก่ ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสถจากเวชระเบียน ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร ดำรับยาอัมฤกษ์อัมพาตของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี ความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติเสี่ยงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพังผืดอวัยวะเหนือ จังหวัดปทุมธานี อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ: การศึกษาย้อนหลัง ความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และบทความวิชาการการรอบความคิดเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปัจจุบันอยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล จัดอยู่ในวารสารวิชาการ กลุ่ม 2 วารสารมีการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แบบ (Double- blind peer review) ในปี พ.ศ. 2567 นี้ วารสารพยาบาลสาธารณสุขจะเข้าสู่การประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568 - 2572 และจะมีการประกาศผลการประเมินผลคุณภาพวารสารรอบที่ 5 ในรอบเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 วารสารพยาบาลสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของวารสารมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น จริยธรรมการตีพิมพ์บทความทั้งในส่วนของผู้พิมพ์ ผู้ประเมินบทความ และกองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.เพลินพิศ บุญยมาลิก

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 1

เดือนมกราคม – เดือนเมษายน 2567

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 37 No.1 January – April 2024

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดจาก เวชระเบียน ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มาใช้บริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ แผนไทย โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร	Treatment Effects and Adverse Drug Reaction of Metta - Osot Cannabis Oil From Medical Records in End Stage Cancer Patients Received Treatment at a Cannabis Clinic, Thai Traditional and Integrated Medicine Hospital, Bangkok	1
รัชดาภรณ์ บัวมเหกุล ธันวา บัวมเหกุล	Ratchadaphon Buamahakul Thanwa Buamahakul	
ตำรับยาอัมพฤษ์อัมพาตของ หมอประสิทธิ์ แก้วมณี	Paresis-paralysis herbal drug formulas of the folk healer Prasit Keawmanee	12
พรสุดา แก้วมณี วัฒนา ชยธวัช ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล สมพร จิตรัตนพร ศุภรัศมี อัสวพรธนภัทร์	Pornsuda Kaewmanee Vadhana Jayathavaj Tanavan Sriamonruttanakul Suparat Asawapornthanaphat Somporn Jitrattanaporn	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความ ผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะ พึ่งพิงอำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี	Prevalence and Factors Related to Oral Potentially Malignant Disorders Among Dependent Patients in Nong Suea District, Pathum Thani Province	30
พิสิฐ แสงทองศิลป์ ชูชัย อนันต์มานะ ไพรัชฌ์ รอดอนันต์	Pisit Saengthongsin Chuchai Anunmana Pirasut Rodanant	
อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล สมุทรปราการ : การศึกษาย้อนหลัง	The Influence of Selective Factors on the Rate of Coronavirus 2019 Infection among Professional Nurses at Samut Prakan Hospital: A Retrospective Study	50
เนตรทิพย์ เจริญสุข สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เอกพล กาละดี	Nettip Charoensuk Somjai Putapitakpol Akaphol Kaladee	
ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของกลุ่มวัย ทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	Factors associated with workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital	65
นิจษา คำสุข สุรินทร์ กลัมพากร วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ศีลบุตร	Nijsa Kamsook Surintorn Kalampakorn Wonpen Kaewpan Jutatip Sillabutra	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ	หน้า
กรอบความคิดเชิงระบบเพื่อสนับสนุน การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษา ด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง	A Systematic Framework to Support the Returning to School During Chemotherapy of Adolescents With Cancer. 87
รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์ สุรศักดิ์ ตรีนัย	Rungtawin Samphan Surasak Treenai
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	102
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	109
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	110
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	111

บทความวิจัย

ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดจากเวชระเบียน
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

จังหวัดกรุงเทพมหานคร

รัชดาภรณ์ บัวมะกุล* ธันวา บัวมะกุล**

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดจากเวชระเบียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการได้รับยา รูปแบบการวิจัยคือเป็นวิจัยที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective study) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและมีประวัติรับน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดที่โรงพยาบาล ในช่วงระหว่าง 31 สิงหาคม 2563 – 30 มกราคม 2566 ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-90 ปี มีจำนวนทั้งหมด 274 คน ติดตามผลการรักษาได้ 147 คน และใช้แบบบันทึกข้อมูลคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L, ESAS, แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในการเก็บข้อมูลเมื่อรวบรวมแบบบันทึกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสในแบบบันทึกข้อมูล เปลี่ยนข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาเป็นตัวเลข ทำการประมวลผล จากนั้นใช้สถิติในการวิเคราะห์ผลการรักษาของยาจากเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต ได้แก่แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L, ESAS โดยใช้สถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดซ้ำโดยค่าเฉลี่ยแต่ละการนัดติดตาม เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของการนัดติดตามครั้งที่ 1 (Paired t-test) ,ค่าเฉลี่ย (mean) สำหรับอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

ผลการวิจัยพบว่า น้ำมันกัญชาเมตตาโอสดสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ช่วยบรรเทาอาการ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เหนื่อย/อ่อนเพลีย ไม่สบายกาย/ใจ คลื่นไส้อาเจียน ได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีอาการไม่พึงประสงค์อยู่ที่ร้อยละ 9 จากผลการวิจัยนี้พบว่าการใช้ยาตำรับที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบควรใช้เฉพาะทางการแพทย์เท่านั้นและอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือแพทย์แผนไทย และสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดงานวิจัยทางคลินิกได้ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ น้ำมันกัญชาเมตตาโอสด/ คุณภาพชีวิต/ อาการไม่พึงประสงค์/ น้ำมันกัญชา

วันที่รับบทความ: 2 พฤศจิกายน 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 12 มกราคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 27 มกราคม 2567

*ผู้รับผิดชอบหลัก นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

E-mail : miuoka2@hotmail.com

** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

Treatment Effects and Adverse Drug Reaction of Metta - Osot Cannabis Oil From Medical Records in End Stage Cancer Patients Received Treatment at a Cannabis Clinic, Thai Traditional and Integrated Medicine Hospital, Bangkok

Ratchadaphon Buamahakul* Thanwa Buamahakul **

ABSTRACT

This study aimed to investigate the therapeutic effects, adverse reactions, and quality of life of patients with end-stage cancer who were treated with Metta-osot cannabis oil. The data was obtained from medical records at a cannabis clinic. The study used retrospective data from medical records. There were 274 people who received Metta-Osot cannabis oil, but only 147 were collected between August 31, 2020 and January 30, 2023, including both males and females aged 20 to 90. We collected data from the quality of life questionnaire (EQ - 5D - 5L, ESAS), as well as from records of adverse drug reactions. All relevant data has been gathered. The researcher performed the coding of the data recording form. We converted the acquired data into numerical values and utilized statistical methods to investigate the impact of treatments on the quality of life. We conducted a statistical study to compare the means of a single sample group with repeated measurements. More precisely, we conducted a statistical analysis by comparing the average quality of life at each subsequent visit to the average quality of life at the initial follow-up visit. This comparison was done using a Paired t-test. Additionally, we also examined the occurrence of adverse drug reactions. The research findings indicated that the use of Metta osot cannabis oil can enhance the overall well-being of patients with terminal cancer. It significantly relieves symptoms related to insomnia, loss of appetite, fatigue, physical or mental distress as well as nausea and vomiting. There was a 9 percent occurrence of adverse reactions. Based on the findings of this study, it will be determined that cannabis-containing medications should only be used for medical purposes and under the supervision of a physician or practitioner of Thai traditional medicine. This study has the potential to enhance the scope of clinical research.

Key Words: End stage cancer patients/ Metta-osot cannabis oil/ the quality of life/ adverse drug reaction/ cannabis oil

Article info: Received: November 02, 2023, Revised: January 12, 2024, Accepted: January 27, 2024

*Corresponding author, Doctor, Professional Level, Thai Traditional and Integrated Medicine Hospital,

E-mail : miuoka2@hotmail.com

**Doctor (Senior Professional Level), Thai Traditional and Integrated Medicine Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โดยสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2565 พบว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 1 แสนรายต่อปี (เฉลี่ย 400 คนต่อวัน)¹ นอกจากนี้ข้อมูลสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2564² เป็นต้นมายังพบว่าโรคมะเร็งและเนื้องอกต่างๆเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด (อัตรา 128 คนต่อประชากร 100,000 คน) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น³ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีปัญหาเรื่องการทรมานจากอาการของโรค โดยเฉพาะอาการปวด⁴ ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลกระทบต่อสังคมเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รับการรักษาจากแผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผลและสนใจรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก⁵ ในปี พ.ศ. 2562 ได้มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขประกาศเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อผู้ป่วยที่สนใจรับการรักษาแบบประคับประคองด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก⁶ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ได้รับมอบนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและได้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสนใจในการใช้น้ำมันกัญชามากขึ้นเป็นพิเศษ กัญชามีสารสำคัญในกลุ่ม Cannabinoids หลายตัว⁷ เช่น สาร Cannabidiol (CBD) ออกฤทธิ์ด้านอาการลมชัก บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง ไม่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ออกฤทธิ์ด้านอาเจียนและเจริญอาหาร⁸ แต่ถ้าใช้ในปริมาณสูง

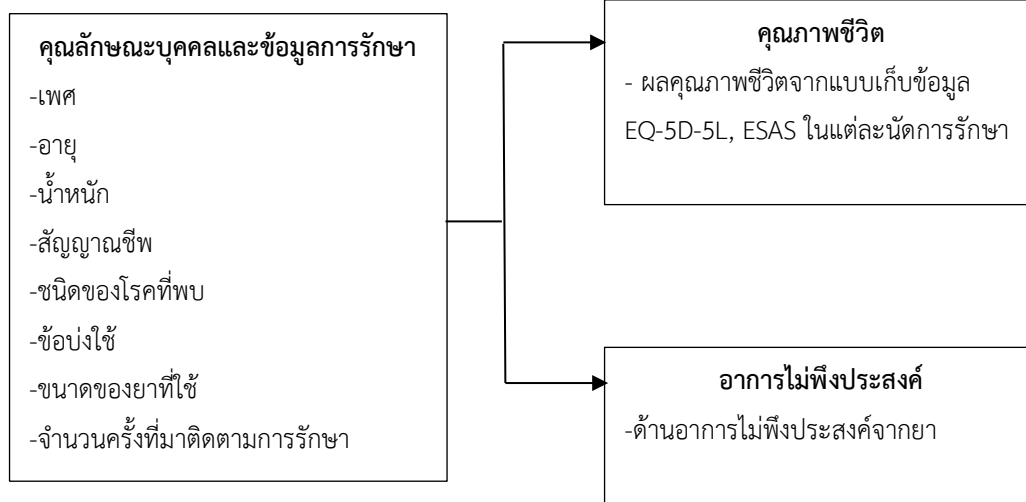
จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ส่วน Cannabinoids ชนิดอื่นๆ มีการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังสามารถพบผลข้างเคียงจากการใช้สารสกัดจากกัญชาได้ อาการที่พบได้บ่อยที่สุดคืออาการทางระบบประสาท จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นพบว่า กลุ่มอาการที่มีข้อบ่งใช้ของสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ แก้อาเจียน อาเจียน กระตุ้นความอยากอาหาร นอนไม่หลับ ลดความวิตกกังวล ลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วย cancer และ non-cancer กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก และด้านลมชัก⁹ ผลข้างเคียงที่พบในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร THC หรือ CBD ในการรักษาส่วนใหญ่ 96.6% เป็นชนิดไม่รุนแรง และอาการที่พบมากที่สุดคือเวียนศีรษะ¹⁰

โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ได้เริ่มเปิดการจ่ายตำรับเมตตาโอสถซึ่งเป็นน้ำมันกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และได้ขึ้นทะเบียนรับการรักษารับรองจากองค์การอาหารและยาตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2563 ทางโรงพยาบาลได้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์และเริ่มจ่ายน้ำมันกัญชาเมตตาโอสถเป็นครั้งแรก ผลข้างเคียงที่มีรายงาน ได้แก่ ง่วงซึม ความดันโลหิตผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว มีเวียนศีรษะ สับสน ทั้งนี้เนื่องจากน้ำมันกัญชาเมตตาโอสถยังไม่เคยมีงานวิจัยหรืองานวิชาการรองรับ ทำให้น้ำมันกัญชาเมตตาโอสถยังขาดข้อมูลผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ ที่นำไปสู่การนำน้ำมันกัญชาเมตตาโอสถมาใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาในประเด็นการประเมินผลการรักษา อาการไม่พึง

ประสงค์และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษา เพื่อผลการวิจัยจะเป็นแนวทางส่งเสริมการใช้น้ำมันกัญชาที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะบุคคลและข้อมูลการรักษาของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสด
2. เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาเมตตาโอสด
3. เพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Retrospective study) ที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ตั้งแต่ 31 สิงหาคม 2563 – 30 มกราคม 2566 ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-90 ปี เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายรับน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดและเข้า

สมมุติฐาน น้ำมันกัญชาเมตตาโอสดสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัย การศึกษาย้อนหลังผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดจากเวชระเบียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง

ร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีจำนวนทั้งหมด 274 คน ติดตามได้ 147 คน ผู้ป่วยทุกคนได้รับน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดที่ขนาดเริ่มต้น 1 หยด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน มีการนัดติดตามหลังใช้ยาทุก 1 เดือน และเก็บข้อมูลติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน มะเร็งที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษามีดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูล EQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิต มี 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการประเมินสภาวะสุขภาพใน 5 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการประเมินสุขภาพทางตรง (visual analog scale (VAS)) มีระดับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด

2) แบบบันทึกข้อมูล ESAS ซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต มีทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่วงซึม/สับสนสับสน อาการเบื่ออาหาร อาการไม่สบายทั้งกายและใจ อาการเหนื่อยหอบ โดยมีระดับตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการและ 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

3) เครื่องมือที่ช่วยในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ใช้แบบบันทึกข้อมูลประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา¹¹ ร่วมกับแบบบันทึกข้อมูลจากแบบประเมิน Naranjo's algorithm ซึ่งแบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (adverse drug reaction) กับยาที่สงสัย โดยผลการประเมินออกมาในรูปของระดับความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์ว่าสัมพันธ์กับยามากน้อยเพียงใด โดยแบ่ง

ออกเป็น 4 ระดับ คือ ใช้นั้น (definite) น่าจะใช่ (probable) อาจจะใช่ (possible) ไม่น่าใช่ (doubtful หรือ unlikely) เป็นเสมือนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความสัมพันธ์หรือความเป็นไปได้ว่ายาที่สงสัยจะเป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบบันทึกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสในแบบบันทึกข้อมูลเปลี่ยนข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาเป็นตัวเลข ทำการประมวลข้อมูล จากนั้นทำการเลือกใช้สถิติตามระดับของข้อมูลให้ถูกต้อง ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) คุณลักษณะบุคคลและข้อมูลการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก สัญญาณชีพ (vital sign) ชนิดของโรคที่พบ ข้อบ่งชี้ ขนาดของยาที่ใช้ จำนวนครั้งที่มาติดตามการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L, ESAS โดยใช้สถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดซ้ำโดยค่าเฉลี่ยแต่ละการนัดติดตามเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของการนัดติดตามครั้งที่ 1 (Paired t-test)

3) วิเคราะห์อัตราการเกิดไม่พึงประสงค์จากยา โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยจากแบบเก็บข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

เกี่ยวข้องกับยาที่สงสัยหรือไม่โดยใช้ Naranjo's algorithm

การรับรองจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายเลข 02-2556

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะบุคคลและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย

จากเวชระเบียนที่ติดตามผู้ป่วยที่รับน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดจำนวน 6 ครั้ง พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมดที่รับน้ำมันกัญชาเมตตาโอสด 274 คน มีผู้ป่วยที่มาติดตามผลการรักษา กับแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 147 คน เมื่อผ่านไป 6 เดือน มีผู้ป่วยเพียง 27 คน ที่มาติดตามครบจนถึงเดือนที่ 6 และยังมีผู้ป่วย 39 คน (ร้อยละ 14) ที่ยังไม่ถึงรอบนัด มีอัตราการสูญหายจากการติดตาม (dropout rate) ร้อยละ 42.8 ข้อมูลไม่ครบจนไม่สามารถคำนวณได้ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 เสียชีวิต 23 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ติดต่อกไม่ได้ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13

ในกลุ่มของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 147 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.7) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี

(ร้อยละ 38.9) น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-69 กิโลกรัม (ร้อยละ 57.4) ชนิดของมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 17.6) รองลงมาเป็นมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 14.8) อาการส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับบริการจะเป็นอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 81.5) รองลงมาอาการปวด (ร้อยละ 52.8) ปริมาณการใช้ยาโดยเฉลี่ยครั้งแรกคือ 1.2 หยด ใน 1-3 วันแรกมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณยาเฉลี่ยนัดการรักษาละ 1 หยด

ผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากแบบประเมิน ESAS พบว่า น้ำมันกัญชาเมตตาโอสดมีผลบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยมี โดยเฉพาะ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เหนื่อย/อ่อนเพลีย ไม่สบายกาย/ใจ คลื่นไส้ ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่การติดตามครั้งที่ 1 จนถึง การติดตามผลครั้งที่ 3 (ตารางที่ 1) จากแบบประเมิน EQ-5D-5L พบว่า น้ำมันกัญชาเมตตาโอสดมีผลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ด้านการเคลื่อนไหว กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ ซึมเศร้า ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่การติดตามครั้งที่ 1 จนถึงการติดตามครั้งที่ 4 และ ค่าการวัดสุขภาพทางตรงด้วยสเกล (VAS) พบว่า มีค่าเฉลี่ยที่ดีขึ้นทุกการติดตามผลการรักษา (ตารางที่ 2)

Table 1: Results of end stage cancer patients symptoms who received Metta-osot cannabis according to the ESAS questionnaire from the first to the sixth visits.

Symptoms	Mean of the quality of life of ESAS questionnaire					
	1 st visit	2 nd visit	3 rd visit	4 th visit	5 th visit	6 th visit
insomnia	4.64	3.11	2.44	2.17	2.00	2.08
P – value		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
pain	5.08	3.32	2.77	3.04	1.67	1.80
P – value		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
loss of appetite	5.22	4.04	4.00	3.85	1.60	0
P – value		<0.001	0.001	0.002	0.008	0.156
tiredness	5.71	3.96	2.58	3.86	1.50	1.00
P – value		<0.001	0.001	0.290	0.004	0.374
sick body/mind	5.87	3.74	3.18	3.00	1.50	3.00
P – value		<0.001	0.005	0.008	0.028	0.122
Nausea/vomiting	6.11	4.78	3.75	5.33	-	-
P – value		0.042	0.058	0.423		
anxiety	6.17	3.00	5.00	5.00	-	-
P – value		0.035	-	-	-	-
dyspnea	5.00	4.60	8.00	8.00	-	-
P – value		0.178	-	-	-	-
drowsy	2	2	2	1	0	0
P – value		-	0.5	-	-	-
depress	1	1	0	0	0	0
P – value		-	-	-	-	-

Table 2: Mean of the quality of life assessed by EQ-5D-5L questionnaire of end stage cancer patients who received Metta-osot cannabis oil from the first to the sixth visits.

Mean of the quality of life of EQ-5D-5L questionnaire					
1 st visit	2 nd visit	3 rd visit	4 th visit	5 th visit	6 th visit
59.18	67.18	71.82	73.53	74.38	75.56
P-value	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	0.027

* significant at 0.05

อาการไม่พึงประสงค์และคำสัญญาณชีพของผู้ป่วย

สำหรับการอัตราเกิดอาการไม่พึงประสงค์พบว่ามี ร้อยละ 9 ที่มีรายงานว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์การบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จะนับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแต่ละอาการที่พบในครั้งแรกของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้มากที่สุดคือ เวียนศีรษะ ปากแห้งคอแห้ง ใจสั่น ค้นปากคั่นคอ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับยาที่สงสัยหรือไม่โดยใช้ Naranjo's algorithm พบว่าได้ผล probable คือ อาจจะใช่ ในส่วนของคำสัญญาณชีพของผู้ป่วย ได้แก่ ความดันโลหิต และ อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในระดับเดิมเมื่อเทียบกับก่อนเริ่มใช้ยา

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ในระยะเวลา 2 ปี 5 เดือน น้ำมันกัญชาเมตตาโอเอส มีแนวโน้มในการบรรเทาอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวด เบื่ออาหาร เหนื่อย/อ่อนเพลีย ไม่สบายกาย/ใจ คลื่นไส้ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นไปด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วลีรัตน์ ไกรโกศล¹² ที่กล่าวว่าในระยะเวลา 10 เดือน ยาน้ำมันกัญชาหยอดได้ลดสูตร THC 1.7% มีแนวโน้มในการบรรเทาอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล จึง ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของกัญชา

ที่กล่าวว่า สารสำคัญกลุ่มหลักในกัญชา คือ แคนนาบินอยด์โดยสารสำคัญ 2 ชนิดที่มีรายงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ได้แก่ *Delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC) และ *cannabidiol* (CBD) โดย THC และอนุพันธ์สามารถจับกับ cannabinoid receptor 1 (CB1) ในร่างกายได้ดี โดย CB1 พบมากที่ระบบประสาทส่วนกลางในสมอง จึงทำให้ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และส่งผลให้ THC สามารถมีฤทธิ์ระงับปวด ลดคลื่นไส้อาเจียน เพิ่มความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

ในเรื่องของการติดตามการรักษาจะเห็นได้ว่าในระหว่างการนัดช่วงแรก ๆ คือ นัดครั้งที่ 1-3 จะเห็นว่ามีผลคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Arun Bhaskar](#)¹³ ที่ศึกษาในเรื่องของขนาดและการบริหารสารสกัดกัญชาเพื่อรักษาภาวะปวดเรื้อรัง และเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยมะเร็ง ได้สรุปว่าผู้ป่วยมารับการรักษาช่วงแรก ๆ ในช่วงที่ระยะโรครยังไม่แย่มากนักจะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด และแย่งเรื่อง ๆ ตามพยาธิสภาพของโรค

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 9 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบส่วนใหญ่ไม่รุนแรง ซึ่งจัดการได้เป็นส่วนใหญ่ พบมากที่สุดคือเวียนศีรษะ โดยอาการจะหายไปเองเมื่อเข้าวันรุ่งขึ้นโดยผู้ป่วยไม่ต้องไปพบแพทย์ห้องฉุกเฉินกลางดึก ซึ่งทางแพทย์ผู้รักษาได้แก้ปัญหาโดยการปรับขนาดยาลงหรือเปลี่ยนสูตรการรักษาเป็นน้ำมันกัญชาที่มีความเข้มข้นต่ำ (น้ำมันเดชา) และแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือรับประทานคู่กับน้ำผึ้งผสมมะนาวหรือน้ำหวาน

เพื่อลดอาการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Bar-Lev Schleide¹⁴ และ วลีร์ตัน ไกรโกศล¹² ที่กล่าวว่าพบอาการไม่พึงประสงค์ถึงร้อยละ 30 แต่สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Andersen's Behavioral Model)¹⁵ ในเรื่องปัจจัยความเชื่อ ความรู้ (Health Belief) ที่ประชาชนมีต่อบริการสุขภาพซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ซึ่งปัจจัยที่สนับสนุนน่าจะเป็นเรื่องของความต้องการในการเข้าใช้บริการของประชาชน (Perceived Needs) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือรัฐบาลผลักดันการรักษาด้วยสมุนไพรและสารสกัดที่มีส่วนผสมของกัญชาทำให้ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในเรื่องของกัญชาเลยทำให้รายงานการเกิดผลข้างเคียงต่ำกว่างานวิจัยอื่น

เนื่องจากน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดยังถือว่าเป็นยาใหม่มีข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการน้อย ทำให้ทางองค์การอาหารและยาคำหนดวันหมดอายุเพียง 1 ปีนับจากวันที่ผลิตส่งผลให้การใช้ยามีเวลาจำกัด

การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลโดยละเอียดที่จำเป็นต่อการประเมินผลการรักษาและความปลอดภัย ได้แก่ ข้อมูลด้านประวัติการรักษา ผลทางห้องปฏิบัติการเช่น ค่ามะเร็ง ผลเอกซเรย์ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลอัลตราซาวด์ ก่อน - หลัง ใช้น้ำมันกัญชา ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจค่าการทำงานของตับและไตนั้น การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเนื่องจากการศึกษาวิจัยของ วลีร์ตัน ไกรโกศล¹² พบว่าค่าการทำงานของตับและไตที่แย่ง มักพบในผู้ป่วยที่ก่อนใช้น้ำมันกัญชามีการทำงานของตับ และไตที่

ไม่ปกติอยู่เดิม หรืออาจเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ทางผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเจาะเลือดไม่ได้มีนัยสำคัญและเป็นการทำให้ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดโดยไม่จำเป็น ประกอบกับผู้ป่วยมักจะไม่สะดวกในการเจาะเลือดที่ รพ. การแพทย์แผนไทยรวมทั้งส่วนหนึ่งถ้าอาการหนักจะฝากญาติมารับยาทางผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรหานวัตกรรมใหม่ในการศึกษาหาความปลอดภัยในการใช้ยาโดยผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บตัวจะทำให้ได้รับความร่วมมือในการศึกษาวิจัยจากผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

มีข้อจำกัดในประเด็นที่มีผู้ป่วยที่ขาดนัดและไม่สามารถติดตามได้หรือสูญหายถึงร้อยละ 42.8 ทำให้เก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงและอาการอาจไม่คงที่ที่จะมาติดตามการรักษาได้

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

สามารถติดตามและบันทึกผลการรักษาของน้ำมันกัญชาเมตตาโอสดที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานได้ระยะยาวถึง 2 ปี 5 เดือน

สรุปผลการวิจัย

น้ำมันกัญชาเมตตาโอสดสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ และพบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 9 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้มากที่สุดคือ เวียนศีรษะ

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

ผู้ป่วยทุกคนที่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตและมีความสนใจในการใช้ยาตำรับที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ทางโรงพยาบาลควรแนะนำให้ใช้เฉพาะทางการแพทย์เท่านั้นและอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือแพทย์แผนไทย และควรนำงานวิจัยนี้ไปใช้ในการปรับระบบบริการให้มีการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดงานวิจัยทางคลินิกได้ต่อไป

References

1. Pithukpakorn M. Precision Oncology in Thailand. Illumina Roadshow 2023 event on 17th March 2023, Thailand.
2. Office of the national economic and social development council [Internet]. Bangkok, editor. Webmaster [cited 2023]. Available from: <https://www.nesdc.go.th>
3. Chulalongkorn University [Internet]. Bangkok, Radiation and Oncology editor. Webmaster [cited 2023]. Available from: <https://www.chulacancer.net>.
4. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National Cancer Prevention and Control Plan (2013-2017). Bangkok: Agricultural Cooperatives Publishing House of Thailand Company Limited; 2013.
5. Srivatanakul P, Sriplung H, Deerasamee S. Epidemiology of liver cancer: an overview. Asian Pac J Cancer Prev. 2004; 5:118-25.
6. Ministry of Public Health, Thailand. Medical cannabis listed in service plan 20. [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 13]. Available form: <http://www.medcannabis.go.th>
7. Department of medical science. Guidance on Cannabis for Medical Use. Eds 3. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020.
8. Medical cannabis service plan committee. Guidance on medical cannabis services, integrative clinic; western and Thai traditional medicine in health settings under Permanent secretary office. Nonthaburi: Health Administration Division; 2019.
9. Department of medical science. Counseling guidance on medical cannabis counseling use. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020.

10. Cyr C, Arboleda MF, Aggarwal SK, Balneaves LG, Daeninck P, Néron A, et al. Cannabis in palliative care: current challenges and practical recommendations. *Ann Palliat Med*. 2018; 7:463-77.

11. Food and Drug Administration. A manual for the use of the Thai Algorithm in the assessment of adverse drug reactions from use medicine. Bangkok, FDA. 2022.

12. Waleerat K. Effects and safety of sublingual cannabis oil with 1.7 % THC in late-stage cancer patients get services at a medical marijuana clinic Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital. *Journal of the Department of Medical Services* 2021; 46 : 50 – 9.

13. Arun B. Consensus recommendations on dosing and administration of medical cannabis to treat chronic pain : result of a modified Delphi process. *Journal of Cannabis research*. 2021; 3: 22.

14. Lev Schleider LB . Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer .*Euro Journal of Intern Med*. 2018; 49 :37 – 43.

15. Anderson R. Behavioral Model of Health Service Use. *Journal of Health Society Behavior*. 1995; 36(1): 1–10.

บทความวิจัย

ตำรับยาอัมพฤกษ์อัมพาทของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี

พรสุดา แก้วมณี* วัฒนา ชยธวัช**

ธนวันต์ ศรีอมรัตนกุล*** สมพร จิตรัตนพร **** ศุภรัศมี อัครพรธนภัทร์*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตำรับยาการรักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาทของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี โดยทำการบันทึกข้อมูลตำรับยาที่ประกอบไปด้วย ตำยา รส และสรรพคุณของตำยา ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในรูปแบบตาราง แล้วพิจารณาสรรพคุณของตำยาและทำการแจกแจงความถี่ตามรสนยา 9 รส พบว่า ตำรับยา 12 ตำรับ ประกอบไปด้วยตำยา 111 ชนิด ตำรับที่ใช้ตัวยามากที่สุด ประกอบด้วย ตำยา 51 ชนิด ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ที่เพิ่งเป็นไม่เกิน 3 เดือน ตำรับที่มีการใช้ตัวยาน้อยที่สุด โดยมีตัวยาสมนไพรเพียง 2 ชนิด ซึ่งใช้กับผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ที่ไม่มีอาการปลายมือ ปลายเท้าชาหรืออ่อนแรงร่วมด้วย จากการสังเคราะห์ตำรับยา พบว่า โดยเฉลี่ย 1 ตำรับ จะมีตัวยาสมนไพรจำนวน 14.7 ชนิด โดยตัวยากรอบคลุมสรรพคุณของตำรับยาทุกตำรับ เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงตัวยาสมนไพรที่พบว่าใช้เป็นส่วนประกอบซึ่งมีอยู่มากถึง 5 ตำรับ คือ ดีเกลือ สรรพคุณเป็นยาถ่ายระบาย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของ ผู้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาท ตำยารองลงมา ที่ใช้เป็นส่วนประกอบพบว่ามีถึง 4 ตำรับ คือ เทียนดำ บำรุงโลหิต ส่วนตัวยาที่ใช้อยู่ใน 3 ตำรับ มีจำนวน 16 ชนิด ตำยาที่อยู่ใน 2 ตำรับ มี 26 ชนิด และ ตำยาที่อยู่ใน 1 ตำรับ มี 67 ชนิด การวิเคราะห์รสยาที่ใช้มาก 3 อันดับ คือ รสขม รสเผ็ด และรสฝาด ร้อยละ 29.91 28.13 และ 9.38 ตามลำดับ เนื่องจากตัวยานี้ ๆ มีสรรพคุณครอบคลุมหลายด้าน ทำให้การวิเคราะห์ สรรพคุณของตัวยาวาสอดคล้องกับสรรพคุณของตำรับก็จะกลายเป็นตำยาที่ตรงกับอาการโรค ตำรับยา สำหรับรักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาทที่ใช้ตัวยาน้อยชนิดแสดงว่าตัวยานั้นตรงกับอาการแสดง ในขณะที่ตำรับ ที่ใช้ตัวยามากชนิดก็เพื่อให้สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคที่มีหลายอาการร่วมกัน จากการวิจัยนี้พบว่าการจัดยาตามตำรับที่หมอพื้นบ้านได้จดบันทึกไว้เหล่านี้ มีความรู้ซ่อนอยู่ ซึ่งสมควรที่จะได้รับการพัฒนาเป็น ความรู้ที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนาตำรับยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

คำสำคัญ: ตำรับยาอัมพฤกษ์อัมพาท/ ยาแก้รสน/ หมอประสิทธิ์ แก้วมณี

วันที่รับบทความ: 30 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 11 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 17 กันยายน 2566

* แพทย์แผนไทย ห้างหุ้นส่วนจำกัด แก้วมณีสมุนไพร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

*** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

E-mail: tanavan.s@ptu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

***** อาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Paresis-paralysis herbal drug formulas of the folk healer

Prasit Keawmanee

Pornsuda Kaewmanee* Vadhana Jayathavaj** Tanavan Sriamonruttanakul***

Somporn Jitrattanaporn**** Suparat Asawapornthanaphat*****

ABSTRACT

The objective of this study was to examine the pharmaceutical compositions used by Prasit Kaewmanee, a traditional healer, for the treatment of paresis and paralysis. The computer software was utilized to record the medicinal recipes, tastes, and therapeutic uses in a tabular format. Subsequently, the frequency of each flavor was calculated in accordance with the properties of the substance, taking into account nine different flavors. It was discovered that all 12 formulations consists of a total of 111 herbal medicines. The formula containing the greatest number of components, 51, is suitable for patients with tongue stiffness who have been experiencing the symptom for less than three months. The formula with the least use of drugs with only 2 types of herbal medicines fit for the patients to whom with tongue stiffness that doesn't have a limbs numbness or weakness. Through the synthesis of pharmaceutical formulas, it was shown that, on average, each formula included 14.7 distinct types of herbal medicines, encompassing the therapeutic characteristics of all five formula. The formulation consists of Epsom salt, which possesses laxative properties. This is particularly beneficial for people suffering from paralysis. Additionally, the formula includes another substance, Black Cumin (*Nigella Saliva* Linn.), which is known to replenish the blood. The second medicine used as a component was discovered to consist of up to four formulations, namely Black Cumin (*Nigella Saliva* Linn.), which serves the purpose of nourishing the blood. 16 different drug types are mixed in 3 formulations, 26 different drug types in 2 formulas, and 67 different drug types in 1 formula. The examination of the three most commonly utilized medicinal flavors, categorized as bitter, spicy, and astringent, yielded percentages of 29.91, 28.13, and 9.38, respectively. Because a herbal medicine contains properties that align with various aspects and its properties are consistent with the formula, it becomes a medication that effectively addresses all the symptoms of the disease. The herbal drug formula for treating paraplegic paralysis with a small number of medications indicates that the drug is suitable for that condition. This research has discovered that the arrangement of medicines based on the recorded recipes of folk healers contains hidden knowledge that should be further developed into explicit knowledge. This will enable the utilization of this knowledge and serve as a cost-effective guideline for the future development of drug formulas supported by empirical evidence.

Keywords: Paresis–Paralysis/Herbal Drug Formulas/9 medicinal flavors/Moh Prasit Keawmanee/folk medicine

Article info: Received: June 30, 2023, Revised: September 11, 2023, Accepted: September 17, 2024

*Thai traditional medicine, Keawmanee herb Limited Partnership

**Assistant Professor, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, PathumThani University

***Corresponding author, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, PathumThani University, E-mail: tanavan.s@ptu.ac.th

**** Assistant Professor, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, PathumThani University

***** Curriculum lecturer, Master of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, PathumThani University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นปัญหาในอันดับแรกๆ ของโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการะงัดเงาให้กับคนรอบข้าง ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดและหมดหวัง¹ ปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ โดยนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี แต่ก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่ง ยังคงใช้วิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ดูแลสุขภาพอย่างมีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง จนได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต² จากรายงานวิจัยพบว่า องค์ความรู้ดังกล่าวไม่ได้ใช้เพียงเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่มีคุณค่าทางจิตใจ ซึ่งในปัจจุบันหมอพื้นบ้านจะค่อยๆ ลดบทบาทและหายไปจากการให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้จัดบันทึกความรู้และประสบการณ์ไว้เป็นหลักฐาน ทำให้องค์ความรู้ที่มีคุณค่าสูญสลายไปพร้อมกับหมอพื้นบ้าน ซึ่งหากเป็นเช่นนี้ การแพทย์พื้นบ้านคงเสื่อมคุณค่าและสูญสลายไปในที่สุด^{3,4} และจากปัญหาของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่มีผลกระทบต่อประชาชนในชุมชน ประกอบกับการแพทย์พื้นบ้านมีค่าใช้จ่ายต่ำ มีจุดเด่นในการรับมือกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์ปัจจุบันที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และจากการศึกษาขององค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านประสิทธิ์ แก้วมณี⁵ เกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต พบว่า เป็นหมอพื้นบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุ 84 ปี ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากบิดา และ

ผ่านการอบรมการเป็นครูผู้ถ่ายทอดและเผยแพร่สมุนไพรตามโครงการพระราชดำริสวนป่าสมุนไพร โดยได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาสหกรรม ของกองการประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ได้รับการยกย่องจากจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรางวัลผู้มีจริยธรรมและจรรยาบรรณด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งยังเป็นอาจารย์สอนพิเศษ ณ ศูนย์แพทย์แผนไทยวัดท่าไคร้ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นกรรมการชมรมส่งเสริมอนุรักษ์สมุนไพรในพระราชดำรินด้านการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับอัมพฤกษ์อัมพาตมากที่สุดร้อยละ 70 นอกนั้นเป็นแผลเรื้อรัง ผื่นทอง ผื่นคัน สะเก็ดเงิน และริดสีดวงทวาร ในส่วนของผลการรักษาผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต พบว่า มีอาการในภาพรวมเกี่ยวกับอาการเกร็ง/กระตุก มือเท้าชา/อ่อนแรง/ตะคริว การใช้มือไม่ถนัด การทรงตัวในท่ายืนในท่ายืน ลักษณะการเดิน ระยะทางเดิน ต่อวัน การพูด การเคี้ยวและกลืน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปัสสาวะขัด/ไม่สุด ปวดเสียวฝ่ามือฝ่าเท้า มีอาการดีขึ้น ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังให้การรักษาและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระยะเวลา 4 เดือนหลังการรักษา และให้การรักษามานานถึงปัจจุบันรวม 65 ปี แต่เนื่องจากการยังไม่มีเก็บรวบรวมข้อมูลตำรับยาของท่านไว้อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตำรับยาอัมพฤกษ์อัมพาตองค์ความรู้ของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี เพื่อเป็นการนำความรู้ที่ติดอยู่กับตัวหมอ (Tacit Knowledge) มาจัดเป็นโอกาสทางเลือกการรักษาผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์

อัมพาต และสามารถนำไปศึกษาต่อยอดเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) สืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์คำรับยาที่ใช้ในการรักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาตของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี

วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการรวบรวมข้อมูลคำรับยาที่ใช้ในขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี

ผู้ให้ข้อมูล หมอพื้นบ้านประสิทธิ์ แก้วมณี

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบบันทึกการสังเกต เครื่องบันทึกเสียงบันทึกภาพ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดที่สร้างจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ราย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในทุกข้อคำถาม เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 010/2564 วันที่รับรอง 25 มกราคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาเอกสารหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ได้แก่ คำรับยารักษาโรคที่ถ่ายทอดกันมาร่วมกับตัวยาสมุนไพรที่ได้มีการจดบันทึกโดยบรรพบุรุษ และสัมภาษณ์เชิงลึกหมอพื้นบ้านแบบไม่เป็นทางการ และพูดคุยแบบเป็นกันเองโดยสัมภาษณ์ 4 ครั้ง ครั้งที่หนึ่ง แนะนำตัวกับหมอพื้นบ้าน ครั้งที่สอง เก็บข้อมูลคำรับยาในเบื้องต้น ครั้งที่สามเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่อัมตวครั้งที่สี่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากหมอพื้นบ้าน การเก็บข้อมูลใช้เวลาสัมภาษณ์

1-3 ชม./ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของหมอพื้นบ้าน ระหว่างการสัมภาษณ์ในทุกครั้งจะสะท้อนการสัมภาษณ์หากพบข้อสงสัยหรือเป็นคำถามที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ในด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) และด้านการทบทวนข้อมูล (Review triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการบันทึกสรรพคุณและรสยาของตัวยาเป็นรายชนิดของสมุนไพรในตำรับโดยใช้สรรพคุณของตัวยาจากตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรมของกองการประกอบโรคศิลปะสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก⁶ เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องสรรพคุณของตำรับกับสรรพคุณของตัวยา บันทึกข้อมูลชื่อวิทยาศาสตร์ของตัวยารายตัวในตำรับ โดยจำแนกชื่อตัวยาตามบันทึกของหมอประสิทธิ์ และชื่อตัวยา ส่วนที่ใช้ชื่อวิทยาศาสตร์ที่นำมาจากภาคผนวก 1 เภสัชวัตถุรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ พ.ศ. 2564⁷ ทำการแจกแจงความถี่ จำแนกตัวยา และตำรับยา คำนวณสัดส่วนรสยาของตัวยาที่ประกอบเป็นตำรับในขั้นตอนการรักษาตามหลักรสยา 9 รส

ผลการวิจัย

1. การรวบรวมคำรับยาในขั้นตอนการรักษาด้วยยา หลังผ่านขั้นการวินิจฉัยโรค และขั้นการรักษาทางใจแล้ว หมอประสิทธิ์จะรักษาทางกายโดยจ่ายยาให้ผู้ป่วย คือ จ่ายยารับประทาน และยาใช้ภายนอก เช่น ยาแช่อาบ ยานวดและยาประคบ ตามอาการที่พบ ซึ่งยารับประทานมี 12 ตำรับ สรรพคุณวิธีปรุง และวิธีใช้ของแต่ละตำรับ ดังนี้

คำรับที่ 1 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาของลมอัมพฤษ์อัมพาต จะจ่ายยาโดยตัวยาทั้งหมดหนักสี่ละ 2 บาท บดผง รูปแบบการรับประทาน ครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า-เย็น กรณีมีอาการปากคอแห้งและน้ำลายเหนียวจะใช้น้ำกระสายยาคือน้ำมะนาว หากไม่มีอาการให้ผสมน้ำต้มสุกแทน

คำรับที่ 2 กรณีปวดเมื่อยตามตัวและข้อต่อกระดูก เป็นยาที่กระตุ้นการขับลมและขับถ่ายที่ค่อนข้างรุนแรง ตัวยาทั้งหมด หนักสี่ละ 2 บาท บดผงกลืนกับน้ำผึ้ง ปั่นขนาดเม็ดพุทรา รับประทาน ครั้งละ 2 เวลา ก่อนอาหาร เข้าเย็น ก่อนรับประทานยาให้ท้องคาถาโพธิบาท 3 จบทุกครั้ง ซึ่งคาถาที่หมอประสิทธิ์ แก้วมณี ให้ท่องเป็นการตัดตอนบางส่วนจากบทสวดเต็ม ดังนี้ “สัพพะทุกข์ สัพพะโรค สัพพะโรคร สัพพะภัย สัพพะเคราะห์ เสนียดจัญไร สัพพะเคราะห์ตัวนอก สัพพะเคราะห์ตัวใน สัพพะเคราะห์ตัวใดๆ ขอให้กลายเป็นตี...” ยาคำรับที่ 2 นี้ห้ามหญิงมีครรภ์รับประทาน เนื่องจากมีตัวยารสร้อนที่กระตุ้นการขับถ่ายค่อนข้างรุนแรง อาจทำให้แท้งหรือคลอดก่อนกำหนด จึงให้ใช้คำรับที่ 2.1 และใช้เปลือกทองหลาง ใบมะ 2 บาท ดีปลี 3 บาท เถาสะค่าน 2 บาท หัสศุณไทย 5 บาท บดผงละลายน้ำผึ้งรวง ปั่นเป็นลูกกลอนเท่าเม็ดพุทรา รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น

คำรับที่ 3 กรณีนอนติดเตียงและมีอาการปากเปี้ยว ลิ้นแข็งอยู่แล้ว ร่วมกับมีแผลในปาก ตัวร้อนหายใจไม่อ้อม เกรียดกังวล ใช้ตัวยาหนักสี่ละ 4 บาท บดผงผสมน้ำผึ้ง ปั่นเป็นลูกกลอนเท่าเม็ดพุทรา รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

คำรับที่ 4 กรณีปวดเมื่อยตามตัวและเจ็บบั้นเอว เหมือนมีอะไรบีบหรือกด ปวดเหมือนงูกัดลามไปบริเวณเหนือลิ้นปี่ ใช้ตัวยาหนักสี่ละ 4 บาท บดผงผสมน้ำผึ้ง ปั่นเป็นลูกกลอนเท่าเม็ดพุทรา รับประทาน ครั้งละ 4 เม็ด วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน โดยก่อนรับประทาน ให้ท่องคาถา “นะมะพะทะ” จำนวน 9 จบ

คำรับที่ 5 กรณีมีเชื้อราไม่มีแรงเบื่ออาหาร แต่ร่างกายยังไม่ซูบผอม ใช้ตัวยาหนักสี่ละ 2 บาท บดละลายน้ำ ผสมสุรา หรือผสมน้ำผึ้งปั่นเป็นลูกกลอนเท่าเม็ดพุทรา รับประทาน ครั้งละ 4-5 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

คำรับที่ 6 กรณีนอนไม่หลับร่วมด้วย ใช้เป็นยาต้ม ครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

คำรับที่ 7 กรณีมีปัญหาเรื่องลมติดขัดในข้อลมปัตฆาต แก้อัมพฤษ์อัมพาต (ให้เฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีอาการดังกล่าวมาก่อน และอาการนั้นดีขึ้นแล้ว เพื่อควบคุมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ) ให้นำตัวยาทั้งหมดบดผงผสมน้ำส้มซ่าหรือน้ำผึ้ง ปั่นเม็ด เท่าเม็ดพุทรา รับประทาน ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น

คำรับที่ 8 กรณีมีปัสสาวะขัดมาก ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะน้อยมากให้ นำตัวยาไปต้มดื่ม โดยรับประทาน ครั้งละ 2 ถ้วยชา วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น

คำรับที่ 9 กรณีเมื่อยแข้งขาสะโพก ใช้ตัวยาหนักอย่างละ 2 บาท ต้มดื่ม รับประทาน ครั้งละ 3-4 ถ้วยชาเล็ก วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น โดยดื่ม รับประทานจนกว่าตัวยาจืด

คำรับที่ 10 กรณีปวดท้อง อาเจียน และปวดหลังเจ็บที่หน้าอก ใช้ตัวยาหนักอย่างละ 4 บาท

เป็นยาต้ม รับประทาน ครั้งละ 5 ช้อนโต๊ะ วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ตำรับที่ 11 กรณีมีอาการลิ้นแข็งที่เริ่มเป็น ไม่เกิน 3 เดือน จะใช้ยาต่างจากตำรับที่ 3 ที่ใช้ในผู้ป่วย ที่มีอาการมากกว่า 3 เดือน ใช้ตัวยานี้กันอย่างละ 1 บาท เป็นยาต้ม รับประทานวันละ 1 กาดม่น้ำ (ประมาณ 1.5-2 ลิตร) ดื่มแทนน้ำทั้งวัน

ตำรับที่ 12 กรณีมีลมจับภายในลิ้นกระด้าง คางแข็งที่ไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าชาหรืออ่อนแรง ร่วมด้วย ใช้ลูกมะค่าคี้ควาย ลูกมะกอก อย่างละ 3 ลูก เผาไฟ ละลายน้ำ รับประทาน ครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น

เมื่อวิเคราะห์ตำรับยาทั้ง 12 ตำรับ พบว่า ตำรับที่ใช้ตัวยาน้อยที่สุด คือ ตำรับที่ 12 โดยมี 2 ตัวยา ส่วนตำรับที่มีตัวยามากที่สุด คือ ตำรับที่ 11 ซึ่งมีถึง 51 ตัวยา เมื่อวิเคราะห์จากการใช้ตัวยาทั้งหมด พบว่ามีจำนวนตัวยาเฉลี่ย 14.7 ตัวยาต่อตำรับ ซึ่งมีตัวยาที่สำคัญถึง 111 ชนิด และมีตัวยาที่มีความถี่ในการ ใช้ร่วมอยู่ใน 5 ตำรับ คือ ดีเกลือ รองลงมาเป็นตัวยาร่วมอยู่ใน 4 ตำรับ คือ เทียนดำ ส่วนตัวยาที่พบว่ามีใช้ อยู่ใน 3 ตำรับ จำนวน 16 ชนิด คือ แก่นลำทม

โกฐเขมา โกฐจุฬาลัมพา โกฐเชียง โกฐพุงปลา โกฐสอ โกฐหัวบัว ข่า เถาวัลย์เปรียง เถาสะค้าน เทียนขาว เทียนขาวเปลือก เทียนแดง เทียนตาตักแตน สมอไทย สลัดได นอกจากนี้ยังพบในส่วนตัวยาที่มีใช้อยู่ใน 2 ตำรับ จำนวน 26 ชนิด และตัวยาที่ใช้อยู่ใน 1 ตำรับ จำนวน 67 ชนิด ซึ่งยาทั้ง 12 ตำรับ มีปริมาณตัวยา ที่ให้ใช้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย หมอประสิทธิ์จะสังเกตและติดตามอาการจากการใช้ยา 1 สัปดาห์ โดยสังเกตอาการ เช่น การปวดขัด เคี้ยวและกลืนอาหารได้ดีขึ้นหรือไม่ และถ้าไม่ดีขึ้น ให้ รับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน ร่วมกับการใช้ยาแช่ อบ ประคบสมุนไพรและการบีบนวดด้วย น้ำมันทุกวัน เป็นเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นทำวันเว้นวัน และค่อยๆ ปรับเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ความถี่ความห่างขึ้นอยู่กับการที่เป็นและความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ ถ้าอาการทรุดลง ให้รีบมาทันที ในกรณีคนป่วยอาการไม่หนักและดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องกลับมาพบหมอ แต่จะเป็นการนัดดูอาการหลังการรักษา 1 เดือน รายละเอียดของตัวยา ในตำรับตามบันทึก ชื่อตัวยา ส่วนที่ใช้ และ ชื่อวิทยาศาสตร์ ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Drugs and ingredients in the formulation

					รวมตัวยา	9	6	4	31	8	7	12	11	6	5	24	51	2	176
อันดับ	ชื่อตามบันทึก	ชื่อตัวยา	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ตำรับที่.....	1	2	2.1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
1	ติเกลื้อ	ติเกลื้อ		Allium sativum L.			1			1				1		1	1		5
2	เทียนดำ	เทียนดำ	เมล็ด	Nigella sativa L.		1			1				1				1		4
3	แก่นลั่นทม	ลั่นทม	แก่น	Plumeria rubra L.					1							1	1		3
4	โสมเขมา	โสมเขมา	เหง้า	Atractylodes lancea (Thunb.) DC					1			1					1		3
5	โสมจุฬาลัมพา	โสมจุฬาลัมพา	ส่วนเหนือดิน	Artemisia annua L.					1			1					1		3
6	โสมชียง	โสมชียง	รากแขนง	Angelica sinensis (Oliv.) Diels					1			1					1		3
7	โสมพุงปลา	โสมพุงปลา	ปุ่มหูด	Terminalia chebula Retz		1			1								1		3
8	โสมสอ	โสมสอ	ราก	Angelica dahurica var. formosana (Boissieu) Yen					1			1					1		3
9	โสมหัวบัว	โสมหัวบัว	เหง้า	Conioselinum anthriscoides (H.Boissieu)					1			1					1		3
10	ข่า	ข่า	เหง้า	Alpinia galanga (L.) Willd.							1	1				1			3
11	เถาว์ลย้เบรียง	เถาว์ลย้เบรียง	เถา	Deris scandens (Roxb.) Benth.						1						1	1		3
12	เถาสะค้าน	เถาสะค้าน	เถา	Piper interruptum Opiz				1	1								1		3
13	เทียนขาว	เทียนขาว	ผล	Cucumis cyminum L.					1				1				1		3
14	เทียนข้าวเปลือก	เทียนข้าวเปลือก	ผล	Foeniculum vulgare Mill.					1				1				1		3
15	เทียนแดง	เทียนแดง	เมล็ด	Lepidium sativum L.					1				1				1		3
16	เทียนตาตุ๊กแตน	เทียนตาตุ๊กแตน	ผล	Anethum graveolens L.					1				1				1		3
17	สมอไทย	สมอไทย	ผล	Terminalia chebula Retz						1				1			1		3
18	สลัดได	สลัดได	ยางจากต้น	Euphorbia antiquorum L.						1				1		1			3
19	กระวาน	กระวาน	ผล	Amomum testaceum Ridl.								1					1		2

รวมตัวยา					9	6	4	31	8	7	12	11	6	5	24	51	2	176	
อันดับ	ชื่อตามบันทึก	ชื่อตัวยา	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ตำรับที่.....	1	2	21	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
20	แก่นขี้เหล็ก	ขี้เหล็ก	แก่น	Senna siamea (Lam.) H. S. Irwin & Barneby										1		1			2
21	โสมกระดูก	โสมกระดูก	ราก	Dolomiaea costus (Falc.)				1									1		2
22	โสมก้านพร้าว	โสมก้านพร้าว	ราก	Picrorhiza kurroa Royle ex Benth.				1									1		2
23	โสมขมิ้นฝรั่ง	โสมขมิ้นฝรั่ง	รากและเหง้า	Nardostachys jatamansi (D.Don) DC				1									1		2
24	ขมิ้นฤๅษี	ขมิ้นฤๅษี	เถา	Tinomisium petiolare Hook.f. & Thomson				1									1		2
25	ขมิ้นอ้อย	ขมิ้นอ้อย	เหง้า	Curcuma sp. "Khamin Oi"												1	1		2
26	ขี้เหล็ก	ขี้เหล็ก	แก่น	Senna siamea (Lam.) H. S. Irwin & Barneby	1				1										2
27	ขี้เหล็กทั้ง 5	ขี้เหล็ก	ทั้งห้า	Senna siamea (Lam.) H. S. Irwin & Barneby				1									1		2
28	ดีปลี	ดีปลี	ข้อผล	Piper retrofractum Vahl				1				1							2
29	ใบมะกอก	ใบมะกอก	ใบ	Bridelia ovata Decne.												1	1		2
30	เปล้าน้อย	เปล้าน้อย	เปลือกและใบ	Croton longissimus Airy Shaw				1									1		2
31	เปล้าใหญ่	เปล้าใหญ่	เปลือกและใบ	Croton persimilis Müll.Arg.				1									1		2
32	ผื่นต้น	ผื่นต้น	เปลือก	Jatropha multifida L.				1									1		2
33	พริกไทย	พริกไทย	เมล็ด	Piper nigrum L.	1												1		2
34	มหาหิงค์	มหาหิงค์	ยาง	Ferula assa-foetida L.			1						1						2
35	มะค้ำไก่อทั้ง 5	มะค้ำไก่อ	ทั้งห้า	Putranjiva roxburghii Wall.				1									1		2
36	ยาดำ	ยาดำ	ยางจากใบ	Aloe vera (L.) Burm. f.										1		1			2
37	รากข้าพลู	รากข้าพลู	ราก	Piper sarmentosum Roxb.				1									1		2
38	รากปลาไหลเผือก	รากปลาไหลเผือก	ราก	Eurycoma longifolia Jack				1									1		2
39	สมอเทศ	สมอเทศ	ผล	Terminalia arjuna (Roxb. ex DC.) Wight & Arn.					1								1		2

					รวมตัวยา	9	6	4	31	8	7	12	11	6	5	24	51	2	176
อันดับ	ชื่อตามบันทึก	ชื่อตัวยา	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ตำรับที่.....	1	2	2.1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
40	สารส้ม	สารส้ม		Hydrated aluminum ammonium Sulphate												1	1		2
41	แสมสาร	แสมสาร	แก่น	Senna garrettiana (Craib) H.S.Irwin & Bameby												1	1		2
42	หัวกะทือ	กะทือ	เหง้า	Zingiber zerumbet (L.) Roscoe ex Sm.				1									1		2
43	หัวเทียม	กระเทียม	หัว	Allium sativum L.		1					1								2
44	หัวไพล	ไพล	เหง้า	Zingiber montanum (J.Koenig) Link ex A.Dietr.							1					1			2
45	กระหรีกัญชา	กัญชา	เรื้อนช่อดอก	Cannabis sativa L.								1							1
46	กานพลู	กานพลู	ดอก	Syzgium aromaticum (L.) Merr. & L.M.Perry													1		1
47	การบูร	การบูร		Cinnamomum camphora (L.) J.Presl		1													1
48	กำแพงเจ็ดชั้น	กำแพงเจ็ดชั้น	เถา	Salacia chinensis L.													1		1
49	กำลังวัวเถลิง	กำลังวัวเถลิง	เนื้อไม้/เปลือก	Anaxagorea luzonensis A.Gray													1		1
50	เกลือ	เกลือ		Sodium Chloride (sea salt)							1								1
51	เกลือสินเธาว์	เกลือสินเธาว์		Sodium Chloride (rock salt)													1		1
52	เกสรบัวขาว	เกสรบัวขาว	เกสร	Nymphaea lotus L.	1														1
53	เกสรบัวแดง	เกสรบัวแดง	เกสร	Nymphaea lotus L.	1														1
54	แก่นมะขาม	แก่นมะขาม	แก่น	Tamarindus indica L.											1				1
55	แก่นมะตูม	แก่นมะตูม	แก่น	Aegle marmelos (L.) Corrêa												1			1
56	เกล็ดข้าวเหนียว	ข้าวเหนียว	เกล็ด	Oryza sativa var. glutinosa												1			1
57	ชันทองพญาบาท	ชันทองพญาบาท	เนื้อไม้	Suregada multiflora (A. Juss) Baill.													1		1
58	ข่าตาแดง	ข่าตาแดง	เหง้า	Alpinia officinarum Hance													1		1
59	ขิง	ขิง	เหง้า	Zingiber officinale Roscoe								1							1

[illegible]

					รวมตัวยา	9	6	4	31	8	7	12	11	6	5	24	51	2	176
อันดับ	ชื่อตามบันทึก	ชื่อตัวยา	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ตำรับที่.....	1	2	2.1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
79	ผักเป็ดแดง	ผักเป็ดแดง	ต้นและราก	<i>Alternanthera bettzickiana</i> (Regel) G.Nicholson											1				1
80	ผิวมะกรูด	มะกรูด	ผิวเปลือกผล	<i>Citrus hystrix</i> DC.									1						1
81	ฝักราชพฤกษ์	ราชพฤกษ์	ฝัก	<i>Cassia fistula</i> L.												1			1
82	ผักตำโลง	ตำโลง	ฝัก	<i>Sterculia foetida</i> L.											1				1
83	พญามือเหล็ก	พญามือเหล็ก	เนื้อไม้	<i>Strychnos lucida</i> R.Br	1														1
84	พริกไทยล่อน	พริกไทยล่อน	เมล็ด	<i>Piper nigrum</i> L.									1						1
85	พิมเสน	พิมเสน		<i>Pogostemon cablin</i> (Blanco) Benth.		1													1
86	มะกอก	มะกอก	เมล็ด	<i>Spondias pinnata</i> (L.f.) Kurz														1	1
87	เมล็ดผักกาด	เมล็ดผักกาด	เมล็ด	<i>Brassica riga</i> L. WDJ Koch							1								1
88	ย่านางใหญ่	ย่านางใหญ่	เถา	<i>Pachygone dasycarpa</i> Kurz												1			1
89	รากจิงจ้อ	รากจิงจ้อ	ราก	<i>Aniseia martinicensis</i> (Jacq.) Choisy									1						1
90	รากท้าวข่อยม่อม	รากท้าวข่อยม่อม	ราก	<i>Clerodendrum indicum</i> (L.) Kuntze					1										1
91	ราชพฤกษ์ทั้งห้า	ราชพฤกษ์	ทั้งห้า	<i>Cassia fistula</i> L.													1		1
92	ลูกจันทร์	ลูกจันทร์	เมล็ด	<i>Myristica fragrans</i> Houtt.													1		1
93	ลูกมะกรูด	มะกรูด	ผล	<i>Citrus hystrix</i> DC.			1												1
94	ลูกมะขามป้อม	มะขามป้อม	ผล	<i>Phyllanthus emblica</i> L.						1									1
95	ลูกมะคำดีควาย	มะคำดีควาย	ผล	<i>Sapindus rarak</i> DC.														1	1
96	ว่านน้ำ	ว่านน้ำ	เหง้า	<i>Acorus gramineus</i> Soland.	1														1
97	ว่านสากเหล็ก	ว่านสากเหล็ก	เหง้า	<i>Molineria latifolia</i> (Dryand. ex W. T. Aiton)													1		1
98	สนเทศ	สนเทศ	แก่น	<i>Baeckea frutescens</i> L.												1			1

					รวมตัวยา	9	6	4	31	8	7	12	11	6	5	24	51	2	176
อันดับ	ชื่อตามบันทึก	ชื่อตัวยา	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ตำรับที่.....	1	2	2.1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
99	สมุลแว้ง	สมุลแว้ง	เปลือกต้น	Cinnamomum bejolghota (Buch.-Ham.) Sweet								1							1
100	เสมหะล	เสมหะล	แก่น	Avicennia marina (Forssk.) Vierh.												1			1
101	หญ้าไต้ใบ	หญ้าไต้ใบ	ทั้งต้น	Phyllanthus urinaria L.				1											1
102	หญ้าพันงูแดง	หญ้าพันงูแดง	ราก	Cyathula prostrata (L.) Blume											1				1
103	หมวดครุน	หญ้าชันกาด	หัว	Panicum repens L.													1		1
104	หอยมือเสือ	หอยมือเสือ	กาบ	Tridacna squamosa								1							1
105	หอยมุก	หอยมุก	กาบ	Pinctada margaritifera (Linnaeus)								1							1
106	หัวกระชาย	หัวกระชาย	เหง้าและราก	Boesenbergia rotunda (L.) Mansf.													1		1
107	หัวตองดึง	หัวตองดึง	รากและเหง้า	Gloriosa superba L.													1		1
108	หัวประะหอม	หัวประะหอม	เหง้า	Kaempferia galanga L.													1		1
109	หัวหอม	หัวหอม	หัว	Allium ascalonicum L.							1								1
110	หัสคุณไทย	หัสคุณไทย	ใบ	Micromelum minutum (Forst. f.) Wright & Am.				1											1
111	แห้วหมู	แห้วหมู	เหง้า	Cyperus rotundus L.												1			1

2. การวิเคราะห์ตำรับยา รวม

เมื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องการจัดตำรับยา พบว่า ตำยาแต่ละตัวมีสรรพคุณครอบคลุม สรรพคุณของตำรับจนจำแนกเป็นตัวยาทรง ตัว ยาช่วย ตำยาประกอบ และตัวยาชูรส ชูสี ชุกลิ้น ตามโครงสร้างของยาไทย กรณีของยาตำรับที่ 1 ใช้กับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ถ้ามีอาการปากคอแห้งและน้ำลายเหนียว ให้ ผสมน้ำมะนาว หรือน้ำมะกรูด ถ้าไม่มีอาการ ดังกล่าวให้ผสมน้ำต้มสุกแทน ตำยาสำคัญ คือ พริกไทย แก้วมอัมพฤกษ์ นอกจากนั้น เป็นยา บำรุงธาตุ บำรุงหัวใจ เป็นยาถ่ายระบาย และ ช่วยให้นอนหลับ โดยผลการวิเคราะห์ความ สอดคล้องของการจัดตำรับยา พบว่า มี 9 ลำดับ ประกอบด้วย ชื่อตัวยา รสยา และสรรพคุณ ดังนี้ ลำดับ 1 ชิงแห้ง รสหวานเผ็ดร้อนแก้ไข้ แก้วม พรตัก แก้วมพานไส้ แก้วแน่น แก้วเสียดแทง แก้วนอนไม่หลับ แก้วคลื่นเหียนอาเจียน ลำดับ 2 พริกไทย รสร้อนเผ็ด แก้วมอัมพฤกษ์และมุตฆาต ลมที่ทำให้ท้องลั่นโครคราก แก้วเสมหะเพื่อง บำรุงธาตุ ลำดับ 3 เทียนดำ รสเผ็ดขม แก้วม ขับลมในลำไส้ แก้วอาเจียน บำรุงโลหิต ลำดับ 4 วานน้ำ รสร้อนหอม แก้วปวดท้อง ขับลม ในลำไส้ แก้วจุกแน่น ธาตุเสีย แก้วบิด หลอดลมอักเสบ

ลำดับ 5 เกสรบัวแดง มีรสฝาดหอม เป็นยาชูกำลัง ขับชีพจร บำรุงหัวใจ ลำดับ 6 เกสรบัวขาว มีรสฝาดหอม เป็นยาชูกำลัง ขับชีพจร บำรุงหัวใจ ลำดับ 7 พญามือเหล็ก มีรสร้อน เป็นยา ขับพิษร้อนแก้ไข้ แก้วโลหิต แก้วกระษัย ลำดับ 8 โกศพุงปลา มีรสฝาด เป็นยาสมาน แก้วท้องร่วง แก้วอาเจียน และลำดับ 9 ชี้เหล็ก มีรสขม แก้วกามโรค แก้วหนองใน แผลฝี แก้วโลหิต เนื่องจากตัวยาในตำรับมีสรรพคุณกว้างมาก การวิเคราะห์การประกอบกันของตัวยาเป็นตำรับ ตามภูมิปัญญาของหมอที่สืบทอดต่อกันมานำมา ตัวยามารวมกันเป็นตำรับได้อย่างไร มีความยากกว่าการสังเกตอาการทางคลินิกว่าใช้ยาแล้วดีขึ้นหรือไม่ จึงยุติที่จะทำการวิเคราะห์การประกอบ กันของตัวยาเป็นตำรับของทั้ง 12 ตำรับ เมื่อบันทึกรสของตัวยาโดยการแจกแจงความถี่ว่า ตำยาหนึ่งในตำรับมีรสกี่รส พบว่า จำนวนรส ใน 1 ตำยา มีได้ตั้งแต่ 1 ถึง 3 รสของตัวยาก

3. การวิเคราะห์รสยาในตำรับ

เมื่อทำการแจกแจงตามรสยา 9 รส พบว่า รสยา ที่ใช้รักษา เรียงจากมากไปน้อย คือ ขม เผ็ด ฝาด หวาน หอมเย็น และเมาเบื่อ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

Table 2 Frequency distribution of 9 drug formulas and flavors.

ตำรับที่	รวมรส	จำนวนรสนยาในตำรับนับตามจำนวนตัวยาที่มีรสนี้									
	ยา	ฝาด	เผ็ด	เค็ม	เปรี้ยว	หวาน	ขม	หอมเย็น	มัน	เมาเบื่อ	จืด
1	11	3	5	0	0	1	2	0	0	0	0
2	12	1	6	1	1	0	2	1	0	0	0
3	51	3	14	0	0	6	18	5	1	3	1
4	14	3	0	1	3	0	5	1	0	1	0
5	9	1	4	1	0	0	2	0	0	0	1
6	18	0	6	0	0	4	4	2	1	1	0
7	18	0	9	2	0	1	6	0	0	0	0
8	10	1	0	1	1	0	5	2	0	0	0
11	77	8	19	3	3	5	22	5	1	10	1
12	4	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0
รวม	224	21	63	9	9	17	67	17	3	15	3

ตำรับที่	รวมรส	จำนวนรสนยาในตำรับนับตามจำนวนตัวยาที่มีรสดังกล่าว									
	ยา	ฝาด	เผ็ด	เค็ม	เปรี้ยว	หวาน	ขม	หอมเย็น	มัน	เมาเบื่อ	จืด
1	100	27.27	45.45	0.00	0.00	9.09	18.18	0.00	0.00	0.00	0.00
2	100	8.33	50.00	8.33	8.33	0.00	16.67	8.33	0.00	0.00	0.00
3	100	5.88	27.45	0.00	0.00	11.76	35.29	9.80	1.96	5.88	1.96
4	100	21.43	0.00	7.14	21.43	0.00	35.71	7.14	0.00	7.14	0.00
5	100	11.11	44.44	11.11	0.00	0.00	22.22	0.00	0.00	0.00	11.11
6	100	0.00	33.33	0.00	0.00	22.22	22.22	11.11	5.56	5.56	0.00
7	100	0.00	50.00	11.11	0.00	5.56	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00
8	100	10.00	0.00	10.00	10.00	0.00	50.00	20.00	0.00	0.00	0.00
11	100	10.39	24.68	3.90	3.90	6.49	28.57	6.49	1.30	12.99	1.30
12	100	25.00	0.00	0.00	25.00	0.00	25.00	25.00	0.00	0.00	0.00
รวม	100	9.38	28.13	4.02	4.02	7.59	29.91	7.59	1.34	6.70	1.34

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ตัวยาที่มีมากที่สุด คือ ดีเกลือ รองลงมาคือ เทียนดำ และตัวยาพิกัต โกรฐและเทียนตามลำดับ โดยดีเกลือเป็นสารพวก แมกนีเซียมซัลเฟต รสเค็มขมเพื่อน สรรพคุณเป็น ยาระบาย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยอัม พฤษ์อัมพาต ช่วยทำให้เส้นเอ็นหย่อน อยู่ในยา หลายตำรับที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง⁸ ในขณะที่เทียน ดำมีรสเผ็ดขม จะช่วยเพิ่มกลูตาไทโอน (glutathione) ช่วยสังเคราะห์โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ชนิดปกป้องกระเพาะอาหาร จากกรด และมีสารสำคัญที่มีฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือด ร่วมกับมีสารที่ช่วยเพิ่มความจำและลดความวิตก กังวล⁹ นอกจากนี้ยังมีตัวยาพิกัตโกรฐและเทียน ร่วมกับสมุนไพรชนิดอื่นๆ ในตำรับ ซึ่งจัดอยู่ในยา ระบบไหลเวียนโลหิตหรือยาแก้ลม โดยเป็นส่วนประกอบของยาหอมเทพจิตรและยาหอม ทิพย์โอสถ ช่วยกระจายลมที่ติดขัดทำให้ระบบ ไหลเวียนทำงานดีขึ้นทำให้อาการของโรคดีขึ้น และจากผลการวิเคราะห์รสยาในตำรับ พบว่ารส ยาที่ใช้ มีรสขม เผ็ด ฝาด หวาน หอมเย็น และ เมาเบื่อ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษา^{10,11} ที่พบว่ายาแก้อัมพฤษ์อัมพาต เน้นที่ตัวยารสขม และรสเผ็ดร้อนที่ช่วยระบายและขับลมเป็นตัวยา สำคัญ ร่วมกับยาบำรุงธาตุ บำรุงหัวใจ และช่วย ให้นอนหลับ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวยาเดี่ยว มีผลเสียต่อดับและไต จึงใช้ร่วมกับตัวยาอื่นๆ ที่แตกต่างกันไปตามชนิดและลักษณะอาการของ โรคหรือความเจ็บป่วยที่ปรากฏเป็นตำรับ เพื่อปรับฤทธิ์ยาให้สมดุลนำไปสู่การปรับธาตุ ทั้ง 4 ให้เกิดความสมดุลเช่นกัน โดยขนาดของยา จะให้ผู้ป่วยรับประทานต้องคำนึงถึงน้ำหนัก

และกำลังของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงพบว่ายาที่ หมอประสิทธิ์ใช้จึงมีถึง 12 ตำรับ มีทุกระส และมีตัวยาถึง 111 ชนิด ในการรักษาอัมพฤษ์ อัมพาต และเมื่อพิจารณาว่าทั้ง 12 ตำรับ จะพบว่ามีความสอดคล้องกับบัญชียาหลัก แห่งชาติ¹² ที่กล่าวถึงการใช้ยารักษาโรคอัม พฤษ์อัมพาตทางการแพทย์แผนไทยว่า ประกอบด้วย ยารักษากลุ่มอาการระบบไหลเวียน โลหิต กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก กลุ่มอาการท้องผูก กลุ่มขับลม กลุ่มอาการ ทางเดินปัสสาวะ กลุ่มแก้ไข กลุ่มอาการทางเดิน หายใจ และสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ การแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 3 ด้านการ รักษาโรคอัมพฤษ์อัมพาตว่า ประกอบไปด้วย 1) การรักษาด้วยยาสมุนไพร ได้แก่ ยาหอมเทพ จิตร ยาหอมทิพย์โอสถ ยาหอมนวโกฐ ยาสหส ธารา ยาเถาวัลย์เปรียง ยารณีสันตฆาต ยามะขามแขก 2) การนวด ประคบและอบ สมุนไพร และ 3) การให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฟื้นฟูด้วยการฝึกออกกำลังโดยใช้กล้ามเนื้อ และอวัยวะแขนขาข้างที่อ่อนแรง¹³

จุดแข็งของการวิจัยในครั้งนี้

การจัดยาตามตำรับที่หมอพื้นบ้านได้ จัดบันทึกไว้ ย่อมมีความรู้ซ่อนเร้นอยู่ (Tacit Knowledge) ซึ่งสมควรที่จะได้รับการพัฒนาเป็น ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เพื่อการ ใช้ประโยชน์และเป็นต้นทุนการพัฒนาตำรับยา ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้น ระเบียบวิธีวิจัย เชิงคุณภาพ จึงมีความเหมาะสมต่อการศึกษา เรื่องดังกล่าว

จุดอ่อนของการวิจัยในครั้งนี้

การศึกษาตำรับยาอัมพฤกษ์อัมพาทของหมอประสิทธิ์ แก้วมณี ยังคงเป็นเพียงการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้นที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้นการศึกษาจึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปสู่บริบทอื่นได้

สรุป

ตำรับยารักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาท 12 ตำรับ ประกอบด้วยตัวยา 111 ชนิด ตำรับที่ใช้ตัวยามากที่สุด คือ 51 ชนิด ใช้ในกรณีผู้ป่วยลิ้นแข็งที่มีอาการแสดงไม่เกิน 3 เดือน ตำรับที่ใช้ตัวยาน้อยที่สุด 2 ชนิด ใช้กับผู้ป่วยลิ้นแข็งที่ไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าชาหรืออ่อนแรงร่วมด้วย โดยเฉลี่ย 1 ตำรับ มีตัวยา 14.7 ชนิด สรรพคุณตัวยาครอบคลุมสรรพคุณตำรับทุกตำรับ ตัวยาที่ใช้เป็นส่วนประกอบอยู่มากสุด 5 ตำรับ คือ ดีเกลือ สรรพคุณเป็นยาระบาย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคอัมพฤกษ์อัมพาท รองลงมาเป็นตัวยาที่เป็นส่วนประกอบ 4 ตำรับ คือ เทียนดำ บำรุงโลหิต ส่วนตัวยาที่อยู่ใน 3 ตำรับ มีจำนวน 16 ชนิด ตัวยาที่อยู่ใน 2 ตำรับ มี 26 ชนิด และ ตัวยาที่อยู่ใน 1 ตำรับ มี 67 ชนิด และรสชาติใช้มาก 3 อันดับ คือ รสขม รสเฝื่อน และ รสฝาด ร้อยละ 29.91 28.13 และ 9.38 ตามลำดับ เนื่องจากตัวยาหนึ่ง ๆ มีสรรพคุณครอบคลุมหลายด้าน ทำให้การวิเคราะห์สรรพคุณ

ของตัวยาว่าสอดคล้องกับสรรพคุณของตำรับเป็นตัวยาที่ตรงกับอาการโรค ตำรับยาสำหรับโรคอัมพฤกษ์อัมพาทที่ใช้ตัวยาน้อยชนิดแสดงว่าตัวยานั้นตรงกับอาการนั้น ๆ ขณะที่ตำรับที่ใช้ตัวยามากชนิดก็เพื่อให้สอดคล้องกับอาการโรคที่มีหลายอาการร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และบุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาวิจัยและพัฒนาตำรับแผนไทยเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาทต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาถึงการจัดยาตามตำรับที่หมอพื้นบ้านได้จดบันทึกไว้จากหลากหลายจังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์และเป็นต้นทุนในการพัฒนาตำรับยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

2) ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาทที่ได้รับยาตามตำรับหมอพื้นบ้านจากหลากหลายจังหวัด ในประเด็นในเศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

References

1. Bencharong S. Physical therapy in patient with hemiplegia after receiving a traumatic brain injury, lying in bed for a long time in the community: Case study. Maha Sarakham Hospital Journal. 2022; 17 (1): 88-95. (in Thai)
2. Juntaramano S, Swangareeruk J. The Wisdom of Indigenous Healers in Cancer Treatment. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 2017; 15 (3): 286-300. (in Thai)
3. Jaitae S. The lanna health cultural for health care. Thammasat Medical Journal. 2017; 18 (2): 240-248. (in Thai)
4. Tepsuriwong S. Wisdom of Thai Traditional Medicine from Thai Traditional Healers in Sathingphra Peninsula, Songkhla Province. Journal of Community Development and Quality of Life. 2020; 8 (1): 238-249. (in Thai)
5. Kaewmanee P, Jayathavaj V, Sriamonruttanakul T. Treating Paresis-Paralysis Wisdom of the Folk Healer Prasit Keawmanee. Proceedings of the 33th TSU Conference 2022 Globalization of Research and Innovation; 2022 Aug 22-23; Twin Lotus Hotel, Nakhon Si Thammarat, Thailand; 2022. 283-94. (in Thai)
6. Art of Healing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The General Medicinal Textbook Pharmacy Branch. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation Printing; 1998. (in Thai)
7. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. National Thai Traditional Medicine Formulary 2021 Edition. Bangkok: Sam Charoen Panich; 2021. (in Thai)
8. Temsiruekkul R, Amarit B. A prescription for treating liver cancer. Department of Pharmaceutical Botany Faculty of Pharmacy Mahidol University [Internet]. 2021 [cited 2023 January 5]. Available from <https://pharmacy.mahidol.ac.th/en/knowledge/article>. (in Thai)
9. Sayeed MSB, Shams T, Hossain SF, Rahman R, Mostofa AGM, Kadir MF, et al. Seeds modulate mood, anxiety and cognition in healthy adolescent males. J Ethnopharmacol. 2014; 152: 156-162.

10. Kesornmas S, Nakthaworn K, Musikapong K, Viriyabubpa C. A Study on the Treatment with Herbal Remedies in Seven Groups of Diseases: A Case Study of Mr. Prawit Kaewthong, Songkhla Province. J Thai Trad Alt Med. 2019; 17(2): 263-279. (in Thai)

11. Faculty of Pharmacy Ubon Ratchathani University [Internet]. 2014 [cited 2023 April 5]. Available from <https://apps.phar.ubu.ac.th/thai-remedy/main.php?action=viewpage&pid=4>. (in Thai)

12. National List of Essential Medicines. List of herbal medicines. [Internet]. 2013 [cited 2023 March 5]. Available from <http://kpo.moph.go.th>. (in Thai)

13. Chokkhanchitchai S. Manual of guidelines for the practice of Thai traditional medicine. Folk medicine and alternative medicine in Health Zone 3. [Internet]. 2018 [cited 2023 April 5]. Available from http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181018140227.pdf. (in Thai)

บทความวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพังผืด อ้าเอวหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

พิสิฐ แสงทองศิลป์*

ชูชัย อนันต์มานะ** พิศุทธิ์ รอดอนันต์***

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสังเกต แบบภาคตัดขวาง นี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะพังผืดในเขตอำเภอหนองเสือ ที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน เพื่อศึกษาปัจจัยภายในและภายนอกช่องปากและรอยโรคในช่องปากจากการสัมภาษณ์และการตรวจช่องปาก เพื่อหาความชุกของรอยโรคในช่องปาก ความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบความชุกของรอยโรคในช่องปาก ร้อยละ 28.42 ในจำนวนนี้มีความชุกรอยโรคชนิดที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ร้อยละ 16.93 ในขณะที่ความชุกของความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากเท่ากับร้อยละ 1.63 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ พบว่าระดับของภาวะพังผืด การใส่ฟันเทียม และภาวะปากแห้งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปาก ทั้งนี้พบว่าประวัตินี้สัมพันธ์กับแสงอัลตราไวโอเล็ต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรอยโรคชนิดที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ($p\text{-value} = 0.008$) ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อมูลจากการศึกษานี้จะเพิ่มความตระหนักรู้ในตัวผู้ที่มีภาวะพังผืดเองและผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพังผืดในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดรอยโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก

คำสำคัญ : ความชุก / ปัจจัยเสียง / ผู้ป่วยภาวะพังผืด / ความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปาก

วันที่รับบทความ: 10 ตุลาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 2 มกราคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 8 มกราคม 2567

* ทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ดร. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: pirasut.rod@mahidol.ac.th

Prevalence and Factors Related to Oral Potentially Malignant Disorders Among Dependent Patients in Nong Suea District, Pathum Thani Province

Pisit Saengthongsin*

Chuchai Anunmana** Pirasut Rodanant***

ABSTRACT

This observational cross-sectional research was conducted among dependent patients living in Nong Suea District who have difficulty in accessing to oral health care service. Data on extra- and intraoral factors and oral lesions were collected from 183 subjects by interviews and oral examinations to assess the prevalence of oral potentially malignant disorders (OPMDs), oral lesions, and their associated factors. The results revealed that 28.42% of individuals had oral lesions. Among these, 16.93% of the lesions had a moderate-to-high risk of malignant transformation lesions. Of all, the prevalence of OPMDs was 1.63%. According to Chi-square test and Fisher's exact test, the level of dependent status, denture wearing status and dry mouth condition were the primary factors strongly associated with the occurrence of OPMDs. Sunlight exposure was found to be significantly related to moderate-to-high risk of malignant transformation lesions (p-value = 0.008). Researchers expected that these results will increase awareness of OPMDs among dependent patients and their caregivers, particular in regarding the surveillance and prevention of the occurrence of OPMDs.

Key Words : Prevalence/ Risk factors/ Oral potentially malignant disorders (OPMDs)/
Dependent patients

Article info: Received: October 12, 2023, Revised: January 02, 2024, Accepted: January 08, 2024

* Dentist, Faculty of Dentistry Mahidol University

** Associate Professor Dr., Faculty of Dentistry, Mahidol University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Dentistry, Mahidol University E-mail:

pirasut.rod@mahidol.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รอยโรคในเนื้อเยื่ออ่อนช่องปาก (Oral lesion) คือสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากที่มีผลมาจากการติดเชื้อ การบาดเจ็บระคายเคือง โรคทางระบบ หรือ พฤติกรรมการใช้ชีวิต¹ พบว่าความชุกของรอยโรคในช่องปากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ² รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 แสดงการพบเนื้อเยื่ออ่อนช่องปากที่มีลักษณะผิดปกติในกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 35-85 ปี ร้อยละ 0.48³

ความผิดปกติเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (Oral

potentially malignant disorders: OPMDs) คือรอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนช่องปากที่มีความเสี่ยงที่จะเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งสูงเมื่อเทียบกับเนื้อเยื่ออ่อนช่องปากที่ปกติ⁴ มีการแบ่งระดับของอัตราการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็ง (Malignant transformation rate: MTR) ของรอยโรคเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (Low risk; MTR= 0-3%) ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk; MTR= 4-5%) และความเสี่ยงสูง (High risk; MTR >15%)⁵ ดังนี้ ตารางที่ 1

Table 1 Oral lesion (Malignant transformation rate)

Low-risk group (0-3%)	Moderate- risk group (4-15%)	High-risk group (>15%)
Oral lichen planus (1.37)	CMT gingiva/alveolar ridge (15)	CMT tongue (51)
DLE (0.5-2)	CMT buccal mucosa (13)	XP (77)
CMT labial mucosa (2)	CMT floor of mouth (9.5)	LFS (40-50)
Oral lichenoid reactions (2.43)	CMT hard and soft palate (9.5)	DC (35)
Tobacco pouch keratosis (2)	Bloom syndrome (8)	EP (25)
Nicotinic stomatitis (0.3)	Homogenous leukoplakia (1-7)	SD (35)
	Non-Homogenous leukoplakia (13.1)	PV leukoplakia (70)
	Oral submucous fibrosis (4.5-7.6)	FS (68)
	Actinic cheilitis (3.07)	Erythroplakia (28)
	Chronic candidiasis (0-10)	
	Erosive/erythematous OLP (4.59)	
	Plummer Vinson syndrome (5.2)	

DLE: Discoid lupus erythematosus; CMT: Chronic mucosal trauma; OLP: Oral lichen planus; XP: Xeroderma Pigmentosa; LFS: Li Fraumeni syndrome; DC: Dyskeratosis congenita; EP: Epidermolysis bullosa; SD: Sideropenic dysphagia; PV: Proliferative verrucous ; FS: Fanconi syndrome

ข้อมูลสถานการณ์โรคมะเร็งช่องปาก ในไทยจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2561 รายงานการพบมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยรายใหม่ในเพศชายและเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 7.3 และ 3.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปพบอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากเพิ่มเป็นกว่าร้อยละ 40 ในเพศชายและเกินกว่าครึ่งหนึ่งในเพศหญิง โดยมะเร็งช่องปากที่พบมากที่สุด ได้แก่ Squamous cell carcinoma⁶ ถึงแม้มะเร็งช่องปากจะมีอัตราพยากรณ์โรคที่ต่ำ แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งการเคี้ยวอาหาร กลืนอาหารลำบาก มีความเจ็บปวด และน้ำลายที่ลดลง อีกทั้งการรักษาจะสูงขึ้นเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นยังมีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ต่ำกว่าร้อยละ 50^{7,8} จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งช่องปากมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมากที่ 1.2-6 เท่า 2-9 เท่าและ 6 เท่าเทียบกับผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวตามลำดับ นอกจากนี้พฤติกรรมแล้วยังพบว่ามีปัจจัยที่อยู่ภายในและภายนอกช่องปากต่างๆ ได้แก่ ผลระยะกาย เคียงเรื้อรังและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรัง การใส่ฟันเทียมที่มีสภาพที่ไม่เหมาะสม สม การสัมผัสแสงอัลตราไวโอเลต รวมถึงปัจจัยด้านพันธุกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเสี่ยงมะเร็งช่องปากและมะเร็งที่ริมฝีปากและภายในช่องปาก^{1,9-16}

การคัดกรองมะเร็งช่องปากมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์และ การเสียชีวิตจากมะเร็งช่องปาก จัดเป็นกระบวนการเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และตรวจหามะเร็งช่องปากในระยะแรกให้พบมี

ต้นทุนในการดำเนินการไม่สูง การตรวจพบรอยโรคในระยะแรก จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและช่วยให้มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น⁷ การตรวจสามารถทำได้ง่ายไม่ซับซ้อนได้แก่วิธีการตรวจด้วยสายตาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีค่าความไวที่ 0.8 และค่าความจำเพาะที่ 0.9¹⁷ หรือการซักประวัติปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการตรวจช่องปาก 9 บริเวณ ตามที่สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกำหนดให้เป็นวิธีการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้น^{18,19} อย่างไรก็ตามการคัดกรองยังคงเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงด้วยปัญหาของความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรกลุ่มเปราะบางยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง²⁰ ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ที่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 50²¹ ประกอบกับที่ผ่านมายังไม่เคยมีการคัดกรองมะเร็งช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในจังหวัดปทุมธานี ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทราบความชุกของการเกิดความเสี่ยงมะเร็งช่องปากและปัจจัยภายในและภายนอกช่องปากที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเสี่ยงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการบริการที่เหมาะสมเพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. สำรวจความชุกของรอยโรคในช่องปาก และความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิงในอำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

2. สำรวจปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิงในอำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

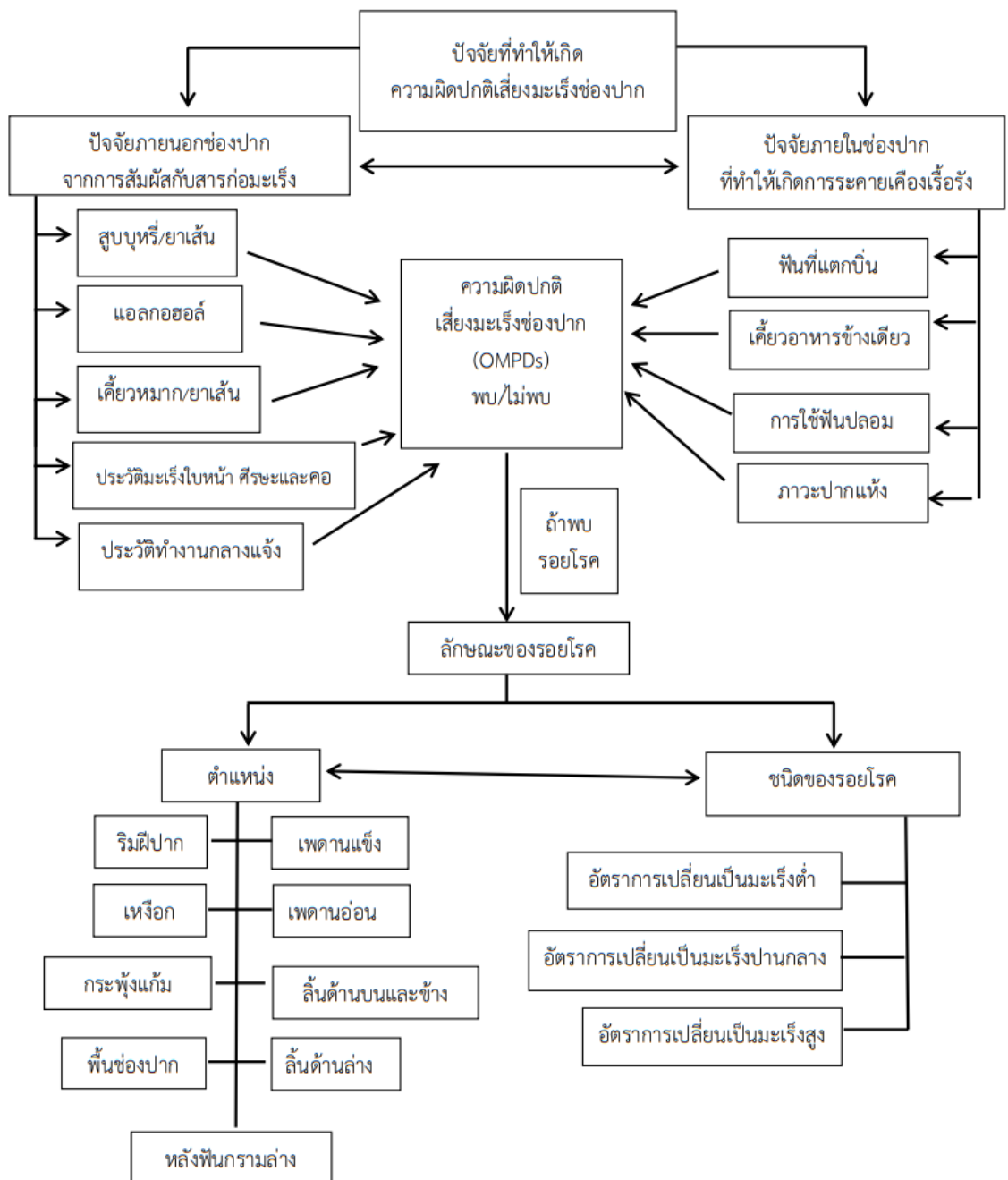
สมมติฐานการวิจัย

1. ความชุกของความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิง อำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี นั้นมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

2. ปัจจัยภายในช่องปากและภายนอกช่องปาก มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปาก ในผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิง อำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปาก ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกช่องปากที่สัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง และปัจจัยภายในช่องปากที่ทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรัง กลุ่มที่มีประวัติสัมผัสปัจจัยดังกล่าว จึงมีโอกาที่จะพบรอยโรคอีกทั้งตำแหน่งและชนิดของรอยโรคในช่องปากก็อาจมีความสัมพันธ์กันด้วย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การกำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบตัดขวางในกลุ่มผู้ป่วยภาวะฟังกิง โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA MUDT/PYIRB 2021/008.2801 วันที่ 28 มกราคม 2564

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 183 คน เป็นประชากรที่มีภาวะฟังกิงทั้งหมดในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ประชากรที่มีคะแนนดัชนีบาเทลตั้งแต่ 0-11 คะแนน^{22,23} พักอาศัยและมีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และสามารถสื่อสารได้ด้วยตัวเองหรือโดยผ่านผู้ดูแล

การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้

การเก็บข้อมูลจะทำเพียงแค่ครั้งเดียวในแต่ละรายซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัยแต่เพียงผู้เดียวซึ่งผู้วิจัยเป็นทันตแพทย์ชำนาญการมีประสบการณ์ทำงานมาแล้ว 14 ปี โดยมีทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากจากรพ.หนองเสือ เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการให้คำวินิจฉัยรอยโรคที่พบการเก็บข้อมูลเริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์ประวัติทั่วไป ประวัติทางการแพทย์

และปัจจัยภายนอกช่องปาก จากนั้นทำการตรวจช่องปาก โดยใช้เครื่องมือตรวจฟันภายใต้ไฟส่องสว่างที่เพียงพอ ที่บ้านของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการตามคู่มือคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย^{18,19} ร่วมกับการประเมินภาวะปากแห้ง โดยใช้แบบฟอร์ม มาตราส่วนชาลาคอมป์²⁴ การเก็บข้อมูลปัจจัยภายในช่องปาก และสภาวะช่องปากประกอบด้วย จำนวนฟัน จำนวนฟันตกบิ่น การเคี้ยวอาหารข้างเดียว สภาพฟันเทียม ภาวะปากแห้ง ชนิดและตำแหน่งของรอยโรคในช่องปาก จะมีการบันทึกภาพฟันเทียม และรอยโรคที่ตรวจพบ (ถ้ามี) เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและหากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่จะได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว จะได้รับการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS (IBM SPSS Statistics version 18.0; SPSS Inc) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความชุกโรคและปัจจัยภายในและภายนอกช่องปาก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ เพื่อหาความชุกโรค และใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ในการหาความสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ความชุกของรอยโรคในช่องปาก (ตารางที่ 2)

พบรอยโรคในช่องปาก 52 คน คิดเป็นความชุกโรค ร้อยละ 28.42 เมื่อจัดกลุ่มรอยโรคตามความเสี่ยงในการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็ง (Risk of malignant transformation : RMT) พบว่ามีความชุกของรอยโรคที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low RMT) เท่ากับร้อยละ 11.47 , ความชุกของรอยโรคที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง (Mod-high RMT) เท่ากับร้อยละ 16.93 ในขณะที่รอยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น OPMDs มีความชุกของรอยโรคคิดเป็นร้อยละ 1.63

จากการตรวจผู้ป่วยที่มีภาวะฟิงฟิงทั้งหมด พบว่าชนิดของรอยโรคในช่องปากที่พบมากที่สุด 6 อันดับแรกได้แก่ รูเปิดหนองและฝีหนองจากรากฟัน (Dental fistula and abscess) ร้อยละ 6.55, แผลบาดเจ็บ (Traumatic ulcer) ร้อยละ 6.55, เยื่อผิวหนังจากการเสียดสี (Frictional keratosis) ร้อยละ 4.91, เนื่องจากการระคายเคือง (Irritation fibroma) ร้อยละ 4.37 และ มุมปากอักเสบ (Angular cheilitis) ร้อยละ 3.27

ปัจจัยภายในและภายนอกช่องปาก (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านประชากร ไม่พบว่ามีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความชุกของรอยโรคในช่องปากระหว่างเพศ กลุ่มอายุ และภาวะฟิงฟิง อย่างไรก็ตามพบว่าประชากรกลุ่มติดเตี้ยมีความชุกของรอยโรคในช่องปากในภาพรวมและความชุกของรอยโรคที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูงมากกว่ากลุ่มติดบ้าน

ในส่วนของปัจจัยภายนอกช่องปาก พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติสัมผัสกับแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นประจำมีความชุกของรอยโรค Mod-high RMT สูงกว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติสัมผัสกับปัจจัยภายนอกช่องปากอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ $p\text{-value} = 0.008$ ในขณะที่การสัมผัสกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ ได้แก่การเคี้ยวยาเส้น, การเคี้ยวหมาก, การมีประวัติส่วนตัวและครอบครัวเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอหอย ไม่ทำให้ความชุกของรอยโรคในช่องปากมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับการไม่สัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อย่างไรก็ตามพบว่าหากมีการสัมผัสกับปัจจัยเหล่านี้จะทำให้มีความชุกของรอยโรค Mod-high RMT สูงกว่าการไม่สัมผัสปัจจัยดังกล่าว ในส่วนของปัจจัยภายในช่องปาก พบความชุกของรอยโรค Mod-high RMT ในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัย 4 กลุ่ม คือ มีฟันมากกว่า 20 ซึ่งมีฟันแตกบิ่น, ใช้ฟันเทียม และมีภาวะปากแห้งสูงกว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น OPMDs ทุกคน มีประวัติที่สัมผัสกับปัจจัย 3 ประการได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก เป็นเวลานานมากกว่า 45 ปี

ตำแหน่งรอยโรค (ตารางที่ 4)

ตำแหน่งทางกายวิภาคที่พบรอยโรคเรียงลำดับจากตำแหน่งที่มีความชุกมากไปหาน้อยได้แก่ เหงือก (gingiva) กระพุ้งแก้ม (buccal mucosa) ริมฝีปาก (lip) เพดานแข็ง (hard palate) ลิ้นด้านบนและด้านข้าง

(dorsal and lateral tongue) เพดานอ่อน (soft palate) พื้นช่องปาก (floor of mouth) ทั้งนี้ตำแหน่งที่ตรวจไม่พบรอยโรคเลยได้แก่ พื้นผิวช่องปากด้านหลังฟันกรามล่างซี่สุดท้าย (retromolar area) ลิ้นด้านล่าง (ventral tongue) ทั้งนี้รอยโรคที่ตรวจพบบนตำแหน่งริมฝีปาก, กระพุ้งแก้ม, เพดานแข็ง, เพดานอ่อน และ ลิ้นด้านบนและด้านข้าง มีโอกาสเป็นรอยโรคชนิด Mod-high RMT สูงกว่ารอยโรคที่พบในตำแหน่งอื่น (เหงือก, พื้นช่องปาก) อย่างมีนัยสำคัญ ในระดับ $p\text{-value} < 0.05$

Table 2 Initial diagnosis of lesions in demographic factors, extraoral risk factor and intraoral risk factors

Initial diagnosis	Numbers of subject* (%)															
	Gender		Age		Dependent		Cigarette		Smokeless tobacco		Snuff		Alcohol		Betel quid	
	Male n =68	Female n = 115	< 60 years n = 17	≥ 60 years n = 166	Home bound n = 100	Bed ridden n= 83	Hx of smoking n= 78	Non smoker n= 105	Hx of SMT n= 20	Non SMT n= 163	Hx of SN n= 13	Non-SN n= 170	Hx of drinker n= 93	Non- drinker n= 90	Hx of BQC n = 40	Non BQC n= 143
Low RMT																
Dental fistula & abscess	7 (10.3)	5 (4.3)	1 (5.9)	11 (6.6)	6 (6)	6 (7.2)	8 (10.3)	4 (3.8)	0 (0)	12 (7.4)	0 (0)	12 (7.1)	6 (6.5)	6 (6.7)	1 (2.5)	11 (7.7)
Angular cheilitis	2 (2.9)	4 (3.4)	0 (0)	6 (3.6)	1 (1)	5 (6)	4 (5.1)	2 (1.9)	1 (5)	5 (3.1)	0 (0)	5 (2.9)	4 (4.3)	2 (2.2)	3 (7.5)	3 (2.1)
Mucocele	1 (1.4)	2 (1.7)	0 (0)	3 (1.8)	2 (2)	1 (1.2)	0 (0)	3 (2.9)	0 (0)	3 (1.8)	0 (0)	3 (1.8)	1 (1.1)	2 (2.2)	1 (2.5)	2 (1.4)
Nicotinic stomatitis	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
Pyogenic granuloma	0 (0)	2 (1.7)	0 (0)	2 (1.2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (1.9)	1 (5)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	2 (2.2)	0 (0)	1 (2.5)	1 (0.7)
Betel quid induced lichenoid reaction	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
Atrophic glossitis	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
Geographic tongue	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.7)
Moderate RMT																
Traumatic ulcer	2 (2.9)	10 (8.7)	2 (11.8)	10 (6)	4 (4)	8 (9.6)	3 (3.8)	9 (8.6)	1 (5)	11 (6.7)	1 (7.7)	11 (6.5)	3 (3.2)	9 (10)	3 (7.5)	9 (6.3)
Frictional keratosis	3 (4.4)	6 (5.2)	1 (5.9)	8 (4.8)	3 (3)	6 (7.2)	4 (5.1)	5 (4.8)	0 (0)	9 (5.5)	2 (15.4)	9 (5.3)	4 (4.3)	5 (5.6)	1 (2.5)	8 (5.6)
Irritation fibroma	4 (5.9)	4 (3.5)	0 (0)	8 (4.8)	4 (4)	4 (4.8)	3 (3.8)	5 (4.8)	1 (5)	7 (4.3)	0 (0)	7 (4.1)	2 (2.2)	6 (6.7)	3 (7.5)	5 (3.5)
Denture stomatitis	0 (0)	2 (1.7)	0 (0)	2 (1.2)	1 (1)	1 (1.2)	0 (0)	2 (1.9)	1 (5)	1 (0.6)	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	2 (2.2)	1 (2.5)	1 (0.7)
Epulis fissuratum	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	1 (2.5)	0 (0)
Suction cup induced palatal bone resorption	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.7)
Leukoplakia	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
High RMT																
Erythroleukoplakia	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0(0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
Exophytic lesion in oropharynx CA patient	1 (1.4)	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	1(1)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
Not found oral lesion	50 (73.5)	81 (70.4)	12 (70.6)	119 (71.7)	74 (74)	57 (68.6)	57 (73.1)	74 (70.5)	13 (65)	118 (72.4)	10 (76.9)	121 (71.2)	69 (74.2)	62 (68.9)	24 (60)	107 (74.8)

RMT: Risk of malignant transformation; Hx: History; SMT: Smokeless tobacco; SN: Snuff; BQC: Betel quid chewing

Extraoral factors : Cigarette, Smokeless tobacco, Snuff, Alcohol, Betel quid, UV exposed, HNCA patient, HNCA family

Intraoral factors : Teeth remaining, Chipped teeth, Unilateral chewing, Denture use, Dry mouth

* Subject with multiple lesions was recounted if he/she had more than one type of lesion.

Table 3 Oral lesion status in demographic factors, extraoral risk factor and intraoral risk factors

Oral lesion status	Numbers of subject (%)															
	Gender		Age		Dependent status		Cigarette		SMT		Snuff		Alcohol		Betel quid	
	Male	Female	< 60 years	≥ 60 years	Home bound	Bed ridden	Non-smoking	Hx of smoking	Non-SMT	Hx of SMT	Non-SN	Hx of SN	Non-drinker	Hx of drinker	Non BQC	Hx of BQC
Not found	50 (73.5)	81 (70.4)	12 (70.6)	119 (71.7)	74 (74)	57 (68.7)	74 (70.5)	57 (73.1)	118 (72.4)	13 (65)	121 (71.2)	10 (76.9)	62 (68.9)	69 (74.2)	107 (74.8)	24 (60)
Low RMT	7 (10.3)	14 (12.2)	1 (5.9)	20 (12.1)	12 (12)	9 (10.8)	11 (10.5)	10 (12.8)	18 (11)	3 (15)	21 (12.4)	0 (0)	9 (10)	12 (12.9)	14 (9.8)	7 (17.5)
Mod-high RMT	11 (16.2)	20 (17.4)	4 (23.5)	27 (16.3)	14 (14)	17 (20.5)	20 (19)	11 (14.1)	27 (16.6)	4 (20)	28 (16.5)	3 (23.1)	19 (21.1)	12 (12.9)	22 (15.4)	9 (22.5)
p-value	0.893 ^a		0.710 ^b		0.507 ^a		0.637 ^a		0.778 ^a		0.462 ^b		0.311 ^a		0.173 ^a	
Not found	18 (64.3)	113 (72.9)	130 (72.2)	1 (33.3)	122 (72.2)	9 (64.3)	87 (72.5)	44 (69.8)	90 (72.6)	41 (69.5)	114 (70.8)	17 (77.3)	113 (72.4)	18 (66.7)	131 (72.8)	0 (0)
Low RMT	8 (28.6)	13 (8.4)	21 (11.7)	0 (0)	20 (11.8)	1 (7.1)	16 (13.3)	5 (7.9)	13 (10.5)	8 (13.6)	20 (12.4)	1 (4.5)	18 (11.5)	3 (11.1)	19 (10.6)	2 (66.7)
Mod-high RMT	2 (7.1)	29 (18.7)	29 (16.1)	2 (66.7)	27 (16)	4 (28.6)	17 (14.2)	14 (22.2)	21 (16.9)	10 (16.9)	27 (16.8)	4 (18.2)	25 (16)	6 (22.2)	30 (16.7)	1 (33.3)
p-value	0.008* ^b		0.110 ^b		0.539 ^b		0.263 ^a		0.826 ^a		0.771 ^b		0.670 ^b		0.012 ^b	

RMT: Risk of malignant transformation; Hx: History; SMT: Smokeless tobacco; SN: Snuff; BQC: Betel quid chewing

Extraoral factors : Cigarette, SMT, Snuff, Alcohol, Betel quid, UV exposed, HNCA patient, HNCA family

Intraoral factors : Teeth remaining, Chipped teeth, Unilateral chewing, Denture use, Dry mouth

Chi-square test^a or Fisher's exact test^b ; significant level at $p < 0.05$

Table 4 Anatomical area and oral lesion status

Anatomical area	Numbers of subject (%)		p-value
	Not found/Low	Mod-High	
	RMT	RMT	
Lip			
Not found lesion	144 (85.2)	25 (14.8)	0.016* ^b
Found lesion	8 (57.1)	6 (42.9)	
Buccal mucosa			
Not found lesion	151 (91.5)	14 (8.5)	0.000* ^b
Found lesion	1 (5.6)	17 (94.4)	
Gingiva			
Not found lesion	140 (84.8)	25 (15.2)	0.089 ^b
Found lesion	12 (66.7)	6 (33.3)	
Retromolar area			
Not found lesion	152 (83.1)	31 (16.9)	-
Found lesion	0 (0)	0 (0)	
Hard palate			
Not found lesion	151 (85.8)	25 (14.2)	0.000* ^b
Found lesion	1 (14.3)	6 (85.7)	
Soft palate			
Not found lesion	152 (84.4)	28 (15.6)	0.004* ^b
Found lesion	0 (0)	3 (100)	
Dorsal and lateral tongue			
Not found lesion	150 (84.7)	27 (15.3)	0.008* ^b
Found lesion	2 (33.3)	4 (66.7)	
Ventral tongue			
Not found lesion	152 (83.1)	31 (16.9)	-
Found lesion	0 (0)	0 (0)	
Floor of mouth			
Not found lesion	152 (83.5)	30 (16.5)	0.169 ^b
Found lesion	0 (0)	1 (100)	

MT: Malignant transformation

Chi-square test^a or Fisher's exact test^b; significant level at $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่าความชุกของรอยโรคในช่องปากและความชุกของ OPMDs ของประชากรภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานีมีค่าเท่ากับร้อยละ 28.42 และร้อยละ 1.63 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความชุกที่อยู่ในกรอบความชุกที่แสดงอยู่ในการศึกษาในจังหวัดอื่นๆของประเทศไทยที่พบว่ามีความชุกของรอยโรคในช่องปากและ OPMDs อยู่ระหว่างร้อยละ 2.3-83.6 และร้อยละ 0.15-11.4 ตามลำดับ^{2,7,25-27} ผลการศึกษาข้างต้นอาจแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของสภาพภูมิประเทศที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีความแตกต่างของความชุก อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่โน้มน้าวให้เห็นว่าปัจจัยความแตกต่างด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) ก็มีผลต่อความชุกของรอยโรคในช่องปากและ OPMDs เช่นกัน โดยพบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีความชุกโรคน้อยกว่าประเทศกำลังพัฒนาหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดรอยโรคในช่องปากและ OPMDs^{28,29} มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าประชากรกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสเช่น ประชากรที่มีภาวะพึ่งพิง (dependent status) ที่มีข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเอง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดรอยโรคในช่องปาก³⁰ ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องและแสดงประเด็นสนับสนุนว่าความรุนแรงของของภาวะพึ่งพิงส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้นไปด้วย โดยพบว่ามีความชุกของรอยโรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน โดยไม่จำกัดอายุหรือเพศ หากดูแลได้ไม่ทันท่วงทีอาจทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ผลกระทบไม่เพียงเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจในครัวเรือน โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ครัวเรือนจะมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากถึง 81,537 บาท/คน/ปี³¹ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงเป็นโรคร้ายแรงซ้ำซ้อน ครัวเรือนก็ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นยิ่งกว่าเดิม

อย่างไรก็ตามยังคงพบความชุกของโรคที่แตกต่างกันแม้จะมีบริบททางปัจจัยด้านประชากร (demographic factors) ที่คล้ายคลึงกัน จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบของการคัดกรอง (screening pattern) เป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงอัตราความชุกของการเกิดโรค พบว่าการคัดกรองแล้วแต่โอกาส (opportunistic screening) ที่เป็นการคัดกรองในประชากรที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอยู่แล้ว เช่น การคัดกรองแล้วแต่โอกาสในคลินิกทันตกรรมที่สำรวจความชุกในผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรม ซึ่งมักจะมีปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่แล้วเป็นผลให้มีโอกาสสูงที่จะพบความชุกรอยโรคมกกว่าการคัดกรองในกลุ่มประชากรทั่วไป²⁷ ปัจจัยอีกประการที่ก่อให้เกิดความไม่ชัดเจนของความชุกได้แก่การให้การวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคหรือไม่ (type of lesions) ยกตัวอย่างเช่น หากในการศึกษานั้น ๆ นับรวม Normal variation ว่าเป็นรอยโรคในช่องปากแล้ว ก็จะส่งผลให้พบความชุกของรอยโรคมกขึ้นอย่างมาก^{2,32} ในประเด็นการให้การวินิจฉัยโรคที่จะมีผลต่อความชุกนั้น แม้ว่าการศึกษานี้ได้ให้คำจำกัด

ความของ OPMDs ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO guideline) แต่หากมีการแบ่งชั้นรอยโรค (stratification of oral lesions) ตาม guideline ในปี 2007 ซึ่งการแบ่งชั้นรอยโรคในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปใช้ guideline ปี 2021 แล้วจึงน่าจะมีผลให้มีความคลาดเคลื่อนในผลของการศึกษานี้เทียบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

รูเปิดหนองและฝีหนองจากรากฟันเป็นรอยโรคที่แสดงให้เห็นถึงการไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างทั่วถึงที่ การที่พบความชุกของรอยโรคชนิดนี้มากที่สุดในการศึกษานี้ น่าจะสะท้อนให้เห็นว่ายังมีปัญหาในส่วนของความพร้อมในการให้บริการได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรรวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น และ/หรือ ความไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางทันตสาธารณสุขของผู้ป่วยภาวะพังผืดได้แก่ ความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการทั้งโดยสภาพทางภูมิศาสตร์ที่อำเภอหนองเสือเป็นอำเภอที่อยู่บริเวณตะเข็บของจังหวัดที่ยังคงมีความไม่สะดวกในเรื่องการคมนาคมหรือมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทั้งนี้จากข้อมูลในปี 2562-2565 พบว่ามีเพียงร้อยละ 46.4 ของผู้ป่วยภาวะพังผืดในอำเภอหนองเสือที่ได้รับการทันตสาธารณสุข²¹

นอกจากปัญหาของการไม่สามารถให้การรักษาอย่างทั่วถึงที่แล้ว การที่พบรอยโรคเยื่อเมือกช่องปากที่สัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียม (Denture-related lesion) ได้แก่ แผลบาดเจ็บ, เยื่อผิวหนังจากการเสียดสี, เนื่องจากการระคายเคือง, ปากอักเสบเหตุฟันเทียม (Denture

stomatitis) และ เส้นใยงอกเกินเหตุฟันเทียม (Epulis fissuratum) ในผู้ที่ใส่ฟันเทียมมาเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ในการศึกษาี้ สะท้อนถึงปัญหาของการขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งมีต้นตอจากการไม่ตระหนัก และ/หรือ ขาดความรู้ในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียม มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงการเกิดมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมและเพิ่มสูงขึ้นอีกหากมีการใส่ฟันเทียมที่มีลักษณะและ/หรือ มีการดูแลที่ไม่เหมาะสม^{15,30}

การศึกษานี้แม้จะพบประชากรภาวะพังผืดที่มีภาวะปากแห้ง (Xerostomia) ปานกลางถึงมากในจำนวนน้อย แต่พบว่ามี การปรากฏของรอยโรคในช่องปากในผู้ป่วยทุกรายโดยกว่า 2 ใน 3 เป็นรอยโรค Mod-high RMT การมีภาวะปากแห้ง ฟันแตกบิ่นและเคี้ยวอาหารข้างเดียว เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการเป็นแผลเรื้อรัง (Chronic mucosal trauma) ที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งถึง 4.5 เท่า¹⁶ แสดงให้เห็นว่าต้องให้ความสำคัญและไม่ละเลยถึงผลกระทบของปัจจัยในช่องปากรวมถึงภาวะปากแห้ง

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการตรวจพบรอยโรค Mod-High RMT และ OPMDs ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการเคี้ยวหมาก แม้จะขัดแย้งกับข้อมูลที่มีการนำเสนออย่างแพร่หลาย แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่จังหวัดชัยภูมิ²⁵ อย่างไรก็ตามผลของการศึกษานี้แสดงถึงการมีความชุกของรอยโรค Mod-High RMT ในผู้ที่

เคี้ยวใบยาสูบและ/หรือการเคี้ยวหมากสูงกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่ามีการพบรอยโรคบนเนื้อเยื่อช่องปากในประชากรที่มีภาวะฟิงฟิงที่ใช้ช่องปากที่มีความไม่สมบูรณ์ของฟันและ/หรือรูปแบบการบดเคี้ยวรวมถึง การใส่ฟันเทียมในการบดเคี้ยว แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในช่องปากที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการระคายเคืองเรื้อรังจากฟันแท้หรือฟันเทียมส่งผลให้เนื้อเยื่อช่องปากสัมผัสกับสารก่อมะเร็งได้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากที่มากขึ้น¹³

มีหลักฐานที่แสดงความเชื่อมโยงของการเกิดมะเร็งของริมฝีปากกับการสัมผัสกับแสงอัลตราไวโอเล็ต³³ จากการศึกษา³³ แสดงความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าการสัมผัสแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นปัจจัยภายนอกช่องปากที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดรอยโรค Mod-high RMT ทั้งนี้สันนิษฐานว่าการพบความชุกของรอยโรคในช่องปากชนิด Mod-high RMT ที่สูงนี้ว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุ 2 ประการได้แก่ ประการที่หนึ่ง การที่มีจำนวนประชากรในกลุ่มสัมผัสแสงอัลตราไวโอเล็ต มากถึงร้อยละ 80 ของประชากรที่ศึกษา และประการที่สอง การที่ประชากรในกลุ่มสัมผัสแสงอัลตราไวโอเล็ต มีสัดส่วนของผู้ที่ใส่ฟันเทียมมากถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งหมด

ตำแหน่งที่พบรอยโรคและชนิดของรอยโรคมีผลต่อความเสี่ยงการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็ง⁵ มีการศึกษาที่แสดงว่ารอยโรคที่พบที่กระพุ้งแก้มและลิ้นเป็นรอยโรคที่มีอัตราการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งสูง³³⁻³⁵ ดังนั้นการที่พบมีความชุกของรอยโรค Mod-high RMT สูงอย่างมีนัยสำคัญที่ตำแหน่งริมฝีปาก, กระพุ้งแก้ม, เพดานแข็ง, เพดานอ่อน และ ลิ้นด้านบนและด้านข้างในการศึกษานี้ น่าจะแสดงให้เห็นว่าประชากรภาวะฟิงฟิงที่อยู่ในเขตอำเภอหนองเสือมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งช่องปาก

จุดอ่อนในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้จะดำเนินการตรวจและวินิจฉัยรอยโรคในช่องปากเบื้องต้นโดยผู้วิจัยคนเดียว แต่ไม่ได้มีการปรับมาตรฐานการตรวจกับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการวินิจฉัยรอยโรคในช่องปาก ซึ่งเป็นเกณฑ์การตรวจมาตรฐานสูงสุด (Gold standard) แต่ก็ชดเชยด้วยการปรึกษากับทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก ซึ่งเป็นทันตแพทย์เจ้าของพื้นที่ ระหว่างการลงเก็บข้อมูลและเนื่องจากข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบภาคตัดขวาง จึงไม่ทราบอุบัติการณ์ของการเกิดโรค รวมถึงไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าปัจจัยที่ศึกษาเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ทราบเพียงแค่ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อีกทั้งยังไม่เหมาะสมในการศึกษาโรคที่พบได้ยาก และจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากพอ

จุดแข็งในการวิจัยครั้งนี้

ยังไม่พบว่ามีการศึกษารูปแบบเดียวกันนี้ในประเทศไทยมาก่อน ซึ่งอาจเป็นแนวทางให้ผู้สนใจนำรูปแบบการศึกษานี้เป็นต้นแบบปรับใช้ในจังหวัดอื่นหรือบริบทอื่นได้ อีกทั้งการศึกษาในครั้งนี้ยังช่วยสนับสนุนการทำงานปฐมนิเทศในพื้นที่ โดยได้ประโยชน์ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่ได้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อที่จะให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย

ถึงแม้ว่าผลการศึกษายังไม่พบนัยสำคัญที่ชัดเจน แต่ก็พบความเชื่อมโยงที่เป็นไปได้ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับรอยโรคในช่องปาก รวมถึง OPMDs อันได้แก่ รอยโรคเยื่อเมือกช่องปากที่สัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียม รอยโรคจากการระคายเคืองเรื้อรัง และรอยโรคติดเชื้อสาเหตุจากฟัน ในผู้ป่วยภาวะฟังกะบง และพบว่าความชุกของรอยโรคในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยที่ศึกษานั้น ไม่สูงไปกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัจจัยที่ศึกษา ผลการศึกษาเช่นนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อความชุกโรคในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาในครั้งนี้ อาจสรุปได้ว่าปัจจัยเด่นที่มีผลต่อการเกิดรอยโรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยภาวะฟังกะบง คือ ภาวะฟังกะบง สถานะการใส่ฟันเทียม และภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ช่วยกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่าปัจจัยภายในและภายนอกที่ทำการศึกษานี้ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเสี่ยงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะฟังกะบง รวมถึงสนับสนุนให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดรอยโรคความผิดปกติเสี่ยงมะเร็งช่องปาก เพื่อลดการเกิดแผลและรอยโรคเรื้อรังอันอาจนำไปสู่การเกิดมะเร็งช่องปาก

2. ทั้งนี้ควรส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลเสริมกำลังใจ จัดสรรกำลังคนและทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ได้โดยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กระตุ้นให้ภาครัฐมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม แก่ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยภาวะฟังกะบง เพื่อให้ทุกคนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น รูปแบบการใช้ชีวิต อาชีพการงาน อาหารที่บริโภคเป็นประจำ หรือมลภาวะในสิ่งแวดล้อมที่อาจมีความเป็นไปได้ที่จะสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงมะเร็งช่องปากซึ่งเป็นโอกาสในการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงผู้ป่วยภาวะฟังกะบง และผู้ดูแลผู้ป่วยในอำเภอนองเสือ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Neville BW. Oral and Maxillofacial Pathology. St. Louis, Mo: Saunders; 2009.
2. Wongviriya A, Samnieng P, Intapa C, Phothipakdee P, Kaomongkolgit R. Oral mucosal lesions in thai elderly dental patients. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2018; 101: 367-73.
3. Bureau of Dental Health MoPH. Report of the 8th National Oral Health Survey in Thailand 2017. Nonthaburi: Sam Charoen Panit Juristic Partnership; 2017. 330 p.
4. Parakh MK, Ulaganambi S, Ashifa N, Premkumar R, Jain AL. Oral potentially malignant disorders: clinical diagnosis and current screening aids: a narrative review. European Journal of Cancer Prevention. 2020; 29(1). (65-72)
5. Sarode GS, Sarode SC, Maniyar N, Sam Regi R, Aruna A, Patil S. Malignant transformation rate based stratification model for oral potentially malignant disorders: A potential idea. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research. 2020; 10(4): 490-1.
6. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2018. Cancer registry Unit, Information Technology Division: New Thammada Press (Thailand) Co.,Ltd.; 2019.
7. Prasertsom P. Prevalence and incidence of potential malignance disorder and oral cancer by organized community screening model in 5 districts of Roiet Province. TH Dent PH J. 2018; 23(2): 46-54.
8. Andrade FP, Antunes JL, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. Braz Oral Res. 2006; 20(4): 290-6.
9. Zhang Y, Wang R, Miao L, Zhu L, Jiang H, Yuan H. Different levels in alcohol and tobacco consumption in head and neck cancer patients from 1957 to 2013. PLoS One. 2015; 10(4): e0124045.
10. Nirmala C, Thapsey H, S. MN. Oral cancer and tobacco: a case control study in southern India. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2017; 4(12): 4706-11.
11. Loyha K, Vatanasapt P, Promthet S, Parkin DM. Risk factors for oral cancer in northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2012; 13(10): 5087-90.

12. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer*. 2001; 85(11): 1700-5.
13. Warnakulasuriya S. Causes of oral cancer--an appraisal of controversies. *Br Dent J*. 2009; 207(10): 471-5.
14. Schub T BWM, RN, BSN. Squamous Cell Carcinoma: Oral Cavity and Oropharynx Cancer 2018.
15. Manoharan S. Ill-fitting dentures and oral cancer: a meta-analysis. *Oral Oncology*. 2014; 50: 1058-61.
16. Piemonte E, Lazos J, Belardinelli P, Secchi D, Brunotto M, Lanfranchi-Tizeira H. Oral cancer associated with chronic mechanical irritation of the oral mucosa. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 1(23): 151-60.
17. Kintarak S. Oral cancer screening. *J Dent Assoc Thai*. 2007; 5(3): 153-60.
18. Bureau of Dental Health MoPH. Guideline for oral potentially malignant disorders and oral cancer screening [Internet]. 1st ed. Nonthaburi : Bureau of Dental Health , Ministry of Public Health; 2019 [cited 2020 26 June]. Available from: https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=82268&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=26621.
19. Bureau of Dental Health, Ministry of Public Health. Oral cancer examination and management guideline for dental provider. project TDATs, editor. Bangkok: Samchareon Phanich (Bangkok) CO., LTD.; 2018. 44 p.
20. Social Statistics Division, National Statistical Office. The 2017 Disability Survey. 1st ed. Bangkok: Text and Journal Publication Co;Ltd; 2017.
21. Heath Data Center service [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2014 - [cited 2020 21 Mar]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=9e6655a9a4b4c6df08edaadd567a70f1

22. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The barthel ADL index: A reliability study. *Disability and Rehabilitation*. 1988; 10(2): 61-3.
23. Bureau of Elder Health, Ministry of Public Health. Health promotion service standards manual for the elderly in community hospitals and health promoting hospitals. Nonthaburi: Bureau of Elder Health, Ministry of Public Health; 2018. 128 p.
24. Das P, Challacombe SJ. Dry Mouth and Clinical Oral Dryness Scoring Systems. *Primary dental journal*. 2016; 5(1): 77-9.
25. Tangsanguannuch C. The incidence of Oral Potentially Malignant Disorders. *Buddhachinaraj Medical Journal*. 2018; 35(3): 319-27.
26. Kankrasang S. A report of comprehensive oral cancer screening from primary to tertiary level in Pratai, Non Sung, Non Thai and Phra Thongkham District in Nakhonratchasima province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*. 2022; 8(1): 153-64.
27. Jai Kittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*. 2002; 8(4): 218-23.
28. Peter Thomson A. *Oral Cancer: From Prevention to Intervention*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
29. Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, Porporatti AL, Warnakulasuriya S, Guerra ENS, et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of oral pathology & medicine* : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology. 2018; 47(7): 633-40.
30. Jorge Júnior J, De Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1991; 19(3): 173-5.
31. Srithamrongsawad S. National Long-term Care System for the Elderly Dependency under the National Health Security System. Bangkok: Department of Community Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2018. 206 p.
32. Bozdemir E, Yilmaz HH, Orhan H. Oral mucosal lesions and risk factors in elderly dental patients. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*. 2019; 13(1): 24-30.

33. Shrestha AD, Vedsted P, Kallestrup P, Neupane D. Prevalence and incidence of oral cancer in low- and middle-income countries: A scoping review. *European journal of cancer care*. 2020; 29(2): e13207.

34. Sahu PK, Kumar S. Epidemiological Aspects of Oral Cancer in North Indian Population. *Indian journal of otolaryngology and head and neck*

surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India. 2019; 71(Suppl 1): 944-8.

35. Mehanna HM, Rattay T, Smith J, McConkey CC. Treatment and follow-up of oral dysplasia - a systematic review and meta-analysis. *Head & neck*. 2009; 31(12): 1600-9.

บทความวิจัย

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ : การศึกษาย้อนหลัง

เนตรทิพย์ เจริญสุข*สนใจ พุทธาพิทักษ์ผล** เอกพล กาละดี***

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังแบบกลุ่มศึกษา-กลุ่มเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรัง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว สถานที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 125 คน และ ไม่เคยติดเชื้อ 125 คน รวม 250 คน โดยการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกชั่วโมงการทำงานของพยาบาล 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.72, และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติถดถอยโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะแผนกอายุรกรรม และชั่วโมงการทำงานที่ มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มงานศัลยกรรม 3.73 เท่า ($OR = 3.73; 95\% CI = 1.88 - 7.37; p < .001$) และพยาบาลวิชาชีพที่มี ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มากกว่า 40 ชั่วโมง มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มี ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงถึง 2.36 เท่า ($OR = 2.36, 95\% CI = 1.21 - 4.59, p < .05$)

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019/ พยาบาลวิชาชีพ/ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์/ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่รับบทความ: 29 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 12 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 7 มกราคม 2567

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

The Influence of Selective Factors on the Rate of Coronavirus 2019 Infection among Professional Nurses at Samut Prakan Hospital: A Retrospective Study

Nettip Charoensuk* Somjai Putapitakpot** Akaphol Kaladee***

ABSTRACT

This retrospective case-control study aims to determine the factors that influence the rate of COVID-19 infection among professional nurses in Samutprakan Hospital. The 8 factors of interest are age, body mass index, chronic disease, family members infected COVID-19, place of work (department), working hours per week, perceived susceptibility to infection with COVID-19, and perceived barriers to COVID-19 prevention. A total of 250 professional nurses employed at Samutprakan Hospital were selected for the study. They were randomly assigned to either the infected group (125 individuals) or the uninfected group (125 individuals). The questionnaire, which was developed utilizing as a tool, was divided into four parts: 1) a personal data form; 2) a record of working hours per week; 3) perceived susceptibility to COVID-19 infection; and 4) perceived barriers to preventing COVID-19 infection. The content validity of the questionnaire was examined by five experts. The Cronbach's alpha coefficients of parts 3 and 4 were 0.72 and 0.72, respectively. Data was analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, standard deviation, and multiple logistic regression.

The results showed that the factors of workplace and working hours per week had significantly influenced the rate of COVID-19 infection among professional nurses. Professional nurses who worked in the internal medicine department had a 3.73 times higher likelihood of contracting COVID-19 compared to those working in the surgery department (OR = 3.73; 95% CI = 1.88–7.37; $p = .001$). Professional nurses who worked over 40 hours per week had a COVID-19 infection rate that was 3.73 times greater than those whose working hours per week were less than or equal to 40 hours per week (OR = 2.36, 95% CI = 1.21–4.59, $p < .005$).

Key Words: Coronavirus 2019/ Professional nurses/ working hours per week/ perceived susceptibility of infected by Coronavirus 2019/ perceived barrier to COVID-19 prevention.

Article info: Received: August 29, 2023, Revised: December 12, 2023, Accepted: January 07, 2024

*Graduate Student in Master of Nursing Science Nursing Administration Sukhothai Thammathirat Open University Nonthaburi, Thailand, email: bestbowi@hotmail.com

** Associate Professor, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand, email: pusomjai@gmail.com
Corresponding Author, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดใหญ่ (Coronavirus Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 กรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC) ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2563 การระบาดเกิดครั้งแรก ที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2563 จากนั้นมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ในระหว่างที่มีการระบาดดังกล่าว ผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ¹ จากสถิติทั่วโลกพบว่าจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณร้อยละ 4 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด² แต่บางประเทศมีรายงานบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงถึงร้อยละ 10³ สำหรับประเทศไทย พบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อประมาณร้อยละ 3.63 ของผู้ป่วยทั้งหมด และส่วนใหญ่แล้วร้อยละ 72.6 ติดจากในโรงพยาบาล⁴ จากข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า พยาบาลมีการติดเชื้อมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการทำงานด้านหน้า รับผิดชอบทั้งในการคัดกรอง การป้องกันการรักษา รวมทั้งให้การพยาบาลที่มีความใกล้ชิดกับบุคคลที่เสี่ยง และผู้ป่วยที่ติดเชื้อตลอดเวลาทั้ง 24 ชั่วโมงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ในสถานที่ทำงาน จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น

การปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงต่อเนื่องกันหลายชั่วโมง การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขอนามัยที่เหมาะสม และการขาดอุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล รวมถึงการติดเชื้อจากแหล่งชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว² การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีโรคร่วมจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ เบาหวาน หอบหืด ไขมันในเลือดสูง ไทรอยด์⁵⁻⁷ มีการศึกษารายงานพบว่า ร้อยละ 76.4 ของการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 60.9 เบาหวาน ร้อยละ 39.5 โรคเรื้อรัง ร้อยละ 20.8 และโรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 19.2⁷ และพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะอ้วน (BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจได้ ซึ่งเกิดภาวะปอดบวมที่มีความรุนแรงเป็น 4.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ⁸

โรงพยาบาลสมุทรปราการจัดอยู่ในพื้นที่สีแดงที่ต้องควบคุม มีมาตรการคัดกรองบุคลากร โดยมีการตรวจสอบอุณหภูมิร่างกายก่อนขึ้นปฏิบัติงาน กำหนดให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในสถานพยาบาล หากบุคลากรมีอาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ หรือมีคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรายงานแพทย์อาชีวอนามัย เพื่อทำการสอบสวนโรคและวินิจัยเพิ่มเติม ด้วยวิธี RT-PCR ตามความเสี่ยง ที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 47.53 สาเหตุส่วนใหญ่ติดจากผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน⁹

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคว่าบุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับกับผลเสียค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ลักษณะทางชีวสังคม โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ก็นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย ดังได้กล่าวไว้แล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมีผลต่อการ

ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงเลือกสองปัจจัยนี้มาศึกษาว่ามีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพหรือไม่ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยร่วมด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรัง) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว สถานที่ปฏิบัติงาน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ซึ่งนำมาใช้ในการศึกษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรัง) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว สถานที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 3) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น
- อายุ - ดัชนีมวลกาย - โรคเรื้อรัง - การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว - สถานที่ปฏิบัติงาน - ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 - การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



ตัวแปรตาม
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) แบบ case-control study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 540 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานปฏิบัติงานใน 14 กลุ่มงาน 30 หน่วยงาน ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Estimate a finite population proportion จากโปรแกรม n4Studies การศึกษาครั้งนี้ มีพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวนทั้งหมด 540 คน (ณ สถิติปี พ.ศ. 2565) กำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.50 ($p = .50$) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 225 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ ร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 250 คน สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (case) เท่ากับ 125 คน กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (control) เท่ากับ 125 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามเวร 8 ชั่วโมง
- 2) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

ดังนี้

- 1) ตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- 2) ขอลอนตัวออกจากงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Nq01366

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลในฐานข้อมูลการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2562 - กันยายน 2565 ประกอบด้วย ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และข้อมูลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ อายุงาน ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคเรื้อรัง สถานที่ปฏิบัติงาน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว และสาเหตุการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การคัดกรอง การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามที่

ใช้มาตรประเมินแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การคัดกรอง การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้มาตรประเมินแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.72 - 1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.72 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในการขอดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) เก็บข้อมูล แบบ Online Survey โดยการนำแบบสอบถามและคำชี้แจงแจ้งต่อตัวแทนหอผู้ป่วยและให้ตัวแทนหอผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line

ไปยังกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกวัน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้เวลา 2 สัปดาห์ จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับคืนมา มีความสมบูรณ์จำนวน 385 ชุด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มติดเชื้อและกลุ่มไม่ติดเชื้อ จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายให้เหลือ 250 ชุด แบ่งเป็นกลุ่มติดเชื้อ 125 และกลุ่มไม่ติดเชื้อ 125

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ในการวิเคราะห์หาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรัง) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว สถานที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multivariable Logistic Regression) ด้วยวิธีการ Enter นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval)

ผลการวิจัย**ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 ราย แบ่งเป็นกลุ่มติดเชื้อ 125 ราย และไม่ติดเชื้อ 125 ราย โดยกลุ่มติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 36.41 ปี (SD = 11.40) มีอายุงานเฉลี่ยอยู่ที่

13.82 ปี (SD = 11.30) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เป็น โรคอ้วน ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.03 (SD = 4.79) เกินกว่าครึ่งหนึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มงานอายุรกรรม ร้อยละ 45.6 และส่วน ใหญ่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ > 40 ชม. ร้อยละ 84.8 (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and percentage of personal data of the sample (n = 250)

Personal Data	case (n = 125)		control (n = 125)	
	N	(percent)	N	(percent)
Age ($\bar{X}$ = 36.41, SD = 11.40)				
20 - 30	63	(50.4)	51	(40.8)
31 - 40	21	(16.8)	25	(20.0)
41 - 50	26	(20.8)	23	(18.4)
> 50	15	(12.0)	26	(20.8)
Longevity ($\bar{X}$ = 13.82, SD = 11.30)				
< 5	44	(35.2)	28	(22.4)
5 - 10	26	(20.8)	30	(24.0)
11 - 20	20	(16.0)	24	(19.2)
> 20	35	(28.0)	43	(34.4)
BMI (kg. / m²) ($\bar{X}$ = 24.03, SD = 4.79)				
thin (< 18.5)	7	(9.6)	12	(9.6)
normal (18.5 - 22.90)	53	(42.4)	52	(41.6)
overweight (23-24.9)	23	(18.4)	20	(16.0)
obesity ($\geq$ 25)	42	(33.6)	41	(32.8)
Chronic disease				
No	104	(83.2)	94	(75.2)
yes	21	(16.8)	31	(24.8)
DM	1	(0.8)	4	(3.2)
HT	7	(5.6)	4	(3.2)
Coronary disease	1	(0.8)	2	(1.6)
DLP	2	(1.6)	3	(2.4)

Personal Data	case (n = 125)		control (n = 125)	
	N	(percent)	N	(percent)
Other (thyroid/ Rheumatoid)	10	(8.0)	18	(14.4)
History Family infection Corona virus 2019				
no	32	(25.6)	19	(15.2)
yes	93	(74.4)	106	(84.8)
Department				
medicine	57	(45.6)	23	(18.4)
ICU	16	(12.8)	19	(15.2)
Pediatric	13	(10.4)	7	(5.6)
Orthopedic	10	(8.0)	11	(8.8)
OR	7	(5.6)	1	(0.8)
OPD	5	(4.0)	5	(4.0)
LR	5	(4.0)	7	(5.6)
ER	4	(3.2)	15	(12.0)
Special Treatment Group	3	(2.4)	4	(3.2)
Obstetric	2	(1.6)	5	(4.0)
Anesthesia	1	(0.8)	2	(1.6)
EENT	1	(0.8)	0	(0.0)
IC	1	(0.8)	0	(0.0)
Surgery	0	(0.0)	26	(20.8)
Cause infection				
friend	38	(30.4)	0	0
No cause	35	(28.0)	0	0
Patient	32	(25.6)	0	0
Family	20	(16.0)	0	0
Workload per wk. (hr.) ($\bar{x}$ = 54, SD = 17.73)				
≤ 40	19	(15.2)	39	(31.2)
> 40	106	(84.8)	86	(68.8)

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งภาพรวมและรายด้านของพยาบาล

วิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ แตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

Table 2 Results of data analysis of mean and standard deviation of perceived risk of infection with coronavirus 2019 (n = 250)

Perception	$\bar{X}$	SD	Level
Perception of Risk	3.56	0.39	High
Screening	3.09	0.40	Moderate
New normal	3.80	0.73	High
PPE	4.14	0.60	high
Perception of Barrier	2.85	0.75	Moderate
Screening	2.57	0.89	Moderate
New normal	2.45	0.79	low
PPE	2.01	0.69	low

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า $p < 0.48$ มาวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณลอจิสติก (Multivariable logistic regression Analysis) และคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรคัดสรรทั้งหมดเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ การวิเคราะห์คร่าวๆ หลายตัวแปร พบว่า สถานที่ปฏิบัติงาน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ โดยพยาบาลวิชาชีพ

ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มงานศัลยกรรม 3.73 เท่า (OR = 3.73; 95% CI = 1.88 - 7.37; $p = .001$) และพยาบาลวิชาชีพที่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ > 40 ชั่วโมง มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ < 40 ชั่วโมง 2.36 เท่า (OR = 2.36, 95% CI = 1.21 - 4.59, $p < .05$) (ตารางที่ 3)

Table 3 Factors associated with 2019 coronavirus infection among professional nurses Samut Prakan Hospital Multivariate analysis (n = 250)

Factor	B	S.E	Wald	Adjusted OR	95% CI	p-value
AGE						
< 35	0.622	0.321	3.757	1.86	0.99 - 3.50	0.053
≥ 35				ref		
BMI (Kg./m²)						
Normal (18.5 - 22.90)				ref		
THIN (< 18.5)	-0.751	0.563	1.781	0.47	0.16 - 1.42	0.182
Over/Obesity (≥ 23)	0.281	0.296	0.095	1.33	0.74 - 2.37	0.341
History Family infection Corona virus 2019						
no				ref		
yes	-0.634	0.348	3.313	0.53	0.27 - 10.5	0.069
Chronic disease						
no				ref		
yes	-0.326	0.384	0.721	0.72	0.34 - 1.53	0.396
Department						
Surgery				ref		
Medicine	1.315	0.348	14.286	3.73	1.88 - 7.37	0.001*
Obstetric	0.088	0.605	0.021	1.09	0.34 - 3.58	0.885
OPD	0.002	0.505	0.000	1.00	0.37 - 2.70	0.997
Workload per wk. (hr.)						
≤ 40				ref		
> 40	0.858	0.339	6.401	2.36	1.21 - 4.59	0.011*
Perception of risk						
low	-0.172	0.306	0.313	0.84	0.46 - 1.54	0.576
high				ref		
Perception of barrier						
high	0.427	0.438	0.950	1.53	0.65 - 3.61	0.330
moderate	0.155	0.316	0.242	1.17	0.63 - 2.17	0.623
low				ref		

*p-value<0.05

การอภิปรายผล

1. อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ อธิบายได้ดังนี้

1.1 สถานที่ปฏิบัติงาน พบว่าสถานที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม มีการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มงานศัลยกรรม 3.73 เท่า เนื่องจากกลุ่มงานอายุรกรรม มีสถานที่คับแคบและมีการเสริมเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเว้นระยะห่างระหว่างเตียงได้ ไม่สามารถแบ่งโซนในการแยกผู้ป่วยรายใหม่ได้ การระบายอากาศไม่ดี จากการศึกษาพบว่า การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เน้นเรื่องการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร การจัดระบบระบายอากาศที่ดี ในสถานที่ปฏิบัติงาน และการทำความสะอาดจุดเสี่ยงสัมผัสต่างๆ ในบริเวณที่มีผู้ใช้จำนวนมาก จะช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยด้านความสะอาด ระบบระบายอากาศมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัย¹⁰

1.2 ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากในสถานการณ์การระบาดที่ผ่านมา โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการขยายบริการในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การเปิดโรงพยาบาลสนามและเปิด Hospital เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการทำงานด้านหน้า รับผิดชอบทั้งใน

การคัดกรอง การป้องกัน การรักษา รวมทั้งให้การพยาบาล ที่มีความใกล้ชิดกับบุคคลที่เสี่ยงและผู้ป่วยที่ติดเชื้อตลอดเวลา รวมทั้งบริการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้พยาบาลมีภาระงานหนักต้องทำงานควบต่อเวรปฏิบัติในบางวันทำให้มีชั่วโมงการพยาบาลมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 55.2 ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาพักผ่อน จากผลการวิเคราะห์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง 2.36 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจหมดพลัง ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ประสิทธิภาพของร่างกายตอบสนองช้าลง มีการเจ็บป่วย และเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ ทำให้เพิ่มโอกาสการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น¹¹

1.3 อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และจังหวัดสมุทรปราการอยู่ในพื้นที่สีแดง โรงพยาบาลมีมาตรการในการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูล ความรู้ หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง ผ่านหลายช่องทางได้แก่ การรับส่งเวร หนังสือเวียน และ ผ่าน line application รวมทั้งการฝึกทักษะการใช้ PPE แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และมีการกำกับโดยหัวหน้า

หออผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีการดูแลตัวเองและ
เผื่อระวังตัวเองจากความเสี่ยงต่างๆ ซึ่งสอดคล้อง
กับงานวิจัยที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบ
ทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากร
โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี¹²

1.4 การติดเชื้อของคนใน
ครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ อธิบาย
ได้ว่าโรงพยาบาลมีการสื่อสารนโยบาย และแนว
ปฏิบัติในการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง หาก
กลับบ้านก็จะมีกำบังป้องกันตนเอง เนื่องจากกังวล
ว่าตัวเองจะแพร่กระจายเชื้อให้คนในครอบครัว
บางรายแยกนอนกับคนในครอบครัว ทำให้ลด
ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคนในครอบครัว
ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัว
มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานในการแลกเปลี่ยน
ข่าวสารซึ่งกันและกัน คอยตักเตือน หรือแนะนำ
ให้สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน หรือมี
อาการเจ็บป่วย¹³ และพบว่าส่วนใหญ่ของการติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรทาง
การแพทย์ในประเทศไทยเกิดขึ้นในกลุ่มบุคลากร
ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยและมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ
ที่บ้านหรือในครอบครัว¹⁴

1.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสมุทรปราการ จากผลการศึกษา
พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 อธิบายได้ว่าในสถานการณ์
การระบาดต่อการติดเชื้อมีการสื่อสารนโยบาย
และแนวทางการป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้พยาบาลมีการรับรู้
ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพียงพอ จึงมีการสนใจ
ดูแล หรือมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมาก
ขึ้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁵

1.6 การรับรู้อุปสรรคต่อ
การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 อธิบายได้ว่าในสถานการณ์ที่มี
การแพร่ระบาด พยาบาลได้รับการสนับสนุน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และมีการ
ฝึกซ้อมการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก่อนขึ้น
ปฏิบัติงาน รวมทั้งการนิเทศกำกับโดยหัวหน้า
ในการใช้อุปกรณ์และสื่อสารนโยบายด้านความ
ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีการรับรู้
ต่ออุปสรรคเป็นอย่างดี ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัย
ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถ
พยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
ถึงแม้จะมีอุปสรรคก็ตาม เพราะหากสิ่งใดที่
กระทำแล้วเกิดผลดีต่อตนเอง ก็จะทำให้บุคคล
นั้นลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้¹⁶
ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและ
ควบคุมการติดเชื้อ และฝึกทักษะการใช้ PPE
แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง
และเหมาะสม ถือเป็นแนวทางการพัฒนา
และปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บริการผู้ติดเชื้อ

และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล¹⁷

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ case control เนื่องจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ มีกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับใช้ศึกษา และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาในรูปแบบนี้

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นการสอบถามแบบย้อนหลัง ทำให้การตอบคำถามในบางประเด็นไม่แม่นยำและงานวิจัยนี้ทำในบริบทโรงพยาบาลสมุทรปราการแห่งเดียวไม่สามารถเป็นตัวแทนของระดับประเทศได้ เนื่องจากบริบทไม่เหมือนกัน

สรุปผลการศึกษา

จากงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารควรพิจารณารูปแบบการจัดเวร เพื่อลดการต่อเวรหรือขึ้นเวรมากเกินไป ตามประกาศสภาการพยาบาลไม่ให้ต่อเวรเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจพิจารณาใช้อัตรากำลังเสริมตามปริมาณงาน (Productivity) หรือสถานการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมีวันหยุด ไม่ต่อเวรมากเกินไป เสนอการจัดตารางเวรแบบ 12 ชั่วโมงเพื่อจะได้มีวันพักผ่อนเพิ่มขึ้น

2. เสนอให้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพบกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รวมถึงมีโรคเรื้อรัง และเมื่อเกิดการติดเชื้อขึ้นจะทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วน และการเกิดโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่ออธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะ Long Covid และปัจจัยเกี่ยวข้อง หรือศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด

References

1. Arslanca T, Fidan C, Daggez M, Dursun P. Knowledge preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkish health care workers. PLoS ONE. 2021;16(4): e0250017. Doi: 10.1371/journal.pone.0250017.
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-71. Geneva: World Health Organization. 2020.
3. Firouzbakht M, Omidvar S, Firouzbakht S, Asadi-Amoli A. COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Iranian population; a web-based survey. BMC public health, 2021; 21(1), 1-7.
4. Hospital Quality Accreditation Institute (Public Organization). COVID-19 situation in medical personnel Medical & Public[Internet]; 2020 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19158>.
5. Vanichaniramol S, Weerametachai S, Leesri T. Risk Factors and Prognostic Retrospective Study of COVID-19 Morbidity among OPD Patients at Saraburi Hospital's Triage Center: A 14-Day Post Diagnosis Study. Regional Health Promotion Center 9 Journal, 2022; 16(2), 343-55.
6. Tiabklang K, Janthorn T, Lertanansit C. The Study of COVID-19 Disease Severity and Associated Risk Factors in Cancer Patients. Medical Journal Of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2022; 37(3), 599-607.
7. Hsing J C, Ma J, Barrero-Castillero A, Jani S G, Pulendran U P, Lin B J, ... Wang C J. Influence of health beliefs on adherence to COVID-19 preventative practices: International, social media-based survey study. Journal of medical Internet research, 2021; 23(2), e23720.
8. Burgban P. Impacts of Obesity on Development of Severe COVID-19 Pneumonia among IPD Patients Admitted to Field Hospital: A retrospective cohort study in Saraburi province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022; 16(2), 550-64.

9. Occupational Health
Samutprakarn Hospital. Infection data of Samut Prakan Hospital personnel, 2022.
10. Breland J Y, Wong M S, Steers W N, Yuan A H, Haderlein T P, Washington D L. BMI and Risk for Severe COVID-19 Among Veterans Health Administration Patients. *Obesity*, 2021; 29(5), 825-28.
11. Kittiban K., Cheevakasemsook A., Phuangsomjit C. Occupational fatigue management in professional nurses at Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 2021; 32(1): 121-36.
12. Neamthong L. The study about safety for healthcare workers from respiratory tract infection in Banpong Hospital, Ratchaburi Province. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj*, 2023 ; 3(1): 15-33.
13. Jaisan J. COVID-19 preventative behaviour of the staff in the national institute of health, department of medical sciences. *Journal of MCU Nakhondhat*, 2023 ; 10(1): 241-57.
14. Sirijatuphat R. COVID-19 among healthcare workers in Thailand: Collections in Health Systems Research Institute; 2021.
15. Wongti S. Factors Affecting Preventive Behavior for Coronavirus Disease 2019 among village health volunteers, Sukhothai Province. Doctoral dissertation, Naresuan; University; 2022.
16. Jehtae S. Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Teachers under the Supervision of the Primary Educational Service Area, Pattani Province. Songkla University; 2021.
17. Kumprasit U. Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks: In-Patient Department, Nonthai Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022; 16(1).

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

นิษา คำสุข*สุรินทร์ กลัมพากร**

วันเพ็ญ แก้วปาน*** จุฑาธิป ศีลบุตร****

บทคัดย่อ

การให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เป็นการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีหรือตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงหรือตรวจสุขภาพตามระยะของกลุ่มวัยทำงานเป็นการคัดกรองและการเฝ้าระวังทางการแพทย์ การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานอายุ 18 - 60 ปี จำนวน 402 ราย โดยการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพจนครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากสถานประกอบการ 5 บริษัท ที่รับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพบริการ การรับรู้คุณค่าบริการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ความพึงพอใจต่อการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact test และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายโดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกส์

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาของกลุ่มวัยทำงานและความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($x = 4.10, SD. = 0.36$ และ $x = 4.02, SD. = 0.57$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกส์ พบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ด้านความเป็นรูปธรรม (Adj. OR = 3.22, 95%CI = 1.05-9.90) คุณภาพบริการตามความคาดหวังด้านการสร้างความเชื่อมั่น (Adj. OR = 9.88, 95%CI = 1.25-78.10) และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ (Adj. OR = 8.35, 95%CI = 1.19-58.80) การรับรู้คุณค่าบริการ (Adj. OR = 2.58, 95%CI = 1.06-6.25) และการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ (Adj. OR = 4.39, 95%CI = 1.99-9.65) มีความสามารถในการทำนายความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารกำหนดมาตรการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานในส่วนของการ อุปกรณ์และเครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ซึ่งสามารถทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกมั่นใจและพึงพอใจเมื่อมารับบริการ และพยาบาลอาชีวอนามัยควรสนับสนุนและอธิบายให้กลุ่มคนทำงานรับทราบถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจสุขภาพ

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ/ บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่/ คุณภาพบริการ/ การรับรู้คุณค่าบริการ

วันที่รับบทความ: 06 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 22 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 24 เมษายน 2567

*นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail:surintorn.kal@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors associated with workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

Nijsa Kamsook*Surintorn Kalampakorn**

Wonpen Kaewpan*** Jutatip Sillabutra****

ABSTRACT

Mobile health check-up service is a service for annual health check-ups, risk-based health checks or periodic health checks for working age groups with the purpose to look for worker's health problem. This cross-sectional study aimed to study the workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. The sample comprised of 402 workers aged 18-60 years old, who received mobile health check-up service selected by simple random sampling for 5 companies receiving health examination during data collection period. Data were collected by using the online questionnaire which was examined for the content validity and reliability testing before data collections. The questionnaire consisted of questions assessing subjects' demographics, service quality, perceived service value, the prevention and control of the spread of COVID-19, worker's satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital and repurchase intention. Data were analyzed by using the descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's Exact test and Multiple Logistic Regression Analysis.

The study showed that overall of the workers' satisfaction with the mobile health check-up service and the intentions of repurchase was at high level ($M = 4.10 \pm 0.36$, $M = 4.02 \pm 0.57$). Multiple logistic regression analysis indicated that the perceived service quality in tangible dimension (Adj. OR = 3.22, 95%CI= 1.05–9.90), the expected service quality in assurance dimension (Adj. OR = 9.88, 95%CI= 1.25–78.10) and empathy dimension (Adj. OR = 8.35, 95%CI = 1.19–58.80), perceived service value (Adj. OR= 2.58, 95%CI=1.06–6.25) and the prevention and control of the spread of COVID-19 in mobile health check-up (Adj. OR= 4.39, 95%CI= 1.99–9.65) were significantly related with the workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital.

Findings suggest that the administrators should be established measures to ensure quality and standard of mobile health check-up service as relate to the vehicle segments, equipment and tools, and medical personnel. Measures to prevent and control the spread of COVID-19, which can make customer feel confident and satisfied in service should also be emphasized. In addition, the occupational health nurses should support and explain the necessity and benefits of health examinations to workers.

Key Words: Satisfaction/ Mobile health check-up service/ Service quality/ Perceived service value

Article info: Received: February 06, 2024, Revised: April 22, 2024, Accepted: April 24, 2024

*Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, THAILAND

** Corresponding Author, Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail:surintorn.kal@mahidol.ac.th

*** Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**** Associate Professor Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตรวจสุขภาพประจำปีในงานอาชีวอนามัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของคนวัยทำงาน นอกจากนั้นยังมีการตรวจสุขภาพทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีหรือการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของกลุ่มวัยทำงานเป็นการตรวจสุขภาพตามระยะโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานและปัญหาสุขภาพทั่วไปของคนทำงาน ภายหลังจากทำงานมาระยะหนึ่งอาจมีสุขภาพดีอยู่หรือไม่¹ ทั้งนี้ประเทศไทยมีการสนับสนุนการตรวจสุขภาพคนวัยทำงานโดยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงพ.ศ. 2563² และตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 สำนักงานประกันสังคมมีนโยบายในการตรวจสุขภาพตามสิทธิประกันสังคมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย³

จากสถิติผู้มารับบริการงานตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ปี พ.ศ. 2562⁴ จำนวน 12,475 ราย พบว่าร้อยละ 91.4 เป็นกลุ่มวัยทำงาน รูปแบบการให้บริการส่วนใหญ่เป็นตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ (ร้อยละ 61.1) อย่างไรก็ตามเมื่อปี พ.ศ.2563⁵ มีการลดลงของจำนวนผู้รับบริการเป็นครั้งแรกของการให้บริการตรวจสุขภาพ โดยมีสถิติผู้มารับบริการเพียง 7,236 รายซึ่งลดลงจากปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 58.0 เมื่อพิจารณาผู้มารับบริการในแต่ละรูปแบบพบว่าตรวจสุขภาพเคลื่อนที่มีจำนวนลดลงมากที่สุด โดยลดลงจากปีที่ผ่านมา 3,306 ราย ทั้งนี้ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุอาจเนื่องจากการแข่งขันทั้งภาครัฐและเอกชนที่มี

บริการในรูปแบบเดียวกันและมีการให้บริการตรวจสุขภาพที่หลากหลาย คุณภาพบริการและความพึงพอใจในการใช้บริการที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีรับบริการพิจารณาเลือกที่จะใช้บริการมากยิ่งขึ้น รวมถึงในสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

การดูแลสุขภาพคนวัยทำงานเป็นบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยโดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปีหรือการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงเพื่อติดตามเฝ้าระวังทางสุขภาพ รวมถึงการติดตามภาวะสุขภาพของคนวัยทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา และข้อมูลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงยังสามารถนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลการประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพและมาตรการควบคุมป้องกันของสถานประกอบการได้⁶ การพัฒนาคุณภาพบริการและการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีเคลื่อนที่ เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการงานตรวจสุขภาพซึ่งเป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลอาชีวอนามัยในการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการซึ่งก็คือกลุ่มวัยทำงานที่ทำงานในสถานประกอบการต่างๆ หากสามารถให้บริการตรงตามที่ต้องการ ถือได้ว่ามีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดในการวัดคุณภาพบริการของพาราสูรามานและคณะ⁷ เป็นการวัดคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ 5 มิติ (SERVQUAL) คือ ความเป็นรูปธรรม ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองต่อความ

ต้องการ การสร้างความเชื่อมั่น และการเอาใจใส่ ซึ่งคุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด การประเมินคุณภาพจะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองความคาดหวังแก่ผู้รับบริการได้ดีขึ้น ทั้งนี้ในการตรวจสอบคุณภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ยังไม่เคยมีการประเมินคุณภาพบริการ ดังนั้นหากได้มีการประเมินคุณภาพบริการทั้ง 5 มิติโดยมีการวัดทั้งความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ จะสามารถทำให้หน่วยงานทราบถึงความคาดหวังหรือความต้องการของผู้รับบริการแล้วนำมาพัฒนาการให้บริการได้และในการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการตรวจสอบคุณภาพเคลื่อนที่ผ่านมาเป็น การประเมินความพึงพอใจโดยรวม ขาดรายละเอียดที่ชัดเจนเพียงพอในการนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพบริการ เช่น ความพึงพอใจในลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นความสามารถในการให้บริการของบุคลากรการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการหรือพฤติกรรมของบุคลากร จึงควรมีการประเมินความพึงพอใจในแต่ละกระบวนการให้บริการการตรวจสอบสุขภาพทั้งในระยะก่อนตรวจขณะตรวจและหลังตรวจสุขภาพ โดยปกติการให้บริการตรวจสอบสุขภาพประกอบไปด้วย (1) การให้บริการก่อนตรวจสุขภาพ โดยประสานงานกับฝ่ายบุคคลในการให้คำแนะนำพร้อมเอกสารในการเตรียมตัวก่อนตรวจสุขภาพประจำปี โดยเฉพาะในกรณีที่พนักงานต้องตรวจตามความเสี่ยงเช่นการตรวจการได้ยิน การตรวจสมรรถภาพปอด (2) การให้บริการขณะทำการตรวจสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็นจุดในการให้บริการดังนี้ จุดลงทะเบียนและรับ

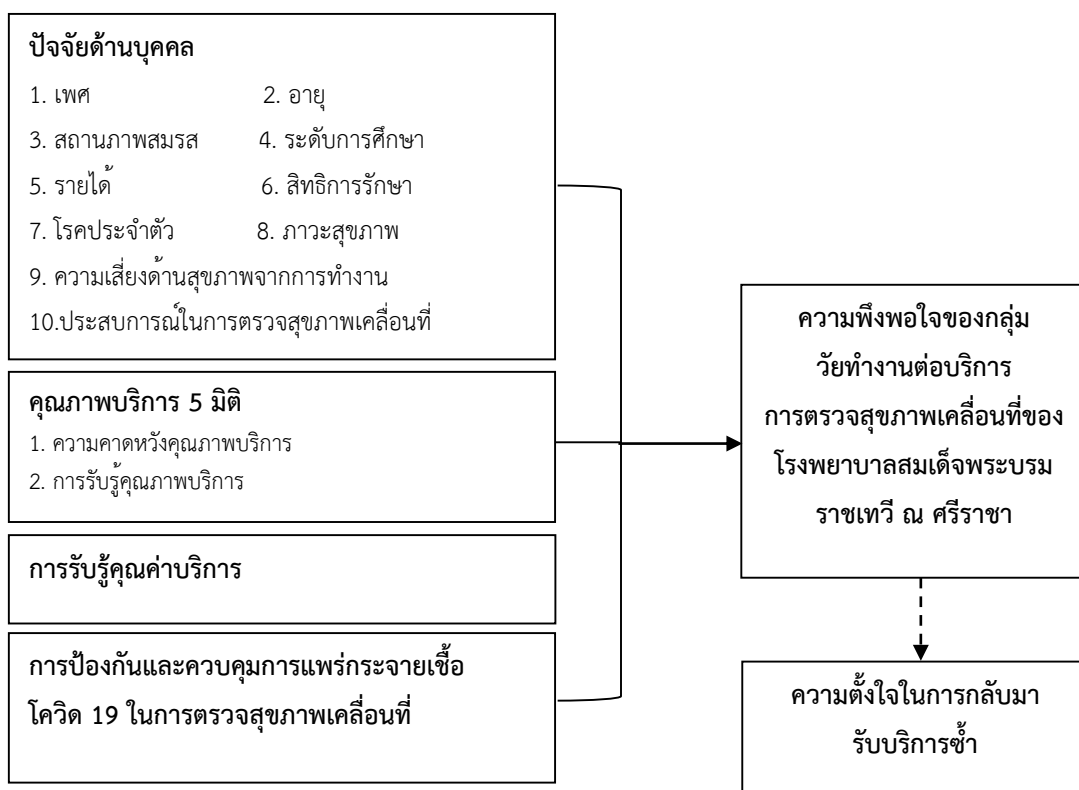
เอกสารตรวจสุขภาพจุดชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต จุดรับหลอดเลือดและกระปุกสำหรับเก็บปัสสาวะ จุดเจาะเลือด จุดพบแพทย์ จุดเอกซเรย์ทรวงอก และจุดตรวจ ตามความเสี่ยง ได้แก่ ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ตรวจสมรรถภาพปอด ตรวจสายตาอาชีวอนามัย และ (3) การให้บริการหลังตรวจสุขภาพ เป็นการติดตามพนักงานที่มีผลการตรวจเลือดและเอกซเรย์ผิดปกติเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้มาพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษาเพิ่มเติมทันทีที่ทราบผลหรือไม่เกิน 3 วันหลังตรวจสุขภาพ การแจ้งผลการตรวจสุขภาพ ภายในวันที่ทำการตกลงไว้กับฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการส่วนใหญ่ พบในการศึกษาการให้บริการเชิงพาณิชย์ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการทางการแพทย์ของกลุ่มวัยทำงานมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่พบการศึกษาในการให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ในประเทศไทย โดยพบว่ามี การนำแนวคิดการวัดคุณภาพบริการ 5 มิติ หรือ SERVQUAL มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ^{8,9} และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องคุณภาพบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจ และความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศตุรกี¹⁰ และพบว่าคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมการตอบสนองต่อความต้องการและการเชื่อถือและไว้วางใจ มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจและยังมีผลต่อความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ ทั้งนี้ยังพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวกลางระหว่างความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการและความตั้งใจ

กลับมารับบริการซ้ำ¹¹ นอกจากคุณภาพบริการแล้ว งานวิจัยที่ผ่านมายังพบว่าปัจจัยการรับรู้คุณค่า¹² มาตรการในการให้บริการในช่วงที่มีการระบาดของโรค¹³ และปัจจัยด้านบุคคล อายุ การศึกษา¹⁴ ประสบการณ์ในการรับบริการ¹⁵ สิทธิการรักษา¹⁶ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีโรคประจำตัว¹⁷ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงจะนำปัจจัยดังกล่าวมาวมศึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการบริการ ตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยนำปัจจัยด้านคุณภาพ

บริการ (SERVQUAL) ที่มีการวัดทั้งความคาดหวัง และการรับรู้คุณภาพบริการ⁷ การรับรู้คุณค่าบริการ มาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อโควิด 19 มาศึกษาในบริบทของการให้บริการ ตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการ รวมทั้งศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการกลับมารับบริการซ้ำของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ บริการและนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการให้บริการของงานตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โดยมีกรอบแนวคิดงานวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล คุณภาพบริการ การรับรู้คุณค่าบริการและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ กับความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายความพึงพอใจกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ของปัจจัยด้านบุคคล คุณภาพบริการ การรับรู้คุณค่าบริการและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล คุณภาพบริการ การรับรู้คุณค่าบริการและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

2. ปัจจัยด้านบุคคล คุณภาพบริการ การรับรู้คุณค่าบริการและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ มีความสามารถในการทำนายความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อ

บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรคือ ผู้รับบริการอายุตั้งแต่ 18-60 ปี ที่ทำงานในสถานประกอบการที่ใช้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 856 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ W.G. Cochran¹⁸ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.2¹⁹ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 526 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการสุ่มหมายเลขลำดับที่การเข้ารับการตรวจสุขภาพของผู้รับบริการด้วยโปรแกรมสุ่มตัวเลข ตามสัดส่วนของจำนวนผู้รับบริการในแต่ละสถานประกอบการจนครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากสถานประกอบการ 5 บริษัท ที่รับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้รับบริการอายุตั้งแต่ 18-60 ปี ที่ทำงานในสถานประกอบการที่ใช้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาและมีรายชื่อเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ

2. สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ทาง Google Form ผ่านการ scan QR code ได้

3. สนใจเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังได้รับคำชี้แจงกระบวนการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่ตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.No. MUPH 2021-134) และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เลขที่ IRB No. 039/2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบผ่านการ scan QR code ประกอบไปด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านบุคคลเป็นคำถามปลายเปิดใช้การเลือกข้อคำตอบจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาโรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยง

ด้านสุขภาพจากการทำงาน และประสบการณ์ในการรับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่

ส่วนที่ 2 ด้านคุณภาพบริการได้แก่ ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ 5 มิติ คือ ความเป็นรูปธรรม ความเชื่อถือและไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การสร้างความเชื่อมั่น และการเอาใจใส่ผู้รับบริการจำนวน 22 ข้อ โดยประยุกต์มาจากแบบสอบถามในงานวิจัยเรื่อง การปรับปรุงคุณภาพบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดภาคกลาง²⁰ ลักษณะแบบสอบถามเป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้คุณค่าบริการ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ มี ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่มี ให้คะแนน 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 28 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) คือ ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง ไม่พึงพอใจ รู้สึกเฉยๆ พึงพอใจ และพึงพอใจอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 ความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่นั่นใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพวัยทำงานและคุณภาพบริการจำนวน 3 คน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.93 และผ่านการทดสอบกับผู้รับบริการในสถานประกอบการที่ตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาจำนวน 30 ราย โดยไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในการวิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละส่วน ดังนี้ ด้านคุณภาพบริการ = 0.99, ด้านการรับรู้คุณค่าบริการ = 0.95, การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ = 0.97, ความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา = 0.98, และความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ = 0.79

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

2. ในวันตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของแต่ละสถานประกอบการ ผู้วิจัยจะทำการอธิบายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ถูกสุ่มโดยหมายเลขเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและขอความร่วมมือ พร้อมทั้งเซ็นยินยอมเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยและการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะชี้แจงในส่วนของการตอบแบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำเป็นต้อง Scan QR code เพื่อเข้าไปตอบแบบสอบถาม ซึ่งการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 2 รอบ ดังนี้

รอบแรกในวันตรวจสุขภาพ เป็นการทำแบบสอบถามภายหลังเมื่อตรวจสุขภาพเสร็จสิ้นประกอบไปด้วยแบบสอบถามในส่วนที่ 1-4 และส่วนที่ 5 ในกระบวนการบริการก่อนตรวจสุขภาพและขณะตรวจสุขภาพ

รอบที่สอง ภายหลังจากวันที่แจ้งผลการตรวจสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการเกิด Information bias จากการตอบแบบสอบถามเพียงหนึ่งครั้งภายหลังวันที่แจ้งผลตรวจสุขภาพเนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจจำเหตุการณ์เกี่ยวกับการให้บริการก่อนตรวจสุขภาพและในวันตรวจสุขภาพไม่ได้ เพราะการแจ้งผลตรวจสุขภาพจะใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์หลังจากการตรวจสุขภาพเสร็จสิ้น โดยผู้วิจัยจะ

ประสานงานกับฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการนั้นๆ ในการนำ QR code ไปแจกตามหมายเลขที่ทำการสุ่มไว้ ประกอบไปด้วยแบบสอบถามในส่วนที่ 5 ในกระบวนการบริการหลังการตรวจสุขภาพ และส่วนที่ 6 ความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำ

ผู้วิจัยได้ทำการแจก QR code แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 581 ราย มีการตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 402 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่คำนวณไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS อธิบายลักษณะของข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด – สูงสุด สถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ Chi-square test และ Fisher's Exact test และสถิติที่ทดสอบความสามารถในการทำนายความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อการบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกส์ (Multiple Logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.7 และเพศชาย ร้อยละ 43.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 40 ปี ร้อยละ 56.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.2 ± 9.6 ปี มีสถานภาพโสดประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 32.6 มีรายได้โดยเฉลี่ยส่วนมากอยู่ที่ 10,000 – 30,000 บาทต่อเดือน

ร้อยละ 64.0 เฉลี่ย $30,923.8 \pm 17174.7$ บาทต่อเดือน มีสิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ร้อยละ 51.0 โดยส่วนมากแล้วไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.6 และเคยรับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่กับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ร้อยละ 42.0 ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนมาก ร้อยละ 45.6 มีการเจ็บป่วย หรือ มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพนาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ปี) และความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน พบว่าส่วนมากจะไม่เคยสัมผัสสิ่งคุกคามด้านกายภาพ, เคมีและชีวภาพ ร้อยละ 80.8, 72.9 และ 91.5 ตามลำดับ ส่วนการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์และจิตสังคม มีนาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 28.1 และ 48.0 ตามลำดับ

2. ด้านความพึงพอใจต่อการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำพบว่าด้านความพึงพอใจต่อการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, $SD. = 0.36$) เมื่อจำแนกตามกระบวนการ ให้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งการให้บริการก่อนตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ($\bar{x} = 3.99$, $SD. = 0.42$) การให้บริการขณะตรวจสุขภาพ ($\bar{x} = 4.15$, $SD. = 0.34$) และการให้บริการหลังตรวจสุขภาพ ($\bar{x} = 3.88$, $SD. = 0.44$) ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์รายข้อ ในกระบวนการของการให้บริการขณะตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ พบว่า ส่วนมากมีความพึงพอใจ

จุดรับหลอดเลือดในระดับมาก ร้อยละ 96.0 ($\bar{x} = 4.32$, $SD. = 0.23$) รองลงมาคือ จุดเจาะเลือด ร้อยละ 90.3 ($\bar{x} = 4.20$, $SD. = 0.34$) และจุดลงทะเบียน ร้อยละ 87.6 ($\bar{x} = 4.17$, $SD. = 0.33$) ตามลำดับ ส่วนความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, $SD. = 0.57$) เมื่อแยกรายข้อ พบว่า ความต้องการกลับมาใช้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่กับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาในครั้งต่อไป อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.2 ($\bar{x} = 4.10$, $SD. = 0.58$) และการแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่กับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.9 ($\bar{x} = 3.95$, $SD. = 0.61$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าบริการ และปัจจัยด้านการป้องกันและ

ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ กับความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติแบบ Bivariate analysis (Chi-square test และ Fisher's Exact test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาและประสบการณ์ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (ตารางที่ 1)

Table 1 Relationship between personal factors and workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital (n=402)

Personal factors	Workers' satisfaction with the mobile health check-up		χ^2	df	p-value	Odd ratio	95 %CI
	Number (%)						
	Low	High					
Sex							
Female	28(13.7)	176 (86.3)	.165	1	.684	1.12	.64 – 1.96
Male	30 (15.2)	168 (84.3)					
Age (year)							
18 - 40	27 (11.8)	201 (88.2)	2.853	1	.091	1.61	.92 – 2.82
41 - 60	31 (17.8)	143 (82.2)					
Marital status							
Single/Widowed/ divorced	32 (13.6)	204 (86.4)	.349	1	.555	1.18	.68 – 2.07
Married	26 (15.7)	140 (84.3)					
Education level							
Lower than bachelor's degree	14 (9.2)	139 (90.8)	5.572	1	.018*	2.13	1.13 – 4.04
Bachelor's degree	44 (17.7)	205 (82.3)					
Monthly income(Baht)							
10,000– 30,000	24 (9.4)	232 (90.6)	13.83	1	<.001**	2.87	1.62 – 5.09
>30,000	33 (22.9)	111 (77.1)					
Medical benefit							
- Social security of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital	21 (10.2)	184 (89.8)	5.931	1	.015*	2.03	.14 – 3.60
- Other	37(18.8)	160 (81.2)					
Underlying disease							
No	44 (13.6)	280 (86.4)	.972	1	.324	1.39	.72 – 2.70
YES	14 (17.9)	64 (82.1)					
Health condition							
Healthy	21 (13.4)	136 (86.6)	.149	1	.700	1.12	.63 – 2.00
Weakly	36 (14.8)	208 (85.2)					
Occupational health risks							
No	6 (9.7)	56 (90.3)	1.340	1	.247	1.69	.69 – 4.11
Yes	52 (15.3)	288 (84.7)					

Personal factors	Workers' satisfaction with the mobile health check-up		χ^2	df	p-value	Odd ratio	95 %CI
	Number (%)						
	Low	High					
Experience in mobile health check-up							
- with services of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital	12 (6.5)	173 (93.5)	17.50	1	<.001**	3.88	1.99 – 7.58
- Other	46 (21.2)	171 (78.8)	6				

*p- value < 0.05, ** p-value < 0.01

ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ พบว่าคุณภาพบริการทั้ง 5 มิติ ตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ได้แก่ ด้านรูปธรรม ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการสร้างเชื่อมั่นด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ และคุณภาพบริการ

ในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) (ตารางที่ 2 และ 3)

Table 2 Relationship between expected service quality and workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital (n=402)

Expected service quality	Workers' satisfaction with the mobile health check-up		χ^2	df	p-value	Odd ratio	95 %CI
	Number (%)						
	Low	High					
Tangible							
Low	28 (29.8)	66 (70.2)	23.443	1	<.001**	3.93	2.20 – 7.03
High	30 (9.7)	278 (90.3)					
Reliability							
Low	19 (30.2)	44 (69.8)	14.974	1	<.001**	3.32	1.76 – 6.26
High	39 (11.5)	300 (88.5)					
Responsiveness							
Low	16 (33.3)	32 (66.7)	15.780	1	<.001**	3.71	1.88 – 7.34
High	42 (11.9)	312 (88.1)					
Assurance							
Low	19 (39.6)	29 (60.4)	27.938	1	<.001**	5.29	2.72 – 10.31
High	39 (11.0)	315 (89.0)					

Expected service quality	Workers' satisfaction with the mobile health check-up		χ^2	df	p-value	Odd ratio	95 %CI
	Number (%)						
	Low	High					
Empathy							
Low	19 (32.2)	40 (67.8)	17.697	1	<.001**	3.70	1.95 – 7.02
High	39 (11.4)	304 (88.6)					
Expected service quality (overall)							
Low	20 (35.7)	36 (64.3)	23.879	1	<.001**	4.50	2.37 – 8.56
High	38 (11.0)	308 (89.0)					

*p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

Table 3 Relationship between perceived service quality and workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital (n=402)

Perceived service quality	Workers' satisfaction with the mobile health check-up		χ^2	df	p-value	Odd ratio	95 %CI
	Number (%)						
	Low	High					
Tangible							
Low	35 (42.2)	48 (57.8)	65.195	1	<.001**	9.38	5.11 – 17.24
High	23 (7.2)	296 (92.8)					
Reliability							
Low	25 (42.4)	34 (57.6)	43.728	1	<.001**	6.91	3.68 – 12.95
High	33 (9.6)	310 (90.4)					
Responsiveness							
Low	18 (52.9)	16 (47.1)	44.622	1	<.001**	9.23	4.36 – 19.51
High	40 (10.9)	328 (89.1)					
Assurance							
Low	19 (51.4)	18 (48.6)	44.999	1	<.001**	8.82	4.27 – 18.22
High	39 (10.7)	326 (89.3)					
Empathy							
Low	25 (49.0)	26 (51.0)	56.611	1	<.001**	9.27	4.81 – 17.85
High	33 (9.4)	318 (90.6)					
Perceived service quality (overall)							
Low	23 (52.3)	21(47.7)	57.316	1	<.001**	10.11	5.09 –20.01
High	35 (9.8)	323 (90.2)					

*p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าบริการและปัจจัยด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าบริการและปัจจัยการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพ

เคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) (ตารางที่ 4)

Table 4 Relationship between perceived service value, prevention and control of the spread of COVID-19 in mobile health check-up and workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital (n=402)

Factors	Workers' satisfaction with the mobile health check-up		χ^2	df	p-value	Odd ratio	95 %CI
	Number (%)						
	Low	High					
Perceived service value							
Low	17 (34.7)	32 (65.3)	18.563	1	<.001**	4.04	2.06 -7.92
High	41 (11.6)	312 (88.4)					
Prevention and control of the spread of COVID-19 in mobile health check-up							
Low	42 (26.1)	119 (73.9)	29.569	1	<.001**	4.96	2.68 - 9.20
High	16 (6.6)	225 (93.4)					

*p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

4. ความสามารถในการทำนายความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทั้งหมดจำนวน 16 ตัวแปร ที่ผ่านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติแบบ Bivariate analysis และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Multicollinearity test) ที่ระดับนัยสำคัญทาง

สถิติ (p -value < .05) โดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ประสบการณ์ในการรับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ปัจจัยคุณภาพบริการทั้ง 5 มิติตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการสร้างเชื่อมั่น และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าบริการ และปัจจัยด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression Analysis) โดยได้มีการจัดกลุ่มความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อการบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็น 2 กลุ่มคือ พึงพอใจน้อย และพึงพอใจมาก ซึ่งได้ปัจจัยทำนาย 5 ปัจจัย ได้แก่คุณภาพบริการตามการรับรู้ด้านความเป็นรูปธรรม ($B = 1.169$, Adj. OR= 3.22, 95% CI=1.05– 9.90) คุณภาพบริการตามความคาดหวังด้านการสร้างความเชื่อมั่น ($B = 2.291$, Adj. OR= 9.88,

95%CI=1.25 – 78.10) และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ ($B = 2.122$, Adj. OR= 8.35, 95% CI=1.19 – 58.80) การรับรู้คุณค่าบริการ ($B = 0.946$, Adj. OR= 2.58, 95 % CI=1.06 – 6.25) และการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ($B = 1.479$, Adj. OR= 4.39, 95 % CI=1.99 – 9.65) ที่มีความสามารถในการทำนายความพึงพอใจต่อการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ดังตารางที่ 5

Table 5 Factor associated with workers' satisfaction with the mobile health check-up service of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

Variables	Satisfaction with the mobile health check-up service				
	B	S.E.	p-value	Adj. OR	95 %CI
Service quality					
Perceived service quality tangibleness	1.169	.573	.042*	3.22	1.05–9.90
Expected service quality assurance	2.291	1.055	.030*	9.88	1.25–78.10
Expected service quality empathy	2.122	.996	.033*	8.35	1.19–58.80
Perceived service value	.946	.453	.037*	2.58	1.06–6.25
Prevention and control of the spread of COVID 19 in mobile health check-up	1.479	.402	<.001**	4.39	1.99–9.65

Constant = -6.014, Cox & Snell R Square = .230, Nagelkerke R Square = .411

*p- value < 0.05, ** p-value < 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้พบว่าความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามกระบวนการให้บริการ พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งการให้บริการก่อนตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ การให้บริการขณะตรวจสุขภาพ และการให้บริการหลังตรวจสุขภาพ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำโรง งามสม และจันทนา แสนสุข⁸ ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าไปให้บริการถึงสถานประกอบการทำให้กลุ่มวัยทำงานเข้าถึงระบบบริการการตรวจสุขภาพโดยง่ายไม่ซับซ้อนได้รับความสะดวกสบาย มีการดูแลให้คำแนะนำในทุกกระบวนการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โดยเฉพาะในแต่ละขั้นตอนมีการจัดบริการให้เพียงพอต่อความคาดหวัง ทั้งด้านของเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ให้บริการแพทย์พยาบาล นักรังสีแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการที่เฉพาะด้าน รวมถึงการให้บริการด้วยความรวดเร็วและความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งความพึงพอใจเกิดจากการที่สามารถเข้าถึงระบบการให้บริการ มีความสะดวกเข้าถึงได้ง่าย ไม่ซับซ้อนและบริการที่ให้เพียงพอต่อความต้องการในการใช้บริการ และทันต่อเวลา²¹

ส่วนความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำพบว่าความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ

รุ่งทิพย์ นิลพัทธ์²² ที่พบว่าความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโลรังสิต ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เหตุผลที่พบว่าความตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำในการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาเนื่องจากสิทธิในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประกันตนของโรงพยาบาลในการศึกษานี้มีความแตกต่างกันโดยในการศึกษานี้มีผู้ประกันตนของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาร้อยละ 51.0 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาดังกล่าวที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกันตนของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาร้อยละ 83.6 และการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลซึ่งมีการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการในทุกกระบวนการ แตกต่างจากการให้บริการแบบเคลื่อนที่ที่มีข้อจำกัด ทั้งในด้านเรื่องของสถานที่ บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ

ตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายความพึงพอใจต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณภาพบริการตามความคาดหวัง (ด้านการสร้างความเชื่อมั่น และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ) ปัจจัยด้านคุณภาพบริการตามการรับรู้ (ด้านความเป็นรูปธรรม) ปัจจัยการรับรู้คุณค่าบริการ และการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โดยที่ปัจจัยด้านคุณภาพบริการสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรมน เชื้อนาคะ²³ ที่พบว่าคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมด้านการตอบสนองความต้องการ ด้านการสร้างความเชื่อมั่น และด้านการเอาใจใส่ผู้รับบริการ

มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้ และโลว์จะราช เถระพันธ์²⁴ ที่พบว่าคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการและด้านการสร้างความเชื่อมั่นมีอิทธิพลและสามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดปทุมธานี ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ อุดมวงศ์²⁵ ที่พบว่าการรับรู้คุณค่าบริการมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความพึงพอใจของกลุ่มผู้ใช้บริการร้านขายยาที่มีหลายสาขาได้ และการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Deriba et al.¹³ ที่พบว่า การให้บริการที่มีมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การเว้นระยะห่าง ความพร้อมของแอลกอฮอล์และน้ำยาฆ่าเชื้อมีอิทธิพลและสามารถทำนายความพึงพอใจและคุณภาพบริการในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด 19 ของผู้ป่วยในสถานบริการด้านสุขภาพเขต North Shoa ภูมิภาคอะโรเมีย ประเทศเอธิโอเปียได้

ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โดยเฉพาะ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ อาจเนื่องจากการให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ที่ได้รับ เป็นการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ในกระบวนการบริการเดียวกัน

ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยผู้ให้บริการกลุ่มเดียวกัน โดยไม่ได้มีความแตกต่างกัน ตามอายุ เพศ อายุ สถานภาพสมรส²⁶ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เมื่อมีการมาให้บริการตรวจสุขภาพถึงสถานประกอบการจึงทำให้รู้สึกได้รับความสะดวกสบาย และเกิดความพึงพอใจได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความพึงพอใจอาจเกิดจากสาเหตุอื่นมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล²⁶ และครั้งนี้เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีทั่วไป ไม่มีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน การตรวจสมรรถภาพปอด และการตรวจสายตา อาชีวอนามัยในกลุ่มพนักงานที่มีความเสี่ยง จึงอาจเป็นสาเหตุให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานกับความพึงพอใจต่อการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่

จุดแข็งจากงานวิจัย

การศึกษานี้มีการคัดเลือกตัวแปรที่นำมาศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คุณภาพบริการ การรับรู้คุณค่าบริการ และการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 โดยเฉพาะปัจจัยด้านคุณภาพบริการที่มีการศึกษาทั้งความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการทั้ง 5 มิติ ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ รวมถึงยังไม่เคยมีการศึกษาความพึงพอใจต่อการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่มาก่อน จึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยหรือการให้บริการที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของหน่วยงานด้านสุขภาพอื่น ๆ

จุดอ่อนจากงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะในสถานประกอบการ ที่อยู่ในเขตอำเภอศรีราชาและเข้ารับบริการตรวจ สุขภาพเคลื่อนที่กับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรม ราชเทวี ณ ศรีราชาเท่านั้น ซึ่งมีบริบทเฉพาะทั้ง ในส่วนของสถานประกอบการและรูปแบบการ ให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ แตกต่างกับกับ กลุ่มประชากรในวัยทำงานในพื้นที่อื่นๆ รวมถึง ความแตกต่างในการให้บริการตรวจสุขภาพ เคลื่อนที่ของแต่ละหน่วยงาน อีกทั้งการศึกษา ครั้งนี้ยังไม่มีการตรวจตามความเสี่ยงอยู่ในชุด การตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสถานประกอบการ ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน การตรวจ สมรรถภาพปอด และการตรวจสมรรถภาพการ มองเห็นในงานอาชีพอนามัย จึงเป็นข้อจำกัด ในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อ้างอิงและ อนุมานข้อสรุปต่างๆ ในกลุ่มวัยทำงานอื่นๆ ได้

สรุปผลการศึกษา

คุณภาพบริการตามการรับรู้ด้านความ เป็นรูปธรรม คุณภาพบริการตามความคาดหวัง ด้านการสร้างเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ ผู้รับบริการ การรับรู้คุณค่าบริการและการ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ที่มีความสามารถในการ ทำนายกับความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงาน ต่อบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมกันทำนาย ความพึงพอใจของกลุ่มวัยทำงานต่อบริการตรวจ สุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรม ราชเทวี ณ ศรีราชาได้ ร้อยละ 41.1

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลจากการศึกษาวิจัยไป ปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการตรวจสุขภาพ เคลื่อนที่ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยเฉพาะ ในส่วนของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องมีความทันสมัย สถานที่ในการให้บริการ สะอาดเป็นระเบียบ และบุคลากรทางการแพทย์ มีทักษะและความรู้ รวมถึงเอกสารเกี่ยวกับการ ตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ที่มีเนื้อหาชัดเจนและ เข้าใจง่าย รวมถึงมาตรฐานในการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 และควร สนับสนุนและอธิบายให้กลุ่มวัยทำงานทราบถึง ความจำเป็นและประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจ สุขภาพ เพื่อให้ทราบปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น จากการทำงานและปัญหาสุขภาพต่างๆ ไป ซึ่งเป็น การคัดกรองและการเฝ้าระวังทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มี การตรวจตามความเสี่ยงอยู่ในชุดการตรวจ สุขภาพเคลื่อนที่ของสถานประกอบการ ดังนั้น ควรมีการศึกษาความพึงพอใจต่อบริการตรวจ สุขภาพตามความเสี่ยง ได้แก่ การตรวจ สมรรถภาพการได้ยิน การตรวจสมรรถภาพปอด และการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในงานอาชี วอนามัย ในการศึกษาหาความสัมพันธ์กับความ พึงพอใจของผู้รับบริการ

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบความ พึงพอใจของผู้รับบริการในการเข้ารับบริการ ตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลที่มีบริบท ที่คล้ายคลึงกัน เช่น โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น นำผลที่ได้มา

วิเคราะห์เปรียบเทียบและกำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ

3. ควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปปรับใช้ในการให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่และการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบหรือกระบวนการการให้บริการอันได้แก่ การให้บริการก่อนตรวจสุขภาพ ขณะทำการตรวจสุขภาพและหลังการตรวจสุขภาพ และทำการศึกษาเพื่อประเมินความพึงพอใจหลังจากที่มีการปรับรูปแบบการให้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนการศึกษาจากสำนักงานโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทยและได้รับความร่วมมือจากผู้อำนวยการ รองผู้จัดการ ศูนย์เวชศาสตร์อุตสาหกรรม หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยรับบริจาคโลหิต และเจ้าหน้าที่งานตรวจสุขภาพ ศูนย์เวชศาสตร์อุตสาหกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทุกท่าน ตลอดจนสถานประกอบการ ผู้จัดการ ผู้ประสานงานและกลุ่มวัยทำงานที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ที่กับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

Reference

1. Ekburanawat W. Occupational medical health examination.[Internet]. 2019 [cited 2021Jul 17]. Available from <https://www.summacheeva.org/article/examination>
2. Ministerial Regulations set the standard for employee health checks relating to risk factors B.E. 2563. [Internet]. 2020 [cited 2022Oct 11]. Available from <https://www.labour.go.th/index.php>.
3. Social Security Office. The importance of a policy for health check-up benefit. [Internet]. 2017 [cited 2021 May 10]. Available from <https://www.sso.go.th/wpr>.
4. Statistics of customer receiving health check-up services of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in 2019. Medical Informatics and Statistics Department. 2020.
5. Statistics of customer receiving health check-up services of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in 2020. Medical Informatics and Statistics Department. 2021.
6. Jirapongsuwan A. Work Environment and Health Risk: Principles and Application for Occupational Health Nursing. Bangkok: Danex Inter Corporation Co., Ltd; 2018. (In Thai).

7. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Mark* 1988; 64: 12-40.
8. Ngamsom S, Sansook J. Healthcare service quality perceptions and insured patient's satisfaction of hospital service systems in PhraNakorn Sri Ayutthaya Province. *Veridian E-Journal: Silpakorn University*. 2560;10(3): 1393-1408. (In Thai).
9. Thoraninpanich V. The "SERVQUAL" theory and Improvement Process to Improve Service Quality and Guest's Satisfaction: A Case Study of Front Office Department at Centara Watergate Pavillion Hotel Bangkok [Master degree of Business Administration]. Silpakorn University; 2015.
10. Kitapci O, Akdogan C, Dortyol IT. The Impact of Service Quality Dimensionson Patient Satisfaction Repurchase Intentions and Word-of-Mouth Communication in the Public Healthcare Industry. *Procedia-Social and Behavioral sciences*. 2014; 148: 16-169. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.030
11. Eldejany R. Dimensional Analysis of Service Quality: Small Construction Business and Australian Household. *International Journal of Business and Management*. 2016; 11(12):1-14.doi:10.5539/ijbm.v11n12p1
12. Shukri SM, Yajid MS, Khatibi A. Mediating role of customer satisfaction on the relationship of perceived values and services quality with customer loyalty in the telecommunication service providers in Malaysia. *Syst Rev Pharm*. 2020;11(1):1021-1032.doi:10.5530/srp.2020.1.129
13. Deriba BS, Geleta TA, Beyane RS, Mohammed A, Tesema M, Jemal K. Patient satisfaction and associated factors during COVID-19 pandemic in North Shoa health care facilities. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1923–34. doi: 10.2147/PPA.S276254
14. Lertlum S. Clients' satisfaction towards health care services at out- patient department of samitivej sukhumvit hospital [Master degree of Business Administration]. Srinakharinwirot University; 2008. (In Thai).

15. Husainee N. Customer service experience and perceived value towards satisfaction in boutique hotel settings [Master degree of Business Administration]. Thammasat University ;2018. (In Thai).

16. Panya S. A study of satisfaction in using private hospital service of working people in Chaing Mai [Master degree of Business Administration]. Ramkhamhaeng University; 2019. (In Thai).

17. Aday LA, Andersen R. Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview. Medical Care [Internet]. 1981[cited 2021 May 10];19(2):4-27. Available from <https://www.jstor.org/stable/3763937>

18. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons; 1953.

19. Tušl M, Brauchli R, Kerksieck P, Bauer GF. Impact of the COVID-19 crisis on work and private life, mental well-being and self rated health in German and Swiss employees: a cross-sectional online survey. BMC Public Health. 2021; 21(741): 1-15. doi: 10.1186/s12889-021-10788-8.

20. Keawpan W. Improving Service Quality of out-patient department in central region general hospitals. [Doctoral degree of Public Health]. Mahidol University; 2001.

21. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care. 1981; 19(2):127-140. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.

22. Ninlaput R. Service Quality and Satisfaction Related to Customer's Repurchase at Paolo Rangsit Hospital Service [Master degree of Business Administration]. Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2019. (In Thai).

23. Chueanaka P. Service quality influencing patient satisfaction at outpatient department of Phramongkutklao Hospital [Master degree of Business Administration]. Mahidol University; 2018. (In Thai).

24. Tharapan S. Service quality and customer relationship management affecting trust, satisfaction, and users' loyalty toward private hospitals in Pathum Thani province [Master degree of Business Administration]. Mahidol University; 2018. (In Thai).

25. Udomwong N. The effect of customer perceived value and service quality on customer satisfaction in chain drugstores [Master degree of Business Administration]. Thammasat University; 2020. (In Thai)

26. Kaewkrajang B. Factors relating to patients' satisfaction towards services in oncology- medicine department at Banphaeo Hospital [Master degree of Sciences]. Silpakorn University; 2015. (In Thai)

บทความวิชาการ

กรอบความคิดเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์*
สุรศักดิ์ ตรีชัย**

บทคัดย่อ

การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้กลับไปใช้ชีวิตปกติ ส่งผลให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และเพิ่มโอกาสในการหายจากโรคมะเร็ง การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมาจากความต้องการของผู้ป่วยเองและเป็นการกลับไปโรงเรียนที่ไม่เหมือนเดิม เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเรียนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ และต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายข้อค้นพบจากงานวิจัยเรื่อง ประสพการณ์การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เชื่อมโยงไปสู่เหตุผลและความจำเป็นในการกลับไปโรงเรียน และผลของการกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยอธิบายผ่านกรอบความคิดเชิงระบบที่ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและผลย้อนกลับ นำไปสู่การสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการประเมินความต้องการการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง การติดต่อประสานงาน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการกลับไปโรงเรียนให้สามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ

คำสำคัญ : กรอบความคิดเชิงระบบ / การกลับไปโรงเรียน/ เคมีบำบัด/ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วันที่รับบทความ: 2 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 8 พฤษภาคม 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 23 สิงหาคม 256

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: streenai@hotmail.com

A Systematic Framework to Support the Returning to School During Chemotherapy of Adolescents With Cancer.

Rungtawin Samphan*

Surasak Treenai**

ABSTRACT

Returning to school while undergoing chemotherapy is an important aspect that allows adolescents with cancer to resume their regular routines. This increases the likelihood of cancer recovery by supporting an ongoing, well-planned chemotherapy treatment. This process involves a modified approach to returning to school, as these individuals encounter challenges in their learning and participation in different activities, necessitating support from those around them. The purpose of this article is to explain the findings from research title “Experiences of returning to school during chemotherapy of adolescents with cancer.” The study explores the motivations and importance of resuming school activities, as well as its consequences while undergoing chemotherapy.

This is explained using a systematic framework which highlights the input factors, processes, outcomes, and feedback effects. The objective is to facilitate the return of adolescent cancer patients into school while undergoing chemotherapy. This involves nurses in assessing the patients' needs when returning to school, coordinating efforts, disseminating information to patients and those around them, and providing assistance and support to ensure a successful return to school.

Keywords: Systematic framework/ Returning to school/ Chemotherapy/ Adolescents with cancer

Article info: Received: February 02, 2023, Revised: May 08, 2023, Accepted: August 23, 2023

* Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University. Email: rungtawinaom@gmail.com

**Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor. Email: streenai@hotmail.com

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการอิสระในการดำเนินชีวิต ต้องการค้นหา พัฒนา และสร้างเอกลักษณ์แห่งตน มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนอนาคตของชีวิต¹ เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทำให้วัยรุ่นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยหรือหายจากความเจ็บป่วยนั้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่รุนแรงและคุกคามชีวิตอย่างโรคมะเร็ง ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นประมาณ 900 คนต่อปี² โดยโรคมะเร็งที่พบมากในวัยรุ่น ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) และเนื้องอกในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system tumors) ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนอาการของโรคสงบ³ เคมีบำบัด คือการรักษาหลักที่สำคัญของโรคมะเร็งทั้ง 3 ชนิดนี้ โดยเป็นการรักษาที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลานาน 1–3 ปี หรือมากกว่า จนอาการของโรคมะเร็งสงบและหากได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษาผู้ป่วยจะมีโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็งได้ถึงร้อยละ 85⁴

การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด คือการที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กำลังรักษาด้วยเคมีบำบัดได้เดินทางไปโรงเรียนหนังสือ เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน เล่นกับเพื่อน ทบทวนบทเรียนหลังเลิกเรียน ดูแลตนเองขณะอยู่ที่โรงเรียน⁵ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างจากเมื่อครั้งก่อนป่วยและต่างจากวัยรุ่นสุขภาพดีคนอื่น ๆ โดยเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัด

ด้านสุขภาพและการรักษา โดยที่อาจเป็นการกลับไปใช้เวลาอยู่ที่โรงเรียนเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ เข้าเรียนอย่างน้อย 1 คาบเรียน (1 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์ และอาจไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านในช่วงที่มีร่างกายอ่อนเพลียมาก การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกราย และผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ได้ไปโรงเรียน⁶ เนื่องจากหลังการได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีอาการอ่อนเพลีย⁷ ทั้งพยาบาลและผู้ปกครองจึงต้องการให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งพักรักษาตัวให้ร่างกายแข็งแรง มีการเผื่อระวังและป้องกันการติดเชื้อ โดยการให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน หลีกเลี่ยงการไปในที่สาธารณะหรือสถานที่ที่มีผู้คนแออัด⁸ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ทำให้ถูกจำกัดสถานที่และกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมนอกบ้านอย่างเช่น การไปโรงเรียน⁹ แต่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งยังมีความต้องการและมุ่งหวังที่จะกลับไปใช้ชีวิตปกติ ไปโรงเรียน ไปหาเพื่อน ไปทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนที่โรงเรียนเหมือนวัยรุ่นสุขภาพดีทั่วไป จึงได้ตัดสินใจกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมองว่าตนก็เป็นวัยรุ่นคนหนึ่ง มีความต้องการและความตั้งใจในการกลับไปโรงเรียน ภายใต้การรับรู้ข้อจำกัดหรือขอบเขตด้านสุขภาพของตนเองทั้งจากโรคและการรักษา การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่ง

ที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งได้กลับไปใช้ชีวิตปกติ ได้ไปพบเพื่อน ได้เรียนหนังสือ ได้รับประทานอาหารกลางวันกับเพื่อน ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงเรียน^{10,11} ส่งผลให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และเพิ่มโอกาสในการหายจากโรคเมอเร็ง¹²

ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปคือประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่ส่งผลให้การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งไม่เหมือนเดิม เพราะผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเกือบทุกรายจะมีอาการผมร่วง ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียภาพลักษณ์อย่างมาก เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญและสนใจเรื่องภาพลักษณ์มากกว่าวัยอื่น ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไม่แน่นอนกับปฏิกิริยาของเพื่อนต่อภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป วิตกกังวลเรื่องการถูกเพื่อนล้อเลียน¹³ บางคนกลัวการไปโรงเรียน กลัวการเข้าสังคม แยกตัวออกจากสังคม อีกทั้งด้วยข้อจำกัดและภาวะสุขภาพทั้งจากโรคเมอเร็งและผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งไม่สามารถทำกิจกรรมทุกอย่างที่โรงเรียนเหมือนเพื่อนได้ เช่น กิจกรรมวิชาพลศึกษา กิจกรรมกีฬา กิจกรรมที่ต้องตากแดดเป็นเวลานาน หรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก รวมถึงความเสียต่าง ๆ ทั้งเรื่องการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร การใช้ชีวิตในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งต้องตระหนัก เฝ้าระวัง และป้องกันตนเองจากความเสียต่าง ๆ มากกว่าปกติที่เคยทำ

การสนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งที่มีความตั้งใจและต้องการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตปกติในแบบที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งต้องการ และได้ใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขในแบบที่ตนเลือก¹⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทำให้ผลลัพธ์ทางการรักษาเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น¹² ซึ่งการวางแผนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะทำได้สำเร็จและเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลเด็ก นอกจากนี้ การตอบสนองความตั้งใจและความต้องการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดยังต้องคำนึงถึงภาวะของโรคเมอเร็งที่ยังคุกคามสุขภาพของผู้ป่วยและส่งผลให้การกลับไปโรงเรียนไม่ใช่เรื่องง่าย รวมทั้งอาจขัดกับแนวปฏิบัติเดิมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนั้นพยาบาลเด็กต้องเข้าใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็ง เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็ง ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็งให้สามารถกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ การให้การพยาบาลในแบบปัจเจกบุคคล โดยประยุกต์ข้อค้นพบจากการวิจัยเกี่ยวกับการกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็ง รวมทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็ง

การกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ข้อมูลการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่กลับไปโรงเรียนเมื่อหายจากโรคมะเร็ง ในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่ามักจะกลับไปโรงเรียนหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไปแล้ว 5 เดือน¹⁵ เพราะอาการของโรคมะเร็งสงบลงจากการตอบสนองการรักษาจากเคมีบำบัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ร่างกายแข็งแรงจนพร้อมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีรายงานในประเทศในเครือสหราชอาณาจักรพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดประมาณร้อยละ 3¹⁶ ในประเทศไทยไม่มีการรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด แต่พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดกลับไปโรงเรียนในงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณหลายเรื่อง แม้จะไม่มีมีการรายงานสถิติ¹⁷⁻¹⁹ การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการได้รับเคมีบำบัด เป็นการกลับไปโรงเรียนที่แตกต่างจากการไปโรงเรียนตามปกติ เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดด้านสุขภาพและการรักษา อาจเป็นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ เข้าเรียนอย่างน้อย 1 คาบเรียน (1 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์¹⁵ อาจไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน

เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านในช่วงที่ร่างกายอ่อนเพลียมาก⁶ การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นการศึกษาในไทย²⁰ ได้อธิบายถึงการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นว่าเป็นการกลับไปโรงเรียนมาแล้วอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้กลับไปเรียนหนังสือ เข้าร่วมทำกิจกรรมของโรงเรียน เล่นกับเพื่อน รวมไปถึงการดูแลตนเองขณะอยู่ที่โรงเรียนและการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ปกครอง พยาบาล ครู เพื่อน มีการสื่อสารและทำงานร่วมกัน ผู้ปกครองและครูทำงานร่วมกันเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งสามารถกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้สำเร็จ¹⁰

ดังนั้นการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยและมีผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจำนวนหนึ่งที่สามารถกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ การสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในแง่ปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างจากการไปโรงเรียนของวัยรุ่นคนอื่น ๆ ดังข้อค้นพบจากการศึกษาของ รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์ และ สุรศักดิ์ ตรีนัย²⁰ ที่พบว่า การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มาจากความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการกลับไปเรียนอีกครั้ง ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งยังรับรู้ถึงข้อจำกัด

ของการกลับไปโรงเรียนระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด รู้สึกไม่แน่นอนกับปฏิกิริยาของเพื่อนต่อภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกังวลเรื่องภาพลักษณ์มากที่สุดและมองว่าหากได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลอื่นในโรงเรียน ไม่มีใครล้อเลียนเรื่องรูปลักษณ์ การกลับไปโรงเรียนจะราบรื่นมากกว่านี้ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งยังมีความรู้สึกไม่คุ้นชิน โดยเฉพาะกับเพื่อนใหม่ที่โรงเรียน โดยผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมองเพื่อนใหม่ว่าเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จัก ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่สามารถปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างได้เหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้แรงเยอะ เช่น กิจกรรมกีฬา ละคร งานกีฬา การเดินสวนสนาม

เหตุผลและความจำเป็นในการกลับไปโรงเรียน

วัยรุ่นมีความผูกพันกับโรงเรียนตามพัฒนาการของช่วงวัย และผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถมีชีวิตที่ปกติได้ การไปโรงเรียนมีความสำคัญมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพราะให้ความรู้สึกของชีวิตที่เป็นปกติ เกิดความรู้สึกสบายใจ การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งในช่วงขณะอยู่ระหว่างการรักษาเป็นการปฏิบัติตามพันธกิจที่สำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น และมีความหวังในการมีชีวิตต่อไป²¹ นอกจากนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อนและบุคคลรอบข้าง ต้องการทำกิจกรรมนอกบ้าน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งก็ยังต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง การมีเพื่อนและ

ต้องการเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน เพื่อนและบุคคลรอบข้างมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นทั้งในภาวะปกติและในระยะเจ็บป่วย วัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับการสร้างและค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน ซึ่งเป็นพัฒนาการของช่วงวัยที่ส่วนหนึ่งสามารถพัฒนาได้จากการไปโรงเรียนและการเข้าสังคม²²

การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดเกิดจากความตั้งใจ และการตัดสินใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเอง^{20,23} แม้จะรับรู้ถึงความยากลำบากในการกลับไปโรงเรียน และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่น¹³ สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งการกลับไปโรงเรียนเป็นการสร้างความสุขจากสิ่งที่ตนเลือก เลือกที่จะมีความสุขแบบวัยรุ่นคนอื่น ๆ โดยเป็นการกลับไปของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้กำลังขอบเขต ความสามารถของตนเอง การดูแลตัวเองและการหลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจบั่นทอนภาวะสุขภาพขณะอยู่ที่โรงเรียน^{11,24}

ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดโรงเรียนเยียวยาประสบการณ์ในช่วงของการรักษาที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน²¹ การกลับไปโรงเรียนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครู¹¹ การได้รับกำลังใจจากเพื่อนและครูสร้างคุณค่าและความหวังของการมีชีวิตอยู่เป็นพลังสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกเข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อแท้ พร้อมจะสู้กับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของเคมีบำบัดเป็นพลังสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรักษาให้หายจากโรคมะเร็ง¹² ลดภาวะซึมเศร้า²⁵ นอกจากนี้ยังส่งเสริมพัฒนาการและทักษะ

ด้านต่าง ๆ ของชีวิต โดยเฉพาะทักษะทางสังคม ได้ ค้นหาและพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน มีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี^{22,26} มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁵ ได้ดำเนินชีวิตตามที่ต้องการภายหลังจากที่หายจากโรคมะเร็ง ปรับตัวและเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพได้^{11,12} การกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้พบเพื่อน ได้เรียนหนังสือ ได้รับประทานอาหารกลางวันกับเพื่อน ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงเรียนเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญที่ทำให้ได้กลับไปใช้ชีวิตปกติ¹¹ ทำให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และเพิ่มโอกาสในการหายจากโรคมะเร็ง²⁷ ภายหลังการรับรู้ข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนและการรักษา การกลับไปโรงเรียนจึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเข้าสู่การใช้ชีวิตปกติ²⁰

ประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนระหว่างการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

การกลับได้กลับไปโรงเรียนอีกครั้ง คือ สิ่งช่วยเยียวยาผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนระหว่างการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งพบประเด็นสำคัญดังนี้^{20,28}

1. ความสุขของการกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกดีใจและมีความสุขมากที่ได้กลับไปโรงเรียนอย่างที่ตั้งหวัง²⁰ เป็นการกลับไปใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่น ได้เรียนหนังสือเหมือนนักเรียนปกติทั่วไป ได้เรียนจบพร้อมเพื่อน ได้ถ่ายรูปวันปัจฉิมนิเทศร่วมกับเพื่อน ๆ ภาพเหล่านั้นคือความสุขและเป็น

ความทรงจำที่ดีสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการกลับเข้าสู่สังคมเพื่อนนั้นคือสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกมีความสุข ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กลับไปโรงเรียนคิดถูกที่ตัดสินใจกลับไปโรงเรียนอีกครั้งแม้จะอยู่ในช่วงระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพราะทำให้ได้กลับไปทำในสิ่งที่ชอบร่วมกับเพื่อน การได้อยู่กับเพื่อนทำให้มีความสุข ดังเช่นที่ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “มีความสุขมาก ๆ ค่ะ...ได้เจอเพื่อน ได้เรียนกับเพื่อน แล้วก็ได้จบไปพร้อมเพื่อน ๆ แล้วก็ได้รับความรู้ด้วย ได้เจอคนด้วย ได้พูดคุยกับคนอื่นด้วย”

2. ความเครียด ความรู้สึกอาย รู้สึกแตกต่างจากเพื่อน

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการเรียนไม่ทันเพื่อน และการถูกมองว่าแตกต่างจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผอมลง¹³ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่จึงรู้สึกอายที่ไม่เหมือน อายที่หัวโล้น ไม่สวย เมื่อไปโรงเรียนบางครั้งก็โดนเพื่อนล้อว่าเป็นเด็กหัวโล้น ถูกเรียกว่าไอ้โล้น ปีศาจหัวโล้น ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกอายมากขึ้น²⁹ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจึงไม่อยากให้เพื่อนหรือใครเห็นตัวเองในสภาพที่ศีรษะโล้น อีกทั้งการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ไม่ได้เข้าร่วมกับเพื่อน ไม่ได้เดินสวนสนาม หรือไม่ได้เข้าร่วมการแข่งขันกีฬา ต้องอยู่ในห้อง ไม่ได้เรียนในบางวิชา เช่น วิชาพลศึกษา ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอยากเล่น อยากเรียน ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกแตกต่าง

จากเพื่อนคนอื่น ๆ ถ้าครูและเพื่อนไม่เข้าใจความแตกต่างดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเครียดมากขึ้น

3. กลับไปโรงเรียนอีกครั้ง แต่ไม่เหมือนเดิม

การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นการกลับไปโรงเรียนอีกครั้งที่ไม่เหมือนเดิม เพราะมีข้อจำกัด คือ ข้อจำกัดในการเรียนและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่โรงเรียน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน เหมือนนักเรียนสุขภาพดีปกติทั่วไป โดยในช่วงแรกที่เริ่มกลับไปโรงเรียนเป็นการกลับไปเรียนแค่ครึ่งวัน นอกจากข้อจำกัดในการเรียนผู้ป่วยยังบอกถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของโรงเรียนเป็นข้อจำกัดที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ข้อจำกัดว่าตนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่เหมือนเดิม เพราะกิจกรรมเหล่านั้นหนักเกินไปสำหรับร่างกายของเขา และสะท้อนด้วยว่าผู้ป่วยเข้าร่วมในกิจกรรมที่ตนสามารถเข้าร่วมได้ ผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่อง ป้องกันการติดเชื้อ ขณะอยู่ที่โรงเรียน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้ว่าหากติดเชื้อจะทำให้มีอาการทรุด แผนการรักษาอาจเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่ได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษา และหากรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเพิ่มการดูแลปกป้องตนเองมากขึ้น หลังจากได้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ³⁰ การกลับไปโรงเรียนซึ่งเป็นสถานที่สาธารณะและมีผู้คนมากมายทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และด้วยเหตุผลนี้

ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ได้ไปโรงเรียน⁶ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ตัดสินใจกลับไปโรงเรียนรับรู้ความเสี่ยงนี้ โดยผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องดูแลตัวเองและหลีกเลี่ยงจากสิ่งนี้อาจบั่นทอนสุขภาพ เด็กโรคมะเร็งที่กลับไปใช้ชีวิตปกติ กลับไปโรงเรียน จะมีวิธีการดูแลตนเองโดยไม่รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด ไม่รับประทานอาหารหมักดอง ไม่รับประทานผลไม้เน่าบูดและล้างให้สะอาดก่อนปอกและทานทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ^{20,31}

4. คนรอบข้างช่วยเหลือ

การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เพื่อนคือบุคคลสำคัญที่อยู่เคียงข้างและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะที่อยู่ที่โรงเรียนและมีครูให้การดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพื่อนของผู้ป่วยดูแลท่วงไทย ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะเพื่อน ๆ รู้ว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้แรงเยอะ ๆ เพื่อนช่วยเรื่องเรียน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน ครูที่ทราบเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ทราบเรื่องข้อจำกัดด้านสุขภาพในการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียน ดังนั้นครูจึงช่วยเหลือเรื่องเรียนและเรื่องต่าง ๆ อย่างใส่ใจเป็นพิเศษด้วยความเข้าใจ

5. คุณค่าและความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กำลังรักษาด้วยเคมีบำบัดคนหนึ่งเล่าว่า แม้มะเร็งจะสร้างความเจ็บปวดให้ร่างกาย สร้างความทุกข์เศร้าให้จิตใจ

แต่แม่เรื่งก็ทำให้ได้เรียนรู้คุณค่าของชีวิต คุณค่าของครอบครัว คุณค่าของความรัก กำลังใจจากคนในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เมื่ออยากไปโรงเรียน อยากไปเรียนหนังสือ ครอบครัวเข้าใจ และให้การสนับสนุน ช่วยหาข้อมูลต่าง ๆ จนผู้ป่วยสามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ ทำให้เห็นคุณค่าของตนเองที่สามารถมีชีวิตได้ปกติเหมือนคนอื่น ๆ และมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป อีกทั้งการกลับไปโรงเรียนทำให้ได้พบกับเพื่อน ๆ และเมื่อเพื่อนรู้ว่าผู้ป่วยเด็กไม่สบาย จะให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะเพื่อนสนิท จะเข้ามาเล่นด้วย ช่วยสอนหนังสือ ช่วยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยถูกแกล้งจากเพื่อนคนอื่น บางครั้งเพื่อนก็มาส่งผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่บ้านหลังเลิกเรียน²⁹ การได้รับกำลังใจจากเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกดีใจ มีความสุข ผ่อนคลาย ไม่คิดมาก มีกำลังใจ เห็นคุณค่าของตนเอง และลดความเศร้าโศกลงได้³²

6. ยอมรับ และการปรับตัว กลับไปใช้ชีวิตปกติ

โรคมะเร็ง ด้วยการรักษามีความซับซ้อน ยาวนาน และมีผลข้างเคียง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่น ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องยอมรับและปรับตัวต่อความเจ็บป่วยจากการศึกษาของ สุรศักดิ์ ตรีนิย และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์¹⁴ ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเมื่อดเลือดขาว พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ยอมรับการเจ็บป่วยแต่ไม่ยอมแพ้ พยายามสู้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ด้วยการปรับตัวและพยายามกลับไปใช้ชีวิตปกติไปโรงเรียน ไปเล่นกับเพื่อน แต่เป็นการกลับไป

ใช้ชีวิตปกติที่มีขอบเขตตามกำลังของตัวเอง เรียนรู้การดูแลตัวเองและหลีกเลี่ยงจากสิ่งนี้อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และจากบทความเรื่อง บทเรียนล้ำค่าจากมะเร็งของลูก ซึ่งเป็นเรื่องราวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งคนหนึ่ง แม้ในช่วงแรกของการรักษาเด็กอาจจะยังไม่เข้าใจเรื่องโรคมะเร็งและการรักษา แต่มารดาได้อธิบายและสอนด้วยคำง่าย ๆ ที่เด็กสามารถเข้าใจได้ ทำให้เด็กเข้าใจการรักษาที่ต้องได้รับ และยอมรับการรักษาจากทีมแพทย์ อีกทั้งเด็กยังคงมีชีวิตรปกติ ไปเที่ยว ไปว่ายน้ำ วิ่งเล่นกับเพื่อน ทำทุกอย่างเหมือนน้องชายฝาแฝดที่มีสุขภาพดี ไปโรงเรียนตามปกติ บางวันเข้าไปโรงพยาบาล บ่ายไปโรงเรียน³⁰

7. กำลังใจทำให้อยากอยู่ต่อ

เมื่อกลับไปโรงเรียนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้พบเพื่อนและครู ทั้งเพื่อนและครูให้กำลังใจให้สู้กับโรคมะเร็งและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีกำลังใจในการรักษาและอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป²⁰ ทั้งเพื่อนและครูจะคอยสอบถามและให้กำลังใจอยู่เสมอทั้งก่อนและหลังไปรับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกดีและมีกำลังใจในการสู้กับโรคมะเร็งและผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษา ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “.....แล้วแบบว่าอยู่โรงเรียนเพื่อนก็ให้กำลังใจเยอะ.....ครูก็ให้กำลังใจอย่างจ๊ะจ๊ะครับ ก็ให้กำลังใจตัวเองแบบว่า “เออ ถ้าเขา (ครู) ให้กำลังใจเราแล้ว เราก็ต้องสู้ต่อไป” ครับ... แบบว่าอย่าไปยอมแพ้มัน”

การกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับกำลังใจจากเพื่อน ครู ทำให้รู้สึกมีกำลังใจในการสู้กับโรคมะเร็งและผลข้างเคียง

ของการรักษา พยายามดูแลตนเองจากความเสียหายต่าง ๆ ทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง สามารถรับเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา จึงมีส่วนทำให้อาการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งดีขึ้น

การสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดผ่านกรอบความคิดเชิงระบบ

กรอบแนวคิดเชิงระบบ (Systematic framework)

กรอบแนวคิดเชิงระบบเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับระบบที่เป็นองค์รวม ทุก ๆ อย่างที่อยู่ในระบบล้วนมีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกันในแง่ของการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่ง กรอบแนวคิดเชิงระบบชี้ให้เห็นถึงปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและผลย้อนกลับ นำไปสู่เป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่ง³²

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ตั้งใจและต้องการกลับไปโรงเรียนสามารถกลับไปโรงเรียนได้ตามความต้องการที่ตั้งใจสามารถนำกรอบแนวคิดเชิงระบบมาช่วยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีเครื่องมือเป็นส่วนประกอบของการดำเนินการ เช่น แนวทางปฏิบัติ/คู่มือ เพื่อช่วยเหลือการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง แนวทางการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนเป้าหมายของผลลัพธ์คือการกลับโรงเรียนได้ตามความต้องการที่ตั้งใจของผู้ป่วย ดังนั้นสิ่งที่นำเข้ามาพิจารณาซึ่งมาจากงานวิจัยประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่น

โรคมะเร็งและการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความต้องการ ความตั้งใจของผู้ป่วย และความพร้อมทางด้านร่างกายส่วนกระบวนการของระบบที่มุ่งสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนก็คือการได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง การตระหนักถึงข้อจำกัดของสุขภาพ การดูแลตนเองที่มากขึ้น ผลผลิตของระบบคือ การได้กลับไปโรงเรียนอีกครั้งที่ไม่เหมือนเดิม โดยมีผลย้อนกลับคือ ความสุขของการกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง และผลลัพธ์ของระบบคือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้กลับไปใช้ชีวิตปกติ ส่งผลให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

การสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดผ่านกรอบความคิดเชิงระบบ ที่เชื่อมโยงข้อค้นพบจากงานวิจัยที่มาจากประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เชื่อมโยงไปสู่เหตุผลและความจำเป็นในการกลับไปโรงเรียน รวมทั้งผลของการกลับไปโรงเรียนระหว่างการได้รับเคมีบำบัด ขอบเขตของระบบการสนับสนุนการกลับไปเรียนนี้อยู่ภายใต้บริบทของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งนี้ในส่วนแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือ เพื่อช่วยเหลือการกลับไปเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง พยาบาลสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง²⁰ และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องมาเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่น

โรคมะเร็งที่ต้องการและมีความตั้งใจที่จะกลับไปโรงเรียนให้สามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ

บทบาทของพยาบาลต่อการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน

พยาบาลต้องติดต่อประสานงานระหว่างผู้ปกครอง ครู เพื่อน บุคลากรในโรงเรียน และพยาบาลอนามัยโรงเรียน ในการเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพื่อร่วมกันช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติในแบบที่ต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขในแบบที่ตนเลือก¹⁴ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁵ และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทำให้ผลลัพธ์ทางการรักษาเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลเด็ก เพราะการตอบสนองความต้องการดังกล่าวอาจขัดกับแนวปฏิบัติเดิมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนั้นพยาบาลเด็กต้องเข้าใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งให้สามารถปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในช่วงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด และพัฒนาเป็นแนวทาง/คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป อีกทั้งการกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁵ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า¹⁹ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากเพื่อน คุณครู และครอบครัว¹¹ กำลังใจจากเพื่อน คุณครู และครอบครัวสร้างความค่าและความหวังของการมีชีวิตอยู่ เป็นพลังสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกเข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อแท้ พร้อมจะสู้กับความเจ็บป่วย และอยากรักษาให้หายจากโรคมะเร็ง¹²

บทบาทการให้ข้อมูล

พยาบาลควรเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งสามารถมีกิจกรรมประจำวัน ไปโรงเรียน ทำงานได้ตามปกติ ออกกำลังกายได้พอควรหลังได้รับเคมีบำบัด แต่หากผู้ป่วยอ่อนเพลียควรนอนพักฟื้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด 1-2 วันที่บ้าน แต่หากมีอาการไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ท้องเสียรุนแรง หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง อ่อนเพลียมาก อาจพักรักษาตัวในโรงพยาบาล³³ การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับบุคคลรอบข้าง เช่น พยาบาล ผู้ปกครอง คุณครู และเพื่อน โดยมีผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นศูนย์กลาง

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนให้กลับไปโรงเรียนตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย และดำเนินต่อไปตลอดเส้นทางของการรักษา¹⁰ และพบว่า ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งแตกต่างกัน มีตั้งแต่หลังได้รับการวินิจฉัย ในระหว่างการรักษา ไปจนถึงหลังเสร็จสิ้นขบวนการรักษา^{5,6,34} ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภาวะสุขภาพ สภาพจิตใจ การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง¹¹ จากการศึกษาของ Sandeberg, Johansson, Bjork, & Wettergren¹⁵ ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ของ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับการกลับไปโรงเรียนของเด็กโรคมะเร็งในระหว่างการรักษา ที่ประเทศสวีเดน พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี แข็งแรงพอก็จะกลับไปโรงเรียน โดยผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง 71 ราย (ร้อยละ 70) ของกลุ่มตัวอย่าง กลับไปโรงเรียนหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไปแล้ว 5 เดือน โดยเป็นการได้กลับไปร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน เช่น ได้อยู่กับเพื่อน ได้เรียนหนังสือ ซึ่งอาจเป็นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ เข้าเรียนอย่างน้อย 1 คาบเรียน (1 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า¹⁹ อีกทั้งทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและคุณครู ซึ่งเป็นพลังสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกเข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อแท้ พร้อมจะสู้กับความเจ็บป่วย และอยากรักษาให้หายจากโรคมะเร็ง⁷ มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป^{14,21} เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในช่วงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด การพัฒนาแนวทาง/ คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลคือสิ่งที่มีความจำเป็น การกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า¹⁹ อีกทั้งทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและคุณครู ซึ่งเป็นพลังสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกเข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อแท้ พร้อมจะสู้กับความเจ็บป่วย และอยากรักษาให้หายจากโรคมะเร็ง⁷

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ได้กลับไปโรงเรียนทุกราย เพราะการกลับไปโรงเรียนไม่ใช่เรื่องง่าย พยาบาลควรประเมินความต้องการในส่วนนี้ผ่านการประเมินทางการพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความต้องการและความตั้งใจในการกลับไปโรงเรียน การให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถเริ่มต้นผ่านกรอบความคิดเชิงระบบที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่แนวคิดทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง

References

1. Berk LE. Child Development. 9th ed. New York: Pearson Education; 2017.
2. Suwantararat N., 5 cancers in children [Internet]. 2019 [cited 2021 October 10]. Available from:<https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%81>
3. Adamson PC, Bagatell R, Balis FM, Blaney SM. General principles of chemotherapy. In Pizzo PA, Pollack DG Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.

4. Rodgers CC. The Child with Cancer. In Hockenberry MJ, Wilson D. (Eds.). Wong's nursing care of infants and children (10th ed.). St Louis: Elsevier Health Sciences; 2015.
5. Brimeyer C, Northup J, McCarthy A. The adolescent with cancer's school re-entry experience: exploration of predictors and successful outcomes (Doctoral Dissertation, Philosophy in Psychological and Quantitative Foundations). University of Iowa. USA; 2012.
6. Donnan BM, Webster T, Wakefield CE, Dalla-Pozza L, Alvaro F, Lavoipierre J, et al. What about school? Educational challenges for children and adolescents with cancer. *Educ Dev Psychol*. 2015; 32(1): 23-40.
7. Baden LR, Swaminathan S, Angarone M, Blouin G, Camins BC, Casper C, et al. Prevention and treatment of cancer-related infections, Version 2.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016; 14(7): 882-913.
8. Lekdamrongku P. Nursing Management and Assessment of Febrile Neutropenia (FN) Risks in Cancer Patients Treated with Chemotherapy: The Role of Nurses. *TJNC*. 2015; 30(1): 5-15. (in Thai)
9. Tsimicalis A, Genest L, Stevens B, Ungar WJ, Barr R. The impact of a childhood cancer diagnosis on the children and siblings' school attendance, performance, and activities: A qualitative descriptive study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2018; 35(2): 118-31.
10. Selwood K., Hemsworth S, Rigg J. Children with cancer: quality of information for returning to school. *Nurs Child Young People*. 2013; 25(5): 14-8.
11. Thompson AL, Christiansen HL, Elam M, Hoag J, Irwin MK., Pao M, et al. Academic continuity and school reentry support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer*. 2015; 62(S5): 805-17.
12. Klerlhee T, Wiroonpanich W, Punthmatharith B. Spiritual Well-Being Experience of Adolescents with Cancer. *SCNJ*. 2018; 5(2): 102-18. (in Thai)
13. Williamson H, Harcourt D, Halliwell E, Frith H, Wallace M. Adolescents' and parents' experiences of managing the psychosocial impact of appearance change during cancer treatment. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010; 27(3): 168-75.
14. Treenai S, Chaiyawat W. Illness Experience of Adolescent Patients with Leukemia. *TJNC*. 2006; 21(3): 47-60. (in Thai)

15. Sandeberg AM, Johansson E, Bjork O, Wettergren L. Health-related quality of life relates to school attendance in children on treatment for cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2008; 25(5): 265-74.
16. Boles JC, Winsor DL. My school is where my friends are: interpreting the drawings of children with cancer. *J Res Child Educ*. 2019; 33(2): 225-41.
17. Ponyiem P, Sakdisthanont S, Siripul P. Correlation of Emotional Control and Quality of Life in Adolescents with Cancer. *TJNMP*. 2019; 6(2): 16-29. (in Thai)
18. Drillings J, Schilling E. The school reentry process in North Carolina schools for children with pediatric cancer (Graduate School, Specialist in School Psychology). University of Western Carolina. USA; 2016.
19. Helms AS, Schmiegelow K, Brok J, Johansen C, Thorsteinsson T, Simovska V, Larsen HB. Facilitation of school re-entry and peer acceptance of children with cancer: a review and meta-analysis of intervention studies. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25(1): 170-9.
20. Samphan R, Treenai S. Experiences of Returning to School during Chemotherapy of Adolescents with Cancer. *Nursing J*. 2022; 49(4): 330-43. (in Thai)
21. Askins MA, Moore III BD. Preventing neurocognitive late effects in childhood cancer survivors. *JCN*. 2008; 23(10): 1160-71.
22. Berk LE. *Child Development*. (9th Ed). New York: Pearson Education; 2017.
23. Pini S, Gardner P, Hugh-Jones S. How and why school is important to teenagers with cancer: outcomes from a photo-elicitation study. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2019; 8(2): 157-64.
24. Treenai S, Chaiyawat W. Illness Experience of Adolescent Patients with Leukemia. *TJNC*. 2006; 21(3): 47-60. (in Thai)
25. Helms AS, Schmiegelow K, Brok J, Johansen C, Thorsteinsson T, Simovska V, et al. Facilitation of school re-entry and peer acceptance of children with cancer: a review and meta-analysis of intervention studies. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25(1): 170-9.
26. Bruce BS, Newcombe J, Chapman A. School liaison program for children with brain tumors. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2012; 29(1): 45-54.

27. Treenai S, Chaiyawat W, Yunibhand J. Returning to normality among adolescents with leukemia receiving chemotherapy (Doctoral dissertation, Philosophy Program in Nursing Science). Chulalongkorn University. Thailand; 2013.

28. Boles JC, Winsor DL. “My school is where my friends are”: interpreting the drawings of children with cancer. *J Res Child Educ.* 2019; 33(2): 225-41.

29. Pharnit J, Chaiyawat W. Illness Experience of School Age Patients with Leukemia. *TJNC.* 2007; 22(3): 40-54. (in Thai)

30. Baden LR, Swaminathan S, Angarone M, Blouin G, Camins BC, Casper C, et al. Prevention and treatment of cancer-related infections, Version 2.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc.* 2016; 14(7): 882-913.

31. Wachirachai P. Valuable lessons from your child's cancer [Internet]. date unknown [cited 2019 May 17]. Available from: http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u11/pcare_2.pdf

32. Punaglom N. The Grief Assessment in Adolescent with Cancer. *Journal of Nursing Science & Health.* 2013; 36(1): 149-57. (in Thai)

33. Lookrak S, Chiracharat M, Sirilerttrakul S, Khonmun J. A guide to self-care during chemotherapy (4th ed.). Bangkok: Cancer Center, Center for Excellence, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2013.

34. Choquette A, Rennick JE, Lee V. Back to school after cancer treatment: Making sense of the adolescent experience. *Cancer Nurs.* 2016; 39(5): 393-401.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่าน จากนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีพจนานุกรมสำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

ขอบเขตของสาขาวิชา (Scope)

พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. รายงานการวิจัยพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า

5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการ พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์** ในวารสารฉบับอื่น บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

คำแนะนำในการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความ

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 - 15 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้

ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ตอนที่ 3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับวัตถุประสงค์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกต

พฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิภาพต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น ภาษาอังกฤษ ใน ระบบ Vancouver style ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ

กองบรรณาธิการแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการพิจารณาบทความตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจสอบก่อนส่งโรงพิมพ์หรือเผยแพร่ออนไลน์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal article**

ผู้แต่ง 1 คน

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

1. การตีพิมพ์เผยแพร่บทความ

- | | |
|---|-----------|
| 1.1 สำหรับสมาชิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข | 4,000 บาท |
| 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป | 5,000 บาท |

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิการวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิการวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ☐ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2567)
- ☐ ค่าใช้จ่ายจะเรียกเก็บหลังจากวารสารได้แจ้งผลการตีพิมพ์แล้ว และทางวารสารไม่มียกยบายตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

2. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์มีค่าธรรมเนียม 2,000 บาท

ชำระค่าธรรมเนียม

ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้วกรุณาส่งหลักฐานมาที่ :

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

โทรศัพท์ 095-7013182

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	☐ รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	☐ ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น

☐ ที่อยู่ดังนี้.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

E-mail address:

โทรศัพท์โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว