

### วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

<b>เจ้าของ</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
<b>ที่ปรึกษา</b>	นายแพทย์คิมหันต์ ยงรัตนกิจ นายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์	นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
<b>บรรณาธิการ</b>	ดร.สังัด เชื้อลิ้นฟ้า	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
<b>รองบรรณาธิการ</b>	นางแจ่มจิตรา ยงรัตนกิจ ดร.รัชনীวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
<b>กองบรรณาธิการ</b>	ดร. ศิรินาถ ตงศิริ ผศ.เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ รศ.ดร.เจียมจิต แสงสุวรรณ ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมลัตยพรต ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภาก  ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
<b>ฝ่ายจัดการ</b>	นางพิมพ์ผดดา เลิศรัตนกรธาดา  นางสาวระพีพร คำเจริญ นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา นายสุเมธ ระโยธี	อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์
<b>กำหนดออก</b>	ราย 6 เดือน (ตุลาคม - มีนาคม, เมษายน - กันยายน)	
<b>สำนักงาน</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทร. 0-4377-7811, 0-4377-7972-313 โทรสาร 0-4377-7811 E-mail address: Journal.mk2560@gmail.com	

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่าง ๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นของผู้เขียนบทความ  
และมิได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วยทั้งหมด



สารบัญ	หน้าที่ (Page)	Contents
สารจากนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	5	
บทบรรณาธิการ	7	
มาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559 ชิติลักษณ์ พัดเพ็ง	9	<b>Standard of Budget expenditure Approval for the Health Promoting Hospital at WangSaeng Sub-District, KaeDam District, Maha Sarakham Province Fiscal year 2016</b> Thitilak Phatpheng
การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดื้อยาในโรงพยาบาล ทัศนีย์ สีหาบุญนาค	17	<b>Prevention and Control of Multidrug-Resistant Organisms In Hospitals.</b> Tassanee Sihaboonnak
“ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและคุณภาพ ของการดูแลรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track ใน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” พศิน ภูริธรรมโชติ	23	<b>Prevalence of acute stroke and the quality of care according to the Stroke Fast Track in Borabue hospital, Mahasarakham province.</b> Pasin Phurithummachote
การพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังคี่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ชนาวุฒิ เมืองเจริญทรัพย์ และกาญจนา จันทะนุญ	37	
การเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรคงูสวัด ด้วยวิธีหมอมพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม สุภาพร ปัญญาวงษ์	51	<b>The comparision pain between before and after Herpes treatment Zoster by folk healer wisdom Tambon Bangu Yangsrisurat District, Mahasarakham province</b> Supaporn Panyawong

สารบัญต่อ	หน้าที่ (Page)	Contents
การพัฒนารูปแบบการดำเนินการงานบุญงานศพ ปลอดเหล้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปรีชา ยะธา และยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ	63	<b>Development of Community Participation Model To conduct a funeral without alcohol Of Dong Bang SubDistrict, Na Dun District, Mahasarakham Province.</b> Preecha Yatha and Yutthasart Kaewwiset
โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นางปัทมาพร ชนะมาร	75	<b>A Causal Model of Factors Affecting Self- management Behavior among Old-Aged Chronic Obstructive Pulmonary Disease</b> Mrs. Pattamaporn Chanaman
การพัฒนาระบบการจัดการพัสดุด้วยโปรแกรม Easy Stock ปีงบประมาณ 2559 อุดม พันธะสี	87	<b>Development of package management system with Easy Stock program for the fiscal year 2015</b> Udom Pantasi
การพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วนิดา จันทเดช	93	<b>The Development of new guideline for Budget Requesting and Payment In Maha Sarakham Public Health Office</b> Wanida Chantadej
การเตรียมและส่งต้นฉบับ	107	
ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม	115	



ในช่วงที่การคัดเลือกการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
ฉบับที่ ๑ ของปี ๒๕๕๐ คณะกรรมการเลือกได้เลือกนายแพทย์ ๒๕๕๐  
จะเห็นว่าจังหวัดมหาสารคามมีคณะกรรมการเป็นที่ยอมรับโดยเป็นที่  
ของประเทศไทยและที่ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๖ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๐  
ซึ่งเป็นคณะกรรมการ (๑) คณะกรรมการในการสนับสนุนการดำเนินงานของ  
ผู้บังคับการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และ (๒) คณะกรรมการในการ  
พัฒนาศักยภาพของตนเอง/คุณภาพงานของบุคลากรสาธารณสุขของ  
จังหวัดมหาสารคาม โดยมีทั้งสองส่วนดำเนินการที่ออกไปจนกลายเป็น  
ต้นแบบขององค์กรของทุกหน่วยงานในจังหวัดมหาสารคามและ  
ของประเทศไทยอันได้แก่ตัวของคณะกรรมการที่ได้มีการที่ผ่านในเวที  
และระดับจังหวัดของตนเอง มีคณะกรรมการและพัฒนาศัก-  
ยภาพที่ประกอบกันไว้ของในการเลือกระดับจังหวัดและระดับ  
การดำเนินการที่สำเร็จได้เป็นอย่างดีของบุคลากรสาธารณสุขและเชิงปฏิบัติ  
ที่คณะกรรมการของประเทศไทย ที่ออกไป

นายแพทย์  
นายแพทย์วิเศษ วัฒนคุณ  
นายกเทศมนตรีจังหวัดมหาสารคาม



## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่สองนี้ เกิดขึ้นได้เพราะความกรุณาของท่านนายแพทย์คิมหันต์ ยงรัตนกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่อนุเมตติให้จัดตั้งภารกิจ การจัดทำวารสารวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามขึ้น และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกระบวนการเป็นอย่างดี กองบรรณาธิการต้องกราบขอพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่ง โดยวารสารฉบับที่สองนี้ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ มาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559 การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและคุณภาพของการดูแลรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบโภชนบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังคี่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม การเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรคภูสวดด้วยวิถีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์สุขภาพปลอดภัยโดยความร่วมมือของชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพัฒนาระบบการจัดการพัสดุด้วยโปรแกรม Easy stock ปีงบประมาณ 2559 และการพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้งนี้ขอกราบขอพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม





## มาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559

### Standard of Budget expenditure Approval for the Health Promoting Hospital at WangSaeng Sub-District, KaeDam District, Maha Sarakham Province Fiscal year 2016

ธิติลักษณ์ พัฒเพ็ง\*

Thitilak Phatpheng\*

#### บทคัดย่อ

การเบิกจ่ายงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด ทำให้มีขั้นตอนที่ค่อนข้างยุ่งยาก มีรายละเอียดมาก ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับระเบียบ ข้อบังคับกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงงานการเงินการคลัง ปีงบประมาณ 2558 พบว่า มีการเบิกจ่ายจำนวน 139 เรื่อง เบิกจ่ายได้ถูกต้อง ร้อยละ 74.82 การเบิกจ่ายมีความล่าช้าระยะเวลาดำเนินการภายใน 30 วัน ร้อยละ 97.11 ระยะเวลาดำเนินการมากกว่า 30 วัน ร้อยละ 2.88 และเรื่องที่มีความผิดพลาดทั้งหมดต้องแก้ไขเอกสารมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 62.16 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึง พฤษภาคม 2559 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา มาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณให้มีความถูกต้องมากขึ้น โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA ของเดมมิ่ง ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และวางแผนร่วมกัน ขั้นตอนออกแบบเครื่องมือและปฏิบัติตามแผน ขั้นตอนตรวจสอบ กำหนดตัวชี้วัด โดยทีมตรวจสอบภายในและทีมประเมินภายนอก และขั้นตอนทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาพัฒนาปรับปรุงดำเนินการ ต่อเนื่อง ประชากรในการศึกษา คือ บุคลากร รพ.สต.วังแสง ทุกคน (จำนวน 5 คน) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยการใช้อุปกรณ์ตรวจสอบเรียกว่า “สลิปน้อยคอยตรวจเตือน” (Memory Slip) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า ปีงบประมาณ 2559 สามารถจัดทำเครื่องมือมาตรฐานการเบิกจ่าย Memory Slip จำนวน 14 เรื่อง (14 หมวดรายจ่าย) นำมาใช้ในการปฏิบัติงาน 14 เรื่อง การเบิกจ่ายทั้งหมด 59 เรื่อง สามารถเบิกจ่ายงบประมาณ ได้ถูกต้อง ลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 ใช้ระยะเวลาดำเนินการทุกขั้นตอนรวมแก้ไข ไม่เกิน 10 วัน ร้อยละ 84.75 ระยะเวลาไม่เกิน 20 วัน ร้อยละ 8.47 ระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน ร้อยละ 6.78 บุคลากร รพ.สต.วังแสง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความพึงพอใจระดับมากทุกคน สามารถขยายผลสู่ รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลงเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน จำนวน 7 แห่ง ดังนั้นในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องควรศึกษาระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจและถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพราะมีการปรับปรุงและแก้ไขตลอดเวลา และควรมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และควรมีการตรวจทานและตรวจสอบร่วมกันทุกขั้นตอน เพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด โปร่งใส ความเชื่อถือ และเชื่อมั่นต่อหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานเบิกจ่ายงบประมาณใน รพ.สต. ได้ทำให้มีความถูกต้องง่ายต่อการปฏิบัติ ลดระยะเวลาปฏิบัติงาน บุคลากรมีความพึงพอใจ

**คำสำคัญ :** มาตรฐาน, การเบิกจ่ายงบประมาณ

\*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

## ABSTRACT

The approval for expenditure of the budget at the Health Promoting Hospital in WangSaeng Sub-district, must be strictly, accordance with the procedure and the law. Therefore there are many steps and it seem to be quite complicated that the officers concerned must be well aware of all procedures. The Health Promoting Hospital WangSaeng Sub-district have analyzed for the risk of inappropriate approval of budget expenditure for the fiscal year 2016 found that, there were total 139 cases. 74.82 % were correctly approved for budget expense, 97.11% were 30 days late for approval, 2.88% were late more than 30 days, In all of the error or mistake that have to make correction more than 3 times were 62.12%. This Action Research was conduct between October 2015 to May 2016 and have the objective aims for develop the standard procedure the arrangement of budget approval for more correctly, by using the PDCA system of Deming for improve and develop the efficiency such as the step of planning, analyzed the present situation data, support and participate in planning together, the step of designed of the tool and the action plans, the step for assessment and specify the indicator, by the internal auditor and external auditor, and the step of review data analysis , for improvement and development continuatively. The sample group for this research study were all of personnel who work in WangSaeng's Health Promoting Hospital (Total 5 person) who were responsible for budget expenditure approval. The tool that we used for assessment or recheck was called "Memory Slip" Tool used for qualitative data analysis were percentage. The result of qualitative assessment analysis found that, In fiscal year 2016 that we used the memory slip as a tool, total 14 cases (14 category of expenditures) that being used for approval, total 59 cases, can be approved correctly 100%, reduces the working steps and correction less than 10 days by 84.75 % and less than 20 days by 8.47% and less than 30 day by 6.78%. All of the personnel who worked are happy that they can work more correctly, and give the satisfaction scale at Very level. The result of this research were expanded to all 7 Health Promoting Hospitals network in KaeDam district, for apply to used in each Hospital, also this research study would suggest that all of the personnel concerned, should study the procedure and the law for well understanding and strictly obey, because all of the rule and procedure can be improve and make correction at all time, also should always have a meeting for exchange the knowledge and review, the working steps as to prevent and reduces the error and for the transparency of the organization. Finally the result of this action research study are very useful that can be used in budget expenditure approval in the Health Promoting Hospital, with more correctly more efficiency more convenient for performance and reduced working time leading to the more satisfaction of the personnel.

**Key Words :** Standard , Budget expenditure

## บทนำ

เงินเป็นทรัพยากรการบริหารที่สำคัญในลำดับต้น ๆ เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของงาน หน่วยงานจะได้เงินงบประมาณมาจากการสนับสนุนของรัฐหรือองค์กรอื่น ๆ ก็ต่อเมื่อได้แสดงผลให้สาธารณชนไว้วางใจว่าหน่วยงานจะมีพฤติกรรมการทำงานที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ การเงินหรืองบประมาณจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารงานทุกชนิด ทุกหน่วยงานและทุกองค์กรไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน จะต้องจัดท่างบประมาณให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถใช้งบประมาณที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งคาดการณ์ล่วงหน้าถึงการเปลี่ยนแปลงทางการเงินที่จะเพิ่มหรือลดในอนาคตด้วย เพื่อสามารถวางแผนแก้ปัญหาได้ทันการณ์และไม่เป็นเหตุให้การดำเนินงานต้องหยุดชะงัก<sup>1</sup> งบประมาณเป็นสิ่งซึ่งบ่งแนวความคิดในการบริหารงานตลอดจนวิธีการดำเนินงานงบประมาณ จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ วัตถุประสงค์ นโยบาย วิธีดำเนินงานและโครงสร้างของหน่วยงาน การดำเนินการกับงบประมาณในรูปแบบที่เหมาะสม มีความจำเป็นในการช่วยส่งเสริมการดำเนินงานของหน่วยงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล งานการเงินและบัญชีเป็นงานที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎหมาย ข้อบังคับต่าง ๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องศึกษาระเบียบวิธีปฏิบัติและนำไปปฏิบัติให้ถูกต้อง เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงาน ตลอดจนมีการจัดการเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงินของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>2</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการทางเศรษฐศาสตร์ หลักทางการบริหาร หลักการคลังทั่วไป และรวมทั้งหลักการพัสดุ<sup>3</sup> งานการเงินและบัญชีนับว่าเป็นงานที่สำคัญที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจะต้องศึกษาหาความรู้ให้มากหากไม่สนใจแล้วจะเกิดปัญหาขึ้นมากมาย เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการเงิน รวมถึงการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในหน่วยงานราชการ มีขั้นตอนและการปฏิบัติงานที่ละเอียดอ่อนและต้องอยู่ในกรอบของการปฏิบัติงานที่ถูกต้องรวดเร็ว ทันตามเวลาที่กำหนด ภายใต้กฎเกณฑ์ของกฎหมายระเบียบและข้อบังคับการปฏิบัติงานด้านการเงินมีกฎ ระเบียบ และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ประกอบกับต้องอาศัยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามระเบียบและถูกต้อง<sup>4</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสงเป็นสถานบริการเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

มีบุคลากรจำกัด ไม่มีบุคลากรที่มีวุฒิทางบัญชีโดยตรง และยังเป็นทีมสหวิชาชีพมีภาระงานประจำมาก ซึ่งการจัดทำการเงินการบัญชีต้องอาศัยความละเอียดความถูกต้องมีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีกฎหมายเฉพาะ ระเบียบที่เกี่ยวข้องมากมาย ตลอดจนแหล่งที่มาของรายได้มาจากหลายหน่วยงาน เช่น เงินโอนหลักประกันสุขภาพเงินบริจาค และเงินอุดหนุนโครงการต่าง ๆ การเบิกจ่ายมีหมวด เช่น หมวดบุคลากร หมวดงบประมาณ ค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น หมวดเงินอุดหนุนโครงการที่ได้มาจากหน่วยงานภายนอก ที่ต้องดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของเจ้าของงบประมาณ ซึ่งต้องใช้หลักฐานเอกสารที่แตกต่างกัน ยังมีรายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำเพื่อใช้เป็นบัญชีคุมตรวจสอบข้อมูลการเงิน ปีงบประมาณ 2558 จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงงานการเงินการคลัง พบว่า การจัดทำบัญชีไม่ถูกต้องเอกสารการเบิกจ่ายเงินไม่ครบถ้วน การขออนุมัติเบิกจ่ายจำนวน 139 เรื่อง พบว่า มีการเบิกจ่ายได้ถูกต้อง 104 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 74.82 ที่มีความผิดพลาดเอกสารไม่ครบ 35 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 25.18 การเบิกจ่ายงบประมาณมีความล่าช้า ระยะเวลาดำเนินการทุกขั้นตอนรวมถึงการแก้ไขให้ถูกต้องจนแล้วเสร็จ ดำเนินการภายใน 10 วัน จำนวน 102 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 73.38 ดำเนินการภายใน 20 วัน จำนวน 24 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 17.26 ดำเนินการภายใน 30 วัน จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 6.47 เวลาดำเนินการมากกว่า 30 วัน จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 2.88 และเรื่องที่มีความผิดพลาดทั้งหมด 37 เรื่อง ต้องแก้ไขเอกสารมากกว่า 3 ครั้ง จำนวน 23 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 62.16 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาการเบิกจ่ายงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานและพัฒนามาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

## วิธีการศึกษา

ประชากรผู้ร่วมศึกษาวิจัยและผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสงทุกคน จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณ ได้แก่

- 1) หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมกำกับ อนุมัติ

- ให้ดำเนินการ 2) เจ้าหน้าที่พัสดุ ซึ่งมีหน้าที่ขออนุมัติดำเนินการเบิกจ่าย 3) เจ้าหน้าที่การเงินเป็นผู้จ่ายเงินให้ถูกต้องตามระเบียบ 4) ผู้ตรวจรับพัสดุมีหน้าที่เป็นผู้ตรวจรับการจัดซื้อ จัดจ้าง 5) ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

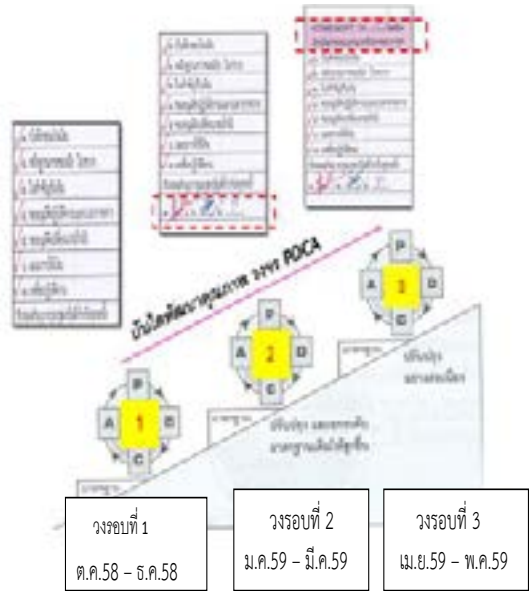
**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) หรือ วงจร PDCA ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน ( Plan) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) 4) ขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสม (Action) โดยการยึดถือปฏิบัติตามแผนงานหรือแนวทางที่กำหนดแต่หากไม่บรรลุตามแผนจะนำเข้าสู่วงจรคุณภาพรอบที่ 2 คือ นำมาหาสาเหตุ และวางแผนแก้ไขใหม่ปรับปรุงให้เหมาะสม และรอบต่อ ๆ ไปแล้วสรุปถอดบทเรียน และประเมินความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนการวิจัย**

การวิจัยดำเนินการ 3 วงรอบ ๆ ละ 4 ขั้นตอน ตามวงจรเดมมิ่ง คือ วงรอบที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 Plan ประชากรผู้ร่วมศึกษาวิจัยและผู้ให้ข้อมูลรวบรวมข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณปี 2558 นำมาวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหาและความเสี่ยงของหน่วยงาน นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 Do ออกแบบเครื่องมือเพื่อใช้ตรวจสอบ เรียกว่า “สลิปน้อยคอยตรวจเตือน” (Memory Slip) ได้จำนวน 14 เรื่อง ตามหมวดรายการเบิกจ่าย และนำมาใช้ในการปฏิบัติตามแผน ขั้นตอนที่ 3 Check ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของการใช้เครื่องมือและกำหนดตัวชี้วัดโดยทีมตรวจสอบภายในของ รพ.สต.วังแสง และทีมประเมินภายนอก ขั้นตอนที่ 4 Action ทบทวนการนำมาใช้พัฒนาและปรับปรุงแก้ไขดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มมาตรฐานพบว่า เครื่องมือขาดความชัดเจนในการตรวจสอบของบุคลากร จึงได้ดำเนินการในวงรอบที่ 2 โดยขั้นตอนที่ 1 Plan ร่วมกันกำหนดปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ขั้นตอนที่ 2 Do ออกแบบเครื่องมือเพื่อใช้ตรวจสอบทั้ง 14 เรื่อง ให้มีที่เซ็นชื่อของผู้ตรวจสอบทั้ง 3 คน ขั้นตอนที่ 3 Check ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของการใช้เครื่องมือ พบว่า มีความถูกต้องมากขึ้น ขั้นตอนที่ 4 Action ทบทวนการนำมาใช้พัฒนาและ

ปรับปรุงแก้ไขดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มมาตรฐาน วงรอบที่ 3 มีการลงเลขที่ขออนุมัติ (บค. / บจ.) กำกับ และใช้สีเป็นสัญลักษณ์แยกประเภททำให้มีความชัดเจนในการนำไปใช้สรุปผลการวิจัยและประเมินความพึงพอใจ



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือตรวจสอบเรียกว่า “สลิปน้อยคอยตรวจเตือน” (Memory Slip) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยได้จากการศึกษาระเบียบคู่มือที่เกี่ยวข้อง จากข้อเสนอแนะของทีมประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ โรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) จำนวน 14 เรื่อง คือ 1) เบิกเงินค่าตอบแทนเวรรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ 2) เบิกเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ๘.8 3) เบิกเงินค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว(พสอ.) 4) เบิกเงินสมทบประกันสังคม 5) เบิกเงินค่าสาธารณูปโภค 6) เบิกเงินค่าตอบแทนวิทยากร 7) เบิกเงินค่าอาหารทำการนอกเวลา 8) เบิกเงินค่าตอบแทนนอกเวลา(บันทึกข้อมูล) 9) เบิกเงินค่าจัดซื้อ 10) เบิกเงินค่าจัดจ้าง 11) เบิกเงินค่าอาหารกลางวัน 12) เบิกเงินค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 13) เบิกเงินค่าตอบแทนกรรมการประกวด 14) เบิกเงินค่ารางวัล ซึ่งเครื่องมือนี้มีขนาดกว้าง 8 เซนติเมตร ยาว 12 เซนติเมตร โดยประมาณ ในแต่ละเรื่องจะมีรายการเอกสารที่ต้องแนบเพื่อ

ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารที่ต้องแนบในการเบิกจ่ายและที่เซ็นชื่อของผู้ตรวจสอบ 3 คน โดยจะนำสลิปนี้เย็บติดมุมด้านซ้ายของเอกสารเบิกจ่ายเงิน

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะมาตราแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการศึกษาเอกสาร ระเบียบ กฎหมายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตของเครื่องมือและคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา แล้วนำมาสร้างเครื่องมือฉบับร่าง นำเสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาแล้วนำมาปรับปรุงเป็นสลิปและแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ และนำมาใช้ในการปฏิบัติจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นทั้งแบบประเมินความพึงพอใจและ

ความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารการเบิกจ่ายเงินทั้ง 14 เรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

### ผลการศึกษา

บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) อายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60 อายุราชการประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60 ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ เป็นบุคลากรที่มาจากสหวิชาชีพ มาจากคนละสายงานและไม่มีวุฒิทางการเงินและบัญชี โดยตรงส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 40

ผลการใช้เครื่องมือมาตรฐานการเบิกจ่าย (Memory Slip) นำมาใช้ในการเบิกจ่ายทั้งหมด 59 เรื่อง (ตุลาคม 2558 - พฤษภาคม 2559) สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 ใช้ระยะเวลาดำเนินการไม่เกิน 10 วัน ร้อยละ 84.75 ใช้ระยะเวลา 11 - 20 วัน ร้อยละ 8.47 ระยะเวลา 21 - 30 วัน ร้อยละ 6.78 (ตารางที่ 1) ไม่มีเอกสารการเบิกจ่ายค้างเกิน 30 วัน บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความพึงพอใจระดับมาก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของการเบิกจ่ายงบประมาณโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานการเบิกจ่าย (n=59)

ผลการใช้เครื่องมือมาตรฐาน	จำนวน (n=59)	ร้อยละ
ความถูกต้องของเอกสาร		
ถูกต้อง	59	100
ไม่ถูกต้อง	0	0
รวม	59	100
ระยะเวลาการเบิกจ่าย		
ไม่เกิน 10 วัน	50	84.75
11 - 20 วัน	5	8.47
21 - 30 วัน	4	6.78
รวม	59	100

## วิจารณ์

มาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง ปีงบประมาณ 2559 โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) หรือ วงจร PDCA ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) 4) ขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสม (Action) วางแผนปรับปรุงแก้ไขใหม่ และวงรอบต่อไป จำนวน 3 วงรอบ แล้วสรุปถอดบทเรียน และประเมินความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้สามารถสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ตรวจสอบ เรียกว่า “สลิปน้อยคอยตรวจเตือน” (Memory Slip) ได้จำนวน 14 เรื่อง ตามหมวดรายการเบิกจ่าย ผลการใช้เครื่องมือมาตรฐานการเบิกจ่ายทำให้สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นลดระยะเวลาดำเนินการลง ไม่มีเอกสารการเบิกจ่ายที่ต้องแก้ไขบ่อย มีความชัดเจน ครบถ้วนในการจัดหาเอกสารประกอบการเบิกจ่าย มีการตรวจสอบซ้ำโดยบุคลากรผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของฤดีพร ศุภกิจอนันต์ ได้ศึกษาการพัฒนาบุคลากรด้านการเงินและบัญชี โรงเรียนมัธยมน้ำตาอุดนุสรณ์ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า การใช้กลยุทธ์การประชุมเชิงปฏิบัติการ การมอบหมายงานและการสอนงานทำให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถจัดทำบัญชีเงินสดได้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน<sup>5</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของจรัญ อินทวัฒน์วงษา ได้ศึกษาการพัฒนางานการเงินและบัญชี โรงเรียนบ้านสำราญ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การใช้กลยุทธ์การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศ กำกับติดตาม ทำให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติงานมากขึ้น เอกสารมีความถูกต้องมากขึ้น<sup>6</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัตรชัย จันทะลัย พบว่าการพัฒนาระบบงานการเงินและบัญชี โรงเรียนนาทมวิทยา อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ทำให้การปฏิบัติงานการเงินและบัญชีมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง รวดเร็วและเป็นปัจจุบัน<sup>7</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ จุรี วิชิตชนบท ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการบัญชีของผู้ประกอบวิชาชีพการบัญชี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังการพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพการบัญชีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการบัญชี ในระดับสูงและมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>8</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิดา สกุลจิตจินดา ได้ศึกษาทัศนคติ

ของผู้ทำบัญชีที่มีต่อร่างมาตรฐานการบัญชีสำหรับกิจการขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) พบว่า ผู้ทำบัญชีมีทัศนคติที่ดีในทางบวกต่อร่างมาตรฐานการบัญชีสำหรับกิจการขนาดกลางและขนาดย่อม<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของลักษมี กันเสียม ได้ศึกษาสภาพปัญหาการจัดการงานพัสดุในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า สภาพปัญหาในการจัดการงานพัสดุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>10</sup> จากการศึกษาครั้งนี้จะ กระบวนการพัฒนามาตรฐานการเบิกจ่ายงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสงที่มีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการในทุกขั้นตอน ทำให้การปฏิบัติงานเกิดผลสำเร็จ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และมีความสุขในการปฏิบัติงานด้านการเงินการเบิกจ่ายงบประมาณ แต่สิ่งที่จะต้องปรับปรุงจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรจัดทำคู่มือ และผังการปฏิบัติงาน Flow chart สำหรับหน่วยงานย่อย เพื่อใช้ในการส่งมอบงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย หรือกรณีมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ เช่น ย้าย หรือแบ่งงานใหม่ และควรศึกษาภาระงานเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการเงิน การบัญชีและงานพัสดุ ควรสนับสนุนส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณได้รับการอบรมเรียนรู้กฎระเบียบข้อบังคับอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและควรมีการนิเทศ กำกับติดตาม จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

ผู้ปฏิบัติงานควรศึกษาระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจ และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสอบถามและตรวจสอบร่วมกันทุกขั้นตอนเพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณนายมนตรี เทเวลา สาธารณสุขอำเภอแกดำ นพ.สมพงษ์ จันทรโสภาว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ และ ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้คำปรึกษาและแนะแนวทางการศึกษา ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสงที่ได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง. หลักการและนโยบายบัญชีสำหรับหน่วยงานภาครัฐ. ฉบับที่ 2; ม.ป.พ. : ม.ป.ท; 2546.
2. กรมบัญชีกลาง. คู่มือแนวทางการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีส่วนราชการจากเกณฑ์เงินสดเข้าสู่เกณฑ์คงค้าง. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.; 2545.
3. มูลนิธิพัฒนาข้าราชการ. เอกสารประกอบการสัมมนาเปรียบเทียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม; 19 มกราคม 2543; โรงแรมปรีนซ์พาเลซ. กรุงเทพมหานคร; 2543.
4. กรมบัญชีกลาง. ประมวลกฎหมายและระเบียบการคลัง. กรุงเทพมหานคร:คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
5. ฤดีพร ศุภกิจจอนันต์. การพัฒนาบุคลากรด้านการเงินและบัญชีโรงเรียนมัธยมน้ำตาลอนุสรณ์ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (การค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต มหาสารคาม). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
6. จริญญา อินทวัฒน์วงษา. การพัฒนางานการเงินและบัญชีโรงเรียนบ้านสำราญ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตมหาสารคาม). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
7. ฉัตรชัย จันทะลัย. การพัฒนาระบบงานการเงินและบัญชีโรงเรียนนาทมวิทยา อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม (วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตมหาสารคาม). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
8. จุรี วิชิตชนบดี. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการบัญชีของผู้ประกอบวิชาชีพการบัญชีในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์บัญชีมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
9. นิธิตา สกุลจิตจินดา. การศึกษาทัศนคติของผู้ทำบัญชีที่มีต่อร่างมาตรฐานการบัญชี สำหรับกิจการขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) (การค้นคว้าอิสระบัญชีมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
10. ลักขมี กันเสงี่ยม. สภาพปัญหาการจัดการงานพัสดุในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิทยานิพนธ์บัญชีมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). กรุงเทพมหานครมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.





## การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล Prevention and Control of Multidrug-Resistant Organisms In Hospitals.

ทัศนีย์ สีหาบุญนาค\*

Tassanee Sihaboonnak\*

### บทคัดย่อ

การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการเสียชีวิต เพื่อให้เกิดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จึงได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) เพื่อให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2558 - ธันวาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย ผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลจังหวัดที่ติดเชื้อดื้อยา จำนวน 12 ราย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 67 คน ประกอบไปด้วยงานผู้ป่วยนอก 13 คน ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 17 คน ตึกอายุรกรรม 15 คน ตึกศัลยกรรม 13 คน ศูนย์เปล 6 คน งานรังสี 3 คน ดำเนินการโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) 2. ผลจากการพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในช่วงที่ผู้ป่วยทั้ง 12 ราย นอนโรงพยาบาล การวิจัยดังกล่าว พบว่า เมื่อโรงพยาบาลมีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การสื่อสารให้บุคลากรรับรู้ ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ทำให้สามารถควบคุมการแพร่เชื้อดื้อยาทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** เชื้อดื้อยา, การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยา

\*โรงพยาบาลพยุภูมิพิสัย อำเภอยุภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

## ABSTRACT

Multidrug-resistant infections in hospitals is a major problem. Affected patients treated in hospitals, increases length of stay, increases in medical costs , increase mortality rate. To prevention and Control of Multidrug-Resistant Organisms In Hospitals. Therefore, doing technical action research. To prevent the spread of drug-resistant treated effectively. Conducted in June 2558- December 2558 samples consist. Patients who transfer from a provincial hospital resistant infections in 12 cases and ave all the relevant personnel 67 people. Consist of Out Patient Department (OPD)13, . Emergency room 17, Ward Medicine 15, Ward surgery 13, Center Chapel 6, X-ray department 3. Performed using a PAOR 4 steps. Contains the Basic Plan, Action, Observe and Reflection. The result of the development prevention and control of multidrug-resistant organisms in hospitals found no outbreaks of antimalarial drug resistance in the patients with 12 cases hospitalized. The study found that having such a policy. Foster understanding And better communication Enabling personnel to follow the guidelines laid down. To control the spread of resistant bacteria efficiently.

**Keywords :** Multidrug resistance organisms, Cross-transmission, Prevention, Isolation precaution.

## บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั่วโลก และเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ การติดเชื้อดื้อยามีอันตรายร้ายแรงเนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพราะข้อจำกัดในการใช้ยา รักษา เชื้อดื้อยาไม่จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ แต่สามารถแพร่กระจายเชื้อจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลได้<sup>4</sup> เช่น โรงพยาบาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น และการติดเชื้อบางตำแหน่งมีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลในการกำหนดแนวทางในการป้องกันแนวทางการดำเนินงานต่อไปนี้ได้จากการทบทวนแนวทางการป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาขององค์กรต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรอนามัยโลก ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค<sup>5</sup> Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), Society of Hospital Epidemiology of America

(SHEA) ประเทศสหรัฐอเมริกาและนำมาร่วมกันพิจารณา โดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 19 แห่ง ประกอบไปด้วย แพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 83 คน กิจกรรมที่สำคัญที่โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนของผู้บริหาร (administrative support) 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา (surveillance of multidrug resistant organism infection) 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ป่วยและญาติ (education) 4) การใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial usage) 5) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (isolation precaution) 6) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) 7) การทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ (disinfection and sterilization) 8) การเก็บส่งตรวจ (specimen collection) 9) ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย (referral system) และ 10) การสื่อสาร (communication)<sup>3</sup> จากข้อมูลของโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2557- ธันวาคม 2557 โรงพยาบาลรักษาต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

ดื้อยา จำนวน 14 ราย ปัญหา คือ โรงพยาบาลไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา และไม่มีวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาที่เฉพาะเจาะจงและเป็นแนวทางเดียวกัน และจากการสอบถาม พุดคุย และใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา พบว่า ร้อยละ 82 ขาดความรู้เกี่ยวกับเชื้อเชื้อก่อโรคดื้อยา และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อดื้อยาเป็นอย่างยิ่ง จากกิจกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาทั้งหมด 10 กิจกรรม จึงได้ทำเฉพาะกิจกรรมที่โรงพยาบาลยังไม่ดำเนินการ นำมาพัฒนาเป็นวิธีปฏิบัติ

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาให้โรงพยาบาลมีวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ประเมินผลบุคลากรในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ในด้านการป้องกันการแพร่เชื้อ และเชื้อเชื้อโรคต่าง ๆ

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบเชิงปฏิบัติการ (Technical Action Research) กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย ผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลจังหวัดที่ติดเชื้อดื้อยา จำนวน 12 ราย และหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้ งานผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ตึกอายุรกรรม ตึกศัลยกรรม ศูนย์แปล งานรังสีจำนวน 67 คน ระยะเวลาดำเนินการเดือนมิถุนายน 2558- ธันวาคม 2558

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นวางแผน (Plan) คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล นำปัญหาของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดการดำเนินงาน เช่น การออกนโยบาย ระเบียบวิธีปฏิบัติ และการค้นคว้างานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาออกแบบเป็นวิธีปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและให้ความรู้แก่บุคลากร

### 2. ขั้นปฏิบัติการ (Act)

2.1 นำข้อสรุปที่ได้จากการวางแผนมาดำเนินการตั้งขึ้นจัดการประชุมเพื่อชี้แจงนโยบาย ระเบียบวิธีปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และให้ความรู้แก่บุคลากรภายใต้โครงการ : Prevent cross-transmission ; HIP หยุดแพร่

เชื้อดื้อยา และสื่อสารให้หน่วยงานรับทราบ เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติงาน

2.2 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สื่อสารให้บุคลากรทราบเป็นอันดับแรก เพื่อการเฝ้าระวัง/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการเชวน้ำยา

2.3 Prevent cross-transmission ; HIP หยุดแพร่เชื้อดื้อยา

H : Hand hygiene ล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรม/ให้การพยาบาลผู้ป่วย

I : Isolation precaution ; ห้องแยก แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว

PPE : Personal protective equipment สวมใส่เครื่องป้องกันร่างกาย : เสื้อ Gown Glove

2.4 Check การปฏิบัติตามแนวทางโดย Infection Control Nurse (ICN)

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยการสังเกต และใช้แบบ Checklist เพื่อการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ตามแนวทางที่กำหนด โดย ICN สุ่มตรวจเมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ICN ให้ความรู้โดยการจัดอบรมใหญ่ร่วมกับการ Coaching ตามตึก/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้บุคลากรตระหนักถึงความสามารถของตนในการเรียนรู้ และเป็นທີ່ปรึกษาในวิธีปฏิบัติที่ยังไม่เข้าใจ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) สะท้อนผลการปฏิบัติงานให้หน่วยงานรับทราบ เพื่อรับรู้ปัญหา และแก้ไขในข้อที่ยังปฏิบัติไม่ได้ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดจนจริงดังนี้

ปัญหาที่ 1 หลังจากนำโครงการมาใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจำนวน 39 คน จากทั้งหมด 50 คน ไม่มั่นใจเกี่ยวกับเชื้อเชื้อโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะเชื้อโรคที่มักดื้อยา ทำให้ไม่รู้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นเชื้อดื้อยา ICN จึงได้ลงให้ความรู้ตามตึก/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เรื่องเชื้อเชื้อโรคต่าง ๆ พร้อมติดแผ่นป้ายชื่อชนิดเชื้อ และโอกาสการเกิดดื้อยาของเชื้อต่าง ๆ

ปัญหาที่ 2 หลังจากดำเนินการแล้ว พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน จากทั้งหมด 50 คน อ่านไม่ส่งต่อไม่ครอบคลุมและไม่เข้าใจการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการ

ตรวจเพาะเชื้อต่าง ๆ จากโรงพยาบาลจังหวัดที่จระบุชนิดเชื้อ  
ดื้อยาและไม่เข้าใจในส่วนการแปลผลการเพาะเชื้อ ICN จึงสอน  
วิธีการอ่านและแปลผลการเพาะเชื้อในใบส่งต่อผู้ป่วยให้กับ  
พยาบาลตามตีกดังกล่าว

### ผลการศึกษา

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

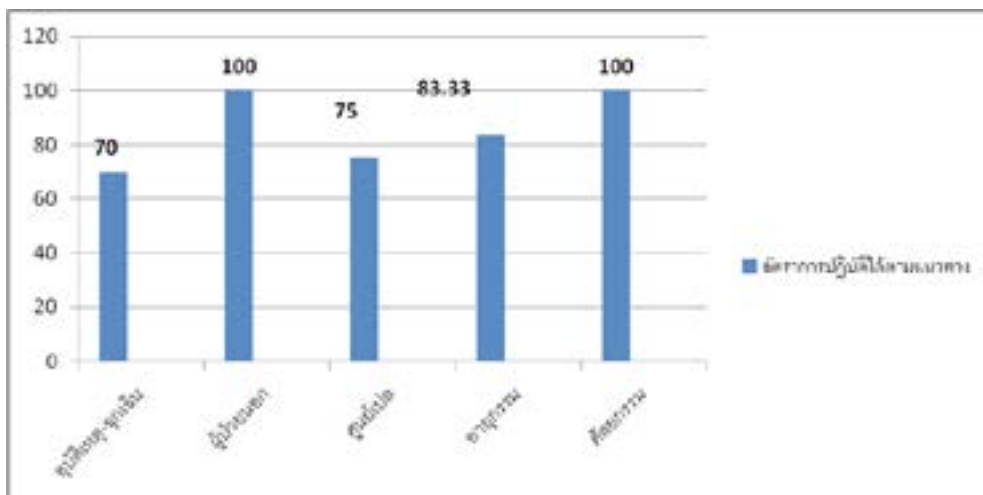
1. โรงพยาบาลมีวิธปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ติด  
เชื้อดื้อยา ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลจังหวัด
2. ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด (เดือน  
มิถุนายน 2558-ธันวาคม 2558) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรวม  
12 ราย

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของงานผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ในหน่วยงาน	ปฏิบัติตามที่กำหนด	ปฏิบัติไม่ได้	คิดเป็นร้อยละที่ปฏิบัติ ได้
งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	10	7	3	70
งานผู้ป่วยนอก	2	2	0	100
ศูนย์แปล	12	9	3	75

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของงานผู้ป่วยใน

งานผู้ป่วยใน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดใน หน่วยงาน	ปฏิบัติตามที่กำหนด	ปฏิบัติไม่ได้	คิดเป็นร้อยละที่ปฏิบัติ ได้
ตีกอายุรกรรม	6	5	1	83.33
ตีกัลยกรรม	6	6	0	100



ภาพที่ 1 แสดงอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาของบุคลากร

3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 67 คน ผ่านแบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 89.55

## วิจารณ์

จากการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้จะไม่พบการระบาดของเชื้อดื้อยาที่เกิดจากไม่สามารถควบคุมการแพร่เชื้อได้ แต่ก็พบว่าหน่วยงานปฏิบัติไม่ครบตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินปฏิบัติได้ร้อยละ 70 ศูนย์แปลปฏิบัติได้ ร้อยละ 75 และตีกายกรรมปฏิบัติได้ร้อยละ 83.33 สาเหตุเกิดจากบุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจะสำเร็จได้ ต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มีการสื่อสารจากคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสู่ผู้ปฏิบัติ บุคลากรมีความรู้จึงจะทำให้การควบคุมการแพร่เชื้อดื้อยาสำเร็จ<sup>2</sup> รวมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และมีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาให้กับญาติด้วย<sup>4</sup> (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2554) ดังนั้นบุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ/ใส่ใจ ในหลักการที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติ จึงจะสามารถทำให้ปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย และเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย

## สรุปผลวิจัย

เพื่อให้การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเพียงพอ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อ ทั้งบุคลากร ผู้ป่วย ญาติ จึงจะสามารถป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>2</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. กำธร มาลาธรรม สุสันท์ อาศนะเสน, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
2. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล และหน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมงานวิจัย. คู่มือควบคุมและป้องกัน แบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : 2558.
3. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมเชื้อก่อโรคดื้อยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา; 2557.
4. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่ : มิ่งเมือง นวัตกรรม ; 2558.
5. CDC. Management of Multidrug- Resistant Organisms In Healthcare Settings - HICPAC : 2006.



## การพัฒนาารูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังคี่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ธนาวุฒิ เมืองเจริญทรัพย์ และกาญจนา จันทะนุญ<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Reserch) นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและศึกษาผลที่เกิดขึ้นหลังการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาการศึกษา ตุลาคม 2556 - มีนาคม 2558 วิธีการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เลือกรับประทานและกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแลจนท.สาธารณสุข และอบต. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Data) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคี่ สรุปได้ดังนี้ 1. ด้านการเตรียมการดูแลชะลอความเสื่อมของไต ได้แก่ การสร้าง "ทีมรักษไต" การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาบำบัด การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นบ้าน 2. ด้านการจัดบริการเพื่อตอบสนองกิจกรรมการดูแลโภชนาบำบัด ได้แก่ ปรับบริการโดยแยกวันเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสื่อมของไต นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนมาสอดคล้องในขั้นตอนบริการ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเองถึงสาเหตุที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เรียนรู้การรับประทานอาหารจากบุคคลต้นแบบที่ปฏิบัติได้ดีและไม่ดี ร่วมกันสร้างรายการอาหารพื้นบ้านชะลอไต ร่วมกันกำหนดการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับผู้ป่วยผู้ดูแลและภาคี สร้างแรงจูงใจเสริมพลังในการปรับเปลี่ยน ร่วมกันตั้งเป้าหมาย 3. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายชุมชนติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ที่ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านทุกเดือน จากการประเมินผลหลังนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาบำบัดที่ถูกต้องและความรู้เกี่ยวกับระยะของโรค ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถลดการกินเค็มได้ ร้อยละ 90 ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3 มีค่าชะลอความเสื่อมของไต (eGFR) ลดลงได้น้อยกว่า 4 ml/min คิดเป็น ร้อยละ 65 มีค่าชะลอสามารถเปลี่ยนระยะของไต คิดเป็น ร้อยละ 40 ข้อเสนอแนะ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีความสอดคล้องบริบทพื้นบ้านอีสาน รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับการรับประทานอาหารจนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถชะลอภาวะเสื่อมของไตได้

**คำสำคัญ :** พัฒนารูปแบบชะลอไต, ผู้ป่วยเบาหวาน, โภชนาบำบัด

<sup>1</sup> นักโภชนาการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลยางสีสุราช

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN การพยาบาลชุมชน) โรงพยาบาลยางสีสุราช

**ABSTRACT**

Action research Objective is to develop nutrition deterioration of the kidneys in patients with diabetes the duration of the study is October 2014 - March 2015 Method divides in to 3 phase include 1. Situation Analysis and Problem Analysis 2. Develop model nutrition deterioration of the kidneys in patients with diabetes 3. Evaluation and storages is Qualitative data and Quantitative data. Choose a specific population group include Community leaders , Health volunteers, Diabetic patients without renal complications , Diabetic patients with renal complications, Care giver and Health officials .Content Analysis and Triangulation Data Quantitative data Analysis is Averages and percent Results 1. Care arrangements include Potential development partners and network administrators about nutrition The development of local food deterioration of the kidneys 1.3 Build "love kidney team" (Community leaders, Health volunteers, Care giver) Development for Home Heath Care team about nutrition 2. Activities nutrition include only available separately for patient with renal complications Empowerment (Gibson, 1993 ) concepts 6 step Exchange experiences memorial Heath care it self . Analyze of the cause it self can not take care of your health . Dietary learn from the master Joint development of local food Create incentives for behavior modification Schedule follow - up and Home Heath care For "love kidney team" Evaluation after bring the model to use with a patient 20 people found CKD stage 3 the decrease in eGFR less 4 m/min accounting for 65 % patients can change stage of the kidney accounting for 40 % satisfaction of caregivers and patients = highest level Suggestion the model developed by the involvement of patients , Care giver, Family ,and community in accordance with the local context Northeast include continuous monitoring of the multidisciplinary team and party network as a result patients to modify the behavior of the meal It order to slow down the degeneration of the kidneys.

**บทนำ**

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยรวมทั้งในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุที่สำคัญจากผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้มีภาวะแทรกซ้อนไต ระยะที่ 3 ถ้ากลายเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ต้องได้รับการฟอกเลือด ปัจจุบันผู้มีสิทธิบัตรทอง หรือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับสิทธิเพิ่มเติมในการบริการทดแทนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation หรือ KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemo Dialysis หรือ HD) และล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis หรือ CAPD ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยที่แตกต่างกัน ถ้าผู้ป่วยได้ฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียม (Hemodialysis) 1 ราย ใช้ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำต่อครั้ง 1,500 บาท ในประเทศไทยภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14 (ในปี พ.ศ. 2251) โดยมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่และความตระหนักต่อภาวะนี้ยังจำกัดก่อนการจัดตั้งกองทุนโรคไตโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ผู้ป่วยไตวาย มีโอกาสเข้าถึงบริการได้แตกต่างกัน เนื่องจากทรัพยากรบุคคลและเครื่องฟอกเลือดอันเป็นทางเลือกหลักในเวลานั้นยังกระจายไม่เหมาะสม โดยกระจุกตัวในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล รวมทั้งหัวเมืองใหญ่<sup>1</sup> ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 สปสช. ได้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Re - nal Replacement Therapy (RRT) และตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นมา ได้คุ้มครองเรื่องการผ่าตัด



ปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT) ในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้และขยายการทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านช่องทางอย่างกว้างขวาง ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยสัดส่วนการใช้บริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องมากที่สุด (ร้อยละ 58) อันเป็นทางเลือกที่คุ้มค่ามากที่สุด เท่าที่ปรากฏรายงานล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2554 โอกาสเข้าถึงบริการฟอกเลือดเพิ่มขึ้น ปีละ 8% (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ) ในขณะที่มีโอกาสเข้าถึงบริการล้างช่องท้องเพิ่มขึ้นปีละ ร้อยละ 158 (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง) ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่าผู้ป่วยไตวายที่จำเป็นต้องการเข้าบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเข้าถึงบริการมากขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตาม ไม่ปรากฏหลักฐานว่า โอกาสนั้นแตกต่างกันเพียงใดระหว่างประชากรทั่วไปกับประชากรกลุ่มเปราะบาง รายงานของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2559 ระบุว่าร้อยละของผู้ป่วยมีค่า eGFR (การทำหน้าที่ของไต) ลดลงต่ำกว่า 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/ปี แปรปรวนระหว่าง 12 เขตสุขภาพ ตั้งแต่ 57.5 ถึง 64.5 (1.1เท่า) และเมื่อเปรียบเทียบตัวเลขนี้ระหว่างอำเภอก็พบความแปรปรวนมากขึ้นไปอีกเป็นสองเท่า (35.1 ถึง 74.8 สำหรับเชียงใหม่ หรือ 3.7 ถึง 8.7 สำหรับ สงขลา) ความแปรปรวนนี้บ่งชี้ ความแตกต่างของการจัดบริการทดแทนไตที่ให้โอกาสผู้ป่วยเข้าถึงได้ต่างกัน และหรือมีคุณภาพต่างกันระหว่างพื้นที่ ถ้าขยายผลจากพื้นที่ซึ่งประสบความสำเร็จมากไปยังพื้นที่ซึ่งประสบความสำเร็จน้อยกว่าอะไรคือเงื่อนไขที่จำเป็นในเครือข่ายสถานพยาบาลระดับอำเภอเพื่อบรรลุผลสำเร็จนั้น และสร้างพัฒนาเงื่อนไขเหล่านั้นได้อย่างไร

อำเภอยางสีสุราชตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดมหาสารคาม ห่างจากตัวจังหวัดมหาสารคาม 78 กม. มีพื้นที่ทั้งหมด 226 ตร.กม. จำนวนประชากรทั้งหมด 34,891 คน จำนวน 8,149 หลังคาเรือน โรคที่เข้ามารักษาในสถานบริการสุขภาพ อันดับ 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน 3. Dyspepsia สถิติผู้ป่วยไตเรื้อรังอำเภอยางสีสุราช ผู้ป่วยเบาหวานปี 2556 ทั้งหมดจำนวน 1,252 ราย<sup>3</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังคิผู้ป่วยไตเรื้อรัง ปี 2557 จำนวน 190 ราย สาเหตุจากโรคเบาหวาน 138 ราย ผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้มีภาวะแทรกซ้อนไตระยะที่ 3 จำนวน 20 ราย<sup>4</sup>โดยทั่วไปถือว่าการเปลี่ยนแปลงของไต 1 และ 2 เป็นโรค

ไตจากเบาหวาน จะวินิจฉัยโรคไตเหตุเบาหวานต่อเมื่อไตมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระยะที่ 3 ขึ้นไปผู้ป่วยไตระยะที่ 3 GFR (Glomerular Filtration Rate) ลดลงปานกลาง GFR = 30-59 (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) ปัญหาที่พบของเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า ขาดความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถเป็นเครื่องสะท้อนอย่างหนึ่งของสุขภาพและภาวะเจ็บป่วยในอนาคตได้ คำที่ว่า “กินอย่างไรก็จะเป็นอย่างนั้น” การกินอาหารที่เหมาะสมจึงสามารถช่วยให้เรามีสุขภาพดี ห่างไกลเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไตได้ หลายคนจึงพยายามดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงห่างไกลโรคภัยโดยหลักการกินง่ายๆ เพื่อรักษาน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว คือ การกินแบบสมดุลตามหลักโภชนาการไม่ทราบระยะของโรคจึงไม่ให้ความสำคัญในการรับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบระยะโรคจึงไม่สามารถรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามระยะโรค ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม เกลือและโซเดียม ส่วนประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ในอาหารแต่ละมื้อกลายเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกด้วยส่วนผสมดังกล่าวเป็นสาเหตุตั้งต้นของโรค NCDs เช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เป็นต้น ปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในไทยกลายเป็นปัญหาสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตลดลงและชีวิตโรคไตเรื้อรังเหตุจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การเฝ้าระวังสถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย และหาแนวทางชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพังคิ นั้นยังไม่มีบริการพัฒนาระบบบริการร่วมไปถึงรูปแบบการให้ความรู้โภชนาการบำบัดผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นนักโภชนาการที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จึงเห็นว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จะชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ<sup>5</sup> มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลตัวเอง อีกทั้งมีการทำงานร่วมกันกับ

ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล องค์การบริหารส่วนตำบล ในการให้ความรู้โภชนาบำบัด ร่วมกันสื่อสารให้ความรู้ให้เข้ากับบริบทพื้นบ้าน ถอดบทเรียนร่วมกัน ระดมความคิดเห็นพัฒนาตำราอาหารพื้นบ้านที่เข้ากับบริบทภาคอีสาน แล้วนำสิ่งที่ได้มาพัฒนาเป็นสื่อการให้ความรู้ที่ได้มาจากชุมชน และนำมาใช้กับชุมชนเพื่อความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังคี่ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานที่ผ่านมาด้านโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.พังคี่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.พังคี่ อ.ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.พังคี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่
  - 3.1 เพื่อศึกษาความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน
  - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน
  - 3.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าความเสื่อมของไต (eGFR) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึก ในพื้นที่ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2556 - มีนาคม 2558

### ขอบเขตการศึกษา

ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2556 - มีนาคม 2558 พื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ รพ.สต.บ้านพังคี่ ต.สร้างแซ่ง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ที่ผู้วิจัยออกปฏิบัติงานให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน เดือนละ 1 วัน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 70 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและไม่มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

### ขั้นตอนการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระยะเวลา 2 วัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประเมินความรู้การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งเป็นแนวคำถามความรู้เบื้องต้นของโรคไตเรื้อรังกับการบริโภคอาหาร ระยะของโรค และการปฏิบัติตัว
2. สันทนาการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมจำนวน 30 คน โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มนำข้อมูลที่ได้ตีความ สรุปประเด็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมจำนวน 13 คน

โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้ตีความ สรุปประเด็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

4. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมจำนวน 4 คน เกี่ยวกับการดูแลในปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ต้องการพัฒนารวมถึงบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล ปลัดอบต. นวก.ส่งเสริมสุขภาพ รวมจำนวน 3 คน โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้ตีความสรุปประเด็นเพื่อทราบแนวทางการสนับสนุนในการดำเนินงานเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสรุป วิเคราะห์เพื่อนำสู่การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน :

ขั้นตอนที่ 1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 (1 วัน) แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาและร่วมกันพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การประชุมครั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ระดมสมอง แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลและการจัดตำรับอาหารอีสานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำมาถอดบทเรียนนำสู่การจัดรูปแบบด้านโภชนาบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่บริบทพื้นที่ ซึ่งในระยะนี้ทำให้เกิดกิจกรรมโครงการดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนารูปแบบโภชนาบำบัดในการชะลอความเสื่อมของไต ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้า

หน้าที่สาธารณสุข โดยมีผู้ป่วยเบาหวานเป็นประธานดำเนินงาน ซึ่งเรียกว่า “ทีมรักไต”

2. ในการดำเนินงานระยะนี้ทำให้เกิดโครงการย่อย 3 โครงการ คือ

2.1 โครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลด้านโภชนาบำบัด เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลสร้างแข่ง ดำเนินการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้กับ อสม. และผู้ดูแล (Care Giver) ซึ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับการเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการภายใต้หลักสูตร 2 วัน โดยวันแรกเป็นภาคทฤษฎี วันที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ ผู้เข้าอบรม จำนวน 30 คน

2.2 โครงการพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลสร้างแข่ง ซึ่งในโครงการนี้ทำให้เกิดตำรับอาหารอีสานชะลอไตเสื่อม จำนวน 4 ตำรับ

2.3 โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายชุมชนและทีมสหวิชาชีพในการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลสร้างแข่ง งบประมาณจากโรงพยาบาลยางสีสุราช

ขั้นตอนที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 1 วัน เพื่อจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการกำหนดรูปแบบการดูแลด้านโภชนาบำบัดรวมถึงบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายชุมชน และนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วครั้งนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทุกหมู่บ้านในตำบลสร้างแข่ง จำนวน 20 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนเยี่ยมโดยเครือข่ายชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ เดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ ชักประวัติการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24 hour dietary recall)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การประเมินผลของการดำเนินงานวิจัยนี้ ได้มีการดำเนินการไปพร้อมในระหว่างดำเนินกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดโครงการดังนี้

1. จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Nonparticipatory Observation) ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกต ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อดูพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว และเพื่อนบ้านใกล้เคียง เช่น พฤติกรรมการพูดคุยกัน การดูแลซึ่งกันและกัน เป็นต้น และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) เช่น ขณะร่วมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ดูแลและชุมชน การร่วมวงสนทนากับครอบครัวและญาติ การสังเกตตำรับอาหาร เป็นต้น

2. จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ เครือข่ายชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทีมสหวิชาชีพ และ อบต. เกี่ยวกับความรู้สึกในการร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

3. จากการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วย และครอบครัว และความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

4. จากการประเมินความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

5. จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการตรวจค่าความเสื่อมของไต (eGFR)

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเอง จากการประชุมระดมสมองในขั้นตอนการวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสังเกต ใช้ในการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัยสังเกต ตั้งแต่ขั้นตอนแรกถึงขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการวิจัย

2. แนวคำถามในการประชุมระดมสมอง เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน ความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลด้านโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รูปแบบที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นใน รพ.สต. และชุมชน บทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน ความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลด้านโภชนาบำบัด

ชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รูปแบบที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นใน รพ.สต. และชุมชน บทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อรูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratingd Scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ

5. แบบสอบถามความรู้ การประเมินความรู้การบริโภคความรู้ผู้ป่วยในคลินิกไตวายเรื้อรัง ของคู่มือการปฏิบัติงานด้านโภชนาบำบัด เขตสุขภาพที่ 8 เป็นแนวคำถามความรู้เบื้องต้นของโรคไตเรื้อรัง กับการบริโภคอาหาร เช่น ระยะของโรค อาหารพื้นบ้านที่มีผลต่อไตเรื้อรัง เป็นต้น

6. แบบประเมินการบริโภคอาหารเค็มของกรมอนามัย<sup>7</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินบริโภคเค็ม จำนวน 15 ข้อ และแบบวัดความเค็มในตัว จำนวน 20 ข้อ

7. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ใช้วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ ชักประวัติการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24 hour dietary recall )

8. รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. พังคิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Connefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยประมวลเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผล ความสัมพันธ์ด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ เช่น

รายละเอียดเหตุการณ์ แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ ตรวจสอบ ข้อมูลเปรียบเทียบข้อแตกต่างและข้อคล้ายคลึงของข้อมูล จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบสามเหลี่ยม (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการ เก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของ การวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปหาคำตอบที่เป็นวิธีการแก้ปัญหา นั้นตามวัตถุประสงค์ประมวลออกมาเป็นหลักการและรูปแบบของ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราชและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้ง วัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอ ผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือ ยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

### ผลการศึกษา

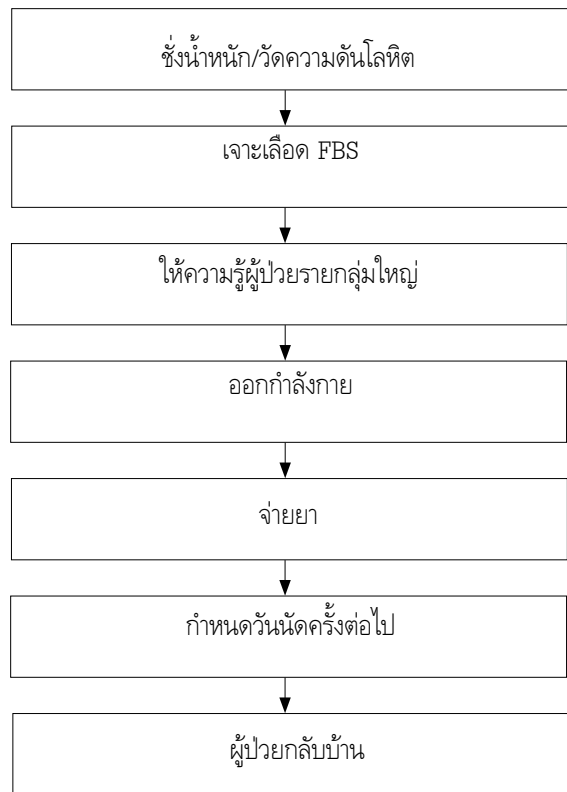
ผลการวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์และสภาพปัญหาการ ดำเนินงานที่ผ่านมาในการดำเนินงานด้านโภชนาบำบัดชะลอความ เสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.พังคิ อ.ยางสีสุราช จังหวัด มหาสารคาม มีดังนี้

1. ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย พบว่า โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลพังคิ มีผู้ป่วยไตเรื้อรังปี 2557 จำนวน 190 ราย สาเหตุจากโรคเบาหวาน 138 ราย ผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุ ที่สำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้มีภาวะแทรกซ้อนไต ระยะที่ 3 จำนวน 20 ราย จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ป่วย ขาดความรู้ด้านโภชนาบำบัด ร้อยละ 90 และผู้ป่วยรับประทาน อาหารไม่ถูกต้องตามระยะของโรค ร้อยละ 80 ผู้ป่วยมีพฤติกรรม กินเค็ม ร้อยละ 75 ผู้ป่วยไม่ทราบระยะของโรคตั้งคำพูดจากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งที่ว่า “ยายสู้อยู่แต่ว่าไตปกติ แต่ปัสสาวะเสื่อมไปฮอดใสแล้ว”
2. ด้านที่มผู้ให้บริการพบว่า มีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับ การดูแลชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน แตกต่าง กันขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะและความมั่นใจ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

3. ด้านการดำเนินงานการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า

3.1 ไม่มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

3.2 ด้านการจัดบริการดูแลชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต.พังคิ มีการจัดบริการในวันเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้แยกวันเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการให้ความรู้ด้านโภชนาบำบัดรายกลุ่มใหญ่ ซึ่งรายละเอียดดังภาพที่ 1



3.3 ด้านแนวทางการดูแล พบว่า ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่องในการดูแล ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและอสม. ในการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนการทำงานแบบต่างคน ต่างปฏิบัติ

3.4 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล พบว่า การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลแบบชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนยังน้อย

4. ด้านการสนับสนุนงบประมาณ พบว่า โรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาได้มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคี่ มีดังนี้

1. ด้านการเตรียมการดูแลชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

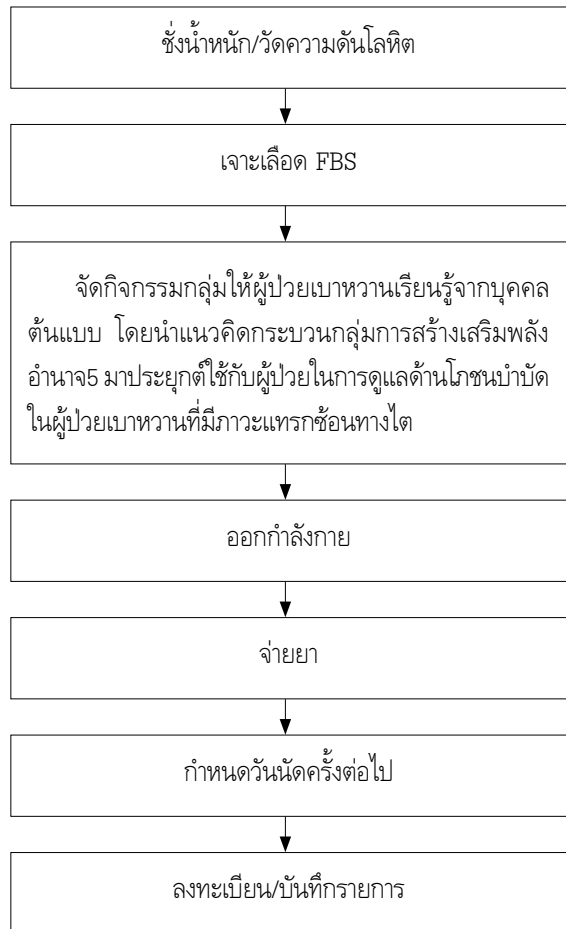
1.1 การสร้าง “ทีมรักษไต” เพื่อเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนด้านโภชนาบำบัดในการชะลอความเสื่อมของไต ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล องค์กรบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลักสูตร 1 วัน

1.3 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายตามโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้กับ อสม. และผู้ดูแล (Care Giver) ซึ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับโภชนาบำบัดเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

1.4 การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอีสานที่เหมาะสมกับชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ อาหารพื้นบ้านลดเค็ม จำกัดอาหารโปรตีน รับประทานผักผลไม้หลายสี ส้มตำ ตำแตงไข่มต้ม หมกปลาชิลลดเค็ม แกงอ่อมลดเค็ม บับปาลลดเค็ม ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. ด้านการจัดบริการเพื่อตอบสนองการดูแลโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยปรับระบบบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสื่อมของไตให้มีคลินิกพิเศษแยกเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาในการโภชนาบำบัดและจัดกิจกรรมการดูแลและป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วย นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจใช้ในการดูแลผู้ป่วย รายละเอียด ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การจัดบริการดูแลโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต.พังคี่ มีดังนี้

<p>ขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองที่ผ่านมา พร้อมประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย 4 ด้าน A:Antropometric measurement, B:Biochemical determination,C:Clinical observation , D:Dietary assessment</p>
<p>ขั้นที่ 2 การให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเองถึงสาเหตุที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้</p>
<p>ขั้นที่ 3 เรียนรู้การรับประทานอาหารจากบุคคลต้นแบบที่ปฏิบัติตัวได้ดีและไม่ดี สอนกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน</p>
<p>ขั้นที่ 4 ร่วมกันสร้างรายการอาหารพื้นบ้านชะลอไต คือ อาหารพื้นบ้านลดเค็ม จำกัดอาหารโปรตีน รับประทานผักผลไม้หลายสี ซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างรายการอาหารร่วมกัน เช่น ส้มตำ ตำแดงไข่ต้ม หมกปลาชิวลดเค็ม แกงอ่อมลดเค็ม ปนปลาลดเค็ม เป็นต้น พร้อมใช้สื่อตำรับอาหารพื้นบ้าน ที่ภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการให้ความรู้ร่วมกัน ในรูปของแผ่นภาพ</p>
<p>ขั้นที่ 5 สร้างแรงจูงใจเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนร่วมกันตั้งเป้าหมาย</p>

### 3. ด้านการติดตามดูแลและประเมินผล

#### ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.1 อสม. และภาคีเครือข่ายชุมชนติดตามประเมินผล โดยติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ตามแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นโดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยด้านโภชนาบำบัด

3.2 ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลด้านโภชนาบำบัด ทุกเดือนหรือเมื่อมีเหตุเร่งด่วนที่ผู้ดูแลหรือภาคีเครือข่ายขอรับคำปรึกษาให้ช่วยเหลือ

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคิ ดังนี้

#### 1. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ พบว่า

- จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ทีมผู้ดูแล โดยประเมินจากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในทั้งสองประเด็น คือ การได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

#### - จากการประเมินเชิงคุณภาพ

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกิจกรรมที่ดีส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล รู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและใกล้ชิดที่บ้านของตนเอง

- จากการสังเกต พบว่า ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมทุกครั้งที่ทำกิจกรรม เช่น ในการจัดทำรับอาหารอีสาน การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว

#### 2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคิ ที่ทำการศึกษาจำนวน 20 ราย ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคี

ข้อมูล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	14	70
ชาย	6	30
อายุ(ปี)		
ต่ำกว่า 49	2	10
50-59	5	25
60-69	9	45
70-79	4	20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	20
ประถมศึกษา	11	55
มัธยมศึกษา	5	25
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	15	75
รับจ้าง	2	10
ค้าขาย	2	10
ไม่ได้ทำงาน	1	5
โรคเรื้อรังร่วมอื่นๆ		
โรคเรื้อรังอื่นที่นอกเหนือจากเบาหวานที่ส่งผลต่อการทำงานของไต		
โรคความดันโลหิตสูง	8	40
โรคไขมันในเลือดสูง	2	10
โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ ไขมันในเลือดสูง	2	10
ไม่มีโรคร่วม	8	40
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	2	10
5 - 10 ปี	6	30
10 ปี ขึ้นไป	12	60



2.2 ด้านองค์ความรู้ผู้ป่วยภายหลังการนำรูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาบำบัดที่ถูกต้อง ก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 90 ภายหลังการใช้รูปแบบ ร้อยละ 100

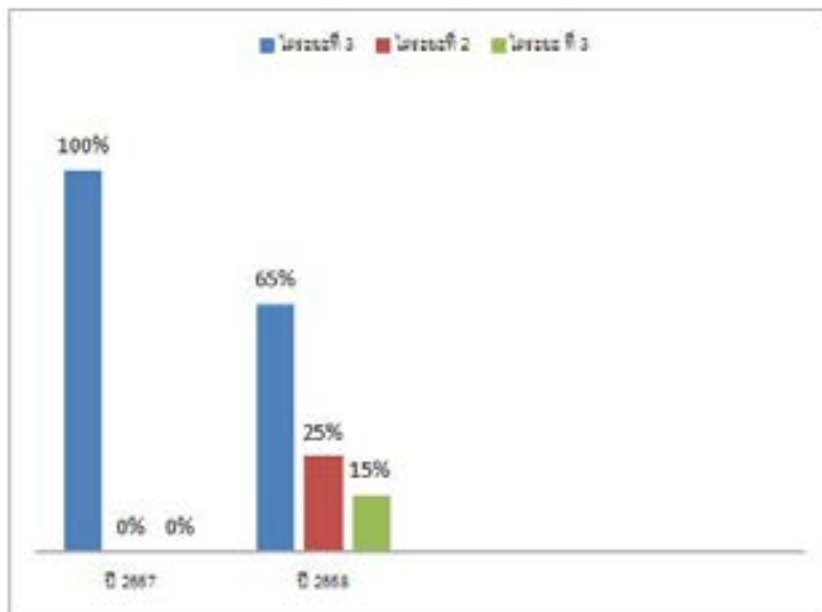
ด้านความรู้เกี่ยวกับระยะของโรคก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 80 ภายหลังการใช้รูปแบบ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถลดการกินเค็มได้ ก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 75 ภายหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 90 ดังรายละเอียดตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ตารางเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบโภชนาบำบัดชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคี (n=20)

ลำดับที่	หัวข้อ	ก่อนใช้รูปแบบ (ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ (ร้อยละ)
1	ผู้ป่วยมีความรู้ด้านโภชนาบำบัดที่ถูกต้อง	90	100
2	ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับระยะของโรค	80	100
3	ผู้ป่วยสามารถลดการกินเค็มได้	75	90

3. ด้านผลลัพธ์ค่าเสื่อมของไต (eGFR) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ในปี 2557 - 2558 มีค่าเสื่อม

ของไต (eGFR) ลดลงได้น้อยกว่า 4 m/min คิดเป็น ร้อยละ 65 ดังแผนภูมิที่ 1



**แผนภูมิที่ 1** แสดงค่าเสื่อมของไต (eGFR) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ปี 2557 - 2558 (n=20)

## วิจารณ์

การพัฒนา รูปแบบชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านพังคี ตำบลสร้างแข่ง ที่ดำเนินการ โดยการปรับระบบบริการแยกเฉพาะวันเพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้การจัดการด้านโภชนาบำบัดมีความชัดเจนทำให้เกิดการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเบาหวานเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ โดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ<sup>5</sup> มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในการดูแลด้านโภชนาบำบัดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลสุขภาพตนเองที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเองถึงสาเหตุที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เรียนรู้การรับประทานอาหารจากบุคคลต้นแบบสร้างแรงจูงใจเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน<sup>5</sup> รวมถึงการสร้างเครือข่ายโดยมี "ทีมรักษไต" ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. Caregiver/จิตอาสา ที่ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานรวมถึงสร้างตำหรับอาหารพื้นบ้านที่สอดคล้องกับบริบท มีการติดตามประเมินผล ติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และภาคีเครือข่ายชุมชนทุกสัปดาห์ โดยทีมสหวิชาชีพทุกเดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถลดการกินเค็มได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไต (eGFR) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน<sup>6</sup> ที่ศึกษา เรื่อง การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม อำเภอแกดำ ที่พบว่า ผลการประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหารผู้ป่วยเรื้อรังภายหลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนใช้รูปแบบและผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 สามารถชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้นและการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน และเสริมทักษะการจัดการตนเองร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ผลการวิจัย พบว่า หลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนน

พฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สำหรับค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายในกลุ่มทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สำหรับค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายในกลุ่มทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนา รูปแบบชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สร้างความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรในชุมชน อสม. และแกนนำชุมชนในการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร โดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ<sup>5</sup> บำบัดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลด้านโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : 2552. 1- 46.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่ม 3 การบริหารบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง. ศรีเมืองการพิมพ์; 2553.
3. โรงพยาบาลยางสีสุราช. สรุปผลงานโรงพยาบาลยางสีสุราช ประจำปีงบประมาณ 2556. เอกสารสรุปผลงานโรงพยาบาลยางสีสุราช ; 2556.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพังคี. สรุปผลงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านพังคีประจำปีงบประมาณ 2556. เอกสารสรุปผลงานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านพังคี; 2556.
5. Gibson,C.H. A concept analysis of empowerment Journal of Advanced Nursing 1991; 16 ; 354-361.

6. เขตสุขภาพที่ 8. คู่มือการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังด้านโภชนาบำบัด.  
โรงพยาบาลอุดรธานี. 2559.
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพ  
ดีเริ่มที่อาหารลดหวานมันเค็มเพิ่มผักผลไม้เพิ่มชีวัน.  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
8. สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม.  
เอกสารการประชุม 17 th HA National Forum;  
วันที่ 8- 11 มีนาคม 2559 ; สถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน); 2558.
9. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการ  
ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรม  
การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิด  
ที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้. วารสาร  
พยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(1): 67-82.



## “ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและคุณภาพของการดูแลรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม”

Prevalence of acute stroke and the quality of care according to the Stroke Fast Track in Borabue hospital, Mahasarakham province.

พศิน ภูริธรรมโชติ\*

Pasin Phurithummachote\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) แบบ Retrospective Cohort Study มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือในประเด็นเรื่องความชุกของผู้ป่วย ข้อมูลการนำส่ง คุณภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute stroke ทั้งหมดจำนวน 110 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบรบือตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลด้านการนำส่งผู้ป่วย และข้อมูลด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลบรบือ และหนังสือส่งตัวที่ตอบกลับมาจากโรงพยาบาลมหาสารคาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 51.8 มีอายุตั้งแต่ 30 - 88 ปี อายุเฉลี่ย 64.36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งโรค คิดเป็น ร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 51.8 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 52.7 ผลการศึกษาเรื่องข้อมูลด้านการนำส่ง พบว่า ส่วนใหญ่เดินทางมาเองโดยไม่ได้ใช้บริการ EMS มีเพียงร้อยละ 29.1 เท่านั้นที่ใช้บริการ EMS ผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track 180 นาที ร้อยละ 58.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ Door to physician เกินเกณฑ์ 10 นาที ร้อยละ 52.7 และ Door to refer เกินเกณฑ์ 30 นาที ร้อยละ 70 ผลการวินิจฉัยสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 70 รองลงมา คือ โรคเส้นเลือดในสมองแตก ร้อยละ 17.3 และ Transient ischemic attack ร้อยละ 12.7 มีผู้ป่วยเส้นเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.59 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ อายุ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อการมาถึงห้องฉุกเฉินทันเวลาตามระยะเวลา Golden period แต่ปัจจัยที่มีผล คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการนำส่งด้วยระบบ EMS ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ทันเวลาตามเกณฑ์กับกลุ่มที่เกินเกณฑ์ ส่งผลต่อระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วยทันเวลา ตามเกณฑ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงที่เคยได้รับความรู้ตามโครงการของคลินิกโรคเรื้อรังมาก่อน กับกลุ่มที่ไม่เคย ผลการศึกษา พบว่า โครงการให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงห้องฉุกเฉินทันต่อ Golden period

\* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ Acute stroke ให้มากขึ้นทั้งในและนอกโรงพยาบาลและควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้บริการ EMS ให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มอัตราการมาถึงโรงพยาบาลทันต่อ Golden period ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพตามเกณฑ์

**คำสำคัญ :** โรคเส้นเลือดสมองขาดเลือด, ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล, Stroke Fast Track

## ABSTRACT

This analytical research was retrospective cohort study. The purpose was to study the situation of patients with acute cerebral infarction treated in the Borabue hospital, on the issue of patient prevalence, patients transfer information, quality of care and patient outcomes and to study the relationship between various factors on the duration of the treated timely of Stroke Fast Track. The population and sample group were composed of 110 acute stroke patients treated at Borabue hospital between October 1, 2015 to September 30, 2016. The instrument was self-developed and divided in 3 part; general personal information, patients transfer information and patient outcomes. Data were collected by the patient's medical records from of Borabue hospital and the referral form of Mahasarakham Hospital and were analyzed by descriptive statistics include percentage, mean and standard deviation and analysis statistics by using Chi-square test.

The research findings showed that 51.8 percent of patients were men and aged 30-88 years, mean age 64.36 years, 53.6 percent mostly in the range from 65 years. 62.7 percent of patients had at least one underlying disease that increase risk of a stroke. 51.8 percent of them were non-smokers, and 52.7 percent did not drink alcohol. The study of transfer information found that most of patients did not use the EMS service, only 29.1 percent of patients were delivered by EMS. Results showed that most patients arrival timely of Stroke Fast Track (180 minutes) 58.2 percent. The results of quality of care showed that the Door to physician over the 10 minutes were 52.7 percent and the Door to refer over the 30 minutes were 70 percent. The final diagnosis showed that 70 percent of patients were ischemic stroke and the second most were hemorrhagic stroke 17.3 percent and transient ischemic attack 12.7 percent. Patients with cerebral infarction treated with fibrinolysis two cases, representing 2.59 percent. The correlation analysis found that gender, age and underlying disease did not affect the golden period to the emergency room, but the factor that affect the golden period was patients who had been delivered by EMS. And the correlation between the door to physician time and door to refer time were statistically significant. This comparative study between two groups that separated by obtaining knowledge of awareness program before in the risk group to analyze the relationship of awareness program of non-communicable disease clinic to the onset to hospital time of patients, results showed that the two groups were not statistical correlation.

The results of this study suggested that people who have risk of acute stroke should be encouraged to educate, the more both in and outside the hospital and patients should be encouraged to make more use EMS service to increase the rate of the door to hospital in time of the golden period. Along with improving the

quality of treatment in the emergency room.

**Keywords :** Acute ischemic stroke, Onset to hospital, Stroke Fast Track

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญมากของทั่วโลก<sup>1</sup> โดยพบว่า ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคนต่อปี และแม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบผู้ป่วยจำนวนมาก โดยในปี 2556 พบว่า โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประชาชนชาวอเมริกา และเป็นสาเหตุหลักของภาวะพิการในผู้ใหญ่ คนอเมริกาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 800,000 คนในทุกๆ ปี โดยพบว่า มีคนอเมริกาตายจากโรคเส้นเลือดสมอง 1 คน ในทุกๆ 4 นาที ทำให้ในแต่ละปีมีคนอเมริกาตายจากโรคนี้ 130,000 คนต่อปี โดยพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเป็นโรคเส้นเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) โดยพบมากถึง ร้อยละ 87 สำหรับในประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 - 2558 เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ<sup>2</sup> จะเห็นได้ว่าอัตราตายด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็น ร้อยละ 11.1 และเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 14.53

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค<sup>4</sup> ได้ให้นิยามของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular accident) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ว่าคือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง แบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคเส้นเลือดสมองขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) พบประมาณ ร้อยละ

70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณ ร้อยละ 25 - 30 สำหรับงานวิจัยนี้ จะเน้นการศึกษาถึงเฉพาะโรคเส้นเลือดสมองชนิดขาดเลือดเป็นสำคัญ Guideline ล่าสุดของ American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA)<sup>5</sup> ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้กล่าวว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) ด้วยระบบ stroke fast track และการมีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ซึ่งมีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator; rt-PA) สามารถช่วยลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงได้รับยา rt-PA ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะยิ่งได้รับยาเร็วผลการรักษายิ่งดี จะสามารถให้ยาได้กรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการมาภายในเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง จึงจะเกิดประโยชน์ถือว่าระยะเวลานี้เป็น “ชั่วโมงทอง (Golden period)” เพื่อจะให้ตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะรักษาเนื้อสมองส่วนที่ดีให้มากที่สุดเอาไว้ ซึ่งหมายถึง สามารถลดความพิการของผู้ป่วยในระยะยาวและเพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย สรุปหลักการการรักษานักโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในปัจจุบัน<sup>6</sup> คือ การให้ความรู้ประชาชนให้ตระหนักถึงอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงระบบบริการได้ทันทีที่ความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ stroke fast tract และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยเป้าหมายหลัก คือ หากผู้ป่วยมาทันเวลา Golden period ควรรีบดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เนื่องจากระยะเวลาในการให้การรักษานักผู้ป่วยมีช่วงแคบมากต้องได้ภายใน 4.5 ชั่วโมง และยังได้รับเร็วมากเท่าไรผลการรักษาที่ดีกว่าให้ล่าช้าออกไป ดังนั้นระยะเวลาในการประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเป้าหมายที่ต้องการ คือ

ให้ผู้ป่วยได้รับการสลายลิ่มเลือดเร็วที่สุดภายในระยะเวลา 60 นาที นับจากที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Door to drug) โดยอาจพิจารณาแบ่งเวลาดำเนินการดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ระยะเวลาพบแพทย์ (Door to physician) ไม่เกิน 10 นาที
- ระยะเวลาพบทีมโรคหลอดเลือดสมอง (Door to stroke team) ไม่เกิน 15 นาที
- ระยะเวลาเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Door to CT initiation) ไม่เกิน 25 นาที
- ระยะเวลาแปลผลเอกซเรย์ (Door to CT interpretation) ไม่เกิน 45 นาที
- ระยะเวลาที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to drug) ไม่เกิน 60 นาที
- ระยะเวลาที่ได้รับเข้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Door to stroke unit admission) ไม่เกิน 3 ชั่วโมง โดยแต่ละโรงพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม โดยที่เป้าหมายหลัก คือ door to needle ควรจะน้อยกว่า 60 นาที และโรงพยาบาลควรตั้งเป้าหมายให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ 80

ทั่วโลกได้ทำการศึกษาถึงอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น Gregg C. Fonarow และคณะ<sup>7</sup> ได้ทำการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดาในปี 2552 ผลพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ทั้งหมดร้อยละ 19.7 จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.3) มารับการรักษาช้าเกินไป ในขณะที่ในประเทศไทยจัดให้มีการศึกษาแบบสหสถาบันขึ้นใน พ.ศ.2552<sup>8</sup> ผลการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 2.53, 63.65 ตามลำดับ การศึกษาจากสถาบันอื่น ๆ ในประเทศไทย เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์<sup>9</sup> สรุปการประยุกต์ใช้ telemedicine และ Thammasat Stroke Network ในปี 2552 ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสูงขึ้น จากร้อยละ 2 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 หลังการประยุกต์ใช้ telemedicine อย่างเดียว และเพิ่มเป็นร้อยละ 27 หลังการประยุกต์ใช้ telemedicine และ Thammasat Stroke Network การศึกษาที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล<sup>10</sup> ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มาทันเวลา 4.5

ชั่วโมง หลังเกิดอาการและได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA มีจำนวน 6 รายหรือคิดเป็น ร้อยละ 112.5 การศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา<sup>11</sup> ในปี 2556 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม ischemic stroke ที่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track คือ มาทันภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ร้อยละ 40.67 ได้รับยา rt-PA ร้อยละ 35.77 และมีผู้ป่วยที่แจ้ง EMS ออกรับเพียง ร้อยละ 9.92 การศึกษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี<sup>12</sup> ในปี พ.ศ. 2558 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันตามเกณฑ์ Stroke Fast Track (door-to-drug ภายใน 270 นาที) ของโรงพยาบาลเท่ากับ ร้อยละ 23.7 และโรงพยาบาลศรีนครินทร์<sup>13</sup> ได้สรุปผลจากการพัฒนาเครือข่ายการบริการ Stroke Fast Track ของเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงมากขึ้น มีผู้ป่วยได้รับยา rt-PA คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของผู้ป่วย acute ischemic stroke ซึ่งค่าเฉลี่ยของประเทศไทยอยู่ที่ ร้อยละ 3.6

สำหรับโรงพยาบาลบรบือซึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอที่ยังไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้ จึงมีหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับยาที่โรงพยาบาลมหาสารคามทันเวลา โดยมีเกณฑ์การทำงานที่สำคัญ 4 อย่าง คือ ระยะเวลา Golden period (Onset to hospital) ไม่เกิน 180 นาที ระยะเวลาพบแพทย์ (Door to physician) ไม่เกิน 10 นาที ระยะเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงได้ส่งตัวรักษาต่อ (Door to refer) ไม่เกิน 30 นาที และระยะเวลาส่งต่อถึงโรงพยาบาลจังหวัด (refer time) ไม่เกิน 30 นาที

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ
2. เพื่อศึกษาลักษณะการนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute stroke ในโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track



## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) แบบ Retrospective Cohort study ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอบรบือ ที่มีอาการสงสัยโรคเส้นเลือดสมองเฉียบพลันทั้งหมด ที่เข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบรบือ และได้ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดและมีการตอบกลับใบส่งตัวจากโรงพยาบาลจังหวัด ยืนยันว่าเป็นโรคเส้นเลือดเฉียบพลันจริง โดยใช้ช่วงเวลา 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559

ขนาดและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง : ใช้ประชากรทั้งหมดมาทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมาเอง (STROKE FORM) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการนำส่งผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย

วิธีการเก็บข้อมูล : สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลบรบือ และหนังสือส่งตัวที่ตอบกลับมาจาก

โรงพยาบาลมหาสารคาม บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล : ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ใช้สถิติ Chi-square test

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ในระยะเวลา 1 ปี ที่ทำการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วย Acute Stroke รายใหม่ รวมทั้งสิ้น 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 51.8 มีอายุตั้งแต่ 30-88 ปี อายุเฉลี่ย 64.36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 45-64 ปี ร้อยละ 35.5 รายละเอียดอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	57	51.8
หญิง	53	48.2
<b>อายุ (ปี)</b>		
18 - 44	12	10.9
45 - 64	39	35.5
≥ 65	59	53.6

 $\bar{X} = 64.36$  SD = 13.2

Min = 30 Max = 88

**โรคประจำตัว**

ไม่มีโรคประจำตัว	41	37.3
มีโรคประจำตัว	69	62.7
เบาหวานอย่างเดียว	10	9.1
ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว	12	10.9
โรคหัวใจ	6	5.5
ไขมันในเลือดสูง	1	0.9
โรคหลอดเลือดสมอง	10	9.1
โรคข้างต้นตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	30	27.3
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	57	51.8
สูบบุหรี่	53	48.2
ประวัติดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	58	52.7
ดื่มสุรา	52	47.3

2. ข้อมูลด้านการนำส่งผู้ป่วย  
ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล

โดยการเดินทางมาเอง ร้อยละ 70.9 มีเพียง ร้อยละ 29.1  
ที่เลือกใช้บริการระบบ EMS รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการนำส่ง

ลักษณะการนำส่ง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้บริการ EMS	32	29.1
เดินทางมาเอง	78	70.9

3. ข้อมูลด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ คือ มาถึงห้องฉุกเฉินหลังเกิดอาการภายในเวลา 180 นาที คิดเป็น ร้อยละ 58.2 และเกินเวลา ร้อยละ 41.8 รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการมารับบริการทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ระยะเวลาหลังเกิดอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track	64	58.2
ไม่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track	46	41.8

เมื่อนำข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่มาถึงหน่วยบริการทันตามเกณฑ์ Stroke Fast Track จำนวน 64 ราย มาวิเคราะห์ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่มาถึงหน่วยบริการ คือ  $75.8 \pm 47$  นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการจนพบแพทย์ ค่าเฉลี่ย  $6.37 \pm 5.1$  นาที โดยพบว่า ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่พบแพทย์เกินกว่าที่กำหนดไว้ที่ภายในเวลา 10 นาที ร้อยละ 52.7 ส่วนระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการจนถึงได้ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลจังหวัด

Stroke Fast Track จำนวน 64 ราย มาวิเคราะห์ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย  $33.03 \pm 12.06$  ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ได้ส่งตัวไปรักษาเกินกว่าที่กำหนดไว้ที่ภายในเวลา 30 นาที ร้อยละ 70 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระยะเวลาการดูแลตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ตัวชี้วัดคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
Door to physician		
ทันภายใน 10 นาที	52	47.3
เกิน 10 นาที	58	52.7
$\bar{x} = 6.37$ , S.D. = 5.1	Min = 1, Max = 20	
Door to Refer		
ทันภายใน 30 นาที	33	30
เกิน 30 นาที	77	70
$\bar{x} = 33.03$ , S.D. = 12.06	Min = 13, Max = 65	

## สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วย Acute stroke ทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นโรค Acute ischemic stroke ร้อยละ 70 รองลงมา คือ Hemorrhagic stroke ร้อยละ 17.3 รายละเอียดตามตารางที่ 5

### ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามผลการวินิจฉัย

ผลการวินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
Ischemic stroke	77	70
Hemorrhagic stroke	19	17.3
Transient ischemic attack	14	12.7
รวม	110	100.0

จากผู้ป่วยที่เป็น Acute ischemic stroke ทั้งหมด 77 ราย ผลพบว่า ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) รวม 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.59

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการนำส่งด้วยระบบ EMS ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ตัวแปร	รับการรักษาทันตามเกณฑ์		$\chi^2$	df	p
	ทัน	ไม่ทัน			
<b>เพศ</b>					
ชาย	30(52.6)	27(47.4)	1.062	1	0.303
หญิง	34(64.2)	19(35.8)			
<b>อายุ</b>					
18 - 44	6(50)	6(50)	0.372	2	0.830
45 - 64	23(59)	16(41)			
≥ 65 ปี	35(59.3)	24(40.7)			
<b>โรคประจำตัว</b>					
ไม่มีโรคประจำตัว	23(56.1)	18(43.9)	0.02	1	0.887
มีโรคประจำตัว	41(59.4)	28(40.6)			
<b>ลักษณะการนำส่ง</b>					
EMS	26(81.2)	6(18.8)	8.570	1	0.003*
เดินทางมาเอง	38(48.7)	40(51.3)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมในประเด็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการจนได้พบแพทย์ (Door to physician) ระหว่างกลุ่มที่พบแพทย์ทันและไม่ทันตามเกณฑ์ 10 นาที เปรียบเทียบกับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการจนถึงได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด (Door to Refer) ทันและไม่ทันตาม

เกณฑ์ 30 นาที ผลพบว่า มีความสัมพันธ์กันกล่าว คือ กลุ่มที่ได้พบแพทย์ทันภายใน 10 นาที สามารถส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดได้ทันตามเกณฑ์ 30 นาที โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาพบแพทย์กับการส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ตัวแปร	ส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์		$\chi^2$	df	p
	ทัน	ไม่ทัน			
<b>Door to Physician ≤ 10 นาที</b>	32(61.5)	20(38.5)	43.907	1	0.000
<b>Door to Physician &gt; 10 นาที</b>	1(1.7)	57(98.3)			

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโครงการให้ความรู้ของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกับการมาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ กลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับคำแนะนำจากโครงการให้

ความรู้ของ clinic โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบริบือ ก่อนเป็นโรคเส้นเลือดสมองเฉียบพลัน ได้ผู้ป่วยทั้งหมด 27 ราย กับกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนี้มาก่อน มีทั้งหมด 83 ราย เพื่อศึกษาว่าโครงการนี้มีผลต่อการมาถึงโรงพยาบาลทัน

ต่อ Golden period ของโรค Acute stroke หรือไม่ ผลการศึกษา พบว่า โครงการให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงห้องฉุกเฉินทันต่อ Golden period รายละเอียดดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ตัวแปร	รับการรักษาทันตามเกณฑ์		$\chi^2$	df	p
	ทัน	ไม่ทัน			
ผู้ป่วยกลุ่ม 1 (ผู้ป่วยที่เข้าโครงการ) (n=27)	14(51.9)	13(48.1)	0.295	1	0.587
ผู้ป่วยกลุ่ม 2 (ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าโครงการ) (n=83)	50(60.2)	33(39.8)			

และเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม กับอัตราการเรียกใช้บริการ EMS ผลพบว่า

ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับลักษณะการนำส่งตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

ตัวแปร	ลักษณะการนำส่ง		$\chi^2$	df	p
	EMS	มาเอง			
ผู้ป่วยกลุ่ม 1 (ผู้ป่วยที่เข้าโครงการ) (n=27)	4(14.8)	23(85.2)	2.678	1	0.102
ผู้ป่วยกลุ่ม 2 (ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าโครงการ) (n=83)	28(33.7)	55(66.3)			

## วิจารณ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และส่วนมากมีอายุมากกว่า 65 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่าโรคหลอดเลือดในสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และนอกจากนี้ยัง พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมักมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ โรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และดื่มสุรา สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคที่ผ่านมา<sup>4</sup> ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่สงสัย Acute stroke ทั้งหมด 110 คน ผลสรุปส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ร้อยละ 70 เป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 17.3 และโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient

ischemic attack) ร้อยละ 12.7 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาถึงความชุกและอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย<sup>4,14</sup>

ผลการศึกษาข้อมูลด้านการนำส่งผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากเดินทางมารับบริการเอง มีส่วนน้อยที่เลือกใช้บริการระบบ EMS (ร้อยละ 29.1) สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา<sup>11</sup> ที่พบว่าผู้ป่วย Acute stroke เลือกใช้บริการของระบบ EMS เพียง ร้อยละ 9.92 ซึ่งถึงแม้เป้าหมายของการพัฒนาระบบ Stroke Fast Track จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการเลือกใช้บริการของระบบ EMS เพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตาม แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>7</sup> ก็ยังพบว่า ผู้ป่วย Acute stroke ที่ใช้บริการระบบ EMS นำส่งมีเพียง ร้อยละ 53 เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่สนใจมากคือ ผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกใช้บริการระบบ EMS นำส่ง มารับการรักษาทันตามเกณฑ์ของ Stroke Fast Track มากกว่ากลุ่มที่

เลือกเดินทางมาเอง แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สัมพันธ์กับข้อมูลในแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน<sup>5,6</sup> ที่เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนและส่งเสริมให้ใช้บริการ EMS นำส่ง

ผลการศึกษาข้อมูลด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยในประเด็นระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนมาถึงสถานพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทันเวลาตามเกณฑ์ของ Stroke Fast Track (180 นาที) ร้อยละ 58.2 สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเทอร์เน็ตชั้นนำ<sup>10</sup> ในปี พ.ศ. 2555 ที่พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการทันเวลา ร้อยละ 51.7 และการศึกษาของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา<sup>11</sup> เมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการทันเวลา ร้อยละ 40.67 แตกต่างจากการศึกษาข้อมูลทั่วทั้งประเทศในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดาเมื่อปี พ.ศ.2554<sup>7</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาลทันเวลา คิดเป็น ร้อยละ 19.7

จากการศึกษาถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ Stroke Fast Track ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track ผลพบว่า ส่วนใหญ่แพทย์มาเกินเวลา 10 นาที ที่เกณฑ์กำหนดไว้มากที่สุด ร้อยละ 52.7 ถึงแม้ว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่พบแพทย์จะอยู่ที่ 6.37 นาทีก็ตาม และเมื่อศึกษาถึงระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งเกณฑ์ Stroke Fast Track กำหนดไว้ที่ภายใน 30 นาที พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลใช้เวลาเกินกว่าที่เกณฑ์กำหนดมากถึง ร้อยละ 70 และมีระยะเวลาเฉลี่ย 33.03 นาที และเมื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง คือ ระยะเวลาพบแพทย์ทันเวลาตามเกณฑ์ กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มที่พบแพทย์ทันเวลาตามเกณฑ์กับกลุ่มที่เกินเกณฑ์ ส่งผลต่อระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วยทันเวลาตามเกณฑ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เก็บข้อมูลมาเบื้องต้นกับระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาตามเกณฑ์ Stroke Fast Track พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการนำส่งด้วยระบบ EMS ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาทันตามเกณฑ์ Stroke Fast Track

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ กลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับคำแนะนำจากโครงการให้ความรู้ของ clinic โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบริบือ ก่อนเป็นโรคเส้นเลือดสมองเฉียบพลัน ได้ผู้ป่วยทั้งหมด 27 ราย กับกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนี้มาก่อน มีทั้งหมด 83 ราย เพื่อศึกษาว่าโครงการนี้มีผลต่อการมาถึงโรงพยาบาลทันต่อ Golden period ของโรค Acute stroke หรือไม่ ผลการศึกษา พบว่า โครงการให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงห้องฉุกเฉินทันต่อ Golden period และอัตราการเรียกใช้บริการรถ EMS

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ช่วยแสดงให้เห็นว่า โครงการให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลทำอยู่ยังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย Acute stroke จึงควรมีการนำไปพัฒนาปรับปรุงต่อไปเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงที่รับบริการที่โรงพยาบาลแต่อยู่ในชุมชน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องของควรมีการศึกษาหรือพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มากขึ้นควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่าระยะเวลา golden period เนื่องจากการศึกษาจากข้อมูลย้อนหลัง จึงควรมีการศึกษารังปัจจัยต่าง ๆ ให้มากขึ้นในอนาคต

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิเชียร จกาจมนโรดม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบริบือ อ.บริบือ จ.มหาสารคาม ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำเสนองานวิจัยนี้ ขอขอบคุณแพทย์หญิง สนิธิตา เรื่องสิริภคกุล และดร.สมหมาย คชนาม ไว้เป็นอย่างยิ่ง ที่ได้เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้ จนทำให้สามารถทำงานวิจัยในครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. CDC, NCHS. Underlying Cause of Death 1999-2013 on CDC WONDER Online Database, released 2015. Data are from the Multiple Cause of Death Files, 1999-2013, as compiled from data provided by the 57 vital statistics jurisdictions through the Vital Statistics Cooperative Program. Accessed Feb. 3, 2015.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการรืองพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2559.
3. สำนักงานพัฒนาโบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2558.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2559 [online]; 2559 : แหล่งข้อมูล:URL: <http://thaincd.com/document/hot%20news/WorldStr>
5. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Jr., Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke : a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke 2013 ; 44 : 870-947.
6. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, สมศักดิ์ เทียมเก่า. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke [online]; 2557: แหล่งข้อมูล:URL: [http://110.164.159.77:8081/HR/Myfiles/10\\_อาจารย์นายแพทย์สมศักดิ์เทียมเก่า.pdf](http://110.164.159.77:8081/HR/Myfiles/10_อาจารย์นายแพทย์สมศักดิ์เทียมเก่า.pdf)
7. Fonarow CG, Smith EE, Saver LJ, Reeves JM, and Deepak LB. Timeliness of TissueType Plasminogen Activator Therapy in Acute Ischemic Stroke: Patient Characteristics, Hospital Factors, and Outcomes Associated With Door to Needle Times Within 60 Minutes. Circulation 2011; 123: 750-758.
8. ยงชัย นิละนนท์, สามานันท์ นิธินันท์, นิจศรี ชาญณรงค์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล. การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทย โดยการศึกษาแบบสหสถาบัน [online]; 2552: แหล่งข้อมูล : URL: [http://www.damus.in.th/damus/files/83\\_20120728100407\\_TSR%20final%20report.pdf](http://www.damus.in.th/damus/files/83_20120728100407_TSR%20final%20report.pdf)
9. พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ. การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ (Thammasat Stroke Network). กรุงเทพฯ: วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2558 ; 14: 14-22.
10. พัชรภรณ์ สมหาญวงศ์, วรินทร์ บินโฮเซ็น, น้ำอ้อย ภัคติวงศ์. สถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนลขอนแก่น : วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555 ; 30 (2).
11. อนุชิต นิยมปัทมะ, พงศธร บุญมาธรรม, ธเนศ โพธิ์ไคร, ธงชัย คนคล่อง. ผู้ป่วย Acute Stroke ที่มารับ บริการ ณ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา [online] ; แหล่งที่มา : URL : <http://connect.niems.go.th/files/basic/anonymouse/api/libray/f27afb61-d045.../media>
12. พันธุ์ญา ชันติจิตร และคณะ. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัด อุบลราชธานี. นนทบุรี : วารสารวิจัยสาธารณสุข 2559; 10 (3).
13. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. กรุงเทพฯ: วารสารสมาคมโรค หลอดเลือดสมองไทย 2558 ; 14 : 3-13.



14. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม. นนทบุรี : สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวท.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health policy Program) ; 2557.



## การเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรคงูสวัดด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

The comparison pain between before and after Herpes treatment Zoster by folk  
healer wisdom Tambon Bangu Yangsrisurat District, Mahasarakham province

สุภาพร ปัญญาวงษ์\*  
Supaporn Panyawong\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรคงูสวัดด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้เข้ารับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน ต.บ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2557 ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 11 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินผลการรักษาโรคงูสวัด แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบประเมินความเจ็บปวด (VAS) แบบการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงปริมาณ ร้อยละ

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง 7 ราย (ร้อยละ 63.60) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 7 ราย (63.64) รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 21- 40 ปี 2 ราย (ร้อยละ 18.18) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด 8 ราย (ร้อยละ 72.70) ส่วนใหญ่ธาตุไฟ ร้อยละ 36.4 รองลงมาธาตุลม ร้อยละ 27.3 ธาตุดิน ร้อยละ 18.2 และธาตุน้ำ ร้อยละ 18.2 ห่วงเวลาการป่วย พบว่า อยู่ในช่วงเหมันตฤดู ร้อยละ 72.7 วัสสันตฤดู ร้อยละ 27.3 อยู่ในวัยปัจฉิมวัย ร้อยละ 90.9 วัยมัชฌิมวัย ร้อยละ 9.1 พบว่า ภายหลังจากการรักษาด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอีสานมีอาการปวดลดลงกว่าก่อนการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ การรักษาโรคงูสวัดด้วยวิธีพื้นบ้านอีสานสามารถลดอาการปวดได้ ดังนั้นควรถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลังเนื่องจากการมุ่งเน้นรักษาโรคทั้งทางกายและทางด้านจิตใจ เพื่อเป็นทางเลือกบริการสำหรับประชาชนต่อไป

**คำสำคัญ :** อาการปวด, โรคงูสวัด, วิธีหมอพื้นบ้านอีสาน

\* แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

## ABSTRACT

This descriptive research aims to study comparison pain between before and after to treat Herpes Zoster by folk healer wisdom Tambon Bangu Yangsrisurat District, Mahasarakham province. Population and sample selection sampling was treated by traditional healers connection during the months from May to December 2557, a feature based on the criteria entered (Inclusion criteria) of 11 persons. Collect data by qualitative and quantitative include an evaluation by assessment of pain (VAS) and collected observation data. Data analysis qualitative data analysis data analysis by analyzing the content analysis quantitative data analysis is percentage

The result show that the samples found that most female 63.60% males 36.40% Age greater than 60 years in 7 cases (63.64%), age 21-40 years 2 case (18.18%), The occupation are farmers most cases 8 cases (72.70%), The most fire cause element 36.4%, followed by wind 27.3% rare earth 18.2% and water 18.2% Cause by winter werther 72.7 and short-Season percentage. In old age person average 90.90%, middle-age person 9.1%. In addition, the effect of Herpes Zosters found that, after Herpes Zoster treatment. Is more decreasing than before Herpes Zoster treatment.

**Keywords :** comparison pain ,folk healer, Knowledge, Herpes Zoster

### บทนำ

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของชุมชนเป็นการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปพร้อมกัน วิธีการสืบทอดภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านยังมีความจำเป็นโดยเฉพาะกับคนในระดับรากหญ้า คนกลุ่มนี้ยังคงเชื่อและศรัทธาระบบรักษาแบบดั้งเดิม เพื่อเป็นการสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์และสืบสานองค์ความรู้ทางวัฒนธรรม กระบวนการสืบทอดภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน แต่เนื่องจากชุมชนได้รับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาใช้ในการรักษาโรคอย่างเต็มรูปแบบโดยการออกกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะทำให้ประชาชนเลือกใช้บริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นจำนวนมากทำให้บทบาทการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านในชุมชนน้อยลงประชาชนให้ความสนใจลดลงแต่การแพทย์แผนปัจจุบันมิได้เป็นวิถีทางเดียวในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ในระยะหลังจึงมีคนไทยจำนวนไม่น้อยที่ดูแลสุขภาพแบบอื่นนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ดนตรีบำบัด ธาราบำบัด และการรักษาแบบแพทย์พื้นบ้าน ชุมชนสามารถเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณหรือแบบพื้นบ้านซึ่งเป็น

ภูมิปัญญาของท้องถิ่นที่ใช้ดูแลสุขภาพที่สำคัญอีกศาสตร์หนึ่งหรือเลือกใช้การรักษาทั้ง 2 ศาสตร์ควบคู่กันไป โดยมีเหตุผลคือสะดวก ประหยัดและได้ผล อีกทั้งยังสอดคล้องกับวัฒนธรรมและประเพณีและผู้ป่วยสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้รูปแบบวิธีการรักษาโรคได้ด้วย แม้การแพทย์พื้นบ้านจะได้เป็นที่นิยมเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ก็ยังมีได้สูญหายไปจากสังคมไทย โดยมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทตลอดมา เพราะความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับชาวบ้าน เป็นความผูกพันกันด้วยความเชื่อในจิตสำนึกและความศรัทธาที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษจากเหตุผลดังกล่าวทำให้หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทต่อสุขภาพของประชาชนมาจนถึงปัจจุบัน<sup>1</sup>

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกหมอพื้นบ้านในเขตอำเภอยางสีสุราชในแต่ละกลุ่มทั้ง 7 กลุ่ม เพื่อพบปะในเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในอำเภอยางสีสุราช จำนวน 60 คน ในปี 2556 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะหมอพื้นบ้านที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากบรรพบุรุษและครูบาอาจารย์ที่มีประสบการณ์การรักษามากกว่า 20 ปีขึ้นไป จากการประชุมคัดเลือกหมอพื้นบ้านเพื่อรับไปรับรองหมอพื้นบ้านของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและรับรองจากสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อำเภอขามศรีสุราช ได้รับจำนวน 15 ราย หมอสงวน เขียวอุตสา เป็นหมอพื้นบ้านอีกคนที่ได้รับการคัดเลือกในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งประวัติ หมอสงวนนั้น ได้เริ่มเรียนรู้การเป็นหมอพื้นบ้านเมื่ออายุประมาณ 67 ปี โดยเริ่มแรกพ่อของหมอสงวน (นายสา เขียวอุตสา) เป็นหมอพื้นบ้านในการรักษาโรค แต่เป็นการรักษาด้วยการเป่าโรคซางในเด็ก (พ่อหมอให้ข้อมูลว่า เป่าเด็กน้อยหัวแตกเข็บ และเป็นหมอพื้นบ้านที่เฝ้ารู้เรื่องนี้จึงได้เดินทางไปหา “หลวงปู่มี กันตลีโล” วัดป่าสันติธรรม (ดงส้มป่อย) ตำบลเวงดง อำเภอขามศรีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพระวัดป่าสายวิปัสสนากัมมัฏฐานและเป็นพระเกจิอาจารย์ชื่อดังแห่งเมืองมหาสารคาม มีเมตตาธรรมสูงมักน้อย ถือสันโดษ มีพลังจิตที่เข้มแข็งอาคมที่แก่กล้า นามของท่านจึงขจรขยายไปทั่ว

พ่อหมอได้ไปขอเป็นลูกศิษย์ท่านหลวงปู่มีจึงถามว่า “เอาไป แล้วรักษาได้ไหม ถ้ารักษาไม่ได้ พี่นุ (เข่าวพ่หมั่น)” หมอสงวน เขียวอุตสา จึงตอบว่า “ได้” หลวงปู่มีจึงให้ศึกษาเล่าเรียนซึ่งไม่เพียงเฉพาะโรคสุสวัดเท่านั้น แต่ยังมีอีกหลาย ๆ โรคที่หลวงปู่ได้สอน เช่น เป่าลูกเพชร (บาดทะยัก) หัวเบื้อยและพ่อหมอสงวน เขียวอุตสา ยังได้ศึกษาเล่าเรียนการเป่ารักษาฝีจากพ่อทองคำ (จ๋านามสกุลไม่ได้) จากอำเภอประโคนชัยในช่วงที่ไปทำงาน ต่อมาหมอสงวนจึงเรียนวิชาการรักษาโรคจากพ่อหมอและเป็นหมอพื้นบ้านที่ในเขตตำบลบ้านกู่ ตำบลดงเมือง อำเภอขามศรีสุราช และหมู่บ้านใกล้เคียงของอำเภอนาดูน ให้การยอมรับความสามารถในการรักษาโรคสุสวัด เช่น ผู้ที่เข้าร่วมในการคัดเลือกหมอพื้นบ้านในเขตตำบลบ้านกู่และตำบลดงเมืองต่างยอมรับในการให้การรักษา “สุสวัด”<sup>2</sup> รวมทั้งจากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยยังคงเคยพบบ้าง นางแจ้ ปัญญาวัชรไปรับการรักษามาแล้วจึงยอมรับความรู้ความสามารถของหมอสงวน ซึ่งผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าเหตุใดจึงมารับการรักษากับหมอสงวน ผู้ป่วยและประชาชนที่อยู่แถวละแวกนั้นกล่าวว่า “เป็นการรักษาที่สะดวกสบาย อยู่ใกล้ไม่ต้องเสียค่าน้ำมันรถ ที่สำคัญคือหายเหมือนกัน” ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลการรักษาโรคสุสวัดด้วยวิถีพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ เพื่อนำผลที่ได้สู่การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านอื่นๆ ให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาและเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรคสุสวัดด้วยวิถีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่

## นิยามศัพท์เฉพาะ

หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทและมีความชำนาญในการรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งได้รับการยอมรับจากชุมชนโดยอาศัยความรู้ในการรักษาจากการสืบทอดจากครูบาอาจารย์หรือบรรพบุรุษและจากการสั่งสมประสบการณ์<sup>3</sup>

โรคสุสวัด หมายถึง โรคติดเชื้อไวรัสที่บริเวณผิวหนังชนิดหนึ่ง ทำให้มีผื่นตุ่มขึ้นเป็นแนวยาว ๆ เช่น บริเวณชายโครง หรือบั้นเอว ทำให้ดูคล้ายถูกงูกัดหรือต่อย (แผลงต่อมาเป็นงูสวัด) โรคนี้มักไม่มีอันตรายร้ายแรง และหายได้เองเป็นส่วนใหญ่ แต่บางรายหลังแผลหายแล้วอาจมีอาการปวดประสาทนานเป็นแรมปี หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงตามมาได้ชื่อภาษาไทยงูสวัด ชื่อภาษาอังกฤษ Herpes Varicella Zoster<sup>4</sup>

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ระยะเวลาทำการศึกษา เดือนพฤษภาคม 2557- ธันวาคม 2557

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เข้ารับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน คือ หมอสงวน เขียวอุตสา อำเภอขามศรีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2557

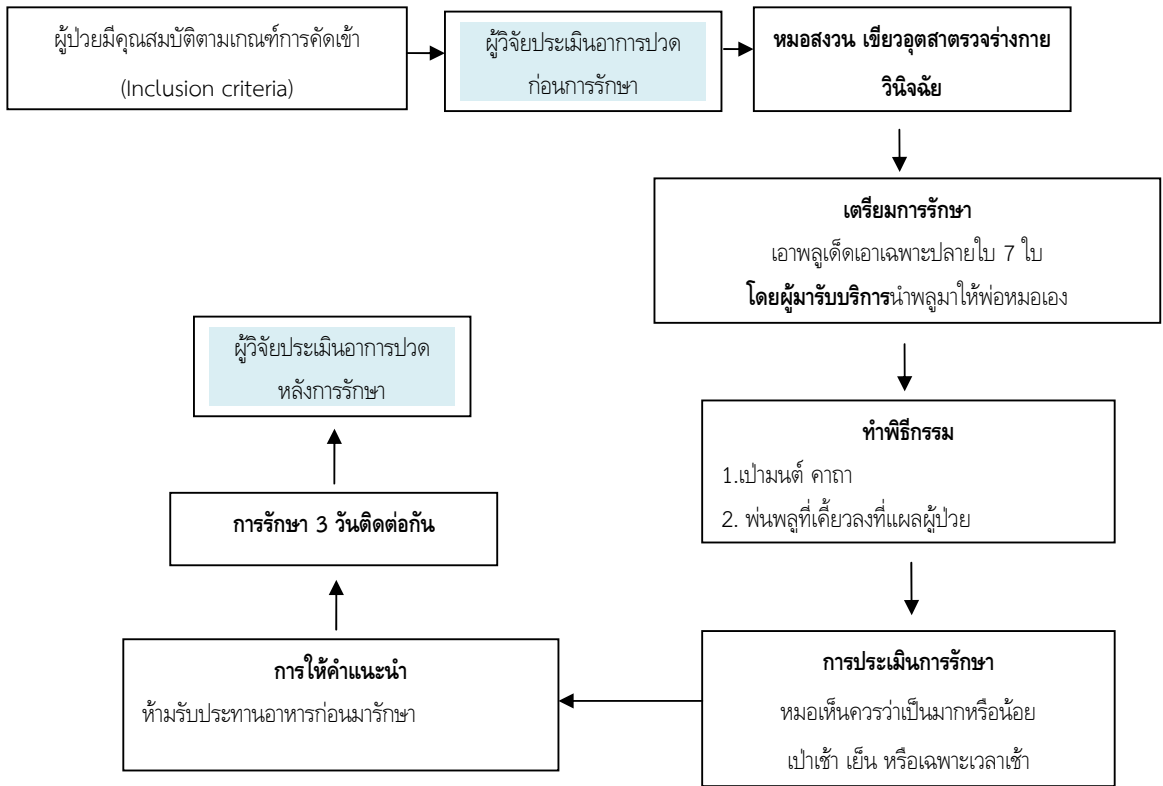
กลุ่มตัวอย่าง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยสุสวัดที่เข้ารับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน (หมอสงวน เขียวอุตสา) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยเป็นโรคสุสวัดไม่เกิน 3 วัน มีความยินดีที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา และผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตัวเอง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรงมีไข้สูง มีอาการแทรกซ้อน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน 3) ผู้ป่วยบุคคลที่เป็นงูสวัดที่อันตราย เช่น เยื่อぶตา ผิวหนังอ่อน 4) ผู้ป่วยบุคคล

ที่เป็นญาติผู้หนึ่งที่เป็นบริเวณอวัยวะเพศ และ5) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตัวเองซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 11 คน

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการศึกษาวิจัยจาก รพ. ยางสีสุราช และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

หลังจากนั้นประชุมชี้แจงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ คือ รพ.สต. โนนรัง ต.บ้านกู่ และพ่อหมอสงวน เขียวอุตุสา เพื่อสร้างความเข้าใจในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ให้แจ้งผู้วิจัยกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หมอนพื้นบ้านซึ่งผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินความเจ็บปวดก่อน - หลัง การได้รับการรักษาจากหมอนพื้นบ้านซึ่งในการรักษาแต่ละรายมีขั้นตอนดังนี้



รูปที่ 1 แผนผังขั้นตอนการรักษา

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>5,7</sup> ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินผลการรักษาสูงสุด ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลของผู้มารับบริการ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวดก่อน-หลังการรักษาโรคงูสวัด ซึ่งเป็นแบบ numeric rating scale โดยวิธีการประเมิน ผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกระดับความรุนแรงของอาการปวดว่ามีอาการปวดอยู่ในระดับใดระหว่าง 0-10

2. แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับอาการปวดและอาการอื่นๆ

3. แบบสังเกต เกี่ยวกับลักษณะสีหน้าท่าทางผู้ป่วย ลักษณะของตุ่ม/แผล การยุบของตุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานวิทยาเขตสกลนคร 2 ท่าน ภาสกรจากสำนักงานสาธารณสุข 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานวิจัยจาก รพ.ยางสีสุราช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) ที่พื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ก่อนนำไปใช้จริงแล้วนำข้อมูลมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มิวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการรักษาโรคงูสวัดด้วยวิถีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามี 11 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.60 เพศชาย 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.40 ส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป 7 ราย คิดเป็น 63.64 รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 41- 60 ปี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 อายุ 21 - 40 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.70 อาชีพพ่อบ้านและแม่บ้าน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.10 อาชีพข้าราชการ รัฐวิสาหกิจจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.10 และอาชีพอื่นๆ (นักเรียน) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.10 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.70 รองลงมาสถานภาพหม้าย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.20 และสถานภาพโสด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.60 รองลงมา มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.20 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 1 ราย คิดเป็น 9.10 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.10 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.30 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.30 และรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.10 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษาโรคหลอดเลือดด้วยวิธีหโม พื้นที่บ้านอิสาน ต.บ้านกู่ (n=11)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	7	63.60
ชาย	4	36.40
<b>อายุ</b>		
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	1	9.10
อายุ 21 - 40 ปี	1	9.10
อายุ 41 - 60 ปี	2	18.18
อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป	7	63.64
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	8	72.70
พ่อบ้านและแม่บ้าน	1	9.10
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	1	9.10
อาชีพอื่นๆ (นักเรียน)	1	9.10
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	7	63.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	9.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	9.10
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	18.20
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท	3	27.30
5,000 - 10,000 บาท	7	63.60
10,001 - 15,000 บาท	1	9.10

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษาโรคหลอดเลือดด้วยวิธีหโมพื้นที่บ้านอิสาน ต.บ้านกู่

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวนเดือนปีเกิดที่ดูด้วยแผนวงกลมของแพทย์หญิงเพ็ญนิภา ทรัพย์เจริญ<sup>5</sup> พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาตู่ไฟ 4 ราย (ร้อยละ 36.40) รองลงมา คือ ชาตุลุม 3 ราย (ร้อยละ 27.30) ชาตุดิน 2 ราย (ร้อยละ 18.20) ชาตู่หน้า 2 ราย (ร้อยละ 18.20) ด้านการเจ็บป่วยผู้มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงของหมันตฤดู (เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม ) 8 ราย (ร้อยละ 72.70) และช่วงวันสันทฤดู 3 ราย (ร้อยละ 27.30) อายุอยู่ในวัยปัจฉิมวัยมากที่สุด (อายุตั้งแต่ 32 - อายุชั้ย) 10 ราย (ร้อยละ

90.90) วัยมัชฉิมวัยจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 9.10) ช่วงเวลาที่มีอาการที่ทำให้เกิดโรคหรือกำเริบมากขึ้นส่วนมาก ตอนกลางคืนเวลา 02.00 น. - 06.00 น. 7 ราย ร้อยละ 63.60 รองลงมาตอนกลางคืนเวลา 22.00 น. - 02.00 น. 2 ราย ร้อยละ 18.20 และตอนกลางวันเวลา 06.00 น. - 10.00 น. 2 ราย ร้อยละ 18.20 เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 3 ราย ร้อยละ 27.30 และมีโรคประจำตัวด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3 ราย ร้อยละ 27.30 โรคเบาหวาน 3 ราย ร้อยละ 27.30 โรคภูมิแพ้ 1 ราย ร้อยละ 9.10 และโรคเอดส์ 1 ราย ร้อยละ 9.10 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ที่มาเข้ารับการรักษาทั้งหมด สงวน ภายใน 1 วัน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.80 ภายใน 2 วัน 1



ราย ร้อยละ 9.10 ภายใน 3 วัน 1 ราย ร้อยละ 9.10 ส่วนใหญ่มี  
วิธีการจัดการความปวดด้วยการลูบสัมผัส 5 ราย ร้อยละ 45.50  
วิธีการจัดการความปวดด้วยวิธีอื่นๆ 3 ราย ร้อยละ 27.30 ไม่มี  
การจัดการความปวด 3 ราย ร้อยละ 27.30 และไม่มีประวัติการ  
รักษาจากที่อื่นมารับการรักษาด้วยวิธีการของหมอสงวนอย่างเดียว  
จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษาโรค ภูสวัตต์ด้วยวิถีที่หมอพื้นบ้านอีสาน  
ต.บ้านกู่ (n=11)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ธาตุสมภูฐาน		
ธาตุดิน	2	18.20
ธาตุน้ำ	2	18.20
ธาตุลม	3	27.30
ธาตุไฟ	4	36.40
อุตุสมภูฐาน		
วสันตฤดู	3	27.30
เหมันตฤดู	8	72.70
อายุสมภูฐาน		
มัชฌิมวัย	1	9.10
ปัจฉิมวัย	10	90.90
กาลสมภูฐาน		
กาลกลางวัน (06.00 - 10.00 น.)	2	18.20
กาลกลางคืน (22.00 - 02.00 น.)	2	18.20
กาลกลางคืน (02.00 - 06.00 น.)	7	63.60
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	3	27.30
โรคเบาหวาน	3	27.30
โรคภูมิแพ้	1	9.10
โรคความดันโลหิตสูง	3	27.30
โรคเอดส์	1	9.10
การเกิดโรคภูสวัตต์ก่อนการรักษา		
1 วัน	9	81.80
2 วัน	1	9.10
3 วัน	1	9.10

**ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษา โรคอุสวัดด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอิสาน ต.บ้านกู่ (n=11)**

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
การจัดการความปวด		
ไม่เคย	3	27.30
การลอบลัสมัผัส	5	45.50
อื่นๆ	3	27.30
ประวัติการรักษา		
ไม่เคย	11	100
เคย	0	0.00

3. ข้อมูลลำดับอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของ ผู้รับบริการรักษาโรคอุสวัดด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอิสาน ต.บ้านกู่ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาจำนวน 11 ราย มีอาการดีขึ้นจากวันแรกที่เข้ารับการรักษาตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 ข้อมูลลำดับอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษาโรคอุสวัดด้วยวิธี หมอพื้นบ้านอิสาน ต.บ้านกู่ ซึ่งเป็นอาการของผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกของการรักษา (รักษาครั้งที่ 1) โดยรักษา 3 วันติดต่อกัน**

คนที่	เพศ	อายุ	บริเวณที่เป็น	อาการ			
				ก่อนมารักษา	รักษาครั้งที่1	รักษาครั้งที่2	รักษาครั้งที่3
1	ชาย	65	แผ่นหลัง ซ้าย	ตุ่มแดง ใส ปวดแสบปวดร้อน ครันเนื้อ ครันตัวนอนไม่ได้	ตุ่มสีคล้ำตามขอบ ปวดตามร่างกาย เมื่อย นอนได้	ตุ่มเริ่มยุบ มีปวดเล็ก น้อยนอนได้	ตุ่มเริ่มยุบ สีคล้ำ รุ้สึก เย็นไม่มีอาการปวดนอนได้
2	หญิง	18	บั้นเอวซ้าย	ตุ่มใส ครันเนื้อครันตัว เหมือนเป็นไข ปวดแสบปวดร้อน นอนได้	ตุ่ม ปวดเมื่อย ปวดบริเวณแผล นอนได้	ตุ่มเริ่มมีขอบดำ มีปวดเล็กน้อย นอนได้	ตุ่มเริ่มยุบ ตามขอบสีคล้ำ ปวดเล็กน้อย
3	หญิง	36	ชายโครง ด้านขวา	ตุ่มเพ็งผุด ปวดมาก	ตุ่มมากขึ้น กระจายแต่อาการ	ตุ่มเริ่มคล้ำ น้ำใสบริเวณยอด	ตุ่มเริ่มแห้งตามขอบ ปวดพอทน
				ทรมาณ นอนไม่หลับ หั้งคิน หงุดหงิด	ปวดแสบปวดร้อน น้อยลง นอนได้ บางครั้ง	ปวดแต่ไม่ปวดแสบ ปวดร้อน ทนได้ นอนได้มากขึ้น	ไม่หงุดหงิด นอนหลับ สนิทดี
4	หญิง	70	บริเวณขาหนีบ	ตุ่ม7-8 ตุ่ม ปวดมาก ปวดแสบ	ตุ่มใส อาการปวด แสบร้อน	ตุ่มเริ่มยุบ ปวดบ้าง บางครั้ง	ตุ่มแห้ง ปวดพอทน ถูกผ้าได้

**ตารางที่ 3 (ต่อ)** ข้อมูลลำดับอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีห่มผ้าในบ้านนิทาน ต.บ้านกู่

คนที่	เพศ	อายุ	บริเวณที่เป็น	อาการ			
				ก่อนมารักษา	รักษาครั้งที่1	รักษาครั้งที่2	รักษาครั้งที่3
				ปวดร้อน นอนไม่หลับ ทั้งคืน	ลดลง ปวดขึ้นมาก เบื่อบางครั้ง นอนได้	เป็นช่วง นอนได้	ไม่ปวด
5	ชาย	68	ใต้สะดือ	ตุ่มเดี่ยวบริเวณสะดือ ปวดแทงไปด้านหลัง เดินลำบาก นอนไม่ได้ หงุดหงิด	ตุ่มใส ยังปวดมาก แต่ไม่ปวดแสบ ปวดร้อน สามารถ นอนได้	ตุ่มเริ่มยุบ อาการ ปวดลดลงมาก นอนได้ ไม่หงุดหงิด	ตุ่มยุบ มีอาการปวด บางครั้ง นอนหลับสนิท
6	ชาย	67	หลังข้างขวา	ตุ่มใส ปวดแสบปวด ร้อน ปวดมาก จน หงุดหงิด นอนไม่หลับ	ตุ่มใส ยังปวดมาก แต่ไม่ปวดแสบ ปวดร้อน นอนหลับแต่ไม่หลับ สนิท	ตุ่มเริ่มคล้ำ ปวด เป็นช่วงๆทนได้ นอนได้	ตุ่มยุบ ปวด นานๆ ครั้ง นอนหลับดี
7	หญิง	76	แขนข้างซ้าย	ตุ่มใส ปวดทั่วบริเวณ แขนซ้ายตลอดเวลา หงุดหงิด หลับๆตื่นๆ	ตุ่มใส ปวดแขน ข้างซ้าย บริเวณ แผล ปวดบางเวลา นานๆครั้ง	ตุ่มยุบ สีคล้ำ ไม่ปวด สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ดี นอนหลับสนิท	ตุ่มเริ่มยุบ ไม่มีอาการ ปวดแสบปวดร้อน นอนได้
8	หญิง	62	เอวด้านซ้าย	มีตุ่มใส ปวดแสบปวด ร้อนบริเวณเอว หงุดหงิด ครั้นเนื้อ ครั้นตัว นอนไม่ได้	ตุ่มเริ่มคล้ำ ปวดแสบปวดร้อน น้อยลง นอนได้ บางครั้ง	ตุ่มเริ่มแห้ง มีความรู้สึกเย็น ไม่ปวด ไม่ร้อน นอนหลับสนิท	ตุ่มแห้ง ไม่ปวด ไม่แสบ ไม่ร้อน นอนหลับสนิทดี
9	หญิง	58	ชายโครงขวา	ตุ่มใส ปวดแสบปวด ร้อนบริเวณเอว หงุดหงิด อ่อนเพลีย หูอื้อ นอนไม่ได้	ตุ่มใส ยังปวดมาก แต่ไม่ปวดแสบ ปวดร้อน นอนหลับแต่ไม่หลับ สนิท ยังมีหูอื้อ	ตุ่มเริ่มคล้ำ ปวดน้อยลง ไม่หงุดหงิด นอนได้บางครั้ง	ตุ่มเริ่มแห้ง มีความรู้สึกเย็น ไม่ปวด ไม่ร้อน นอนหลับสนิท

**ตารางที่ 3 (ต่อ)** ข้อมูลลำดับอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการของผู้รับบริการรักษาโรคอุสวัดด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่

คนที่	เพศ	อายุ	บริเวณที่เป็น	อาการ			
				ก่อนมารักษา	รักษาครั้งที่1	รักษาครั้งที่2	รักษาครั้งที่3
10	หญิง	49	แผ่นหลัง	เป็นตุ่ม บริเวณหลัง ปวดแสบปวดร้อน เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด ไม่อยากพูดคุย นอนไม่ได้	ตุ่ม พอมองเห็น เหมือนหลบใน บริเวณหลัง ปวดแสบปวดร้อน แต่เหนื่อยอ่อนเพลีย หงุดหงิดนอนได้ แต่หลับไม่สนิท	ไม่มีตุ่ม อาการปวด แสบ ปวดร้อน น้อยลง นอนได้ดีขึ้น	ไม่มีตุ่ม ปวดน้อยลง ปวดบางเวลา พอทน นอนหลับได้มากขึ้น
11	ชาย	76	ชายโครงขวา	ตุ่มใส ปวดแสบปวด ร้อน ปวดมาก หูอื้อ ครั้นเนื้อครั้นตัว ปวด เหมือนมีดแทง หงุดหงิด นอนไม่หลับ	ตุ่มใส ยังปวดแสบ ปวดร้อนไม่มาก หู อื้อ นอนหลับแต่ ไม่หลับสนิท	ตุ่มเริ่มคล้ำๆ ปวด เป็นช่วง ๆ เย็นเป็นบางครั้งทน ได้ นอนได้	ตุ่มเริ่มยุบ ปวด นาน ๆ ครั้ง หูเริ่มไม่อื้อ นอนหลับดี

4. ผลการประเมินอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรค โรคนุสวัดมีอาการปวดลดลงกว่าก่อนการรักษาโรคอุสวัด คิดเป็น ร้อยละ 100

**ตารางที่ 4** ผลการประเมินอาการปวดก่อนและหลังการรักษาโรคอุสวัดด้วยวิธีหมอพื้นบ้านอีสาน ต.บ้านกู่ (n=11)

คนที่	ระดับความเจ็บปวดก่อนได้รับการรักษา	ระดับความเจ็บปวดหลังได้รับการรักษา
1	9	2
2	8	2
3	10	3
4	9	1
5	9	2
6	10	4
7	8	1
8	8	1
9	10	3
10	10	4
11	10	2

## วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบอาการปวดก่อน-หลังได้รับการรักษาโรคงูสวัดโดยหมอสงวน เขียวอุตสา บ้านโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีผู้ป่วยที่มารักษาโรคงูสวัดโดยการเป่ากับหมอสงวน เขียวอุตสา จำนวน 11 ราย โดยหลังการรักษาโรคงูสวัดผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงกว่าก่อนการรักษา คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับปรานี ศิริ (2553)<sup>6</sup> ที่ใช้การพ่นหมากรักษาโรคงูสวัดซึ่งพบว่า หลังการรักษาด้วยการพ่นหมากอาการเจ็บปวดลดลงและแผลแห้งยุบภายใน 3 วัน เมื่อติดตามผล 2 - 3 เดือนผู้ป่วยไม่พบอาการแทรกซ้อนเพิ่มและไม่มีอาการเจ็บปวดอีก ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 100 และสอดคล้องกับผลการรักษาของพรรณิสา มาศิริ และคณิตา มิลานนท์ (2553)<sup>7</sup> ที่ทำการศึกษาการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคงูสวัดของหมอสมุนไพรรักษาที่บ้าน : กรณีศึกษาหมอเปลื้อง เชื้อนก่องแก้ว บ้านถ่อน ต.สว่าง อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับรักษา 10 ราย มีอาการทุเลาลงและหายขาด โดยการรักษาของหมอเปลื้องนั้น นอกจากจะรักษาทางกายยังมุ่งเน้นการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะและสมดุล เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการเป่าโรคงูสวัดนั้นมีความเชื่อกันมาแต่โบราณว่าสามารถรักษาโรคงูสวัดให้หายได้โดยใช้เวลานั้น การรักษาของหมอเป่ามีทั้งการเสก เป่าคาถา ใส่สมุนไพรรักษาใช้น้ำมันทา อบ นวด พ่น และเป่าเวทย์มนต์ใส่ตั๋ยหรือฝ้ายแล้วนำไปผูกข้อมือ แขนงคอกเพื่อรักษาโรคงูสวัด แล้วส่วนผิวหนังที่เป็นพิษจะค่อย ๆ ลดลงและหายในที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของจตุรนต์ บุรวาณิช และคณะ (2553)<sup>8</sup>

จากผลการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำผลวิจัยไปใช้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของหมอพื้นบ้านวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคงูสวัดโดยหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันที่เห็นคนในชุมชนเกิดการยอมรับหมอพื้นบ้านในปัจจุบัน คือ บทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนโดยหมอพื้นบ้านหมอสงวน เขียวอุตสา มีหลักการขั้นตอนการรักษาตามโรคที่เป็นของผู้ป่วย หมอสงวนไม่เพียงแต่มุ่งเน้นรักษาโรคทางกายอย่างเดียวหากรักษาทางด้านจิตใจด้วย และผู้ป่วยยังต้องการการรักษาแบบ

การแพทย์พื้นบ้านเนื่องชุมชนยังมีความเชื่อว่าเป็นโรคงูสวัด การเป่าดีกว่าการไปรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนหมอพื้นบ้านเองก็มีความถนัดมีประสบการณ์ในการรักษา

ด้านสภาพปัญหาและอุปสรรคในการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการเป่าบางรายมาเป่าไม่ครบตามกำหนดของหมอและหลังได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้านแล้วเมื่อหายไม่กลับมาปลงกายหรือยกครูให้กับหมอจึงมีผลเสียต่อหมอหมอ รวมถึงฤดูหนาวมีผลต่อการเจ็บป่วยโรคงูสวัดโดยทำให้มีการเจ็บป่วยระยะเวลานาน

## ข้อเสนอแนะ

1. ในการรักษาผู้ป่วยงูสวัดด้วยวิธีพื้นบ้านในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 3 วัน ซึ่งผู้ป่วยบางรายนั้นป่วยมาแล้วหลายวันจะต้องได้รับการรักษาเป็นสัปดาห์จึงจะหาย ดังนั้นจึงทำให้นักวิจัยนี้ควรศึกษาผลการรักษาเพิ่มเป็น 1 สัปดาห์และดูผลสัมฤทธิ์จะทำให้อาการปวดลดลงเล็กน้อย

2. ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้ทำวิจัยไม่สามารถได้จำนวนของผู้เข้าร่วมวิจัยครบเพราะเป็นเรื่องของโรคควรศึกษาหมอพื้นบ้านที่รักษาโรคงูสวัดทั้งอำเภอมีกี่คนแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้การรักษาและผู้มารับการรักษาโรคงูสวัดทั้งปีกับหมอพื้นบ้านทั้งอำเภอเพื่อเปรียบเทียบการรักษาของหมอแต่ละรายและเปรียบเทียบผลของการรักษากับแผนปัจจุบัน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ชัยวุฒิ จันดีกระยอม ผู้อำนวยการรพ.ยางสีสุราช ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณกาญจนา จันทะนุญ ผู้ประสานงานและพี่เลี้ยงนักวิจัยอำเภอยางสีสุราช ที่คอยให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากร รพ.สต.บ้านโนนรัง ที่ช่วยประสานงานในพื้นที่และขอขอบคุณ หมอหมอสงวน เขียวอุตสา หมอพื้นบ้านผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคงูสวัดที่ได้นำภูมิปัญญาอีสานมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและขอบคุณผู้รับบริการรักษาโรคงูสวัดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนุช ยอดสมสวย และสุพิมพ์ วงษ์ทองแท้. การศึกษา ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านใน อำเภอองครักษ์ จังหวัด นครนายก. คณะสหเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
2. รักษา แสงผา. ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านกรณีศึกษาหมอสมชาย มัดขีมา. คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมนคลอีสาน; 2553.
3. ประเวศ วะสี. การสร้างสรรค์ภูมิปัญญาไทยเพื่อการพัฒนา. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเนื่องในการจัดงาน มหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้าน: พิษณุโลก : โรงพิมพ์ธรรมจักร การพิมพ์ ; 2530.
4. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรค 250 โรค และการดูแลรักษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เอสเอ็น; 2531.
5. เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. ประมวลทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เล่มที่ 1 พระคัมภีร์สมุฏฐาน วินิจฉัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2537.
6. ปราณีย์ ศิริ. การพ่นหมากรักษาโรคจูสวัด. โรงพยาบาลยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ; 2553.
7. พรรณิสมา มาศรี และ คณิตา มิถานนท์. การใช้สมุนไพรในการ รักษาโรคจูสวัดของหมอสมนไพรพื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมอ เปลื้องเขื่อนกองแก้ว บ้านถ่อน ตำบลสว่าง อำเภอพรหมนา นิคม จังหวัดสกลนคร. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, คณะ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2553.
8. จาตุรนต์ บุรวัฒน์ และคณะ. การรักษาโรคจูสวัดด้วยหมอ เป่า ในตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2553.

## การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบุญงานศพปลอดเหล้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

### Development of Community Participation Model To conduct a funeral without alcohol Of Dong Bang SubDistrict, Na Dun District, Mahasarakham Province.

ปรีชา ยะธา<sup>1</sup> และยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ<sup>2</sup>

Preecha Yatha<sup>1</sup> and Yutthasart Kaewwiset<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบการดำเนินงานบุญงานศพปลอดเหล้า โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย เจ้าภาพผู้จัดงานบุญ งานศพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอ นาดูน จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2557 - 2558 จำนวน 51 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์แบบมีส่วนร่วม การประชุมด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) และการใช้แบบสัมภาษณ์ ของเครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดมหาสารคาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การพัฒนาแบบการจัด งานบุญ งานศพปลอดเหล้ามีกิจกรรมสำคัญ คือ การระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดรูปแบบขั้นตอนการดำเนินงาน แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดมาตรการชุมชน และการประเมินผล โดยรูปแบบการจัดงานของตำบลดงบัง คือ เจ้าภาพต้อง ไม่จัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทแก่ผู้มาร่วมงานในช่วงวันงานนั้น ๆ ผลการศึกษา พบว่า เจ้าภาพมีความตั้งใจที่จะจัดงานปลอดเหล้ามากขึ้น ทำให้ความครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้นด้วย ค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ในปี พ.ศ. 2557 เฉลี่ย 8,883.33 บาทต่องาน ปี พ.ศ. 2558 เฉลี่ย 3,253.85 บาทต่องาน โดยบางงานไม่มีค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับงาน ผ่านทางแกนนำชุมชนและทางป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน การจัดงานปลอดเหล้าจะช่วยป้องกันการทะเลาะวิวาท ช่วยลด ค่าใช้จ่าย และจะทำให้ได้บุญกุศลมากกว่าแต่ยังไม่แน่ใจว่าเจ้าภาพจะถูกนิรโทษหรือไม่ ความพึงพอใจของชุมชน พบว่า พึงพอใจต่อ นโยบายและการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐ สิ่งที่จะต้องพัฒนาต่อไป คือ การขยายความครอบคลุมให้เป็นงานปลอดเหล้าตลอดทั้ง งาน ครอบคลุมงานบุญประเพณีทุกประเภท และสร้างเครือข่ายบุคคล ชุมชนปลอดเหล้าเพื่อการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะยาว

**คำสำคัญ :** รูปแบบการดำเนินงานบุญงานศพปลอดเหล้าโดยการมีส่วนร่วม

<sup>1</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

<sup>2</sup> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

## ABSTRACT

The purpose of this research were development of community participation model to conduct a funeral without alcohol. The participants in this study were Relatives of the deceased, community leaders, village health volunteers, teachers, sub-district administration officials and district health promotion officers total of 51 people. The study area is Dong Bang District, Na Dun District, Mahasarakham Province. And duration of study from 2014 to 2015. The research instruments comprised Interview about funeral arrangements, focus group discussion, In-depth interview, observing participation and appreciation influence control. Data were analyzed using descriptive statistics. And qualitative analysis using content analysis. The results in this study revealed that: Relatives of the deceased to cooperate in organizing funerals, more without alcohol By the year 2014, the average cost of alcoholic beverage decreased by 8,883.33 baht per time. And in 2015, the cost of alcohol can be reduced by an average of 3,253.85 baht per time. The funeral will sometimes cost no alcohol at all. The information about the alcohol-free funeral and mostly community leaders will publicize and publicity banners. Also, having a funeral without alcohol will help to prevent controversy. Reduce costs. And will make more merit. In terms of satisfaction with alcohol-free funeral arrangements, the public satisfaction was high. The next thing to do is to make all kinds of traditional favors without alcohol and networking in the community.

**Keywords :** Development Alcohol free funeral Participation.

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดประเภทหนึ่งซึ่งออกฤทธิ์ทำลายจิตประสาท ผลของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่ไม่มาก จะมีผลขัดขวางการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง มีผลให้ระบบประสาททำงานได้ไม่ดี สติลดน้อยลง และเมื่อดื่มมากขึ้น ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เพิ่มมากขึ้นจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นผลให้การทำงานของระบบประสาทเสียสภาพไปจนทำให้เริ่มมีอาการมึนเมา ไม่สามารถทรงตัวได้ ความจำเลอะเลือน ขาดความรับผิดชอบชั่วดี ขาดสมาธิ ขาดความยับยั้งชั่งใจ การมองเห็นภาพไม่ชัดเจน และมีปฏิกิริยาตอบสนองช้าลงและบางคนมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ก้าวร้าว ปัญหาที่ตามมาส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้อื่น เช่น อุบัติเหตุ การจลาจล การเกิดไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำตาย การพลัดตกจากที่สูง การคลุ้มคลั่ง การฆ่าตัวตาย ปัญหายาเสพติดที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา ปัญหาการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพราะขาดการป้องกัน สาเหตุจากการดื่มสุราจนเป็น

ปัญหาสังคม เช่น การหย่าร้าง ปัญหาครอบครัวแตกแยก การทะเลาะวิวาท การขาดงานบ่อยทำให้ต้องตกงาน ว่างงาน จนก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม ปล้น ฆาตกรรม ทำร้ายร่างกาย กลายเป็นปัญหาเศรษฐกิจของประเทศเพราะต้องสูญเสียงบประมาณสูง เพื่อการใช้จ่ายในด้านการแพทย์ การป้องกันและการแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่เกิดขึ้น ข้อมูลค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐ จากอาชญากรรมและความรุนแรงในประเทศไทย พบว่า ภาวะโรคจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 3 รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการบริโภคยาสูบ ความเสียหายทางเศรษฐกิจเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรประมาณไว้ในระดับร้อยละ 2 - 3 ของรายได้ประชาชาติ หรือราวหนึ่งแสนล้านบาทต่อปี รวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดไม่ต่ำกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี ครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำ จะมีแนวโน้มการเกิดความรุนแรงในครอบครัวและบุคคลอื่น ครอบครัวที่มีการดื่มเครื่องดื่มมีแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าในครอบครัวทั่วไปผลการวิจัยยัง พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวที่มีผู้ดื่มสุราถึง 100 - 300 บาท ซึ่งเมื่อ



พิจารณาจากจำนวนผู้ดื่มขึ้นต่ำประมาณ 13 ล้านคน และในอัตราความถี่ของการดื่มประมาณสัปดาห์ละครั้งคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 4.68 หมื่นล้านบาท นอกจากนี้ปัญหาการหย่าร้างและเปลี่ยนงานในผู้ติดสุรามีแนวโน้มสูงขึ้นเกินครึ่งหนึ่งของผู้ติดสุรา<sup>1</sup> จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีการทำการสำรวจประชากรไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เพศชายมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.0 ในขณะที่เพศหญิงดื่ม ร้อยละ 8.8 และจากรายงานโครงการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในปี 2551-2552 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.5 ส่วนเพศหญิงดื่ม ร้อยละ 26.1 ถ้านำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจไว้เมื่อ พ.ศ. 2550 จะพบว่า ในระยะเวลาเพียง 2 ปี ประชากรไทยมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในเพศหญิงที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมาก เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มประชาชนเพศหญิง ในช่วงอายุ 20-24 ปี พบว่า เพศหญิงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ช่วงอายุ 15-19 ปี ซึ่งร้อยละของจำนวนวัยรุ่นเพศหญิงที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ ร้อยละ 2.37 และมีการเพิ่มจำนวนการดื่มของเพศหญิงมากขึ้นในช่วงวัย 20-24 ปี ในจำนวน ร้อยละ 8.49 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทั่วโลกพบว่า คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 5 ของโลกรองจาก โปรตุเกส สาธารณรัฐไอซ์แลนด์ บาฮามาส์ และ สาธารณรัฐเชค ตามลำดับ และเป็นอันดับ 1 ของเอเชีย<sup>2</sup>

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเข้าถึงกลุ่มคนทุกกลุ่มและทุกสังคม โดยถือเป็นพฤติกรรมหนึ่งทางสังคมที่มีความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่ผสมผสานกันอย่างเหนียวแน่น โดยเฉพาะวัฒนธรรมประเพณีของไทยนั้นเปิดโอกาสให้แก่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เช่น เทศกาลสงกรานต์ ปีใหม่ งานแต่งงาน ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานทอดกฐิน งานสังสรรค์ งานศพ หรือแม้แต่งานประเพณีสำคัญของชุมชน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้อให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กันมากขึ้นในการจัดงานบุญต่างๆ หรืองานศพ หากเจ้าภาพเตรียมสุราไว้ไม่พอกับความต้องการของแขกจะถือว่าเป็นการ “เสียหน้า” ส่วนใหญ่แล้วในงานหนึ่งๆ เจ้าภาพจะเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องดื่มประมาณ 1

ใน 3 ของรายจ่ายทั้งหมดส่งผลให้มีการใช้จ่ายเงินเกินกำลังตนเอง บางครั้งต้องกู้เงินมาเพื่อที่จะเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดงานเหล่านี้อีกด้วย<sup>3</sup>

การแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จะได้ผลดีต้องมีการปรับพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน โดยการผสมผสานการดูแลสุขภาพและค่านิยมทางสังคม โดยทีมสุขภาพและเครือข่ายชุมชน พื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนภายใต้โครงการงานบุญงานศพปลอดเหล้า โดยดำเนินการครอบคลุมทั้งตำบล รวมพื้นที่ 9 หมู่บ้าน เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2557 จนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีผลประโยชน์ร่วมเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

## วิธีการศึกษา

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบุญ งานศพ ในพื้นที่ตำบลดงบัง จำนวน 51 คน ได้แก่ เจ้าภาพจัดงานบุญ งานศพ จำนวน 25 คน กลุ่มผู้นำชุมชน (กำนันผู้ใหญ่บ้าน) หมู่บ้านละ 1 คน รวม 9 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวม 9 คน ตัวแทนหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลดงบัง ประกอบด้วย โรงเรียนองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมู่บ้านละ 1 คน รวม 3 คน พระภิกษุสงฆ์ 2 รูป และผู้นำพิธีกรรมทางศาสนา จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่กันยายน 2557- ธันวาคม 2558

## รูปแบบการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีผลประโยชน์ร่วม (Stake Holder) เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนสำหรับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบุญงานศพปลอดเหล้า โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอ

นาคุณ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ขั้นการศึกษาบริบทพื้นที่ที่จะทำการศึกษาวิจัย คือ ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
2. ขั้นตอนการกำหนดปัญหา คือ การตีพิมพ์เรื่องตีพิมพ์เอกสารขอลิขิตในงานบุญประเพณีและงานศพ ซึ่งทำการสรุปคำถามหรือปัญหา โดยการอธิบายเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เกิดความเข้าใจร่วมกัน
3. ขั้นการวางแผนการวิจัย คือ จัดทำขั้นตอนการวิจัยให้ชัดเจน รวมทั้งระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอะไร อย่างไร และเมื่อใดบ้าง พร้อมทั้งแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย ส่วนผู้วิจัยจะเข้าร่วมปฏิบัติการวิจัย โดยติดตามผลการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอนและตรวจสอบผลของการดำเนินงานว่ามีสิ่งใดที่ผิดพลาดหรือไม่เป็นไปตามแผนเป้าหมายหรือมีสิ่งใดที่เกิดแทรกซ้อนขึ้นมาหรือไม่ โดยชุมชนนั้นจะเข้ามามีส่วนร่วมลงมือในการปฏิบัติงานวิจัยตามแผนและตรวจสอบผลว่าพึงพอใจหรือไม่
4. ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างกรวิจัย ในขั้นนี้ผู้วิจัยและชุมชนที่มีส่วนร่วมทำการพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย
5. ขั้นการสรุปผลการวิจัย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะทำการสรุปผลการวิจัยและเรียบเรียง เป็นรายงานการวิจัยออกเผยแพร่ต่อสาธารณชนและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง (Stake Holders)

ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าภาพจัดงาน ผู้นำชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำพิธีกรรมทางศาสนา และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีประเด็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์การจัดงานบุญและงานศพปลอดเหล้าในตำบลดงบัง ได้ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การประชุมระดมสมองด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

เปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้แทนของกลุ่ม

องค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดรูปแบบการดำเนินการงานบุญและงานศพปลอดเหล้า ร่วมตัดสินใจว่าจะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับชุมชนอย่างไร และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการงานบุญและงานศพปลอดเหล้า

### การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation)

ทีมผู้วิจัยได้เข้าไปร่วมในกิจกรรมการดำเนินการงานบุญงานศพปลอดเหล้า ร่วมกับคณะกรรมการในระดับตำบล หมู่บ้าน ตั้งแต่การประชุมคณะกรรมการดำเนินงานการประชุมชี้แจงการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์งานบุญงานศพปลอดเหล้า การกำหนดมาตรการชุมชน การดำเนินการงานบุญและงานศพปลอดเหล้า และการวางแผนแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการดำเนินงาน

### แบบสอบถาม (Questionnaires)

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์การจัดงานบุญ งานศพ ของเครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดมหาสารคามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา) ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดงานซึ่งประกอบด้วย จำนวนวันที่จัดงาน ค่าใช้จ่ายในการจัดงาน และผลกระทบจากการจัดงาน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดงานบุญงานศพปลอดเหล้า ประกอบด้วย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดงาน แหล่งที่มาของข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม และความตั้งใจในการจัดงาน

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้า จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ “เห็นด้วย” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่เห็นด้วย”

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ “พอใจมาก” “พอใจปานกลาง” “พอใจน้อย” “ไม่พอใจ”

### ขั้นตอนการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ

การแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart<sup>4</sup>

1. การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย การสร้างเครื่องมือการวิจัย การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินการวิจัย และดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้

1.1 สํารวจข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง (Stake Holders) ที่มีบทบาทในการดำเนินการจัดงานบุญงานศพปลอดเหล้าในชุมชน เช่น เจ้าภาพจัดงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำพิธีกรรมทางศาสนา พระภิกษุสงฆ์และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง โรงเรียนชุมชนบ้านดงบัง โรงเรียนดงบังพิสัยวนารุสธณี

1.2 จัดประชุมด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อสรุปปัญหา สถานการณ์การดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้าในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดงานและการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง

1.3 ประชุมระดมสมองเพื่อวางรูปแบบการจัดการและวิธีการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้าของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นกระบวนการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้า โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และมีการเก็บข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

3. ขึ้นสังเกต (Observation) เป็นการเก็บข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้า การสอบถามประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง ความพึงพอใจในการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้า การได้ประโยชน์และผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้าในชุมชน

4. การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการจัดข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อถอดบทเรียน และสรุปผลการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ในชุมชน โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประชาชน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงาน และวางแผนในการแก้ไขการดำเนินงานต่อไป

## 5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมชี้แจง รายละเอียด และแนวทางการดำเนินการโครงการวิจัย แก่ผู้ร่วมวิจัย และผู้ประสานงาน

2. ประสานงานกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง โรงเรียนชุมชนบ้านดงบัง และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น กลุ่มเจ้าภาพจัดงาน ผู้นำพิธีกรรมทางศาสนา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมอุปกรณ์และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ : การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง และการประชุมระดมสมองด้วยกระบวนการ AIC

1) การสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูล ได้แก่ เจ้าภาพจัดงานบุญงานศพ จำนวน 25 คน กลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 9 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน ตัวแทนหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลดงบัง ประกอบด้วย โรงเรียนองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน่วยงานละ 1 คน รวม 3 คน พระภิกษุสงฆ์ 2 รูป และผู้นำพิธีกรรมทางศาสนา จำนวน 3 คน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าของชุมชน

2) การเก็บข้อมูลจากการประชุมระดมสมองด้วยกระบวนการ AIC ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูล ได้แก่

- ประชาชนตำบลดงบัง ที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง จำนวน 45 คน

- ผู้นำชุมชน และกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 27 คน

- เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง โรงเรียนชุมชนบ้านดงบัง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 10 คน

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 27 คน เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม ในการหาข้อสรุปของ ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงานงานศพปลอดเหล้า ในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้น และการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง และร่วมกันวางรูปแบบวิธีการดำเนินงาน วิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน แล้วสรุป และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุมเกี่ยวกับรูปแบบการ ดำเนินการงานศพปลอดเหล้าของชุมชน เพื่อใช้เป็น แนวทางในการดำเนินงานในระยะต่อไป

4. การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) โดยทีมวิจัยได้มีการเก็บข้อมูลและติดตามผลการ ดำเนินการงานศพปลอดเหล้าทุกงาน โดยเข้าไปร่วมกับ คณะกรรมการของชุมชน ตั้งแต่การเตรียมงาน การจัดงานและ หลังการจัดงาน พร้อมทั้งสังเกตวิธีการดำเนินการปัญหา อุปสรรค และการวางแผนแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการเจ้าภาพจัดงาน ในแต่ละครั้ง ซึ่งเมื่อสังเกตแล้วก็มีการซักถามและการจดบันทึก ข้อมูล (Note Taking) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ : โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเจ้าภาพจัดงานศพ จำนวน 25 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล บันทึกข้อมูลลงใน คอมพิวเตอร์ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จากแบบสอบถามต่างๆ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาเรียบเรียง และจัดกลุ่ม เพื่อสรุปรายละเอียดเนื้อหา ตามประเด็นต่างๆ ได้แก่ ปัญหาและ สถานการณ์การจัดงานศพปลอดเหล้าในชุมชน รูปแบบ การดำเนินงานของชุมชน สรุปผลการดำเนินงานปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการและการวางแผนแก้ไข้ปัญหา

### ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานงานศพปลอดเหล้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน กันยายน 2557- ธันวาคม 2558 ผลการศึกษาตามวิธีการดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart มีรายละเอียดดังนี้

#### ส่วนที่ 1 การวางแผน (planning)

1.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าภาพ จัดงานศพ งานศพ จำนวน 25 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 28.0 เพศหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 92.0 รองลงมา คือ ค่าขาย และรับราชการ ร้อยละ 4.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.0 และ อนุปริญญา ร้อยละ 4.0 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดงาน ร้อยละ 92.0 รองลงมา คือ เจ้าภาพร่วม ร้อยละ 8.0 โดยงานที่จัดขึ้นส่วนใหญ่เป็นงานศพ ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ งานอุทิศส่วนกุศลหาผู้ตาย ร้อยละ 32.0 งานบวช ร้อยละ 12.0 และงานบุญกฐิน ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

1.2 สถานการณ์ การจัดการงานศพ งานศพปลอดเหล้า ในชุมชน จากการประชุมด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การดำเนินงานงานศพปลอด เหล้าในตำบลดงบัง สามารถสรุปประเด็นสำคัญดังนี้

- สิ่งที่ชุมชนจะได้รับ หรือสูญเสีย ในการจัดงานศพ งานศพโดยไม่มีเหล้า สิ่งที่ชุมชนจะได้รับ

- 1) สามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดงานได้
- 2) จะทำให้เจ้าภาพและผู้มาร่วมงานได้บุญกุศล อย่างแท้จริง
- 3) ทำให้สุขภาพของประชาชนแข็งแรง
- 4) ทำให้เกิดความสามัคคีของคนในชุมชน
- 5) ช่วยลดอันตรายจากอุบัติเหตุจากรถของดื่มร่วม งานเนื่องจากการไม่ดื่ม
- 6) ช่วยลดและป้องกันปัญหาการทะเลาะวิวาท

7) เป็นการอนุรักษ์ประเพณีวัฒนธรรมที่ดีและเป็นแบบอย่างที่ดีกับชุมชน

- สิ่งที่ชุมชนอาจจะสูญเสีย

1) เจ้าภาพอาจจะถูกผู้มาร่วมงานนิทาในทางไม่ดี อาจถูกวิจารณ์ในทางเสียหาย

2) เจ้าภาพขาดความน่าเชื่อถือ

3) เพื่อนบ้านอาจมาช่วยงานน้อยลง

4) เงินร่วมทำบุญจากผู้มาร่วมงานอาจลดลง

- ถ้าชุมชนจะมีการจัดกิจกรรมงานบุญ งานศพปลอดเหล้าขึ้น บุคคลหรือหน่วยงานที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

1) กลุ่มเจ้าภาพจัดงาน

2) กลุ่มผู้นำชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน และแพทย์ประจำตำบล

3) คณะกรรมการหมู่บ้าน

4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5) หน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง โรงเรียนชุมชนบ้านดงบัง โรงเรียนดงบังพิสัยนวการนุสรณ์ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

6) กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำพิธีกรรมทางศาสนา

7) พระภิกษุสงฆ์

8) ประชาชนทั่วไป

- สาเหตุที่หมู่บ้าน ชุมชนของท่านสามารถจัดงานบุญงานศพปลอดเหล้าได้เพราะ

1) เพราะชุมชนเห็นความสำคัญ และเป็นข้อตกลงร่วมกันของชุมชน

2) เพราะชุมชนมีความสามัคคี

3) เพราะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหลายภาคส่วน และมีเครือข่ายชุมชนพร้อมให้การสนับสนุน

4) เจ้าภาพมีความสมัครใจที่จะทำเป็นงานปลอดเหล้า

5) เพราะเป็นการอนุรักษ์ประเพณีวัฒนธรรมที่ดีงาม

- มาตรการในการสนับสนุนให้เกิดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าในระดับตำบล

ตำบล

สำคัญ

อย่างสม่ำเสมอ

ชุมชน

ใช้อย่างชัดเจน

โครงการ

ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) ผู้นำทางศาสนา ผู้อาวุโสประจำหมู่บ้าน

4) พระภิกษุสงฆ์

5) หน่วยงานในชุมชน (องค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง โรงเรียนดงบังพิสัยนวการนุสรณ์ และโรงเรียนชุมชนบ้านดงบัง)

- ความคาดหวังของการเป็นหมู่บ้าน ตำบลต้นแบบในการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าของตำบลดงบัง

1) มีการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าครบทุกงานในพื้นที่ตำบลดงบัง

2) ประชาชนได้ประโยชน์จากการจัดงานบุญ

1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

2) มีการตั้งกฎ ข้อบังคับหรือมาตรการร่วมกันทั้ง

3) มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง

4) มีการสร้างจิตสำนึกแก่คนในชุมชนให้เห็นความ

5) มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงาน

- มาตรการชุมชน หมู่บ้านในการดำเนินงานบุญงานศพควรประกอบไปด้วย

1) มีการประชุมประชาคมเพื่อหามติร่วมกันทั้ง

2) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

3) กำหนดเป็นนโยบายของชุมชน มีการประกาศ

4) มีการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง

5) มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง เช่น หอกระจายข่าว การประชุมชาวบ้านป้ายประชาสัมพันธ์

6) มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

7) มีการเชิดชูเกียรติแก่บุคคล เจ้าภาพที่เข้าร่วม

- คณะกรรมการมีการจัดงานบุญ งานศพควรประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) ผู้นำทางศาสนา ผู้อาวุโสประจำหมู่บ้าน

4) พระภิกษุสงฆ์

5) หน่วยงานในชุมชน (องค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง โรงเรียนดงบังพิสัยนวการนุสรณ์ และโรงเรียนชุมชนบ้านดงบัง)

- ความคาดหวังของการเป็นหมู่บ้าน ตำบลต้นแบบในการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าของตำบลดงบัง

1) มีการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าครบทุกงานในพื้นที่ตำบลดงบัง

2) ประชาชนได้ประโยชน์จากการจัดงานบุญ

งานศพปลอดเหล้า เช่น ลดค่าใช้จ่ายในการจัดงาน ไม่มีการทะเลาะวิวาท ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเมาสุรา

- 3) เป็นการอนุรักษ์ประเพณีที่ดีงามของชุมชน
- 4) เจ้าภาพ ชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

1.3 รูปแบบการจัดการงานบุญ งานศพปลอดเหล้าในชุมชน จากการประชุมระดมสมองด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการงานบุญ งานศพปลอดเหล้าตำบลดงบัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อระดมความคิดเห็นในการวางแผนการดำเนินงาน โดยผลการประชุม สรุปได้ดังนี้

1.3.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ประกอบไปด้วยคณะกรรมการระดับตำบล มีหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินการงาน ประกาศมาตรการชุมชน สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ติดตามประเมินผล ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน ตัวแทนโรงเรียนในพื้นที่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล หัวหน้าส่วนสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน มีหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในหมู่บ้าน ได้แก่ การขอความร่วมมือกับเจ้าภาพจัดงาน การประชาสัมพันธ์งานบุญ งานศพปลอดเหล้า การสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดงาน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนทุกระดับ คณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลดงบังและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3.2 กำหนดขอบเขตของการดำเนินการงานบุญ งานศพปลอดเหล้า : กำหนดนิยามของการดำเนินการดังนี้

งานบุญ หมายถึง งานทำบุญ ซึ่งได้แก่ บุญกฐิน บุญอุทิศส่วนกุศลหาผู้ตาย และบุญบวชนาค ที่จัดขึ้นในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

งานศพ หมายถึง งานพิธีที่จัดขึ้นในโอกาสการเสียชีวิตของบุคคล ในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

งานบุญปลอดเหล้า หมายถึง งานทำบุญที่จัดขึ้นในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้แก่ บุญกฐิน บุญอุทิศส่วนกุศลหาผู้ตาย และบุญบวชนาค ซึ่งเจ้าภาพจัดงานไม่ได้จัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดแก่แขกที่มาร่วมงาน ในช่วงระยะเวลาวันจัดงาน

งานศพปลอดเหล้า หมายถึง งานพิธีที่จัดขึ้นในโอกาสการเสียชีวิตของบุคคล ในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเจ้าภาพจัดงานไม่ได้จัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดแก่แขกที่มาร่วมงาน ในช่วงระยะเวลาวันจัดงาน

### 1.3.3 กำหนดขั้นตอนการดำเนินการ

1) เจ้าภาพที่จะจัดงานบุญ งานศพในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัด มหาสารคาม แจ้งความประสงค์ในการจัดงานต่อคณะกรรมการในระดับหมู่บ้าน

2) คณะกรรมการประชาสัมพันธ์การจัดงาน ขอความร่วมมือชาวบ้านในการเข้าร่วม กิจกรรมงานบุญ งานศพ พร้อมปิดป้ายประชาสัมพันธ์งานบุญ งานศพปลอดเหล้าบริเวณสถานที่จัดงาน

3) เจ้าภาพและชาวบ้านการจัดงานตามลำดับขั้นตอนของงานแต่ละประเภท โดยแบ่งออก 3 ระยะดังนี้

ระยะเตรียมงาน เป็นขั้นตอนการจัดเตรียมงานสถานที่สำหรับจัดงานโรงครัวเพื่อประกอบอาหารเลี้ยงแขก โดยเจ้าภาพร่วมกับชาวบ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน จะช่วยกันในการเตรียมการซึ่งจะใช้เวลา ประมาณ 1-3 วัน ในระยะนี้เจ้าภาพจะจัดเลี้ยงอาหารหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้มาช่วยงานได้ตามสมควร

ระยะวันจัดงาน งานบุญเป็นช่วงเวลาประกอบพิธีตามลำดับขั้นตอนของงานบุญแต่ละประเภท ส่วนในงานศพเป็นช่วงเวลาตั้งแต่ตั้งศพสวดอภิธรรมที่บ้านเจ้าภาพ จนถึงเคลื่อนไปประกอบพิธีฌาปนกิจที่วัดหรือฌาปนสถาน ซึ่งตลอดระยะเวลานี้เจ้าภาพจะต้องไม่มีการจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดแก่ผู้มาร่วมงาน

ระยะหลังการจัดงาน เป็นช่วงที่ผ่านจากระยะวันงาน เจ้าภาพและชาวบ้านจะช่วยกันเก็บกวาดสถานที่ในการจัดงาน ซึ่งจะใช้เวลา ประมาณ 1 วัน ในระยะนี้เจ้าภาพจะจัดเลี้ยงอาหารหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้มาช่วยงานได้ตามสมควร

4) คณะกรรมการในระดับหมู่บ้าน ประเมินรับรองการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้าเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการในระดับตำบล

5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ

เจ้าภาพที่ผ่านการรับรองว่าจ้างงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ได้แก่  
น้ำดื่มบรรจุขวด หรือ ชุดของชำร่วยในงานฌาปนกิจศพ เป็นต้น  
ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการ (action)

2.1 การติดตามผลการดำเนินการงานบุญ งานศพปลอด  
เหล้าในชุมชน

ครั้งที่ 1 จากการติดตามการดำเนินการงานบุญ งานศพ  
ปลอดเหล้า ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 12 งาน พบว่า เจ้าภาพมี  
ความประสงค์หรือตั้งใจที่จะจัดเป็นงานบุญ งานศพปลอดเหล้า  
ร้อยละ 66.7 และสามารถจัดเป็นงานบุญ งานศพได้จริง ร้อยละ  
25.0 ระยะเวลาในการจัดงานส่วนใหญ่อยู่ที่ 2 - 3 วัน ร้อยละ  
83.34 ค่าใช้จ่ายในการจัดงานทั้งหมดสูงสุด จำนวน 303,000  
บาท ต่ำสุด 37,670 บาท เฉลี่ย 107,144.83 บาท ส่วนค่าใช้จ่าย  
เป็นค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท สูงสุด จำนวน 26,000  
บาท ต่ำสุด 2,000 บาท เฉลี่ย 8,883.33 บาท โดยในงานทั้งหมด  
ไม่มีเหตุการณ์ทะเลาะวิวาทหรืออุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่ม  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย ในด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัด  
งานบุญ งานศพปลอดเหล้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูล  
ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าในตำบล  
ดงบังทุกคน โดยแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่รับทราบ  
จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากป้ายประชาสัมพันธ์ ที่ปิด  
บริเวณงาน ร้อยละ 91.67 รองลงมา คือ จากองค์การบริหารส่วน  
ตำบลดงบัง ร้อยละ 83.34 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 75.0  
ผู้นำชุมชน ร้อยละ 66.67 และหอกระจายข่าว ร้อยละ 58.34  
ตามลำดับ

ครั้งที่ 2 จากการติดตามการดำเนินการงานบุญ งานศพ  
ปลอดเหล้ากลุ่มเจ้าภาพจัดงาน ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 13 งาน  
พบว่า เจ้าภาพมีความประสงค์หรือตั้งใจที่จะจัดเป็นงานบุญ  
งานศพปลอดเหล้า ร้อยละ 92.3 และสามารถจัดเป็นงานบุญ  
งานศพได้จริง ร้อยละ 69.2 ระยะเวลาในการจัดงานส่วนใหญ่อยู่  
ที่ 3 วัน ร้อยละ 46.2 รองลงมา คือ 4 วัน ร้อยละ 23.08 ค่าใช้  
จ่ายในการจัดงานรวมทั้งหมดสูงสุด จำนวน 210,700 บาท  
ต่ำสุด 44,200 บาท เฉลี่ย 118,716.85 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายเป็น  
ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท สูงสุด จำนวน 18,000 บาท  
ต่ำสุด 0 บาท เฉลี่ย 3,253.85 บาท โดยในงานทั้งหมดไม่มี  
เหตุการณ์ทะเลาะวิวาทหรืออุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่ม  
แอลกอฮอล์เลย ในด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการ

จัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูล  
ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าในตำบล  
ดงบังทุกคน โดยแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่รับทราบ  
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และจากป้าย  
ประชาสัมพันธ์ ที่ปิดบริเวณงาน ร้อยละ 100 รองลงมา คือ  
จากองค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง ผู้นำชุมชน ร้อยละ 92.31  
และหอกระจายข่าวร้อยละ 69.23 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ชั้นสังเกต (Observation)

3.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดงานบุญ งานศพปลอด  
เหล้า พบว่า ในกลุ่มเจ้าภาพจัดงานส่วนใหญ่เห็นด้วยในประเด็น  
การจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าจะช่วยป้องกันการทะเลาะ  
วิวาทในงานได้ และประเด็น หากมีโอกาสเป็นเจ้าภาพจัดงานอีก  
ครั้งจะจัดเป็นงานปลอดเหล้าทุกครั้ง ร้อยละ 100 รองลงมา คือ  
ประเด็นการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าจะทำให้สามารถ  
ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ ร้อยละ 96.0 การจัดงานบุญ งานศพปลอด  
เหล้าจะทำให้ได้บุญกุศลมากกว่างานไม่ปลอดเหล้า ร้อยละ 88.0  
และประเด็นการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าควรเริ่มตั้งแต่วัน  
แรกถึงวันสุดท้ายของงาน ร้อยละ 76.0 ตามลำดับ ส่วนใน  
ประเด็นที่ไม่แน่ใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็น  
ว่าการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าทำให้แขกนิทนาเจ้าภาพใน  
ทางไม่ดี ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ อาจจะทำให้แขกมาร่วมงาน  
น้อยลง และควรเริ่มตั้งแต่วันแรกถึงวันสุดท้ายของงาน ร้อยละ  
16.0 ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นไม่เห็นด้วยส่วนใหญ่ใน  
ประเด็นอาจจะทำให้แขกมาร่วมงานน้อยลง ร้อยละ 56.0  
รองลงมา คือ ประเด็นทำให้แขกนิทนาเจ้าภาพในทางไม่ดี  
ร้อยละ 16.0 ตามลำดับ

3.2 ความพึงพอใจในการดำเนินการงานบุญ งานศพ  
ปลอดเหล้า ความพึงพอใจต่อการจัดงานบุญ งานศพในประชากร  
กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากใน  
ประเด็นที่หน่วยงานภาครัฐในชุมชนรณรงค์ให้มีการจัดงานบุญ  
งานศพปลอดเหล้าขึ้นในชุมชน ร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ  
นโยบายการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้าของชุมชน ร้อยละ  
80.0 พึงพอใจที่ชุมชนมีการดำเนินการจัดงานบุญ งานศพปลอด  
เหล้าได้สำเร็จ และพึงพอใจกับบทบาทของพระภิกษุสงฆ์  
ผู้นำทางศาสนาในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการจัดงานบุญ งานศพ  
ปลอดเหล้า ร้อยละ 76.0 ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจระดับ

ปานกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับพฤติกรรมแสดงออกของแขกที่มาร่วมงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ พฤติกรรมแสดงออกของเด็กและเยาวชนที่มาร่วมงานบุญ งานศพปลอดเหล้า และบทบาทของผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 36.0 และจำนวนแขกที่มาร่วมงาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการขององค์การบริหารส่วนตำบล บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

4.1 สรุปผลการดำเนินการงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ดำเนินกิจกรรมประชุมเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผลการดำเนินการโดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประชาชนในหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้า และมีส่วนร่วมในการดำเนินการในทุกขั้นตอน โดยประโยชน์ที่ได้รับ คือ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดงานของเจ้าภาพ เจ้าภาพสามารถจัดงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยได้รับการยอมรับและชื่นชมจากชุมชน ไม่เกิดการทะเลาะวิวาทหรือเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณีที่ดีงามของชุมชนและเป็นแบบอย่างที่ดีกับเด็กและเยาวชนในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจะเป็นแบบอย่างแก่ชุมชนอื่นในการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนซึ่งความสำเร็จขั้นต้นนี้เป็นผลมาจากการที่ประชาชนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการในทุกกระบวนการตั้งแต่การรับรู้ปัญหาพร้อมกัน การพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ตลอดจนร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ มีการเชิดชูเกียรติแก่เจ้าภาพที่มีส่วนร่วมดำเนินการ โดยหน่วยงานภาครัฐในชุมชนให้การสนับสนุน ดังข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม

“ถ้าเฮ็ดได้ มันกะดี งานบุญ งานศพปลอดเหล้านี้ สมัยก่อนจัดงานกะบ่ได้ เลี้ยงเหล้าเลี้ยงยา ก็ยังเฮ็ดได้”

“ช่วงแรกกะย่านแขกเพิ่นตำหนิหยุดอก จัดงานบ่เลี้ยงเหล้าเพิ่น พอเฮ็ดไปแล้วกะดีใจหลายมีตะคนเพิ่นชม พี่น้องเหม็ดบ้านกะมาช่วย ทั้ง อบต. ทั้งโรงพยาบาล”

“จัดงานบุญปลอดเหล้าแล้วดีหลาย วยรุ่นกะบ่ตีกัน”  
“อยากให้อัดเป็นงานปลอดเหล้าทุกงานเลย”

4.2 ปัญหา อุปสรรค และการวางแผนแก้ไขปัญหา สำหรับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา คือ ในระยะแรกเจ้าภาพจัดงานยังไม่มี ความมั่นใจในการจัดงานปลอดเหล้าเกรงว่าจะได้รับคำตำหนิจากผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้านจะไม่มาช่วยงาน ดังข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม

“ย่านหมู่บ้านเพิ่นว่า ซี้ถี้ ซี้เหนียวเฮ็ดบุญกะลืบมีเหล้ายามาเลี้ยงพี่น้อง คือ ไทบ้านไทเมืองเพิ่น” จากการสังเกต พบว่าบางงานมีการแอบเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่แขกที่มาร่วมงานด้วย ซึ่งจากการสอบถามจากเจ้าภาพ พบว่า ไม่กล้าปฏิเสธแขกเกรงใจแขก ซึ่งแขกกลุ่มนี้มักจะเป็นแขกที่มาจากต่างพื้นที่ หรือเป็นผู้มีหน้าที่การงานสูง เช่น ข้าราชการ

“เกรงใจเพิ่น ย่านดื้อนรับเพิ่น บ่สมเกียรติ”

“แขกเพิ่นถามกิน จักลิว่าจั่งได้ เลยให้เพิ่นแอบ ๆ ดืมเอา” ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาคือ ควรมีการประกาศเป็นมาตรการชุมชนเกี่ยวกับการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้า เพื่อให้ประชาชนถือปฏิบัติร่วมกันทั้งชุมชน และควรมีเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างเครือข่ายชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเจ้าภาพที่เคยผ่านการจัดงานมาแล้วและเจ้าภาพรายใหม่ที่มีกำหนดจะจัดงานเพื่อเป็นการเสริมและให้กำลังใจกันและกัน พร้อมทั้งมีเวทีเชิดชูเกียรติแก่เจ้าภาพที่มีส่วนร่วมในการจัดงานบุญ งานศพปลอดเหล้า ดังข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม

“ถ้าประกาศเป็นงานปลอดเหล้าทั้งตำบล ก็จะเป็นการช่วยเจ้าภาพได้ คือ ทุกงานต้องดำเนินการเหมือนกัน”

“ทำบุญปลอดเหล้าแล้วสบายใจ งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ มีแต่คนชื่นชม”

“เจ้าภาพนี้สำคัญมาก ถ้าเจ้าภาพตั้งใจจะให้เป็งานปลอดเหล้าจริง ๆ ทำได้ อยู่ที่ตัวเจ้าภาพด้วย”

#### วิจารณ์

การวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบุญงานศพปลอดเหล้า โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2558 ซึ่งรูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย 3 กิจกรรมสำคัญคือ 1. ระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้



ส่วนเสียวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินการงานบุญ งานศพ ปลอดภัย 2. การกำหนดรูปแบบ ขอบเขต และขั้นตอนการ ดำเนินการ 3. การประเมินผลจากการประเมินผลการพัฒนาใน รอบปี พ.ศ. 2557 - 2558 พบว่า ความครอบคลุมการจัดงาน บุญ งานศพปลอดภัยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26 เป็นร้อยละ 69.2 อันเป็นผลมาจากชุมชนเกิดการตื่นตัวและเห็นความสำคัญในการ แก้ไขปัญหาพร้อมกัน ผ่านการทำประชาคมหมู่บ้าน การเข้ามา มี ส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การระบุปัญหา การกำหนดรูปแบบ ขั้นตอนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทและความ ต้องการของชุมชน ทำให้ได้มาตรฐานชุมชนที่เป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน คือ การงดจัดเลี้ยงเหล้าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ในงานบุญ งานศพ ฝ่าฝืน แจ้งความดำเนินคดีตามกฎหมาย และห้ามก่อการทะเลาะวิวาทในงานบุญ งานศพ หากฝ่าฝืนแจ้ง ความดำเนินคดีตามกฎหมายและชดใช้ค่าเสียหาย ซึ่งเป็น แนวทางการแก้ไขปัญหาผ่านชุมชนแกนนำชุมชน สอดคล้องกับ แนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือ จากคนในชุมชน และให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขด้วยตนเอง ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ จึงจะทำให้การแก้ไขปัญหา มีความต่อเนื่องและยั่งยืน<sup>5,6</sup> สร้างแกนนำต้นแบบและวัฒนธรรม ชุมชนที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชนให้ยึดถือเป็นต้นแบบ เป็นอีกแนวทางที่สามารถทำได้ผ่านกิจกรรมทางสังคม ประเพณี และพิธีกรรมต่าง ๆ เป็นการขัดเกลาทางสังคมให้คนในชุมชนรู้ แบบแผน ประเพณีวิถีปฏิบัติซึ่งนำไปสู่ความเข้มแข็งภายใน ครอบครัวและชุมชน ที่สามารถเป็นเกราะป้องกันปัญหาการดื่ม สุราได้<sup>7</sup>

จุดที่จะต้องพัฒนาต่อไป คือ การขยายความครอบคลุมให้ เกิดการจัดงานปลอดภัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งงาน ครอบคลุมงานบุญประเพณีทุกประเภท และสร้างเครือข่ายบุคคล ชุมชนปลอดภัยเพื่อการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในระยะยาว สิ่งที่ต้องพัฒนาโดยทีมวิจัยต้องให้ความสำคัญ คือ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างบุคคล กับ ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้ง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ อาจารย์วิทยาลัย พยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ช่วยให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัย นายบุญชอบ สิงห์คำ ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหวาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง ที่สนับสนุนและให้ คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. ลำดวน โสรเนตร. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัย ตำบล คาละแมะ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ (การศึกษาค้นคว้า อิสระ ส.บ. มหาสารคาม). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
2. บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฬารัตน์แก้วมุกดา, กมลวณิชพร, โสภิต นาสิบ, แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี, และ กัญฉพนธ์ ภัคดีเศรษฐ กุล. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหา สุรา ; 2551.
3. สุพิศวง ธรรมพันทา. พื้นฐานวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : ดิฉันบุคลิโตร ; 2540.
4. สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548.
5. วุฒิพงศ์ ภัคติกุล. การพัฒนาต้นแบบแก้ไขปัญห การละเมิด กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน (ปริญญาปรัชญา ดุษฎีบัณฑิต). สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2553.
6. สมควร จุลอักษร และคณะ. ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อ การลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร อำเภอ ท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรม สุขภาพจิต ; 2550.
7. อรทัย วลีวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ทัษพล ธรรมรังสี. บทบาท และพฤติกรรมของพ่อแม่ที่มีผลต่อการดื่ม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของเยาวชนไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงาน พัฒนาระบบสุขภาพระหว่าง ประเทศ; 2553.



## โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### A Causal Model of Factors Affecting Self-management Behavior among Old-Aged Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ปัทมาพร ชนะมาร \*

Pattamaporn Chanaman \*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน เป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลอำเภอ ทั้ง 12 แห่ง ใช้วิธีการแบบสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรม SPSS และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรม LISREL

ผลการวิจัยปรากฏว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ดีพิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 3 ค่า df เท่ากับ 0 ค่า p เท่ากับ 0.00 ดัชนี GFI เท่ากับ 0.95 AGFI เท่ากับ 0.97 PGFI เท่ากับ 0.02 SRMR เท่ากับ 0.04 RMSEA เท่ากับ 0.00 RMR เท่ากับ 0.03 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 71.9 ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และด้านแรงจูงใจ ส่วนการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง จะมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการจัดการตนเอง, โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

\* โรงพยาบาลวิชัยธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

## ABSTRACT

The purposes of the research were to identify causal factors affecting Self-management behavior among Old-Aged patients Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Mahasarakham Province, to design a Self-management model for the Old-Aged patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The quantitative research was employed for the study, which focused on analyzing the causal factors affecting directly and indirectly Self-management behavior of the Old-Aged patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Mahasarakham Province. The data were collected from three hundred and thirty four Old-Aged patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Mahasarakham Province by questionnaires. The samples were selected by the multistage random sampling and simple random sampling methods. The data were analyzed by Multiple Linear Regression Analysis and Structural Equation Model: SEM. LISREL for windows was employed for Path Analysis. Results of the research were as follows: Regarding the relationships between the causal factors and the empirical data, the findings indicated that nine factors significantly affected the Self-management behaviors of the patients. The factors consisted of Knowledge, Health Belief, Social support, Family support, Perceived self-efficacy, major depressive disorder, Attitude, participation and motivation.

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคซีไอพีดี คือ โรคปอดชนิดเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของถุงลมโป่งพอง และ/หรือ หลอดลมอักเสบเรื้อรังเกิดร่วมกัน อาการหลัก คือ ไอ มีเสมหะ หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุหลักของโรคเกิดจากการสูบบุหรี่ การรักษา คือ การหยุดสาเหตุและรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ซึ่งจะไม่ได้ทำให้พยาธิสภาพของโรคหายไป เพียงแค่หยุดการดำเนินของโรค/การลุกลามของโรค และทำให้อาการดีขึ้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก โรคนี้เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้ชายพบมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาเนื่องจากนำไปสู่สาเหตุของอัตราการพึ่งพิงและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น

สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ในปี ค.ศ. 2020 และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังอันดับที่ 4

ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2008) โดยเฉลี่ยแล้ว ทุกๆ 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 250 คนทั่วโลก หรือเท่ากับ 1 คน ทุกๆ 15 วินาที<sup>1</sup> (Regional COPD working group Respirology. 2003 : 192-8) เห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั่วโลกและเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเอง พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในสิบลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิต โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยได้ประมาณ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศ (33.5 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2554 พบว่าประเทศไทยต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 17,500 ล้านบาท จังหวัดมหาสารคาม พบสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นกัน มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ ปี 2557 จำนวน 2,033 ราย ปี 2558 จำนวน 1,978 ราย ปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,032 ราย และปี 2560 จำนวน 2,054 ราย<sup>2</sup> (<http://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2560) มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกัน เมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา

เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ จะเห็นว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>3</sup>(THAT.PR.NET สืบค้นจาก <http://www.thaipr.net/health/418973>) พบว่า ผู้ป่วยนอก หนึ่งรายเสียค่ารักษาเฉลี่ยต่อสัปดาห์ คิดเป็นเงิน 140 บาท และค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,270 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการอยู่โรงพยาบาลครั้งหนึ่งเป็นเงิน 17,600 บาทต่อราย ทั้งนี้เป็นการคำนวณเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมกันกับรายจ่ายของโรงพยาบาล เมื่อคำนวณทั้งประเทศแล้วเป็นค่ารักษาปีละหลายพันล้านบาท

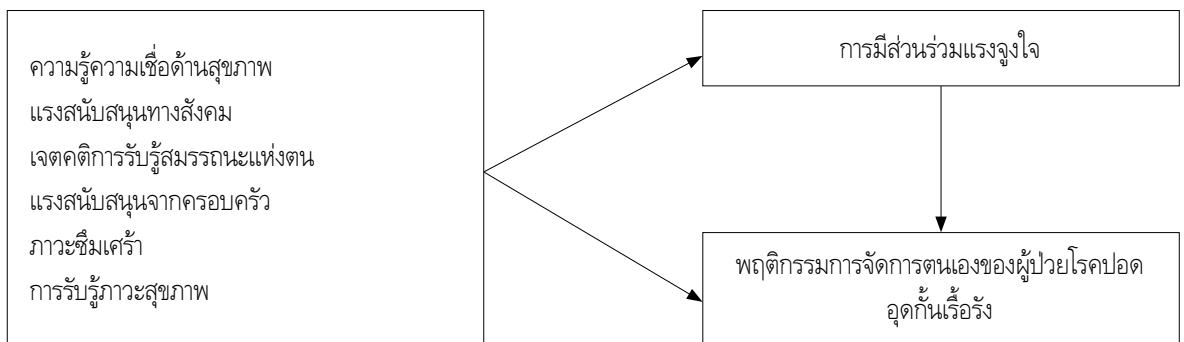
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งเป็นแนวคิด ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ในหลายวงการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคล ในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่าง

ต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

- 1) เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



ข้อมูลเชิงประจักษ์

**รูปที่ 1** โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัด  
มหาสารคาม

### สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่านการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ
4. การมีส่วนร่วมและแรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### วิธีดำเนินการ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดมหาสารคาม 13 แห่ง จำนวน 2,078 คน กลุ่มตัวอย่าง 325 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 10 ปัจจัย และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการ

จัดการตนเองด้านต่างๆ มีค่าความเที่ยงทั้งหมด .84 แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

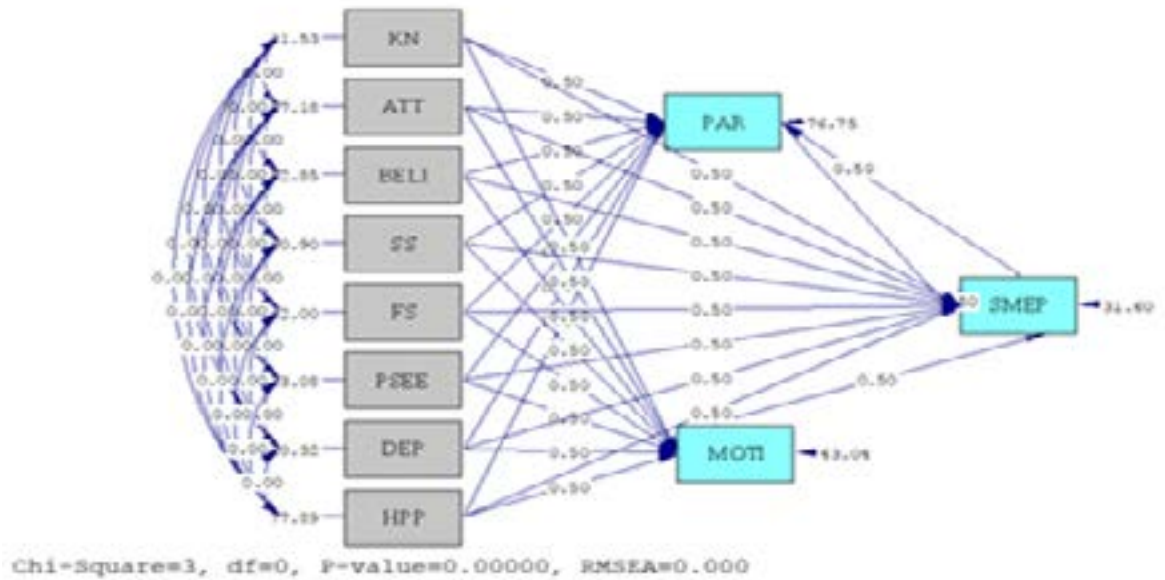
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2560 กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 13 โรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ผ่านการอบรมเรื่องการเก็บข้อมูลงานวิจัยแล้วได้รับแบบสอบถามคืนและเป็นฉบับสมบูรณ์จำนวน 325 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์การแจกแจงของตัวแปร และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดล โดยใช้โปรแกรม SPSS ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดตัวแปรแฝงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง โดยการใช้โปรแกรม LISREL

#### ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ดีพิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 3 โดยมีความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ .00 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ .95 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .97 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (PGFI) เท่ากับ .02 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ .04 ค่าดัชนีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ .00 RMR เท่ากับ 0.03 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 71.9 ดังรูปที่ 2 และตารางที่ 1



รูปที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัด มหาสารคาม

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปรผล	การมีส่วนร่วม (PAR)			แรงจูงใจ (MOTI)			พฤติกรรมจัดการตนเอง(SMEP)		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
ตัวแปรเชิงสาเหตุ	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
1. ความรู้	0.22 (0.05)	-	0.22 (0.05)	0.22 (0.05)		0.22 (0.05)	0.31 (0.05)	0.02 (0.04)	0.29 (0.05)
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.04 (0.06)		0.04 (0.06)	0.04 (0.05)		0.04 (0.05)	0.36 (0.05)	0.05 (0.04)	0.31 (0.05)
3. เจตคติต่อการดูแลตนเอง	0.64 (0.06)		0.64 (0.06)	0.20 (0.06)		0.20 (0.06)	0.41 (0.06)	0.31 (0.05)	0.11 (0.06)
4. แรงสนับสนุนด้านสังคม	0.01 (0.07)		0.01 (0.07)	0.12 (0.06)		0.12 (0.06)	0.22 (0.06)	0.04 (0.04)	0.18 (0.06)
5.ภาวะซึมเศร้า	-0.21 (0.06)		-0.21 (0.06)	-0.06 (0.06)		-0.06 (0.06)	-0.35 (0.06)	-0.08 (0.04)	-0.42 (0.06)
6.แรงสนับสนุนของครอบครัว	0.18 (0.05)		0.18 (0.05)	0.16 (0.05)		0.16 (0.05)	0.11 (0.05)	0.03 (0.04)	0.08 (0.05)
7.การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.33 (0.06)		0.33 (0.06)	0.27 (0.06)		0.27 (0.06)	0.15 (0.06)	0.06 (0.04)	0.11 (0.06)
8. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.47 (0.05)		0.47 (0.05)	0.76 (0.05)		0.76 (0.05)	0.56 (0.05)	0.46 (0.05)	0.10 (0.05)
9.การมีส่วนร่วม	-	-	-	-	-	-	0.51 (0.04)	-	0.51 (0.04)
10.แรงจูงใจ	-	-	-	-	-	-	0.42 (0.04)	-	0.42 (0.04)

ค่าสถิติ  $X^2 = 3$  df = 0 p = .00 GFI = .95 AGFI = .97 PGFI = .02 SRMR = .04  
RMSEA = .00

สมการโครงสร้างตัวแปร PAR MOTI SMEP

R<sup>2</sup> 0.18 0.94 0.719



หมายเหตุ : \*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , TE = ผลรวมอิทธิพล, IE = อิทธิพลทางอ้อม, DE = อิทธิพลทางตรง

ตัวเลขในวงเล็บ คือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ที่พิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 3 ค่า df เท่ากับ 0 ค่า p เท่ากับ 0.00 ดัชนี GFI เท่ากับ 0.95 AGFI เท่ากับ 0.97 PGFI เท่ากับ 0.02 SRMR เท่ากับ 0.04 RMSEA เท่ากับ 0.00 RMR เท่ากับ 0.03 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 71.9

เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวมของตัวแปรแฝงในโมเดลที่พัฒนาขึ้น จากตารางที่ 1 ปรากฏว่า ตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลรวมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (HP) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.46 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.36 ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า (DEP) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.35 ปัจจัยด้านความรู้ (KN) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.31 ปัจจัยด้านเจตคติต่อการดูแลตนเอง (ATT) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.31 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (SS) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.22 ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (PSEE) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.15 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำที่สุด คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว (FS) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.11 ในขณะที่เดียวกันตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม และตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ คือ ปัจจัยด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 0.22 ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.04 เจตคติต่อการดูแลตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.20 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.12 ภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับ 0.06 แรงสนับสนุนของครอบครัว มีค่าเท่ากับ 0.16 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเท่ากับ 0.27 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.76 เส้นทางการอิทธิพลของตัวแปรแฝงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปรากฏดังนี้

1. ความรู้มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.22 และ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.04 และ 0.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

3. เจตคติต่อการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.64 และ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเจตคติต่อการดูแลตนเองจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

4. แรงสนับสนุนด้านสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.01 และ 0.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแรงสนับสนุนด้านสังคมจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

5. ภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ -0.21 และ -0.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าน้อย จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมาก

6. แรงสนับสนุนของครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.18 และ 0.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแรงสนับสนุนของครอบครัวจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.33 และ 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง



ผ่านการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้มีส่วนร่วม และแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

17. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.10 และมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผ่านการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงก็จะทำให้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงจะทำให้มีส่วนร่วม และแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

## อภิปรายผล

ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ ผลการวิจัยข้อนี้เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้มากจะสามารถดูแลตนเองได้ดี จึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Browder and Shapiro (1985) กล่าวว่า การประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริงโดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล Lorig, K. & Holman, H. (2003). ได้ให้นิยามของ คำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค

ต้องการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย Creer (1976) ในส่วนของวิธีการควบคุมโรคและความไม่แน่นอนของโรค พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง (Curtin, Bultman-Sitter, Schatell, & Chewning, 2004 ) ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจึงอาจเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง การประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วย ความเครียด ไม่ว่าจะมากหรือน้อย ก็ล้วนแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองและคนที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้น ความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมายทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (life crisis) ถ้าความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวได้ไม่ยาก กลับเข้าสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวก็ทำด้วยความลำบากและมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก จากการศึกษาถึงปฏิกิริยาทางจิตใจและสังคม (Reactions to Physical Illnesses) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งที่พิจารณาว่าปกติหรือผิดปกติก็ตาม ย่อมจะมีผลต่อการดำเนินโรคและผลของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นผลในด้านทำให้โรคนั้นแย่ลงหรือดีขึ้นก็ตาม โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังนั้น การทำความเข้าใจสังเกต และพิจารณาแบ่งแยก แยกแยะปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำสิ่งเหล่านี้ได้ และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยของตนได้อย่างเหมาะสม ก็ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นซึ่งย่อมนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย <sup>4</sup>(ศรีประภา ชัยสินธพ, 2557) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย (7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่าง ๆ ในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้วยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้เกิดความรู้อีกอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษา พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองรวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อย ได้ผลดีในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง ภาวะอ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>5</sup> (ชดช้อย วัฒนนะ, สุชน พรธิสาร, อนุวรรณ รัววงศ์ประยูร และปริญา แร่ทอง, 2552; คันสนีย์ กองสกุล, 2552; จันท์เพ็ญ หวานคำ, 2555; ปราณี สายรัตน์, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนนะ, และพีระพงษ์ กิตติภวรงค์, 2555; อวรรณ ประกาศศิลป์, ชดช้อย วัฒนนะ, และทิพาพร ธารวานิช, 2556) การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึงกระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุนให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหาอุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพิจารณาถึงเกณฑ์การควบคุมโรคในแต่ละรายและ

นำมากำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด

ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตัวแปรเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ร้อยละ 71.9 แสดงว่า สามารถอธิบายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ครอบคลุมพอ

### ข้อเสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม จึงเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนี้

1. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดแก่ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต มีอารมณ์บวก ผู้ดูแล ครอบครัว สังคม ควรร่วมมือกันในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี
2. ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เพราะการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดี ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสุขภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการจัดการสุขภาพ
3. ผู้ที่มีปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า

แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง จะตระหนักว่าควรปฏิบัติตัวอย่างใดในการจัดการตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงรูปแบบ ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม ควรมีการนำโมเดลนี้ไปศึกษากับผู้ป่วยในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของโมเดล

2. ควรมีการวิจัยครั้งต่อไปด้วยวิธีการวิเคราะห์กลุ่มพหุ (Multi group analysis) เช่น ผู้ป่วยตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลเอกชน

3. ควรเพิ่มตัวแปรอื่นเพื่อพัฒนาให้โมเดลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากขึ้น เช่น การปรับตัว ความรุนแรงของโรค ความสิ้นหวัง เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

6. ชนิสรา ปัญญาเริง. เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบล เสริมกลางอำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง (พย.ม.สาขาการพยาบาลชุมชน). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
7. ดุษฎี อาจผดุงกุล. ต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบาก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน (ปริญญาโท พย.ม. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
8. ณิชฐาภินิชา ดวงแสง. การจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสยจังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2556.
9. นवलจันทร์ พิมพ์รักษา. โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.

10. ปราณี สายรัตน์. ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Nursing Journal 2556; 4: 23- 35.
11. ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน (การศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
12. รจเรช พิมพ์ภาภรณ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
13. ระวีวรรณ กัณฑ์กาลัง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน (การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
14. รัตนา พรหมบุตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2554.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ SERVICE PLAN เขตสุขภาพที่ 7 “ร้อยแก่นสารสินธุ์” สาขาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2559-2560. ขอนแก่น: 2559.
16. วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2547.

17. วรณระวี อัครนิจ. ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปริญญาทิพนธ์ วท.ม. สาขาพยาบาลศาสตร์). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
18. American Lung association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) fact sheet. Retrieved September 5, 2005: from: URL : [http:// www.lungusa.org/site/pp.asp](http://www.lungusa.org/site/pp.asp).
19. American Thoracic Society. Standard for The Diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J. Respir Crit Care Med 1998; 154 (5), S77-S120.
20. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York : W.H.Freeman. 1997.
21. Bloom, B. Taxonomy of educational Objectives. Handbook 1 : Cognitive Domain. New York : David Mckay Company. 1975.
22. Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps : A review. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps 1985 ; 10 : 200 - 208.
23. Cohen, Jhon M. and Norman T. Uphoff. Rural Participation : Concepts and Measures For Project Design, Implementation and Evaluation. New York : McGraw-Hill. 1977.
24. Dean.H. "Health care behavior:Implication for aging" Self- care and Health in Old age. London: Croom Helm Eva Osterlund Efraimsson. (2008). Effects of COPD self-care managementeducation at a nurse -led primary health care clinic.The Authours. Journal compilation. Sweden, Scand J Caring Sci 1986 : 178-185.
25. Good. Dictionary of Education. (3<sup>rd</sup> ed). New York. Mc Graw-Hill.Guidelines for assessment and management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Canadian Thoracic Society Workshop Group. (1992). CMAJ 1973; 147(4): 420-8.
26. Hye-A Yeom, PhD, RN. Factors Affecting Mobility in Community-dwelling Older Koreans with Chronic Illnesses. The Catholic University of Korea College of Nursing, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul Korea, 2014; 137-701.
27. King.J.B. The Health Belief Model. Nursing Times 1984; 80: 53-55.

## การพัฒนาระบบการจัดการพัสดุด้วยโปรแกรม Easy Stock ปีงบประมาณ 2559

### Development of package management system with Easy Stock program for the fiscal year 2015

อุดม พันระสี\*

Udom Pantasi\*

#### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการงานพัสดุของหน่วยงานในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ให้มีความถูกต้องและให้สามารถตรวจสอบพัสดุกงเหลือได้รวดเร็ว ทันความต้องการของผู้บริหาร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านพัสดุหน่วยงานภายในของโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 650 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจที่สร้างขึ้น ประมวลผลข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษา พบว่า สภาพและปัญหาการจัดการงานพัสดุ ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติ ตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีเพียงบางส่วนเท่านั้นระบบงานพัสดุกระบวนการจัดซื้อ/จ้าง บางครั้งไม่สามารถ ตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยงานเบิกได้ครบถ้วนหรือทันเวลา มีการเบิกพัสดุซ้ำซ้อน มีการตัดจ่ายพัสดุล่าช้า ทำให้ไม่ทราบ การใช้พัสดุที่แท้จริง ส่งผลให้วิเคราะห์การจัดหาและความต้องการใช้พัสดุไม่ถูกต้อง ทำให้กระบวนการสื่อสารและอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงปัญหาและเหตุผลที่ไม่สามารถทำได้เป็นสิ่งสำคัญยิ่งโดยเฉพาะปัญหาด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่งานจัดซื้อ/จ้าง จำเป็นต้องยึดถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด เมื่อมีการนำโปรแกรม Easy stock เป็นระบบโปรแกรมบริหารจัดการระบบงานพัสดุ ครุภัณฑ์ และระบบแจ้งซ่อมเข้ามาใช้ในระบบงานพัสดุโรงพยาบาลชุมแพ จากการดำเนินงานในระบบงานพัสดุโรงพยาบาลชุมแพข้อมูลพัสดุ มีความถูกต้อง ร้อยละ 98.20 และผลประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม Easy Stock เฉลี่ยทุกด้านร้อยละ 98.26 และระดับ ความพึงพอใจที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด คือ ได้รับพัสดุตรงตามความต้องการและลดความซ้ำซ้อนและภาระงาน ร้อยละ 99.89 รองลงมา คือ ด้านการควบคุมและการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 98.33 และด้านมีความรวดเร็วและทันเวลาใช้งาน ร้อยละ 97.89 ส่วนการพัฒนางานด้านการวิเคราะห์ ด้านบริหารจัดการข้อมูลพัสดุนั้นยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนและทุกภาคหน่วยงานร่วมกัน และควรมีการศึกษาเพิ่มเกี่ยวกับการจัดการทั่วไป การเงินหรือการบริหารทั่วไป เพื่อเป็นการสนับสนุนด้านวิชาการ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ :** โปรแกรม Easy stock

\*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มอำนวยการ โรงพยาบาลชุมแพ

\*General Management Officer, Professional Level. General Management Department, Chumphae Hospital

## ABSTRACT

This research was aimed to investigate existing empirical condition relating the management of material data in Chumphae Hospital, which is a general hospital in Chumphae. The research was conducted as an attempt to increase material management accuracy and to enable fast inspection of remaining materials in response to the requirement of the administrators. The participants consisted of 650 hospital staff members in charge of material management in Chumphae Hospital. The data was collected via questionnaire and satisfactory assessment form prior to the interpretation of this data via the application of percentile and mean. It was observed that most of the officers in charge of material management were able to apply the rules and regulations to their material management exercises. However, the material management problems were confined to the purchasing process, which was sometimes made complicated for the hospital to obtain full reimbursement. Moreover, the purchase process was delayed while the repeated and delayed distribution of material was also observed. These problems made it difficult to identify what actually the number of the used material was. This ambiguity made the planning of the future purchasing of the material inaccurate. As a solution to this problem, it is important to have a clear communication between the material management officers and other hospital staff members about the needs of the hospital to be in compliance with the description of the complicated material and purchasing rules. With an attempt to reduce the culprits in material and purchasing management and errors on maintenance report, a material management program called "Easy Stock" was introduced for the material management in Chumphae Hospital. After the application of this program, the material management was observed to be accurate by 98.20 percent. Furthermore, the satisfactory level on all aspects of the program was rated at 98.26 percent. The item that was rated with the highest satisfactory score, 99.89 percent, was Obtaining the correct material and reducing work repetition, followed by; The effective material control and material delisting, and The fast distribution of material, each was presented with the scores of 98.33 percent and 97.98 percent, respectively. For a more effective analysis of material management, it was suggested that collaboration from all hospital's sections, The General Management Department, The General Administration Department and the Monetary Section, to name a few, should be taken into account.

**Key Words :** Program Easy Stock



## บทนำ

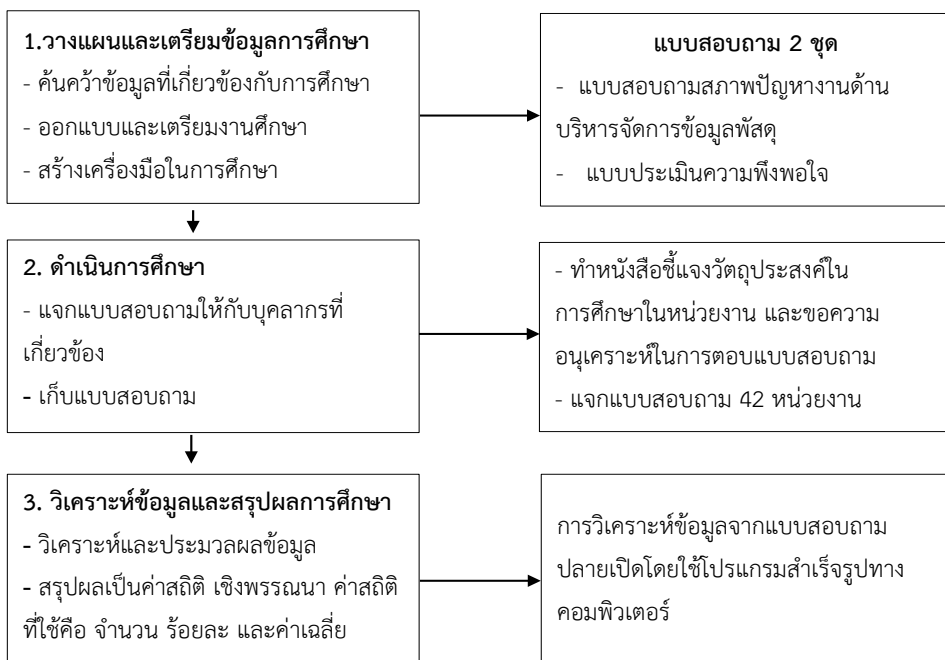
การบริหารจัดการงานพัสดุของหน่วยงานที่สำคัญ คือ การไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยงานเบิกได้ครบถ้วนหรือทันเวลา การเบิกพัสดุช้าซ้อน การตัดจ่ายพัสดุล่าช้า ทำให้ไม่ทราบการใช้พัสดุที่แท้จริง ส่งผลให้วิเคราะห์การจัดหาและความต้องการใช้พัสดุไม่ถูกต้อง<sup>1</sup> โดยแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุงงานพัสดุ ประกอบด้วย 1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุควรได้รับการฝึกอบรมพัฒนาให้มีความรู้สม่ำเสมอต่อเนื่อง 2. ผู้บริหารควรเป็นแบบอย่างและนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ 3. ทุกฝ่ายควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้งบประมาณ<sup>2</sup> โรงพยาบาลชุมแพอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้ยกระดับฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก เปิดให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการมาก รวมทั้งเจ้าหน้าที่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน อีกทั้งอำเภอใกล้เคียงยังได้มาใช้บริการด้วยเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่อยู่เขตรอยต่อกับจังหวัดเพชรบูรณ์ เลย หนองบัวลำภู และชัยภูมิ ทำให้มีผลต่องานพัสดุของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานสายสนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ในการจัดซื้อจัดจ้าง เช่น แลกเปลี่ยน ควบคุมและจำหน่าย วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดิน

และสิ่งก่อสร้างนั้น พบว่า ระบบการเบิกจ่ายพัสดุที่มีจำนวนมาก หลากหลายชนิด การตรวจสอบควบคุมดูแลการจำหน่ายพัสดุตอบสนองการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งข้อมูลยังไม่ถูกรวบรวม และถูกนำมาใช้วิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาางอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แต่ละหน่วยงานยังไม่มีการจัดการแผนอันเนื่องมาจากไม่ทราบยอดแต่ละหน่วยงานเบิกในแต่ละปีมีมากน้อยเพียงใด ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรม Easy Stock มาใช้ทดลอง และสรุปวิเคราะห์ปัญหา เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการและดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีพัสดุเพียงพอต่อความต้องการ พักสต็อกที่มีคุณภาพพร้อมใช้ มีบริการที่สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยต่อผู้ป่วยเจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการงานพัสดุของหน่วยงาน ในโรงพยาบาลชุมแพ ให้มีความถูกต้องและให้สามารถตรวจสอบพัสดุดังกล่าวได้รวดเร็วทันความต้องการของผู้บริหาร สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการและดำเนินงาน ตลอดจนมีการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

## วิธีการศึกษา

### 1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาประชากรที่ศึกษาเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 650 คน จาก 42 หน่วยงาน



## ผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลชุมแพได้ดำเนินการพัฒนางานพัสดุของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานสายสนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการจัดซื้อ จัดจ้าง เช่า แลกเปลี่ยน ควบคุมและจำหน่าย วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการและดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้หน่วยงานได้พัสดุมีเพียงพอต่อความต้องการ พัสดุที่มีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ มีบริการที่สะดวก รวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลชุมแพมีการดำเนินงานระบบพัสดุได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยโปรแกรม Easy Stock ซึ่งงานคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลชุมแพ ได้เขียนโปรแกรมขึ้นแล้วทำให้งานในระบบพัสดุดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีระบบฐานข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถใช้ได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา จากการดำเนินงานในระบบงานพัสดุโรงพยาบาลชุมแพได้มีการเก็บข้อมูลจำนวนการติดตามเก็บข้อมูลจัดทำรายการพัสดุย้อนหลัง 3 ปี ก่อนการดำเนินงาน โดยในปี 2556 มีจำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด 254 รายการ จำนวนข้อมูลที่ถูกต้อง 220 รายการ คิดเป็นร้อยละ 86.61 จำนวนข้อมูลที่ต้องแก้ไข 34 รายการ คิดเป็นร้อยละ 13.39 ปี 2557 จำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด 285 รายการ จำนวนข้อมูลที่ถูกต้อง 258 รายการ คิดเป็นร้อยละ 90.59 จำนวนรายการที่ต้องแก้ไข 27 รายการ คิดเป็นร้อยละ 9.47 ปี 2558 จำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด 380 รายการ จำนวนรายการข้อมูลที่ถูกต้อง 361 รายการ คิดเป็นร้อยละ 93.95 จำนวนรายการข้อมูลที่ต้องแก้ไข 19 รายการ คิดเป็นร้อยละ 5.00 โดยรวม 3 ปี จำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด 919 รายการ จำนวนรายการข้อมูลที่ถูกต้อง 835 รายการ คิดเป็น

ร้อยละ 90.86 จำนวนรายการข้อมูลที่ต้องแก้ไข 84 รายการ คิดเป็นร้อยละ 9.14 ดังตารางที่ 1

ในปี 2559 จำนวนการติดตามเก็บข้อมูลจัดทำรายการพัสดุ ปีงบประมาณ 2559 หลังการดำเนินงาน จำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด 398 รายการ จำนวนรายการข้อมูลที่ถูกต้อง 391 รายการ คิดเป็นร้อยละ 98.20 จำนวนรายการข้อมูลที่ต้องแก้ไข 7 รายการ คิดเป็นร้อยละ 1.76 ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการดำเนินงานระบบพัสดุ โดยใช้โปรแกรม Easy Stock พบว่า ระดับความพึงพอใจที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดก่อนการดำเนินงาน คือ การควบคุมและการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 86.36 รองลงมา คือ ได้รับความรวดเร็ว ทันเวลาใช้งาน ร้อยละ 78.16 ลำดับที่สี่ ได้รับความมีคุณภาพ ครบถ้วน ร้อยละ 73.25 และลำดับสุดท้าย ลดความซ้ำซ้อนภาระงาน ร้อยละ 68.53 ผลเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านความพึงพอใจก่อนการดำเนินงานระบบพัสดุโดยใช้โปรแกรม Easy Stock อยู่ที่ ร้อยละ 77.75 และระดับความพึงพอใจที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดหลังการดำเนินงาน คือ ได้รับความรวดเร็ว ทันเวลาใช้งาน ร้อยละ 97.89 และลำดับสุดท้าย คือ ได้พัสดุมีคุณภาพ ครบถ้วน ร้อยละ 95.33 ผลเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านความพึงพอใจหลังการดำเนินงานระบบพัสดุโดยใช้โปรแกรม Easy Stock อยู่ที่ ร้อยละ 98.26 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนรายการการเก็บข้อมูลจัดทำรายการพัสดุย้อนหลัง 3 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2556-2558 ก่อนการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ	จำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด	จำนวนรายการข้อมูลที่ถูกต้อง	จำนวนรายการข้อมูลที่ต้องแก้ไข	ร้อยละของจำนวนรายการที่ถูกต้อง	ร้อยละของจำนวนรายการที่ต้องแก้ไข
2556	254	220	34	86.61	13.39
2557	285	258	27	90.59	9.47
2558	380	361	19	93.95	5.00
<b>รวม</b>	<b>919</b>	<b>835</b>	<b>84</b>	<b>90.86</b>	<b>9.14</b>

**ตารางที่ 2** จำนวนรายการการเก็บข้อมูลจัดทำรายการพัสดุปีงบประมาณ 2559 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 หลังการดำเนินงานโดยใช้โปรแกรม Easy Stock

ปีงบประมาณ	จำนวนรายการข้อมูลทั้งหมด	จำนวนรายการข้อมูลที่ถูกต้อง	จำนวนรายการข้อมูลที่ตรงแก้ไข	ร้อยละของจำนวนรายการที่ถูกต้อง	ร้อยละของจำนวนรายการที่ตรงแก้ไข
2559	398	391	7	98.20	1.76

**ตารางที่ 3** ผลการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานระบบพัสดุโดยใช้โปรแกรม Easy Stock

ลำดับ	ความพึงพอใจ	ร้อยละก่อนการดำเนินงาน	ร้อยละหลังการดำเนินงาน
1	ได้พัสดุมีคุณภาพ ครบถ้วน	73.25	95.33
2	มีความรวดเร็ว ทันเวลาใช้งาน	78.16	97.89
3	ได้รับพัสดุตรงตามความต้องการ	82.47	99.89
4	การควบคุมและการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ	86.36	98.33
5	ลดความซ้ำซ้อนและภาระงาน	68.53	99.89
เฉลี่ยรวม		77.75	98.26

## วิจารณ์ (Discussion)

การพัฒนากระบวนการจัดการพัสดุด้วยโปรแกรม Easy stock ปีงบประมาณ 2559 มีการรวบรวมข้อมูลทำงานพัสดุมีการดำเนินงานจัดซื้อ/จ้าง และทำการเบิก-จ่าย ให้กับทุกหน่วยงาน ที่ทำการเบิกพัสดุผ่านระบบออนไลน์ ในระยะแรกยังพบปัญหาในการใช้ระบบออนไลน์ บางหน่วยงานไม่ยอมคีย์ผ่านระบบ บางหน่วยงานคีย์ยังไม่ถูกต้อง ทางผู้ศึกษาได้ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยชี้แจงและหามาตรการให้ทุกหน่วยงานใช้ให้ครบทุกหน่วยงาน ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างเป็นปัจจุบัน สามารถวิเคราะห์ข้อมูล เช่น จำนวนการใช้ จำนวนที่จะต้องสต็อกพัสดุลดลงครึ่งหนึ่งของคลังกลางและคลังย่อยแต่ละหน่วยงาน เป็นต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังได้ข้อมูลที่ต้องการมาใช้ในการวางแผนการจัดซื้อ/จ้างพัสดุในปีต่อไป ผลการศึกษา การเก็บข้อมูลจัดทำรายการพัสดุย้อนหลัง 3 ปี พบว่า การเก็บข้อมูลจัดทำพัสดุก่อนการดำเนินงานโดยโปรแกรม Easy Stock ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น มีการเก็บข้อมูลรายการที่ถูกต้องตามระบบของงานพัสดุ ร้อยละ 90.86 หลังการดำเนินงานโดยใช้

โปรแกรม Easy Stock มีการเก็บข้อมูลรายการที่ถูกต้องตามระบบของงานพัสดุ ร้อยละ 98.20 แสดงให้เห็นว่า หลังการดำเนินงานโดยใช้โปรแกรม Easy Stock มีการจัดการระบบงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับลักษณะที่ทันสมัย<sup>2</sup>

การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานระบบพัสดุโดยใช้โปรแกรม Easy Stock พบว่า หน่วยงาน เจ้าหน้าที่บุคลากรในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น ก่อนการดำเนินงานโดยโปรแกรม Easy Stock มีการวิเคราะห์ระบบการจัดการพัสดุ ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทุกหน่วยงานมีการใช้ระบบพัสดุดูแลออนไลน์ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ได้รับพัสดุตรงตามความต้องการ ร้อยละ 82.47 สอดคล้องกับไพบูลย์ รังสิกรรพุม<sup>3</sup> และหลังการดำเนินงาน ได้รับพัสดุตรงตามความต้องการ และลดความซ้ำซ้อนและภาระงานมากถึง ร้อยละ 99.89 แสดงให้เห็นว่า ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานโดยโปรแกรม Easy Stock มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ทันเวลาในการดำเนินงาน สอดคล้องกับบุญสุดา

### แก้วกระจาย<sup>1</sup>

นอกจากนี้ ทางผู้ศึกษาจะได้พัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมดังกล่าว ในการนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อมโยงของระบบพัสดุกับทางการเงิน ผลสัมฤทธิ์ของโครงการ และงานบุคลากร เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

### ข้อยุติ (Conclusion)

การพัฒนากระบวนการจัดการพัสดุด้วยโปรแกรม Easy stock ปีงบประมาณ 2559 ทำให้ทราบสภาพและปัญหาการจัดการงานพัสดุของหน่วยงานในโรงพยาบาลชุมแพ หลังการศึกษา พบว่าทุกหน่วยงานมีการใช้ระบบพัสดุดอนไลน์ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง และงานพัสดุสามารถให้บริการด้านพัสดุได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ร้อยละ 98.20 ส่งผลให้ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานพัสดุเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 77.75 เป็นร้อยละ 98.26

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้วิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดีได้รับความกรุณาความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพที่ให้ความช่วยเหลือ คำปรึกษา และเติมเต็มความรู้ที่มีค่าอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผ่านมา ขอขอบคุณงานคอมพิวเตอร์ที่ช่วยพัฒนาโปรแกรม Easy Stock และช่วยอบรมการใช้งานตลอดจนติดตามช่วยเหลือจนทุกหน่วยงานสามารถใช้งานได้ถูกต้อง ขอขอบคุณงานพัสดุที่ร่วมพัฒนางานจนทำให้ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและถูกต้อง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานทุกท่านในโรงพยาบาลชุมแพที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่งานวิจัยครั้งนี้ด้วยดีมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. ลดาวัลย์ พรหมธรรณ์น้อย. ปัญหาการ บริหารงานพัสดุ ในองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง เพชรบุรี(ปริญญาโทบริหารศึกษานิตยสารมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2554.
2. ลักษณ์ กั้นแสงเยี่ยม. สภาพและปัญหาการจัดการงานพัสดุในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ปริญญาโทบริหารศึกษานิตยสารมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2550.
3. ไพบุลย์ รังสิกรพุม. การประเมินประสิทธิภาพด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). สาขาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
4. บุญสุตา แก้วกระจาย. ความพึงพอใจใน การบริหารงานพัสดุที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พัสดุของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน; 2554.

## การพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### The Development of new guideline for Budget Requesting and Payment

#### In Maha Sarakham Public Health Office

วนิดา จันทเดช

Wanida Chantadej

#### บทคัดย่อ

การศึกษารื่อง การพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ และรวบรวมปัญหาการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยกระบวนการศึกษาเป็นการวิเคราะห์และสรุปแนวทางดำเนินงานเบิกจ่ายเงินงบประมาณจากกฎระเบียบ และข้อสั่งการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้อง รวมทั้งการรวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้บริหารที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายงบประมาณ และผู้ปฏิบัติระดับหัวหน้างาน แล้วสรุปเป็นแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่สามารถนำไปปฏิบัติแล้วทำให้การเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับหน่วยงานได้แสดงความคิดเห็นต่อแนวทางที่จัดทำขึ้น ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แบ่งเนื้อหาการเบิกจ่ายเงินงบประมาณออกเป็น 5 หมวด คือ 1) งบประมาณ 2) งบดำเนินงาน 3) งบเงินอุดหนุน 4) งบรายจ่ายอื่น 5) งบลงทุน ผลการแสดงความเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายของผู้ปฏิบัติงานในระดับหน่วยงาน โดยภาพรวมทุกหมวดงบประมาณเห็นด้วยระดับสูง สำหรับปัญหาการปฏิบัติงานในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นความไม่ครบถ้วนของหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย รองลงมา คือ การผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยแนวทางการพัฒนางานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ 1) การชี้แจงสร้างความเข้าใจในรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณแต่ละหมวดต่อผู้ปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน 2) การนิเทศและควบคุมกำกับงานต่อผู้ปฏิบัติงานระดับหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง 3) การตรวจสอบภายในหน่วยงานปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 4) การชี้แจงให้ความรู้ ความเข้าใจการเบิกจ่ายที่เพิ่มขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบที่เกี่ยวข้อง

## ABSTRACT

This research study on How to develop the new guideline for Budget Requesting and Payment in Maha Sarakham Public Health Office, have the objective aim to develop the new guideline for improve the budget Requesting and Payment, and to gathering the problems of the budget management for the pervious years, that have occurred in Maha Sarakham Public Health Office. The system of research study were used analysis, summarized the procedure and practical regulation for more correctly, efficiency and effectively, included gathering the opinions and suggestion from the executive officer who responsible for the budget Requesting and Payment, of all sections and levels and then summarized to become the new guideline that can be use in Maha Sarakham Public Health Office, more efficiency and effectively. Also give the opportunity to all practical personnel to give suggestion of the new guideline. The result of study found that, the guideline for the budget Requesting and Payment of Maha Sarakham Public Health Office can be divided into 7 categories 1) The budget for the personnel management 2) The budget for work processing 3) The budget for supporting 4) The budget for miscellaneous 5) The budget for investment. The result of the opinion toward the new guideline of the practical personal at the section level, as the overall, mostly have agreed, at high level. The result of the problems that have occurred during period of the past years found that mostly were the document were incomplete, secondly were, the practical personnel level were not fully understand. The new guideline which have been developed for more efficiency and effectively were 1) Give more detail for understanding Requesting and Payment to all practical personnel and all section for fully understanding. 2) Supervise and give information to all practical personnel continuously. 3) Continuation of internal auditing in all section. 4) In case of there are any change of the procedure or practical regulations make sure to advise the practical personnel to be fully understand of the newly changes.

## บทนำ

การเร่งเบิกจ่ายงบประมาณเป็นมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศที่สำคัญ โดยนโยบายการคลังมีบทบาทกระตุ้นเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง จากการเร่งเบิกจ่ายของรัฐบาลและการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคม พลังงาน และสาธารณสุข โดยในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเศรษฐกิจไทยเติบโตได้อย่างช้า ๆ ภาครัฐจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเมื่อประเมินแรงกระตุ้นทางการคลังในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 ภายใต้รัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา พบว่านโยบายการคลังมีบทบาทกระตุ้นเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นมากโดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2559 จาก (1) การเร่งเบิกจ่ายงบประมาณและการทยอยออกมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล และ (2) การเร่งเดินหน้านำลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคม พลังงาน และสาธารณสุขของรัฐบาลวิสาหกิจ<sup>1</sup> รัฐบาลได้พยายามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของภาครัฐด้วยมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีอย่างต่อเนื่อง แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 - 2559 แต่จากผลการเบิกจ่ายของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานอื่นของรัฐ ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับประโยชน์สูงสุดในการรับบริการจากภาครัฐ อีกทั้งอาจไม่สามารถสนับสนุนการขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศได้อย่างเต็มที่เท่าที่ควร<sup>2</sup> ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณ เป็นประเด็นการประเมินภาคบังคับขององค์ประกอบการประเมินประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ (Innovation Based) ในการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของส่วนราชการ<sup>3</sup>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหน้าที่ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งจะต้องประเมินผลงานและผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัด รวมทั้งตามหลักการบริหารจัดการบ้านเมือง

ที่ดีกำหนดให้หน่วยงานราชการต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี<sup>4</sup> ระบบการเบิกจ่ายเงิน มีความสำคัญต่อบุคลากรในสำนักงานเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากทุกกลุ่มงานจะต้องมีการดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อบริหารงานตามแผนงานและโครงการ ตลอดทั้งมีการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการปฏิบัติราชการโดยยึดหลักตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และหลักเกณฑ์ซึ่งบางครั้งผู้มารับบริการจะไม่เข้าใจขั้นตอนในการปฏิบัติงาน จากที่ผ่านมาจะพบปัญหาระหว่างผู้มารับบริการและผู้ให้บริการเพราะผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอระบบเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจและความเป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับบริการมากที่สุด<sup>5</sup> สรุปปัญหาของการให้บริการทางการเงินและบัญชีของหน่วยงาน พบว่า 1) เอกสารการเบิกจ่ายเงินไม่ถูกต้อง ครบถ้วน 2) การประชาสัมพันธ์ แจ้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ น้อย ทราบข้อมูลล่าช้า 3) เบิกจ่ายเงินล่าช้า ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด 4) การขอข้อมูลทางการเงิน และหลักฐานทางการเงินใช้เวลานาน ไม่ทันตามความต้องการ และ 5) บุคลากรตอบคำถามในเรื่องกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ และแนวทางการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน<sup>6</sup> การพัฒนาระบบงานการเงิน การวิเคราะห์ แนวทางการพัฒนาระบบงานการเงินเพื่อทราบความต้องการของบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานการเงินที่จะนำมาพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพการดำเนินการให้เกิดความถูกต้อง โปร่งใส เกิดความคุ้มค่า ประหยัด และการดำเนินการให้เกิดความรวดเร็ว ทันต่อการตัดสินใจ โดยควรมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับกฎระเบียบและข้อบังคับทางการเงิน<sup>7, 8</sup> เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการเบิกจ่ายงบประมาณดังกล่าว จึงจำเป็นต้องทำการพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อรวบรวมปัญหาการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อการวิเคราะห์และสรุปแนวทางดำเนินงานเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

4. เพื่อสรุปข้อคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณจากผู้บริหารที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายงบประมาณและผู้ปฏิบัติระดับหัวหน้างาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

## ขอบเขตของการวิจัย

### 1. ขอบเขตของเนื้อหา

1.1 เนื้อหาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แบ่งเนื้อหาการเบิกจ่ายเงินงบประมาณออกเป็น 5 หมวด คือ 1) งบบุคลากร 2) งบดำเนินงาน 3) งบเงินอุดหนุน 4) งบรายจ่ายอื่น 5) งบลงทุน

1.2 ข้อคิดเห็นของผู้บริหารที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายงบประมาณและผู้ปฏิบัติระดับหัวหน้างาน เป็นข้อคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ 5 หมวด คือ 1) งบบุคลากร 2) งบดำเนินงาน 3) งบเงินอุดหนุน 4) งบรายจ่ายอื่น 5) งบลงทุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น

### 2. ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ประเมินผล คือ ผู้บริหารที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายงบประมาณและผู้ปฏิบัติระดับหัวหน้างาน ที่ปฏิบัติงานและมีส่วนปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณใน 5 หมวด คือ 1) งบบุคลากร 2) งบดำเนินงาน 3) งบเงินอุดหนุน 4) งบรายจ่ายอื่น 5) งบลงทุน จากโรงพยาบาลในสังกัดจำนวน 13 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 13 แห่ง กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 13 กลุ่มงาน และบุคลากรของงานการเงินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 6 คน รวมจำนวน 45 คน

## นิยามศัพท์เฉพาะ

แนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หมายถึง เนื้อหาในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณใน 5 หมวด คือ 1) งบบุคลากร 2) งบดำเนินงาน 3) งบเงินอุดหนุน 4) งบรายจ่ายอื่น 5) งบลงทุน

## วัสดุในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่ง ประเภทของบุคลากร ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่การเงิน รวม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใน 4 ด้าน จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert Type) โดยกำหนดคะแนนแต่ละระดับ คือ มีความคิดเห็นมากที่สุดได้ 5 คะแนน มีความคิดเห็นมากได้ 4 คะแนน มีความคิดเห็นปานกลางได้ 3 คะแนน มีความคิดเห็นน้อยได้ 2 คะแนน และมีความคิดเห็นน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert Type) โดยกำหนดคะแนนแต่ละระดับ คือ มีความพึงพอใจมากที่สุดได้ 5 คะแนน มีความพึงพอใจมากได้ 4 คะแนน มีความพึงพอใจปานกลางได้ 3 คะแนน มีความพึงพอใจน้อยได้ 2 คะแนน และมีความพึงพอใจน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 ประเด็นปัญหา ข้อคิดเห็น และแนวทางแก้ไข เรื่องระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (โดยการประชุมระดมความคิดเห็น)

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น ในด้านเนื้อหาของแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ จำนวน 5 ข้อ และดำเนินการนำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไปปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert Type) โดยกำหนดคะแนนแต่ละระดับ คือ มีความคิดเห็นมากที่สุดได้ 5 คะแนน มีความคิดเห็นมากได้ 4 คะแนน มีความคิดเห็นปานกลางได้ 3 คะแนน มีความคิดเห็นน้อยได้ 2 คะแนน และมีความคิดเห็นน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน

ใช้การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยจากเกณฑ์การแปลความหมายของลิเคอร์ท (Likert Method) โดยแบ่งระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ตามค่าเฉลี่ยดังนี้



ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 มีระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 มีระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 มีระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 มีระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 มีระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การทดสอบและประเมินคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ และความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.76 และ 0.81 ตามลำดับ

ข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) แล้วนำมาจำแนกประเภทข้อมูลแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นและแปลความหมายของข้อมูล ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ และความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ โดยการทำค่าเฉลี่ย (Mean) และการหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยจากเกณฑ์การแปลความหมายของลิเคิร์ต (Likert Method)

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative methods) และเชิงคุณภาพ (Qualitative methods) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ  
ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์การพัฒนาและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ  
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ  
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์การพัฒนาและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ พบว่า กลุ่มที่วิจัยส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 64.44 อายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี มากที่สุดร้อยละ 44.44 อายุราชการมากที่สุด คือ กลุ่ม 1 - 5 ปี ร้อยละ 37.78 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 68.89 การศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 80.00 ตำแหน่งนักวิชาการการเงินและบัญชีมากที่สุด ร้อยละ 48.89 เป็นข้าราชการร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่งานการเงินมากที่สุด คือ กลุ่ม 1 - 5 ปี ร้อยละ 37.78 ดังตารางที่ 1

ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนา พบว่า ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ด้านการรับรู้เรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.64, S.D.=0.29) (ดังตารางที่ 2) ด้านกระบวนการปฏิบัติงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.69, S.D.=0.19) (ดังตารางที่ 3) ด้านสภาพแวดล้อมของงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณอยู่ที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.48, S.D.=0.18) (ดังตารางที่ 4) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณอยู่ที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.40, S.D.=0.16) ดังตารางที่ 5

ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามโดยรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย= 3.46, S.D.=0.15) ซึ่งข้อที่สูงสุด คือ ห้องทำงานและสถานที่บริการงานการเงินและบัญชีมีความสะดวกในการให้บริการ ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย= 3.73, S.D.=0.45) รองลงมาคือ อุปกรณ์สำนักงาน เทคโนโลยีที่เอื้อต่อ

การให้บริการเบิกจ่ายเงิน ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย= 3.60, S.D.=0.50) ต่ำที่สุดคือ ระบบการเบิกจ่ายเงินตรงราชการ ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย= 3.27, S.D.=0.45) รองลงมา คือ ระบบการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย= 3.33, S.D.=0.48) ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 1** ลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (N=45)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	35.56
หญิง	29	64.44
อายุ		
20 – 29 ปี	15	33.33
30 – 39 ปี	20	44.44
40 – 49 ปี	10	22.22
Mean = 39.95 S.D. = 6.53 Min = 25 Max = 47		
อายุราชการ		
1 – 5 ปี	17	37.78
6 – 10 ปี	13	28.89
11 – 15 ปี	6	13.33
16 – 20 ปี	7	15.56
21 – 25 ปี	2	4.44
Mean = 9.82 S.D. = 6.27 Min = 4 Max = 24		
สถานภาพสมรส		
คู่	14	31.11
คู่	31	68.89
การศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	36	80.00
ปริญญาโท	9	20.00
ตำแหน่ง		
นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุขชุมชน	7	15.56
จนท.บริหารทั่วไป/บริหารงานสาธารณสุข	11	24.44
นวก.การเงินและบัญชี	22	48.89
จพ.การเงินและบัญชี	5	11.11
ประเภท		
ข้าราชการ	36	80.00
พนักงานราชการ	9	20.00
ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่งานการเงิน		
1 – 5 ปี	17	37.78
6 – 10 ปี	14	31.11
11 – 15 ปี	9	20.00
16 – 20 ปี	5	11.11
Mean = 8.75 S.D. = 4.84 Min = 4 Max = 20		

**ตารางที่ 2** ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ด้านการรับรู้เรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ที่	ด้านการรับรู้เรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	หนังสือระเบียบเรื่องการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	3.80	0.40	สูง
2	การสอบถามจากเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี	4.31	0.95	สูง
3	การสอบถามจากเพื่อนร่วมงาน	3.18	0.44	ปานกลาง
4	เอกสารเผยแพร่ของสำนักงาน	3.20	0.50	ปานกลาง
5	หนังสือแจ้งเวียนของสำนักงาน	3.69	0.47	สูง
	รวม	3.64	0.29	สูง

**ตารางที่ 3** ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ด้านกระบวนการปฏิบัติงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ที่	ด้านกระบวนการปฏิบัติงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	การเบิกจ่ายเงินมีความรวดเร็ว	3.76	0.48	สูง
2	ระบบการจัดเก็บเอกสารการเงินมีระเบียบและปลอดภัย	3.67	0.48	สูง
3	การเบิกจ่ายเงินมีขั้นตอนชัดเจน	3.60	0.50	สูง
4	การบริการการเบิกจ่ายเงินมีคุณภาพดี	3.73	0.45	สูง
	รวม	3.69	0.19	สูง

**ตารางที่ 4** ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ด้านสภาพแวดล้อมของงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ที่	ด้านสภาพแวดล้อมของงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	สถานที่ให้บริการมีความเหมาะสมต่อการให้บริการ	3.47	0.50	ปานกลาง
2	อุปกรณ์สำนักงาน/เทคโนโลยีเอื้อต่อการให้บริการ	3.24	0.43	ปานกลาง
3	สถานที่ทำงานมีความสะดวกในการให้บริการ	3.73	0.45	สูง
	รวม	3.48	0.18	ปานกลาง

**ตารางที่ 5** ความคิดเห็นต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ  
งานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ที่	ด้านบุคลากรผู้ให้บริการงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	ความสุภาพอ่อนน้อมต่อผู้มารับบริการ	3.24	0.43	ปานกลาง
2	ความเต็มใจในการให้บริการ	3.82	0.39	สูง
3	ความเสมอภาคในการให้บริการ	3.27	0.45	ปานกลาง
4	ความกระตือรือร้นในการให้บริการ	3.44	0.50	ปานกลาง
5	บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ (การแต่งกาย กริยาวาจา) เหมาะสม	3.36	0.48	ปานกลาง
6	การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อผู้มารับบริการ	3.27	0.45	ปานกลาง
	รวม	3.40	0.16	ปานกลาง

**ตารางที่ 6** ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่	ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	ระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ (งบบุคลากร งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น งบลงทุน และเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น)	3.36	0.48	ปานกลาง
2	ระบบการเบิกจ่ายเงินยืมราชการ	3.44	0.50	ปานกลาง
3	ระบบการเบิกจ่ายเงินทรงรราชการ	3.27	0.45	ปานกลาง
4	ระบบการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ	3.33	0.48	ปานกลาง
5	ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ (งบบุคลากร งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น และงบลงทุน)	3.51	0.51	สูง
6	ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ	3.31	0.47	ปานกลาง
7	ระบบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณและเงินนอกงบประมาณ	3.44	0.50	ปานกลาง
8	อุปกรณ์สำนักงาน เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการให้บริการเบิกจ่ายเงิน	3.60	0.50	สูง
9	บุคลากรผู้ให้บริการด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ/เงินนอก งบประมาณ มีความเต็มใจเอาใจใส่ในการให้บริการ	3.56	0.50	สูง
10	ห้องทำงานและสถานที่บริการงานการเงินและบัญชีมีความ สะดวกในการให้บริการ	3.73	0.45	สูง
	รวม	3.46	0.15	ปานกลาง

**ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 2** การดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ โดยการประชุมระดมความคิดเห็นสรุปประเด็นปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยสรุปประเด็นปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ มี 4 ประเด็นหลักคือ (1) เอกสารการเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน มีการส่งคืนหน่วยงาน เพื่อแก้ไขเอกสารเบิกจ่าย (2) การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เพื่อจ่ายเจ้าหน้าที่/ผู้มีสิทธิ เกิดความล่าช้า (3) รายการเบิกจ่ายตรงในระบบ GFMS ไม่ผ่านการอนุมัติจากคลังจังหวัด เนื่องจากไม่เคยเบิกจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่/ผู้มีสิทธิ ภายในระยะเวลา

6 เดือนก่อนหน้า และบัญชีธนาคารเจ้าหน้าที่/ผู้มีสิทธิไม่เคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน (4) การบันทึกรายการสั่งซื้อ สั่งจ้าง ในระบบ e-GP ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายในระบบ GFMS ได้ (ดังตารางที่ 7) โดยแผนในการแก้ไขปัญหาเรียงลำดับสรุปได้แผนดังนี้ (1) แผนการจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ต้องใช้เบิกจ่ายใน 5 หมวด คือ งบบุคลากร งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น และงบลงทุน (2) แผนการชี้แจงแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณที่พัฒนาขึ้นและประเมินผลภายหลังการใช้แนวทาง 3 เดือน

**ตารางที่ 7** ประเด็นปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ประเด็นปัญหาของระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	สาเหตุของปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา
1.เอกสารการเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน มีการส่งคืนหน่วยงาน เพื่อแก้ไขเอกสารเบิกจ่าย	1.การจัดทำเอกสารไม่ถูกต้อง 2.เอกสารไม่ครบถ้วน 3.ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง	-จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานสำหรับหน่วยงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง โดยจัดทำทั้งแบบหนังสือคู่มือและแบบสื่อวีดิทัศน์ และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ทราบอย่างทั่วถึง
2.การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เพื่อจ่ายเจ้าหน้าที่/ผู้มีสิทธิ เกิดความล่าช้า	1.การจัดทำเอกสารไม่ถูกต้อง และเอกสารไม่ครบถ้วน 2.ขั้นตอนการดำเนินงานล่าช้า และซ้ำซ้อน 3.ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง	-ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบและลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน เพื่อลดขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินที่มีหลายขั้นตอน -เพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเอกสารเบิกจ่าย เจ้าหน้าที่ไม่เคยเบิกจ่ายมาก่อน
3.รายการเบิกจ่ายตรงในระบบ GFMS ไม่ผ่านการอนุมัติจากคลังจังหวัด เนื่องจากไม่เคยเบิกจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่/ผู้มีสิทธิ ภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนหน้า และบัญชีธนาคารเจ้าหน้าที่/ผู้มีสิทธิ ไม่เคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน	1.การจัดทำเอกสารไม่ถูกต้อง และเอกสารไม่ครบถ้วน 2.ข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน 3.ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง	-ให้มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรใหม่หรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในภาระหน้าที่ใหม่แผนประจำปีในด้านระเบียบ แนวปฏิบัติ การใช้ระบบ e-GP -ให้เจ้าหน้าที่การเงินที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นที่เลี้ยงสำหรับเจ้าหรือผู้ปฏิบัติงานใหม่ -เพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยมีเครือข่ายการเงินและพัสดุเป็น ผู้รับและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

<p>4.การบันทึกรายการสั่งซื้อ ล้าง ล้าง ในระบบ e-GP ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายใน ระบบ GFMS ได้</p>	<p>1.ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญใน การปฏิบัติงาน 2.ข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่ ครบถ้วน 3.ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิก จ่ายเงินงบประมาณมีความ เข้าใจที่ไม่ถูกต้อง</p>	<p>-ให้มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรใหม่หรือบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในภาระหน้าที่ใหม่แผนประจำปีในด้าน ระเบียบ แนวปฏิบัติ การใช้ระบบ e-GP -ให้เจ้าหน้าที่การเงินที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็น พี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหรือผู้ปฏิบัติงานใหม่</p>
--	---	---

**ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลการดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามแผนในการแก้ไขปัญหาของการวิจัยขั้นที่ 2 จำนวน 2 แผน คือ (1) แผนการจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ต้องใช้เบิกจ่ายใน 5 หมวด คือ งบบุคลากร งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น และงบลงทุน (2) แผนการชี้แจงแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลภายหลังการใช้แนวทาง 3 เดือน พบว่าแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้นนั้น ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องใช้เบิกจ่ายใน 5 หมวด คือ งบบุคลากร งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น และงบลงทุน ซึ่งมีแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณใน 13 เรื่อง ดังนี้ 1) แนวทางการเบิกจ่ายเงิน ระบบ GFMS 2) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ 3) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ 4) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าเบี้ยประชุม 5) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 6) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนแพทย์ ทันตแพทย์ และ

เภสัชกรที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 7) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. 8) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าเช่าบ้านข้าราชการ 9) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าสาธารณูปโภค 10) แนวทางการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 11) แนวทางการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร 12) แนวทางการยืมเงินราชการ 13) แนวทางการตรวจสอบหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายงบประมาณ ซึ่งทำการชี้แจงแนวทางที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเป้าหมาย 45 คน จำนวน 1 วัน แล้วประเมินผลการใช้แนวทางภายหลังการใช้ 3 เดือน พบว่า ความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น ด้านเนื้อหาของแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีระดับความคิดเห็นอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=4.14, S.D.=0.23) (ดังตารางที่ 8) ความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น ด้านการนำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไปปฏิบัติ มีระดับความคิดเห็นอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=4.16, S.D.=0.16) (ดังตารางที่ 9)

**ตารางที่ 8** ความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น ด้านเนื้อหา  
ของแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

ที่	ความคิดเห็นต่อ ด้านเนื้อหาของแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	เนื้อหาแนวทางการเบิกจ่ายของงบบุคลากร มีความครบถ้วน	3.91	0.63	สูง
2	เนื้อหาแนวทางการเบิกจ่ายของงบดำเนินงาน มีความครบถ้วน	4.18	0.61	สูง
3	เนื้อหาแนวทางการเบิกจ่ายของงบเงินอุดหนุน มีความครบถ้วน	4.13	0.55	สูง
4	เนื้อหาแนวทางการเบิกจ่ายของงบรายจ่ายอื่น มีความครบถ้วน	4.20	0.40	สูง
5	เนื้อหาแนวทางการเบิกจ่ายของงบลงทุน มีความครบถ้วน	4.22	0.47	สูง
	รวม	4.14	0.23	สูง

**ตารางที่ 9** ความคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น ด้านการนำ  
แนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไปปฏิบัติ

ที่	ความคิดเห็นต่อ ด้านการนำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไปปฏิบัติ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1	การนำแนวทางการเบิกจ่ายของงบบุคลากร ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	4.13	0.34	สูง
2	การนำแนวทางการเบิกจ่ายของงบดำเนินงาน ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	4.18	0.39	สูง
3	การนำแนวทางการเบิกจ่ายของงบเงินอุดหนุน ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	4.11	0.32	สูง
4	การนำแนวทางการเบิกจ่ายของงบรายจ่ายอื่น ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	4.18	0.39	สูง
5	การนำแนวทางการเบิกจ่ายของงบลงทุน ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	4.20	0.40	สูง
	รวม	4.16	0.16	สูง

## วิจารณ์

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมปัญหาการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเพื่อการวิเคราะห์และสรุปแนวทางดำเนินงานเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สรุปประเด็นปัญหา ดังนี้

ประเด็นปัญหาที่ 1 เอกสารการเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน มีการส่งคืนหน่วยงาน เพื่อแก้ไขเอกสารเบิกจ่าย ซึ่งสาเหตุมาจาก (1) การจัดทำเอกสารไม่ถูกต้อง (2) เอกสารไม่ครบถ้วน (3) ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องแนวทางแก้ไข คือ จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน สำหรับหน่วยงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง โดยจัดทำทั้งแบบหนังสือคู่มือและแบบสื่อวีดิทัศน์ และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ทราบอย่างทั่วถึง

ประเด็นปัญหาที่ 2 การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เพื่อจ่ายเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิ เกิดความล่าช้า ซึ่งสาเหตุมาจาก (1) การจัดทำเอกสารไม่ถูกต้อง และเอกสารไม่ครบถ้วน (2) ขั้นตอนการดำเนินงานล่าช้าและซ้ำซ้อน (3) ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง แนวทางแก้ไข คือ (1) ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบและลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน เพื่อลดขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินที่มีหลายขั้นตอน (2) เพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเอกสารเบิกจ่ายเจ้าหน้าที่ไม่เคยเบิกจ่ายมาก่อน

ประเด็นปัญหาที่ 3 รายการเบิกจ่ายตรงในระบบ GFMS ไม่ผ่านการอนุมัติจากคลังจังหวัด เนื่องจากไม่เคยเบิกจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิ ภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนหน้า และบัญชีธนาคารเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิ ไม่เคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน ซึ่งสาเหตุมาจาก (1) การจัดทำเอกสารไม่ถูกต้อง และเอกสารไม่ครบถ้วน (2) ข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน (3) ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง แนวทางแก้ไข คือ (1) ให้มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรใหม่หรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในภาระหน้าที่ใหม่แผนประจำปี ในด้านระเบียบ แนวปฏิบัติ การใช้ระบบ e-GP (2) ให้เจ้าหน้าที่

การเงินที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหรือผู้ปฏิบัติงานใหม่ (3) เพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยมีเครือข่ายการเงินและพัสดุเป็น ผู้รับและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

ประเด็นปัญหาที่ 4 การบันทึกรายการสั่งซื้อ สั่งจ้าง ในระบบ e-GP ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายในระบบ GFMS ได้ ซึ่งสาเหตุมาจาก (1) ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน (2) ข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน (3) ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องแนวทางแก้ไข คือ (1) ให้มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรใหม่หรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในภาระหน้าที่ใหม่แผนประจำปีในด้านระเบียบแนวปฏิบัติ การใช้ระบบ e-GP (2) ให้เจ้าหน้าที่การเงินที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหรือผู้ปฏิบัติงานใหม่

โดยประเด็นปัญหาที่ 1-4 นั้นเกิดจากความไม่รู้หรือขาดความเข้าใจและขาดแนวทางหรือคู่มือที่มีเนื้อหาครบถ้วน ทุกประเด็นการเบิกจ่าย ที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ครบถ้วนและอยู่ในแหล่งเดียวกัน รวมถึงทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงของระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายด้วย ฉะนั้นการสรุปและรวบรวมแนวทางการเบิกจ่าย เพื่อใช้เบิกจ่ายในหมวดงบประมาณที่ต้องเบิกจ่ายใน 5 หมวด คือ งบบุคลากร งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน งบรายจ่ายอื่น และงบลงทุน จึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนที่สุดที่ต้องดำเนินการพัฒนาและจัดทำ เพื่อให้ปัญหาทั้ง 4 ประเด็นลดลง

2.วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม การจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใน 5 หมวด คือ 1) งบบุคลากร 2) งบดำเนินงาน 3) งบเงินอุดหนุน 4) งบรายจ่ายอื่น 5) งบลงทุน ซึ่งจะมีแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณในเรื่องดังต่อไปนี้ 1) แนวทางการเบิกจ่ายเงิน ระบบ GFMS 2) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ 3) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ 4) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าเบี้ยประชุม 5) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 6) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 7) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. 8) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าเช่าบ้านข้าราชการ 9) แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่า



สาธารณสุขภาค 10) แนวทางการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ  
การรักษาพยาบาล 11) แนวทางการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ  
การศึกษาของบุตร 12) แนวทางการยืมเงินราชการ  
13) แนวทางการตรวจสอบหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายงบ  
ประมาณ ซึ่งเนื้อหาทั้ง 13 แนวทางเมื่อมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง  
หรือเพิ่มเติมระเบียบที่เกี่ยวข้อง ก็ต้องพัฒนาและปรับปรุง  
แนวทางการเบิกจ่ายให้สอดคล้องและทันกับการปรับปรุง  
เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมระเบียบที่เกี่ยวข้องนั้นด้วย

3.วัตถุประสงค์เพื่อสรุปข้อคิดเห็นต่อแนวทางการเบิกจ่าย  
เงินงบประมาณ จากผู้บริหารที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายงบประมาณ  
และผู้ปฏิบัติระดับหัวหน้างาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
มหาสารคาม พบว่า ความคิดเห็นต่อด้านเนื้อหาของแนวทางการ  
เบิกจ่ายเงินงบประมาณ อยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.14, S.D.=  
0.23) และความคิดเห็นต่อด้านการนำแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบ  
ประมาณไปปฏิบัติ อยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.16, S.D.= 0.16)  
ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ครบ  
ถ้วนและอยู่ในแหล่งเดียวกันทำให้การปฏิบัติงานเกิดความถูก  
ต้อง ครบถ้วนมากขึ้น และสามารถลดปัญหาของการปฏิบัติ  
งานดังกล่าวลงได้

### ข้อเสนอแนะ

สำหรับปัญหาการปฏิบัติงานในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ  
ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นความไม่ครบถ้วนของหลักฐานประกอบ  
การเบิกจ่าย รองลงมา คือ การผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงิน  
งบประมาณมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง<sup>5, 6, 7, 8</sup> โดยแนวทางการ  
พัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
คือ 1) การชี้แจงสร้างความเข้าใจในรายละเอียดการเบิกจ่ายเงิน  
งบประมาณแต่ละหมวดต่อผู้ปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน  
2) การนิเทศและควบคุมกำกับงานต่อผู้ปฏิบัติงานระดับหน่วย  
งานอย่างต่อเนื่อง 3) การตรวจสอบภายในหน่วยงานปฏิบัติอย่าง  
ต่อเนื่อง 4) การชี้แจงให้ความรู้ ความเข้าใจการเบิกจ่ายที่เพิ่ม  
ขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบที่เกี่ยวข้อง<sup>5, 7, 8</sup>

### เอกสารอ้างอิง

- 1.ธนาคารแห่งประเทศไทย. แรงกระตุ้นของนโยบายการคลังในปี 2558-2559. กรุงเทพฯ :ธนาคารแห่งประเทศไทย; 2559.
- 2.สำนักงบประมาณของรัฐบาล. การเบิกจ่ายงบประมาณกับมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2559. กรุงเทพฯ : สำนักการพิมพ์; 2559.
- 3.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แนวทางการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2560.
- 4.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2554.
- 5.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24: 105-17.
- 6.ทัศนภรณ์ จิราภักษ์. การพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการทางการเงินและบัญชีเพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการในสำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดสกลนคร. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2556; 10: 9-18.
- 7.พัชรินทร์ จันทร์แจ่ม. การพัฒนาคู่มือการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการบริการวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2560; 4: 114-23.
- 8.อลิษา พิมพ์ผล อารมณั ตัตตะวะศาสตร์ ศักดิ์ชัย เจริญศิริพกุล. แนวทางการปรับปรุงกระบวนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น .เอกสารประชุมวิชาการทางธุรกิจและนวัตกรรมทางการจัดการระดับชาติและนานาชาติ ประจำปี 2558. ขอนแก่น; 2558.



## การเตรียมและส่งต้นฉบับ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสัจด์ เชื้อล้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### 1. ประเภทบทความ

**1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**1.2 บทปฏิทัศน์ (review article)** เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้น ข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

**1.3 บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

**1.4 บทความฟื้นฟูวิชา (refresher course)** เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชา หรือการจัดอบรมแพทย์ (training course) เป็นคราว ๆ ไป

**1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report)** หรือรายงานสั้น (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

**1.6 รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็น

บทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบทความผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (case description) วิจารณ์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

**1.7 ปกิณกะ (miscellany)** เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

**1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor)** หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence) เป็นเวทีที่ใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

### 2. การเตรียมต้นฉบับ

**2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)** ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษรพร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่นำเบือ เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้ประพันธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้ประพันธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้ประพันธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

**2.2 บทคัดย่อ** เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของ

บทความ ได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและ  
วิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็น  
ประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ  
ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ  
ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความย่อภาษาไทย  
ของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษา  
ไทยไว้เหนือข้อความย่อ

**2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)** ใส่ไว้ท้ายบทความย่อ  
เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปี  
วารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus  
โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms  
ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการ  
ใส่คำสำคัญหรือคำหลัก

**2.4 บทนำ (introduction)** เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่  
บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม  
มากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่  
อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความ  
จำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถาม  
ที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐาน  
ไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็น  
ร้อยแก้วไว้ในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

**2.5 วิธีการศึกษา (Methodology)** เขียนชี้แจงแยกเป็น 2  
หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา  
อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะ  
ของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาต  
จากผู้ที่เข้ารับการศึกษและการยอมรับจากคณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมในการศึกษาลึกลับมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์  
ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา  
(study design, protocol) เช่น randomized double blind,  
descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น  
การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่  
ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิด  
และขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุใน

เอกสารอ้างอิงเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้  
ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษา  
เชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม  
การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล  
และสถิติที่ใช้

**2.6 ผลการศึกษา (results)** แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อ  
ของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มี  
ตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก  
ควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตาราง  
ซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผล  
ที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้  
อย่างจำกัด

**2.7 วิจารณ์ (discussion)** เริ่มด้วยวิจารณ์ผลการศึกษา  
ตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจาก  
ผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น  
เช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง  
อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตน  
มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบ  
บทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

**2.8 ข้อยุติ (conclusion)** ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์  
การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์  
หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อ  
เดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

**2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ** ควรแยกพิมพ์ต่างหาก  
ไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้  
พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า ใส่ตารางที่ 1  
หรือ ใส่ตารางที่ 2

**2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)** มีเพียง  
ย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง  
เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง ผู้สนับสนุน  
ทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ๆ ทำให้  
บทความด้อย ความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่  
มีคนช่วยทั้งหมด

**2.11 เอกสารอ้างอิง (references)** ดูในหัวข้อการเขียน  
เอกสารอ้างอิง

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ "กำลังพิมพ์" บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง "ไม่ได้ตีพิมพ์" **หลีกเลี่ยง "ติดต่อส่วนตัว"** มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 3.1 วารสารวิชาการ

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

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีที่พุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อย่อ ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก และตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

##### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิวัฒน์, พัชรี เงินตรา, ปราณี่มหาศักดิ์พันธ์, ณีวีวรรณ เขาวงกิตพิงค์, ยูวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem

Pharmacol 1998; 55: 697-701.

##### 3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สมาคม 2538; 24 : 190-204.

##### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

##### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พิไลพัทธ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารคดีราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

#### วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1:275-82.

2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

3. Ann Clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.

4. N Z Med J 1994; 107(986 pt 1): 377-8

5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.

6. Curr Opin Gen Surg 1993: 325-33.

##### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวี พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ศักตนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารคดีราช 2539; 48:616-20.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

#### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

##### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

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

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณานุกรม

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณานุกรม. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเตียง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณานุกรม, บรรณานุกรม. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันดา, วินัย สุวตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณานุกรม. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Phillips sj, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

**3.3 รายงานการประชุม สัมมนา**

ลำดับที่. ชื่อบรรณานุกรม, บรรณานุกรม. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาศิต, บรรณานุกรม. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมบีบีทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Am-

sterdam: Elsevier; 1996.

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

**3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้เขียน**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์. หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนาอุโณทัย. การพัฒนาการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข ด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Humman Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOE169200860.

**3.5 วิทยานิพนธ์**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. ชัยมัย ซาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

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

**3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ**

3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

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

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์5).

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

### 3.6.2 กฎหมาย

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

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

### 3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

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

### 3.7 วิดีทัศน์

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

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

### 3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือ จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address under-lined

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

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

### - กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

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

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available form:URL: <http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf/0021.ht>,

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

### - Web based / online Databases

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

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

### - CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.10. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

### - Book on CD-ROM

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

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

### - Journal on CD-ROM

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

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900901.

#### - Other Software

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

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

## 4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทความย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนตัดสินใจจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

### 4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ \*†§#¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน

จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

### 4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว - ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่มีวงรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็ก ๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เขียนชื่อเจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับ เพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

## 5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 2 ชุด (พร้อมแผ่นดิสก์หรือ CD) ต้นฉบับส่งไปไม่ควรเย็บติดกัน ควรใช้คลิปหนีบกระดาษไว้ ไม่ควรม้วนหรือพับ ต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับ การส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป ความต้องการการพิสูจน์อักษรของผู้พิมพ์ และอื่น ๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

## 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบทความ (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้สิทธิ์ในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบ



และสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่น ๆ ประมาณสองครั้ง

## 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

## 8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมือง  
มหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม  
จังหวัดมหาสารคาม

8.2 ผู้ประสานงาน : นายสัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083 - 4170860

E-mail: Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087 - 2231536

E-mail: moonamzaa@gmail.com



## การรับสมัครสมาชิก วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เปิดรับสมัครสมาชิกวารสารฯ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจะเป็นผู้จัดส่งวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามให้ทุกฉบับ

### ใบสมัครสมาชิก วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1. ประเภท บุคคล (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล..... เลขที่สมาชิก.....

2. ประเภท หน่วยงาน.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นวารสารเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัย ออกปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 ตุลาคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน-กันยายน

อัตราค่าสมาชิก  1 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 600 บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าสมาชิกจำนวน.....บาท (.....) มาชำระพร้อมนี้แล้วโดย

เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

ธนาคารใด ส่งจ่ายวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โอนเข้าบัญชี..... เลขที่บัญชี..... พร้อมส่งสำเนา

หลักฐานการโอนเงินพร้อมใบสมัครสมาชิกมาที่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
E-mail: Journal.mk2560@gmail.com หรือ Journal.mk2560@yahoo.com

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ดังนี้ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ .....	นามสกุล .....
บ้านเลขที่ .....	หมู่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....	จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกวารสารฯได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม E-mail : Journal.mk2560@gmail.com / Journal.mk2560@yahoo.com โทรศัพท์ : 0 4377 792 ต่อ 313

