



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

KUHJ Khon Kaen University
Hospital Journal

ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2568
Volume 6 No. 4 October - December 2025

ISSN 2697-6633



KUHHJ

วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น Khon Kaen University Hospital Journal

ISSN : 2697-6633

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้การจัดการ บริหารงาน โรงพยาบาลทุกด้าน เช่น งานคุณภาพ การจัดการความเสี่ยง การลดขั้นตอน ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ สืบสวนโรค กำจัดขยะ เภสัชกร การขนส่ง และงานสนับสนุนต่างๆ เป็นต้น

2. เผยแพร่ผลงานของบุคลากรด้านการจัดการ บริหารงานในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

3. เผยแพร่และสื่อสารนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

4. เผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากร หน่วยงานด้านการบริการ และสนับสนุนงานโรงพยาบาลทุกด้าน

2. ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าหน่วยงานด้านการบริการ และสนับสนุนงานโรงพยาบาล

3. บุคลากรที่ต้องการพัฒนางานในหน้าที่ หน่วยงานให้มีความก้าวหน้า และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

4. บุคลากรผู้สนใจด้านการบริการ บริหารงานโรงพยาบาล

5. นักวิชาการทุกสาขาที่ต้องการเผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

เงื่อนไขในการตีพิมพ์

เรื่องที่ส่งมาลงพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น หากเคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดให้ระบุเป็นเชิงอรรถ (foot note) ไว้ในหน้าแรกของบทความ ลิขสิทธิ์ในการพิมพ์เผยแพร่ของบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นของวารสาร

บทความจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (reviewer) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านนั้นจะไม่ทราบผลการพิจารณาของท่านอื่น ผู้รับผิดชอบบทความจะต้องตอบข้อสงสัยและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทุกประเด็น ส่งกลับให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้งว่ามีความเหมาะสมในการเผยแพร่ในวารสารหรือไม่

จริยธรรมการตีพิมพ์

จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ (Publication Ethics)

เรียบเรียงและปรับปรุงจาก <https://publicationethics.org/>

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ (Author Ethical Responsibilities)

- บทความที่เป็นต้นฉบับต้นฉบับ (original article) ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
- ผู้เขียนบทความจะต้องส่งบทความที่ไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น
- ผู้เขียนจะต้องคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย จะต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง
- ผู้เขียนจะต้องจัดทำต้นฉบับของบทความตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
- ผู้เขียนที่มีชื่อในบทความจะต้องเป็นผู้มีส่วนในการจัดทำบทความหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย
- ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพ หรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยให้ระบุ “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น)
- ผู้เขียนจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของรายการเอกสารอ้างอิง และควรอ้างอิง

เอกสารเท่าที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ไม่ควรอ้างอิงเอกสารที่มากเกินไป

8. ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามผลประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด

9. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

10. ในบทความผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลงบิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกลงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

- พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาบทความกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงตรวจสอบคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- ต้องใช้หลักการพิจารณาบทความโดยอิงเหตุผลทางวิชาการเป็นหลัก และต้องไม่มีอคติต่อผู้เขียนและบทความที่พิจารณาไม่ว่าด้วยกรณีใด
- ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่ว่าจะเพื่อประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ต้องไม่ปิดกั้น เปลี่ยนแปลง หรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียน

5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียน และผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

6. ต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด

7. ต้องจัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ โดยทางวารสารวิจัยวิชาการได้กำหนดการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ (อักขรวิสุทธ์) และการตรวจสอบการคัดลอกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์แบบอัตโนมัติ CopyCatch โดยจะต้องมีระดับความซ้ำซ้อนไม่เกิน 20% หากตรวจสอบพบการคัดลอกของผู้อื่น ในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อ ผู้นิพนธ์หลักทันทีเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความนั้นๆ

8. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธ การตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ ต้องหาหลักฐานมาพิสูจน์ข้อสงสัยนั้น ๆ ก่อน

9. บรรณาธิการจะต้องตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของบทความอย่างเคร่งครัดก่อนการตีพิมพ์ และจะต้องไม่แก้ไข

ข้อความในบทความอันทำให้บทความสูญเสีย
นัยสำคัญของบทความนั้นๆ

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Editor Roles and Responsibility)

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ และไม่ตีพิมพ์บทความที่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาแล้ว

2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียน และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ

3. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ โดยนำผลของการวิจัยมาเป็นตัวชี้กันว่า สมควรตีพิมพ์เผยแพร่หรือไม่

4. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนและผู้ประเมิน

5. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความในด้านการคัดลอกผลงานผู้อื่น (Plagiarism) อย่างจริงจัง

6. เมื่อบรรณาธิการตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น จะต้องระงับการประเมินและติดต่อผู้เขียน เพื่อพิจารณาตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์การตีพิมพ์

7. หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจาก

ผู้เขียน ซึ่งถือเป็นสิทธิและความรับผิดชอบต่อบทความของบรรณาธิการ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Reviewer Roles and Responsibilities)

1. ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
2. หากผู้ประเมินบทความมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนผู้ประเมินบทความจะต้องแจ้งให้บรรณาธิการตรวจสอบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
3. ผู้ประเมินบทความควรรับประเมินบทความเฉพาะสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ และหากมีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนกัน หรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบ

กองบรรณาธิการ

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า	สาขาวิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.ศิริพร เทียมเก่า	สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.รศ.พญ.คัชรินทร์ ภูนิคม	สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางนิภาพรณ ฤทธิรอด	งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภญ.รัชฎาพร สุนทรภาส	งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางสาวพรนิกา หาญละคร	หน่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางนลัทพร สืบเสาะ	หอผู้ป่วย 4ข -1 แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายเรวัฒน์ เอกวุฒิวงศา	หอผู้ป่วยพิเศษรวม 9C แผนกการพยาบาลบริการพิเศษ 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.จกมล พลตรี	งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางดุจกานต์ สุวรรณธาร	ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุพร วงศ์ประทุม	พยาบาลเชี่ยวชาญ เกษียณอายุราชการ
นางอุบล จั่วงพานิช	พยาบาลเชี่ยวชาญ เกษียณอายุราชการ
ดร.จกกลณี จันทศิริ	รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ผู้จัดการวารสาร : สมปอง จันทะคราม งานบริการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีท่านผู้อ่านวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นวารสารฉบับที่ 4 ของปีที่ 6 นั้นหมายความว่าวารสารได้มีการดำเนินการเผยแพร่มารวม 24 ฉบับอย่างต่อเนื่องและตรงเวลามาตลอด เพราะได้รับบทความที่น่าสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์มาตลอด

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้รับการเยี่ยมสำรวจ Advanced HA จาก สรพ. ซึ่งมีผลการเยี่ยมสำรวจที่น่าพอใจอย่างยิ่งจากทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งเป็นการยืนยันและรับรองว่าการให้บริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์นั้นเป็นไปตามมาตรฐานด้านคุณภาพของประเทศ เป็นการสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และสังคมมีความมั่นใจในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ว่าทุกคนจะได้รับการรักษาที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย

การเผยแพร่บทความทางวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ก็เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ ผมจึงอยากเชิญชวนให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งบทความในทุกรูปแบบมาเผยแพร่ในวารสาร เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการทำงานโดยตรง ซึ่งเป็นองค์ความรู้แบบหนึ่งที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้อย่างดี

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

หน้า

Original Article

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัด	
อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์	375
ภาวะไตเสื่อมในบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	389
การรับรู้สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยทางคลินิกในโรงพยาบาล	
ระดับเหน็ดเหนื่อย	406

Topic Review

Precision Medicine and Tuberculosis	421
---	-----

Short Communication

Double Standard.....	426
'Wrong, Wrong, Just Wrong'	428
Anticancer Diet & Screening	429

นานาสาระ

การบริหารโรงพยาบาลกับการวิ่งผลัด 4 x 100 เมตร	430
นักวิจัยไทยไม่แพ้ชาติใดในโลก	435
จิตวิญญาณ.....	436
กัญชา กับ มะเร็ง	438

Journal Club

Electronic Cigarettes and Aldehyde Emissions	439
--	-----

วารสารสโมสร

A Healthy Brain versus Alzheimer's Patients.....	440
บุหรี่ยี่ ???	441

Addendum

Fetal Intrauterine Experience.....	443
------------------------------------	-----

จดหมายถึงบรรณาธิการ

เรียนบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาล ม.ข.	444
เรื่องบุหรี่ยังไม่จบ	447

Original Article

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัด อาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ User Satisfaction with the Quality of the Operating Room Services at Kalyanivatanusorn Building, Srinagarind Hospital

ภัทรนันท์ ว่องกลกิจศิลป์¹, กัณห์อเนก ว่องกลกิจศิลป์², สาวินี เจ็กภูเขียว^{3*}, เนติรักษ์ วงษ์จรัส³,
ชัยภักดิ์ เตชะเพชรไพบูลย์⁴, ณรงค์ชัย ว่องกลกิจศิลป์⁴

¹ โรงเรียนสาธิตศึกษาศาสตร์ ฝ่ายมัธยมศึกษา (ศึกษาศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² โรงเรียนสาธิตศึกษาศาสตร์ ฝ่ายมัธยมศึกษา (มอดินแดง) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ หน่วยผ่าตัด 5 งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ: สาวินี เจ็กภูเขียว

หน่วยผ่าตัด 5 งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใช้บริการห้องผ่าตัดทั้งผู้ป่วยในจำนวน 496 ราย และผู้ป่วยนอกจำนวน 715 ราย ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 14 กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลประชากรและความพึงพอใจในมิติต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย (ผู้ป่วยใน 96.57%, ผู้ป่วยนอก 91.75%) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ผู้ป่วยใน 42.74%, ผู้ป่วยนอก 43.64%) และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

รับต้นฉบับ
24 กันยายน 2568

แก้ไขต้นฉบับ
24 ตุลาคม 2568

รับต้นฉบับตีพิมพ์
3 พฤศจิกายน 2568

(ผู้ป่วยใน 56.65%, ผู้ป่วยนอก 61.4%) อาชีพที่พบบ่อยได้แก่ข้าราชการและเกษตรกร ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น สำหรับระดับความพึงพอใจ พบว่าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนาในระดับ “ดีเยี่ยม” อย่างเห็นได้ชัดในทุกมิติ ทั้งด้านพฤติกรรมบริการ การให้บริการ การให้ข้อมูล และสิ่งแวดล้อม โดยคะแนนความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยมสูงมาก

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนาของ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สามารถให้บริการที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษามาตรฐานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลเฉพาะบุคคลเพิ่มเติมยังคงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, คุณภาพบริการ, ห้องผ่าตัด, โรงพยาบาลศรีนครินทร์, ผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยนอก

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to assess patient satisfaction with the quality of services provided by the operating room services at Kalyanivatanusorn Building, Srinagarin Hospital. The sample comprised 496 inpatients and 715 outpatients who utilized the surgical unit services from February 15, 2021, to February 14, 2025. Data were collected using questionnaires covering demographic information and satisfaction across various dimensions. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used for data analysis.

The results indicated that the majority of respondents were patients (inpatients 96.57%, outpatients 91.75%), aged over 60 years (inpatients 42.74%, outpatients 43.64%), and predominantly male (inpatients 56.65%, outpatients 61.4%). Common occupations included government officials and farmers, with most residing in Khon Kaen province. Regarding satisfaction levels, both inpatients and outpatients demonstrated overwhelmingly “Excellent” satisfaction with the quality of services at the operating room services at Kalyanivatanusorn Building, Srinagarin Hospital across all dimensions: service behavior, service delivery, information provision, and environment. The overall satisfaction scores were remarkably high.

This study demonstrates that the operating room services at Kalyanivatanusorn Building, Srinagarin Hospital effectively provides services that generate high patient

satisfaction. Maintaining these standards and continuously improving personalized communication and information delivery remain crucial to further meet the evolving needs of service users.

Keywords: Satisfaction, Service Quality, Surgical Unit, Srinakarin Hospital, Inpatient, Outpatient

บทนำ

คุณภาพการบริการด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่น สุขภาพกายและใจของผู้ป่วย รวมถึงชื่อเสียงขององค์กรบริการสุขภาพ การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการสะท้อนคุณภาพบริการและเป็นข้อมูลป้อนกลับที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงบริการให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพื้นที่ใกล้เคียง มีผู้ให้บริการจำนวนมากที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในหลากหลายสาขาวิชา รวมถึงบริการในห้องผ่าตัดซึ่งถือเป็นบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีความละเอียดอ่อนสูง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมักมีความวิตกกังวลสูง และต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษทั้งจากบุคลากร สถานที่ และกระบวนการต่างๆ

ห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการ การสำรวจความพึงพอใจต่อห้องผ่าตัดที่เปิดให้บริการมาไม่นานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาของบุคลากร เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่เพียงแต่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลรักษาเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ผลลัพธ์ทางการแพทย์ และความไว้วางใจในระบบสุขภาพ รวมถึงกระบวนการการให้ข้อมูลและการดูแลต่างๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) สอดคล้องกับนโยบายที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์รูปแบบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและญาติ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการ ณ ห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลของห้องผ่าตัด อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ซึ่งได้จากการตอบแบบสอบถามมาตรฐานของผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการที่ห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทุกราย ข้อมูลแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนจากการบันทึกจะถูกตัดออกจากการศึกษานี้

ตัวแปรที่ศึกษา

- ข้อมูลทั่วไปทางประชากร เช่น เพศ อายุ
- ข้อมูลระดับความรู้สึของผู้ใช้บริการต่อการบริการที่ได้รับ แบ่งเป็น ดีเยี่ยม (5) ดี (4) พอใช้ (3) ควรปรับปรุง (2) ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง (1)

ขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

$$n = \frac{0.5 \times (1-0.5) \times 1.96^2}{0.1^2} = 96$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร = 0.5

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ = 0.1

z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

ถ้าระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า Z = 1.96

กำหนดให้สัดส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเท่ากับ 0.5

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 96 คน ในการวิจัยครั้งนี้ จะใช้จำนวนข้อมูลทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้ ฐานข้อมูลของห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ descriptive statistic สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการแสดงผลความชุก โดยข้อมูลจะถูกนำเสนอในรูปของตารางความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลต่อเนื่องจะใช้ค่าร้อยละ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล (แบบสอบถาม) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยถือเป็นความลับ การบันทึกข้อมูล จะไม่มีการระบุชื่อ เลขที่โรงพยาบาล หรือข้อมูลที่จะใช้อ้างอิงถึงผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีผลต่อผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใด ๆ และจะเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูลเมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผลการศึกษา

ระหว่างวันที่ 15 ก.พ. 2564 ถึง 14 ก.พ. 2568 มีจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 1,211 ฉบับ แบ่งเป็นแบบสอบถามจากผู้ป่วยในจำนวน 496 ฉบับ จากผู้ป่วยนอกจำนวน 715 ฉบับ ดังตารางที่ 1, 2, 3 และ 4

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒมนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์แบบผู้ป่วยใน

การจำแนก	จำนวน
จำแนกตามผู้ตอบแบบสอบถาม	
ผู้ป่วย	479 (96.57%)
ญาติ	16 (3.23%)
ไม่ระบุ	1 (0.2%)
จำแนกตามอายุ	
<20 ปี	9 (1.81%)
21-40 ปี	74 (14.92%)
41-60 ปี	201 (40.52%)
>60 ปี	212 (42.74%)
จำแนกตามเพศ	
ชาย	281 (56.65%)
หญิง	214 (43.15%)
จำแนกตามอาชีพ (5 อันดับแรก)	
ข้าราชการ	144 (29.03%)
เกษตรกร	128 (25.81%)

การจำแนก	จำนวน
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	45 (9.07%)
รับจ้าง	38 (7.66%)
นักเรียน/นักศึกษา	23 (4.64%)
จำแนกตามระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	148 (29.84%)
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	127 (25.6%)
ปริญญาตรี	176 (35.48%)
สูงกว่าปริญญาตรี	15 (3.02%)
ไม่ระบุ	30 (6.05%)
จำแนกตามภูมิลาเนา (5 อันดับแรก)	
ขอนแก่น	208 (41.94%)
มหาสารคาม	49 (9.88%)
ชัยภูมิ	43 (8.67%)
กาฬสินธุ์	27 (5.4%)
หนองบัวลำภู	25 (5.04%)
เลย	25 (5.04%)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคาร
กัลยาณิวัฒมนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน

	ระดับ 1 (ควร ปรับปรุงอย่างยิ่ง) -3 (พอใช้)	ระดับ 4 (ดี)	ระดับ 5 (ดีเยี่ยม)
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านพฤติกรรมบริการ			
1. เจ้าหน้าที่สุภาพนุ่มนวล ยิ้มแย้ม แจ่มใส วาจาสุภาพ	1	27	468
2. เจ้าหน้าที่สนใจ เอาใจใส่ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ สม่ำเสมอ	2	27	467
3. เจ้าหน้าที่ตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ	4	43	449
4. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือท่านทันทีเมื่อท่านต้องการ	1	35	460

	ระดับ 1 (ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง) -3 (พอใช้)	ระดับ 4 (ดี)	ระดับ 5 (ดีเยี่ยม)
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านการให้บริการ			
5. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตนและสามารถดูแล	3	39	454
6. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ	1	27	468
7. เจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	2	38	456
8. เจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน	8	42	446
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูล			
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การปฏิบัติตน ขั้นตอน /เวลา	3	41	452
10. ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4	33	459
11. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อท่านอย่างเสมอภาคและให้เกียรติ	2	18	476
12. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3	32	461
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อม			
13. สถานที่ที่ท่านใช้บริการ มีความสะอาด อากาศถ่ายเท และไม่มีกลิ่น	1	33	462
14. อุปกรณ์ของใช้ที่ท่านให้บริการ สะอาดเพียงพอ และพร้อมใช้	1	26	469
ภาพรวม ความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ	1	32	463

ตารางที่ 3 ลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ
คุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิพัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
แบบผู้ป่วยนอก

การจำแนก	จำนวน
จำแนกตามผู้ตอบแบบสอบถาม	
ผู้ป่วย	656 (91.75%)
ญาติ	55 (7.69%)
ไม่ระบุ	4 (0.56%)
จำแนกตามอายุ	
<20 ปี	5 (0.7%)
21-40 ปี	101 (14.13%)
41-60 ปี	270 (37.76%)
>60 ปี	312 (43.64%)
ไม่ระบุ	27 (3.78%)
จำแนกตามเพศ	
ชาย	439 (61.4%)
หญิง	261 (36.5%)
ไม่ระบุ	15 (2.1%)
จำแนกตามอาชีพ (5 อันดับแรก)	
ข้าราชการ	225 (31.47%)
เกษตรกร	185 (25.87%)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	70 (9.79%)
รับจ้าง	57 (7.97%)
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19 (2.66%)
จำแนกตามระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	202 (28.25%)
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	165 (23.08%)
ปริญญาตรี	249 (34.83%)
สูงกว่าปริญญาตรี	45 (6.29%)
ไม่ระบุ	54 (7.55%)

การจำแนก	จำนวน
จำแนกตามภูมิลำเนา (5 อันดับแรก)	
ขอนแก่น	357 (49.93%)
กาฬสินธุ์	50 (6.99%)
มหาสารคาม	45 (6.29%)
ชัยภูมิ	39 (5.45%)
นครพนม	25 (3.5%)

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ แบบผู้ป่วยนอก

	ระดับ 1 (ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง) -3 (พอใช้)	ระดับ 4 (ดี)	ระดับ 5 (ดีเยี่ยม)
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านพฤติกรรมบริการ			
1. เจ้าหน้าที่สุภาพนุ่มนวล ยิ้มแย้ม แจ่มใส วาจาสุภาพ	2	27	686
2. เจ้าหน้าที่สนใจ เอาใจใส่ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือสม่ำเสมอ	2	34	679
3. เจ้าหน้าที่ตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ	2	27	686
4. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือท่านทันทีเมื่อท่านต้องการ	3	36	676
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านการให้บริการ			
5. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตนและสามารถดูแล	3	31	681
6. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ	2	26	687
7. เจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	3	35	677
8. เจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน	6	41	668
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูล			
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การปฏิบัติตน ขั้นตอน /เวลา	4	47	664
10. ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	1	34	680

	ระดับ 1 (ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง) -3 (พอใช้)	ระดับ 4 (ดี)	ระดับ 5 (ดีเยี่ยม)
11.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อท่านอย่างเสมอภาคและให้เกียรติ	1	28	686
12.เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	2	35	678
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อม			
13. สถานที่ที่ท่านใช้บริการ มีความสะอาด อากาศถ่ายเท และไม่มีกลิ่น	1	26	688
14. อุปกรณ์ของใช้ที่ท่านบริการ สะอาดเพียงพอ และพร้อมใช้	2	24	689
ภาพรวม ความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ	1	26	688

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยใน (n=496) ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้ป่วยใน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเอง (96.57%) รองลงมาคือญาติ (3.23%) และไม่ระบุ (0.2%) ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (42.74%) และอายุ 41-60 ปี (40.52%) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการหลัก เพศชายเป็นสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (56.65% เป็นชาย, 43.15% เป็นหญิง) ด้านอาชีพที่เด่นชัดคือข้าราชการ (29.03%) และเกษตรกร (25.81%) ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพหลักในภูมิภาค ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (35.48%) และประถมศึกษา (29.84%) ภูมิลำเนาของผู้ป่วยในส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น (41.94%) รองลงมาคือมหาสารคาม (9.88%) ชัยภูมิ (8.67%) และกาฬสินธุ์ (5.4%) ตามลำดับ สะท้อนบทบาทของโรงพยาบาลในการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยนอก (n=715) ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเอง (91.75%) รองลงมาคือญาติ (7.69%) ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (43.64%) และอายุ 41-60 ปี (37.76%) ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยในที่เน้นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก เพศชายเป็นสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิง (61.4% เป็นชาย, 36.5% เป็นหญิง) ด้านอาชีพที่เด่นชัดคือข้าราชการ (31.47%) และเกษตรกร (25.87%) สอดคล้องกับผู้ป่วยใน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (34.83%) และประถมศึกษา (28.25%) ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ป่วยใน ภูมิลำเนาของผู้ป่วยนอกยังคงพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น (49.93%) ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในเล็กน้อย และจังหวัดกาฬสินธุ์ (6.99%) มหาสารคาม (6.29%) และชัยภูมิ (5.45%) ตามลำดับ

2. ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์

2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (n=496) ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ พบว่าผู้ป่วยในมีความพึงพอใจในระดับ “ดีเยี่ยม” ในทุกด้านของการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการให้ข้อมูลในส่วนที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อท่านอย่างเสมอภาคและให้เกียรติ (476 ราย) และด้านสิ่งแวดล้อมเรื่องอุปกรณ์ของใช้ที่สะอาดเพียงพอและพร้อมใช้ (469 ราย) ส่วนด้านพฤติกรรมบริการ เช่น เจ้าหน้าที่สุภาพนุ่มนวล ยิ้มแย้ม แจ่มใส วาจาสุภาพ และเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการก็ได้รับคะแนนดีเยี่ยมสูงถึง 468 รายเท่ากัน สำหรับรายการที่ได้รับความพึงพอใจระดับ “ดีเยี่ยม” น้อยที่สุด (แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงมาก) คือ เจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน (446 ราย) และเจ้าหน้าที่ตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ (449 ราย) โดยภาพรวม ความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับ “ดีเยี่ยม” สูงถึง 463 ราย จากทั้งหมด 496 ราย (93.35%) และ “ดี” 32 ราย (6.45%) มีเพียง 1 ราย (0.2%) ที่อยู่ในระดับ “ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง - พอใช้”

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (n=715) ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพการบริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ พบว่าผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจในระดับ “ดีเยี่ยม” ในทุกด้านของการบริการเช่นเดียวกับผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านสิ่งแวดล้อมทั้งสถานที่สะอาด อากาศถ่ายเท และอุปกรณ์ของใช้สะอาดเพียงพอและพร้อมใช้ ได้คะแนนดีเยี่ยมสูงถึง 688 และ 689 ราย ตามลำดับ และด้านพฤติกรรมบริการในส่วนที่เจ้าหน้าที่สุภาพนุ่มนวล ยิ้มแย้ม แจ่มใส วาจาสุภาพ (686 ราย) และเจ้าหน้าที่ตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ (686 ราย) รวมถึงเจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อท่านอย่างเสมอภาคและให้เกียรติ (686 ราย) สำหรับรายการที่ได้รับความพึงพอใจระดับ “ดีเยี่ยม” น้อยที่สุด (แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงมาก) คือ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การปฏิบัติตน ขึ้นตอน/เวลา (664 ราย) และเจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน (668 ราย) โดยภาพรวมความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับ “ดีเยี่ยม” สูงถึง 688 ราย จากทั้งหมด 715 ราย (96.22%) และ “ดี” 26 ราย (3.64%) มีเพียง 1 ราย (0.14%) ที่อยู่ในระดับ “ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง - พอใช้”

วิจารณ์

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ใช้บริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการอยู่ในระดับ

“ดีเยี่ยม” อย่างสูงในแทบทุกมิติของการบริการ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ ที่พบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยม¹⁻³

ข้อมูลประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสองกลุ่มแสดงลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเอง (มากกว่า 90%) ซึ่งเป็นการสะท้อนมุมมองโดยตรงจากผู้รับบริการหลัก กลุ่มอายุที่เข้ามารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (> 60 ปี) และกลุ่มวัยกลางคน (41-60 ปี) สอดคล้องกับแนวโน้มประชากรของประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย และการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดในกลุ่มอายุนี้ ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งตอกย้ำบทบาทของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในฐานะสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติของความพึงพอใจ พบว่า:

ด้านพฤติกรรมบริการ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจในระดับ “ดีเยี่ยม” สูงมาก โดยเฉพาะในเรื่องความสุภาพนุ่มนวล การยิ้มแย้มแจ่มใส และการเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เน้นความเป็นมิตรและความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

ด้านการให้บริการ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูงต่อความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงศักยภาพและความเชี่ยวชาญของทีมบุคลากรห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ประเด็นการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานพบว่ามีสัดส่วน “ดีเยี่ยม” น้อยกว่าบางรายการเล็กน้อยในทั้งสองกลุ่ม แม้จะยังสูงมากอยู่แล้ว ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะธรรมชาติของการผ่าตัดที่ย่อมมีความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเป็นจุดที่สามารถพิจารณาเพิ่มเติมในการสื่อสารหรือให้การดูแลด้านการจัดการความเจ็บปวดให้มีความเฉพาะบุคคลมากยิ่งขึ้น

ด้านการให้ข้อมูล ผู้ป่วยชื่นชมการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เสมอภาคและให้เกียรติเป็นอย่างสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างบรรยากาศแห่งความเคารพซึ่งมีผลต่อความคิดเห็นของผู้ป่วย สำหรับรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง เช่น ข้อมูลสถานที่ การปฏิบัติตน ขั้นตอน/เวลา และการอธิบายเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พบว่าได้รับคะแนน “ดีเยี่ยม” ที่สูง แต่ก็มีจำนวนที่น้อยกว่ารายการอื่นๆ เพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยนอกสำหรับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และขั้นตอน ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงโอกาสในการปรับปรุงรูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารข้อมูลเหล่านี้ให้มีความชัดเจน ครบถ้วน และเข้าถึงง่ายยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ ณ จุดให้บริการแรก หรือการใช้สื่อประกอบการอธิบายให้เข้าใจง่าย เหมาะสมกับพื้นฐานการศึกษาและวัยของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย

ด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับคะแนนความพึงพอใจในระดับ “ดีเยี่ยม” สูงที่สุดในหลายรายการ ทั้งความสะอาดของสถานที่ อาคารถ่ายเท และความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการและการบำรุงรักษาสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ดี ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกปลอดภัย สะดวกสบาย และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

โดยภาพรวมแล้ว ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ อยู่ในระดับที่สูงมากอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันถึงประสิทธิภาพและความมุ่งมั่นในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์และระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ อย่างไรก็ตาม แม้ผลคะแนนจะสูงมาก แต่การประเมินอย่างต่อเนื่องและการพิจารณาจุดที่สามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้อีกเล็กน้อย เช่น การสื่อสารและจัดการความเจ็บปวดเฉพาะบุคคล ก็ยังคงมีความสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการให้สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 14 กุมภาพันธ์ 2568 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากจังหวัดขอนแก่นและพื้นที่ใกล้เคียง มีลักษณะทางประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย และมีอาชีพข้าราชการหรือเกษตรกร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้บริการทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการในภาพรวมและในทุกมิติ (ด้านพฤติกรรมบริการ การให้บริการ การให้ข้อมูล และสิ่งแวดล้อม) อยู่ในระดับ “ดีเยี่ยม” อย่างสูง ซึ่งสะท้อนถึงการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับหน่วยงานห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์:

- **คงไว้และพัฒนาต่อยอด:** ควรคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลและบริการที่ดีเยี่ยม โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมบริการและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับคะแนนสูงมาก ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้แสดงความเอาใจใส่และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- **เน้นการสื่อสารและการให้ข้อมูลเชิงรุก:** แม้จะได้รับคะแนนสูงในด้านการให้ข้อมูล แต่ควรพิจารณาเสริมการให้ข้อมูลเชิงลึกและเฉพาะเจาะจงมากขึ้นเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด และการอธิบายขั้นตอน/เวลาที่ชัดเจน เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วย โดยอาจใช้สื่อประกอบการอธิบายที่หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

- จัดการความเจ็บปวดอย่างบูรณาการ: ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงผู้ป่วยแต่ละรายได้ดียิ่งขึ้น เพื่อยกระดับความพึงพอใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของผู้ป่วย

2. สำหรับการวิจัยในอนาคต:

- ควรมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงและความคาดหวังของผู้ป่วยได้

- อาจมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการจัดกลุ่มสนทนา (Focus group discussion) เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการในแง่มุมที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้บริการทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณบุคลากรห้องผ่าตัดอาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่เอื้อเฟื้อในการเก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชูใจ วินิจ. ผลการพัฒนางานห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก: ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (ตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557): 1-10.
2. วิภา ดุรงค์พิศุขกุล, นริมาลย์ นีละไพจิตร. การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตน์. Rama Nurs J 2002; 8: 40-7.
3. นันทพร พิษพิสุทธิ, รัชนี หลงสวาสดี. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9: 182-9.

Original Article

ภาวะไตเสื่อมในบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Chronic Kidney Disease in Personnel in Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ชุตินา วรณูปถัมภ์

หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ : ชุตินา วรณูปถัมภ์

หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002
E-mail : chutima@kku.ac.th โทร : 043-363078

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์ : โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของไทยและทั่วโลก มีผู้ป่วยไทยประมาณร้อยละ 17.60 (8-10 ล้านราย) จากการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2562 พบบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อมถึงร้อยละ 34.83 (1,031 คนจาก 3,020 คน) โดยร้อยละ 90 อยู่ในระยะที่สามารถชะลอไตเสื่อมได้หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงได้จัดทำงานวิเคราะห์เรื่อง “ภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น” เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำที่เหมาะสม วัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนให้เห็นอุบัติการณ์การเกิดไตเสื่อมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปัจจัย/สาเหตุของการเกิดภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีภาวะไตเสื่อม ระดับของภาวะไตเสื่อม (ระยะของไตเสื่อม) การปฏิบัติตัว และการดูแลรักษา อุปสรรคและปัจจัยเกื้อหนุนที่เกี่ยวข้องกับการชะลอการเสื่อมของไต

วิธีการศึกษา : เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้รูปแบบการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูล การตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มารับการตรวจ

รับต้นฉบับ
13 สิงหาคม 2568

แก้ไขต้นฉบับ
24 ตุลาคม 2568

รับต้นฉบับตีพิมพ์
3 พฤศจิกายน 2568

สุขภาพประจำปี 2562 และได้รับการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ณ คลินิกตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม จำนวน 2,960 คน มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา : บุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับการตรวจค่า eGFR จำนวน 2,960 คน พบมีภาวะไตเสื่อม (eGFR < 90 ml/min/1.73 m²) จำนวน 1,031 คน คิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร้อยละ 34.83 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มต้น คือระยะที่ 2 (stage 2) ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้มีภาวะไตเสื่อม (n=1,031): เทียบกับผู้ไม่มีภาวะไตเสื่อม พบสัดส่วนเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 61.14 ของเพศชายทั้งหมด) พบในกลุ่มอายุ ≥ 60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 79.7) พบในบุคลากรสายสนับสนุนมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์เล็กน้อย (ร้อยละ 37.75 และ 34.88 ตามลำดับ) พบในกลุ่ม BMI 25.00-29.99 (น้ำหนักเกิน) มากที่สุด (ร้อยละ 41.23) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมาก: มีประวัติญาติเป็นไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 57.43), ประวัติเป็นนิ่วในไต (ร้อยละ 100), การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 71.43), การดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 43.53)

สรุป : จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่วนใหญ่มีภาวะไตเสื่อมอยู่ในระยะที่ 2 (stage 2) ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอไตเสื่อมได้ นำไปสู่การวางแผนหาแนวทางในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะไตเสื่อม, บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

Background and Objective : Chronic kidney disease is a major public health problem in Thailand and worldwide. Approximately 17.60% of Thais (8–10 million people) are affected. According to the 2019 annual health checkup of personnel at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 34.83% (1,031 out of 3,020 people) were found to have renal impairment. Of these, 90% were in stages where kidney deterioration could be slowed if behavioral modifications were made. Therefore, an analysis entitled “Kidney Impairment of Personnel in Faculty of Medicine, Khon Kaen University” was conducted to provide basic information for planning appropriate care and advice. The objectives are to reflect: the incidence of renal impairment among personnel at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University; the factors or causes of renal impairment among the

affected staff; the level (stage) of renal impairment, personal behaviors and care; as well as the obstacles and supporting factors related to slowing the progression of renal deterioration

Methods : This study involved data collection using a retrospective study design from the annual health check-up records of personnel at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, who underwent their 2019 annual check-up and had their estimated glomerular filtration rate (eGFR) measured between June 4, 2019 and May 31, 2020 at the Annual Health Check-up Clinic for Staff, Health Promotion Unit, Department of Community Medicine, with a total of 2,960 participants. The data were analyzed using frequency and percentage distributions.

Results : Among the 2,960 personnel who underwent health check-ups and eGFR testing, 1,031 individuals were found to have renal impairment ($\text{eGFR} < 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$), representing an incidence of 34.83% among the personnel at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The majority were in the early stage, specifically stage 2. General information and behaviors of those with renal impairment ($n=1,031$): Compared to those without renal impairment, the proportion of males was higher than females (61.14% of all males). The highest prevalence was found in the age group ≥ 60 years (79.7%). Renal impairment was observed slightly more in support staff than in medical staff (37.75% and 34.88% respectively). The highest prevalence was in the BMI range of 25.00-29.99 (overweight), at 41.23%. Common risk factors observed were: a family history of chronic kidney disease (57.43%), a history of kidney stones (100%), smoking (71.43%), and alcohol consumption (43.53%)

Conclusion : From the data analysis, it was found that most personnel at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University with renal impairment were in stage 2, which is a stage in which kidney deterioration can still be slowed. This finding leads to planning appropriate care approaches to promote knowledge and understanding among personnel, encourage behavior modification, and ensure that they receive proper and suitable treatment.

Keywords : Kidney Impairment, Personnel in Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตเท่านั้น ข้อมูลการศึกษาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.60 ของประชากร คิดเป็นผู้ป่วยราว 8 - 10 ล้านราย มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตประมาณ 1,439 รายต่อล้านประชากร และมีแนวโน้มมากขึ้นในทุก ๆ ปี โดย 80,000 คน ไตวายระยะสุดท้าย โดยปัจจุบัน พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวนประมาณ 70,000 ราย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 - 15,000 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือ การป้องกัน การดูแลตนเอง และประชาชนทุกคนควรมีความรู้เรื่องโรคไต ต้องรู้จักระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม มีการคัดกรองหน้าที่ไตเบื้องต้น เพื่อที่จะสามารถวินิจฉัย และรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือมีการดำเนินของโรคแย่ลง ที่ต้องทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิตแย่ลง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีศักยภาพด้านบุคลากร เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง สามารถทำการรักษาด้วยเทคโนโลยี และวิทยาการขั้นสูง ทำให้มีจำนวนผู้มาเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน นอกจากนั้นยังมีบุคลากรในองค์กรเป็นจำนวนมาก ซึ่งบุคลากรทุกคนจำเป็นต้องได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรในองค์กรมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น หากบุคลากรมีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย มุ่งหวังให้สามารถรักษาให้หายขาด หรือควบคุมโรคได้ ทั้งนี้เพื่อพร้อมให้บริการที่ดี มีคุณภาพ บังเกิดความประทับใจแก่ผู้รับบริการ แต่จากข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในปี 2562 พบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ต้องได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวนทั้งหมด 4,252 ราย มารับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 3,020 ราย (ร้อยละ 71.03) พบมีผลการตรวจสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังในอนาคต จำนวน 1,318 คน (ร้อยละ 43.64) และภาวะป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องให้คำแนะนำและส่งต่อการรักษา จำนวน 597 คน (ร้อยละ 19.76) ซึ่งภาวะเจ็บป่วย และความผิดปกติอื่น ๆ ที่พบ และมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต ได้แก่ ความดันโลหิตสูง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 4.27) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 174 คน (ร้อยละ 9.54) ระดับไขมันใน

เลือดผิดปกติ จำนวน 939 คน (ร้อยละ 51.88) อ้วนลงพุง จำนวน 246 คน (ร้อยละ 8.15) นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ผลการตรวจยังพบภาวะสุขภาพที่มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง จำนวน 2,429 คน (ร้อยละ 80.43) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากคือ การมีความผิดปกติของการทำงานของไต โดยบุคลากรมีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า $70 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ จำนวน 153 คน (ร้อยละ 5.17) และมีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 1.08) ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เรื่องความผิดปกติของการทำงานของไต จำนวน 121 คน (ร้อยละ 20.27) จากการศึกษาพบว่า การเริ่มมีค่าอัตราการกรองของไตลดลง เป็นความผิดปกติเริ่มแรก หากไม่ดูแลรักษาก็จะเข้าสู่ระยะไตวายในภายหน้า ซึ่งโรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ เพื่อลดการเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยต้องทราบว่ามีภาวะไตเสื่อมอยู่ในระดับใด ระยะของไตเรื้อรังแบ่งตามอัตราการกรองของไต มีทั้งหมด 5 ระยะ ซึ่งบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม ต้องได้รับคำแนะนำและการรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หากพบความเสื่อมของไตอยู่ในระดับที่ 4 หรือ 5 เนื่องจากไตเรื้อรังระดับ 5 เป็นระยะที่ต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไต ปัญหาเหล่านี้หากได้รับคำแนะนำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการป้องกันและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ก็จะสามารถชะลอภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยจะนำมาซึ่งการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น

หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม เป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้รับมอบหมายในการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เล็งเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพไตของบุคลากร เพื่อป้องกัน และชะลอภาวะไตเสื่อม จึงได้ทำผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง “ภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น” ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ในปี 2562 เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ วางแผนการดูแล ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้รูปแบบการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2562 และได้รับการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ณ คลินิกตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม จำนวน 2,960 คน มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่มารับการตรวจสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งการทำงาน และดัชนีมวลกาย 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพออนไลน์ 3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 4) แบบบันทึกข้อมูลผลตรวจสุขภาพที่ผิดปกติ และเสี่ยงสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพออนไลน์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกผลตรวจสุขภาพบุคลากรที่มีความผิดปกติและเสี่ยงสูงที่ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2562 และได้รับการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) จำนวน 2,960 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,610 คน ร้อยละ 88.17 อยู่ในช่วงอายุ 30-59 ปี จำนวน 2,269 คน ร้อยละ 76.66 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 2,115 คน ร้อยละ 71.45 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ตร.ม จำนวน 2,021 คน ร้อยละ 68.28 ในจำนวนบุคลากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีการให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1,915 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 1,337 คน ร้อยละ 69.82 โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติมากที่สุด จำนวน 164 คน ร้อยละ 28.37 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 923 คน ร้อยละ 73.20 มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1,880 คน ร้อยละ 98.17 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 1,219 คน ร้อยละ 63.66 มีพฤติกรรมออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที จำนวน 675 คน ร้อยละ 35.25 และชอบรับประทานอาหารรสหวานมากที่สุด จำนวน 899 คน ร้อยละ 46.95 (ตารางที่ 1)

โดยบุคลากรกลุ่มเป้าหมายตรวจพบภาวะไตเสื่อม จำนวน 1,031 คน คิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร้อยละ 34.83

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (n=2,960)

ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	350	11.83
หญิง	2,610	88.17
อายุ (ปี)		
< 30	607	20.51
30 - 59	2,269	76.66
≥ 60	84	2.83
ตำแหน่งการทำงาน		
บุคลากรทางการแพทย์	2,115	71.45
บุคลากรสายสนับสนุน	845	28.55
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม)		
< 25.00	2,021	68.28
25.00 - 29.99	701	23.68
≥ 30.00	238	8.04
โรคประจำตัวญาติสายตรง (n= 1,915)		
ไม่มี	654	34.15
มี	1,261	65.85
เบาหวาน	758	60.11
ความดันโลหิตสูง	923	73.20
ไขมันในเลือดผิดปกติ	21	1.67
ไตวายเรื้อรัง	101	8.01
โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วย (n= 1,915)		
ไม่มี	1,337	69.82
มี	578	30.18
ไขมันในเลือดผิดปกติ	164	28.37
ความดันโลหิตสูง	125	21.63
เบาหวาน	61	10.55
ไทรอยด์	80	13.84
ไต	3	0.52
นิ่วในไต	2	0.35
อื่นๆ	243	42.04

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (n=2,960) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ (n= 1,915)		
ไม่สูบ	1,880	98.17
เคยสูบ	21	1.10
สูบ	14	0.73
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n= 1,915)		
ไม่ดื่ม	1,219	63.66
เคยดื่ม	611	31.91
ดื่ม	85	4.44
การออกกำลังกายในปัจจุบัน (n= 1,915)		
ไม่ออกกำลังกาย	506	26.42
< 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที	675	35.25
< 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ $\geq$ 30 นาที	352	18.38
$\geq$ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที	93	4.86
$\geq$ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ $\geq$ 30 นาที	289	15.09
รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน (n= 1,915)		
รสหวาน	899	46.95
รสเค็ม	519	27.10
รสมัน	472	24.65
ไม่ชอบทุกข้อ	700	36.55

2) สัดส่วนของปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีภาวะไตเสื่อม

บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีภาวะไตเสื่อม คือ มีค่า eGFR < 90 ml/min/1.73 m² จำนวน 1,031 คน พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 214 คน ร้อยละ 61.14 อยู่ในช่วงอายุ $\geq$ 60 ปี จำนวน 67 คน ร้อยละ 79.76 เป็นบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 360 คน ร้อยละ 37.75 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00–29.99 กก./ตร.ม จำนวน 289 คน ร้อยละ 41.23 มีการให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 661 คน คิดเป็นร้อยละ 64.11 พบมีโรคประจำตัวเป็นนิ่วในไต จำนวน 2 คน ร้อยละ 100.00 มีญาติสายตรงเป็นโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 58 คน ร้อยละ 57.43 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 10 คน ร้อยละ 71.43 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 37 คน ร้อยละ 43.53 มีการออกกำลังกาย $\geq$ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที จำนวน 45 คน ร้อยละ

48.39 ไม่ชอบรับประทานอาหารทั้งรสหวาน เค็ม และมัน จำนวน 275 คน ร้อยละ 39.29 แต่รสชาติอาหารที่ชอบรับประทานมากที่สุด คือ รสหวาน จำนวน 297 คน ร้อยละ 33.04 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัดส่วนของปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีภาวะไตเสื่อม (n= 2,960)

ข้อมูลทั่วไป	บุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม		บุคลากรที่ไม่มีภาวะไตเสื่อม		รวม
	(n= 1,031)		(n= 1,929)		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	214	61.14	136	38.86	350
หญิง	817	31.30	1,793	68.70	2,610
อายุ (ปี)					
< 30	84	13.84	523	86.16	607
30 - 59	880	38.78	1,389	61.22	2,269
≥ 60	67	79.76	17	20.24	84
ตำแหน่งการทำงาน					
บุคลากรทางการแพทย์	671	34.88	1,444	65.12	2,115
บุคลากรสายสนับสนุน	360	37.75	485	65.25	845
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม)					
25.00 - 29.99	659	32.61	1362	67.39	2,021
< 25.00	289	41.23	412	58.77	701
≥ 30.00	83	34.87	155	65.13	238
โรคประจำตัวญาติสายตรง (n= 1,915)					
ไม่มี	201	30.73	453	69.27	654
มี ³	460	36.48	801	63.52	1,261
เบาหวาน	323	42.61	435	57.39	758
ความดันโลหิตสูง	204	22.10	719	77.90	923
ไขมันในเลือดผิดปกติ	10	47.62	11	52.38	21
ไตวายเรื้อรัง ^๕	58	57.43	43	42.57	101

ตารางที่ 2 สัดส่วนของปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีภาวะไตเสื่อม (n= 2,960) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	บุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม		บุคลากรที่ไม่มีภาวะไตเสื่อม		รวม
	(n= 661)		(n= 1,254)		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)
โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วย (n= 1,915)					
ไม่มี	398	29.77	939	70.23	1,337
มี	263	45.50	315	54.50	578
ไขมันในเลือดผิดปกติ	85	51.83	79	48.17	164
ความดันโลหิตสูง	77	61.60	48	38.40	125
เบาหวาน	25	56.82	19	43.18	44
ไทรอยด์	16	20.00	64	80.00	80
ไต	2	66.67	1	33.33	3
นิ่วในไต	2	100.00	0	0.00	2
อื่นๆ	111	45.68	132	54.32	243
การสูบบุหรี่ (n= 1,915)					
ไม่สูบ	638	33.94	1242	66.06	1,880
เคยสูบ	13	61.90	8	38.10	21
สูบ	10	71.43	4	28.57	14
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n= 1,915)					
ไม่ดื่ม	436	35.77	783	64.23	1,219
เคยดื่ม	188	30.77	423	69.23	611
ดื่ม	37	43.53	48	56.47	85
การออกกำลังกายในปัจจุบัน (n= 1,915)					
ไม่ออกกำลังกาย	145	28.66	361	71.34	506
< 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที	227	33.63	448	66.37	675
< 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ ≥ 30 นาที	105	29.83	247	70.17	352
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที	45	48.39	48	51.61	93
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ ≥ 30 นาที	139	48.10	150	51.90	289
รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน (n= 1,915)					
รสหวาน	297	33.04	602	66.96	899
รสเค็ม	153	29.48	366	70.52	519
รสมัน	153	32.42	319	67.58	472
ไม่ชอบทุกข้อ	275	39.29	425	60.71	700

3) ระยะของภาวะไตเสื่อม

บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2562 จำนวน 3,020 คน มีผลตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) จำนวน 2,960 คน พบมีภาวะไตเสื่อม จำนวน 1,031 คน คิดเป็นร้อยละ 34.83 มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 มากที่สุด คือ จำนวน 999 คน ร้อยละ 96.90 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระยะของภาวะไตเสื่อม (n= 1,031)

ระยะไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะที่ 2	999	96.90
ระยะที่ 3	30	2.91
- ระยะที่ 3a	28	93.33
- ระยะที่ 3b	2	7.14
ระยะที่ 4	2	0.19
ระยะที่ 5	0	0.00

3.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำแนกตามระยะไตเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 พบเป็นเพศหญิง จำนวน 790 คน ร้อยละ 79.08 ช่วงอายุ 30-59 ปี จำนวน 853 คน ร้อยละ 85.38 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 650 คน ร้อยละ 65.07 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย < 25.00 กก./ตร.ม. จำนวน 634 คน ร้อยละ 63.46 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำแนกตามระยะไตเสื่อม (n= 1,031)

ข้อมูลทั่วไป	ระยะไตเสื่อม					รวม (คน)	ร้อยละ
	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3		ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
	(n= 999)	3a (n= 28)	3b (n= 2)	(n= 2)	(n= 0)		
เพศ							
ชาย	209 (20.92)	4 (14.29)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	214	20.76
หญิง	790 (79.08)	24 (85.71)	1 (50.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	817	79.24
อายุ (ปี)							
< 30	83 (8.31)	1 (3.58)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	84	8.15
30 - 59	853 (85.38)	24 (85.71)	1 (50.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	880	85.35
≥ 60	63 (6.31)	3 (10.71)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	67	6.50
ตำแหน่งการทำงาน							
บุคลากรทางการแพทย์	650 (65.07)	18 (64.29)	1 (50.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	671	65.08
บุคลากรสายสนับสนุน	349 (34.93)	10 (35.71)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	360	34.92

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำแนกตามระยะไตเสื่อม (n= 1,031) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระยะไตเสื่อม					รวม (คน)	ร้อยละ
	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3		ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
	(n= 999)	3a (n= 28)	3b (n= 2)	(n= 2)	(n= 0)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม)							
< 25.00	634 (63.46)	22 (78.57)	2 (100.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	659	63.92
25.00 – 29.99	283 (28.33)	5 (17.86)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	289	28.03
≥ 30.00	82 (8.21)	1 (3.57)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	83	8.05

3.2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำแนกตามระยะไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 มีการให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 661 คน พบไม่มีโรคประจำตัวหรือประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 387 คน ร้อยละ 60.47 แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติมากที่สุด จำนวน 71 คน ร้อยละ 28.06 มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 313 คน ร้อยละ 70.50 และมีพฤติกรรมสุขภาพ สูบบุหรี่ จำนวน 9 คน ร้อยละ 1.41 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 37 คน ร้อยละ 5.78 มีการออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที จำนวน 220 คน ร้อยละ 34.37 และไม่ออกกำลังกายเลย จำนวน 145 คน ร้อยละ 21.94 ชอบรับประทานอาหารรสหวานมากที่สุด จำนวน 290 คน ร้อยละ 45.31 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำแนกตามระยะไตเสื่อม (n= 661)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	ระยะไตเสื่อม					รวม (คน)	ร้อยละ
	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3		ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
	(n= 640)	3a (n= 17)	3b (n= 2)	(n= 2)	(n= 0)		
โรคประจำตัวญาติสายตรง							
ไม่มี	196 (30.63)	4 (23.53)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	201	30.41
มี ^a	444 (69.37)	13 (76.47)	1 (50.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	460	69.59
เบาหวาน	313 (70.50)	9 (69.23)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	323	70.22
ความดันโลหิตสูง	191 (43.02)	10 (76.92)	1 (100.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	204	44.35
ไขมันในเลือดผิดปกติ	10 (2.25)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	10	2.17
ไตวายเรื้อรัง	54 (12.16)	3 (23.07)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	58	12.61

ตารางที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำแนกตามระยะไตเสื่อม (n= 661) (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	ระยะไตเสื่อม					รวม (คน)	ร้อยละ
	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3		ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
	(n= 640)	3a (n= 17)	3b (n= 2)	(n= 2)	(n= 0)		
โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วย							
ไม่มี	387 (60.47)	3 (17.65)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	398	60.21
มี	253 (39.53)	14 (82.35)	2 (100.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	263	39.79
ไขมันในเลือดผิดปกติ	71 (28.06)	12 (85.71)	1 (50.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	85	32.32
ความดันโลหิตสูง	67 (26.48)	8 (57.14)	1 (50.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	77	29.28
เบาหวาน	23 (9.09)	2 (14.29)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	25	9.51
ไทรอยด์	13 (5.14)	3 (21.43)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	16	6.08
ไต	1 (0.40)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2	0.76
นิ่วในไต	2 (0.79)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2	0.76
อื่นๆ	110 (43.48)	1 (7.14)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	111	42.59
การสูบบุหรี่							
ไม่สูบ	618 (96.56)	16 (94.12)	2 (100.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	638	96.52
เคยสูบ	13 (2.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	13	1.97
สูบ	9 (1.41)	1 (5.88)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	10	1.51
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์							
ไม่ดื่ม	418 (65.31)	15 (88.24)	1 (50.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	436	65.96
เคยดื่ม	185 (28.91)	2 (11.76)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	188	28.44
ดื่ม	37 (5.78)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	37	5.60
การออกกำลังกายในปัจจุบัน							
ไม่ออกกำลังกาย	143 (22.34)	2 (11.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	145	21.94
< 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที	220 (34.37)	6 (35.30)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	227	34.34
< 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ ≥ 30 นาที	100 (15.63)	3 (17.65)	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	105	15.88
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที	43 (6.72)	1 (5.88)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	45	6.81
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ ≥ 30 นาที	134 (20.94)	5 (29.41)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	139	21.03
รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน							
รสหวาน	290 (45.31)	6 (35.29)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	297	44.93
รสเค็ม	150 (23.44)	3 (17.65)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	153	23.15
รสมัน	152 (23.75)	1 (5.88)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	153	23.15
ไม่ชอบทุกข้อ	262 (40.94)	10 (58.82)	2 (100.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	275	41.60

4) การปฏิบัติตัวและ/หรือการดูแลรักษา

4.1 การปฏิบัติตัวและ/หรือการดูแลรักษา

การปฏิบัติตัวและ/หรือการดูแลรักษาของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ที่มีภาวะไตเสื่อม จากการตรวจสุขภาพประจำปี ณ คลินิกตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร พบมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำ จำนวน 910 คน ร้อยละ 88.26 และได้รับการดูแลส่งต่อรักษา จำนวน 121 คน ร้อยละ 11.74 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การปฏิบัติตัวและ/หรือการดูแลรักษา (n= 1,031)

การปฏิบัติตัวและ/หรือการดูแลรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำ	910	88.26
ได้รับการดูแลส่งต่อรักษา	121	11.74
ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป	102	84.29
ห้องตรวจอายุรกรรมเบอร์ 9	18	14.88
คลินิกไตเสื่อม	1	0.83

4.2 การติดตามการดูแลรักษา

จากการติดตามบุคลากรที่ได้รับการส่งต่อรักษาในห้องตรวจต่าง ๆ จำนวน 121 คน พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรไปรับการรักษาตามคำแนะนำ จำนวน 103 คน ร้อยละ 85.12 และไม่ไปรับการรักษา จำนวน 18 คน ร้อยละ 14.88 โดยให้เหตุผลว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยบุคลากรที่ไปรับการรักษาส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยไม่ใช้ยา จำนวน 86 คน ร้อยละ 86.50 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเสื่อม ที่ต้องติดตามการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 17 คน ร้อยละ 16.50 จากการติดตามผลลัพธ์การรักษาเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคหรือชะลอไตเสื่อมได้ดี จำนวน 88 คน ร้อยละ 85.44 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การติดตามการดูแลรักษา (n= 121)

การติดตามการดูแลรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่ได้รับการส่งต่อรักษา		
ไปรับการรักษา	103	85.12
ไม่ไปรับการรักษา	18	14.88
การรักษา		
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ใช้ยา	86	83.50
ได้รับการวินิจฉัย/รักษา	17	16.50
ผลลัพธ์การรักษา		
ควบคุมโรคได้ดี	88	85.44
ควบคุมโรคได้ไม่ดี	15	14.56
ติดตามไม่ได้/ไม่มีการตรวจซ้ำ	18	14.88

สรุปผลการวิเคราะห์

ผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง ภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพไตของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ คลินิกตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม เพื่อสะท้อนกลับข้อมูลให้บุคลากรและกลุ่มเสี่ยงทราบ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไตเสื่อม ทำให้มีสุขภาพที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและมีคุณภาพ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้การดูแลบุคลากรที่มีผลตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำผิดปกติ ตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2562 ณ คลินิกตรวจสุขภาพประจำปี บุคลากร และได้รับการเจาะเลือดตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) จำนวนทั้งหมด 2,960 คน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ดัชนีมวลกาย ค่าตรวจอัตราการกรองของไต (eGFR) และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพออนไลน์ ผู้วิเคราะห์ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและข้อมูลได้ ซึ่งข้อมูลถูกนำมาใช้โดยไม่แสดงตัวบุคคล เป็นการแสดงภาพรวม จึงไม่สามารถสืบถึงเจ้าของข้อมูลได้ มีการสร้างแบบบันทึกข้อมูลขึ้น เพื่อทำการดึงข้อมูลที่ต้องการมาทำการวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ค่าตรวจอัตราการกรองของไต (eGFR) และข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2,960 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,610 คน ร้อยละ 88.17 อยู่ในช่วงอายุ 30-59 ปี จำนวน 2,269 คน ร้อยละ 76.66 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 2,115 คน ร้อยละ 71.45 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ตร.ม จำนวน 2,021 คน ร้อยละ 68.28 มีการให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1,915 คน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 1,337 คน ร้อยละ 69.82 โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติมากที่สุด จำนวน 164 คน ร้อยละ 28.37 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 923 คน ร้อยละ 73.20 มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1,880 คน ร้อยละ 98.17 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 1,219 คน ร้อยละ 63.66 มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที จำนวน 675 คน ร้อยละ 35.25 และชอบรับประทานอาหารรสหวานมากที่สุด จำนวน 899 คน ร้อยละ 46.95

อุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบจำนวน 1,031 คน คิดเป็นร้อยละ 34.83

สัดส่วนปัจจัยและสาเหตุของการเกิดภาวะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ จากบุคลากรที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 1,031 คน พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 214 คน ร้อยละ 61.14 อยู่ในช่วงอายุ ≥ 60 ปี จำนวน 67 คน ร้อยละ 79.76 เป็นบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 360 คน ร้อยละ 37.75 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00-29.99 กก./ตร.ม จำนวน 289 คน ร้อยละ 41.23 มีการให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 661 คน พบมีโรคประจำตัวเป็นนิ่วในไต จำนวน 2 คน ร้อยละ 100.00 มีญาติสายตรงเป็นโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 58 คน ร้อยละ 57.43 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 10 คน ร้อยละ 71.43 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 37 คน ร้อยละ 43.53 มีการออกกำลังกาย ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ < 30 นาที จำนวน 45 คน ร้อยละ 48.39 ชอบรับประทานอาหารรสหวาน จำนวน 297 คน ร้อยละ 33.04

ผลการวิเคราะห์ระยะไตเสื่อมในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ พบบุคลากรมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 มากที่สุด จำนวน 999 คน ร้อยละ 96.90 รองลงมา คือ ระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ร้อยละ 2.91 (ระยะที่ 3a จำนวน 28 คน ร้อยละ 93.33 และระยะที่ 3b จำนวน 2 คน ร้อยละ 7.14) และระยะ 4 จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.19

การปฏิบัติตัวและ/หรือการดูแลรักษาของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ที่มีภาวะไตเสื่อม พบบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำ จำนวน 910 คน ร้อยละ 88.26 และได้รับการดูแลส่งต่อรักษา จำนวน 121 คน ร้อยละ 11.74 จากการติดตามบุคลากรที่ได้รับการส่งต่อรักษาในห้องตรวจต่าง ๆ ได้แก่ ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 102 คน ร้อยละ 84.29 ห้องตรวจอายุรกรรมเบอร์ 9 จำนวน 18 คน ร้อยละ 14.88 และคลินิกไตเสื่อม จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.83 พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรไปรับการรักษาตามคำแนะนำ จำนวน 103 คน ร้อยละ 85.12 และ

ไม่ไปรับการรักษา จำนวน 18 คน ร้อยละ 14.88 โดยให้เหตุผลว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยให้เหตุผลว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยบุคลากรที่ไปรับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยไม่ใช้ยา จำนวน 86 คน ร้อยละ 86.50 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเสื่อม ที่ต้องติดตามการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 17 คน ร้อยละ 16.50 จากการติดตามผลลัพธ์การรักษาเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคหรือชะลอไตเสื่อมได้ดี จำนวน 88 คน ร้อยละ 85.44 ควบคุมโรคได้ไม่ดี จำนวน 15 คน ร้อยละ 14.56 และติดตามไม่ได้/ไม่มีการตรวจซ้ำ จำนวน 18 คน ร้อยละ 14.88

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนใหญ่มีภาวะไตเสื่อมอยู่ในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอไตเสื่อมได้ หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน ออกกำลังกาย และพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงความเครียด การกลั่นปัสสาวะ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน และเค็ม เป็นต้น ดังนั้นจึงควรเผยแพร่ผลการวิเคราะห์นี้ให้แก่บุคลากรทราบ และสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจตระหนัก และใส่ใจในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะไตเสื่อมได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). วันไตโลก 2562 “ทุกคน ทั่วไทย ไตแข็งแรง” Kidney Health for Everyone Everywhere. ค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2563, จาก <https://www.hooninside.com/news-feed/94048/view>.

Original Article

การรับรู้สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย ทางคลินิกในโรงพยาบาลระดับเนือตติยภูมิ

Patient Rights Perception Among Clinical Trial Volunteers: A Study in Tertiary Care Hospital

สิริขวัญ บุญรักษา¹, จุรีรัตน์ รัตนเพชร¹, มะลิวรรณ มูลจันทร์¹, ภพ โกศลารักษ์²

¹ หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก งานการพยาบาลเฉพาะทางและ
สนับสนุนบริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

² สถานบริหารจัดการงานวิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ : สิริขวัญ บุญรักษา

หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุน
บริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Email: Sirikkr@kku.ac.th Tel. 090-3402075

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิกเป็น
ภารกิจสำคัญ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และเข้าใจสิทธิของตนเอง
อย่างถูกต้อง พยาบาลวิจัยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการดำเนินงานวิจัย
งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิก
ในโรงพยาบาลระดับเนือตติยภูมิ

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย-ณ หอ
ผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เครื่องมือวิจัยคือ
แบบสอบถามสิทธิผู้ป่วยพื้นฐาน และสิทธิของอาสาสมัครในการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.91) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha = 0.90) วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลในช่วงเวลา เดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2568

รับต้นฉบับ
28 สิงหาคม 2568

แก้ไขต้นฉบับ
24 ตุลาคม 2568

รับต้นฉบับตีพิมพ์
4 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (53.06%) อายุเฉลี่ย 55.98 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (36.73%) ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (62.24%) และมีประสบการณ์เข้าร่วมวิจัยมาก่อน (68.36%) ระดับการรับรู้สิทธิทั้งด้านสิทธิขั้นพื้นฐานและสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.13, SD = 0.89) การรับรู้สูงสุดคือสิทธิได้รับข้อมูลครบถ้วนและมีอิสระตัดสินใจเข้าร่วมโดยไม่ถูกบีบบังคับ (Mean = 4.35, SD = 0.81) การรับรู้ต่ำสุดคือสิทธิของผู้แทนโดยชอบธรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ไม่สามารถตัดสินใจเอง (Mean = 3.84, SD = 0.96) และสิทธิขอความคิดเห็นจากบุคลากรอื่นหรือเปลี่ยนผู้รักษา (Mean = 3.91, SD = 1.02)

สรุป : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สิทธิในระดับมาก สอดคล้องหลักการ ICH-GCP เรื่องความสมัครใจและการให้ข้อมูลชัดเจน อย่างไรก็ตาม สิทธิของผู้แทนโดยชอบธรรมยังขาดความเข้าใจชัดเจน อาจเกิดจากการสื่อสารไม่เพียงพอหรือการใช้ภาษาที่ซับซ้อน ควรพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องบริบทผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและความร่วมมือในการวิจัย

คำสำคัญ: สิทธิผู้ป่วย, อาสาสมัครโครงการวิจัย, การรับรู้สิทธิ

Abstract

Background and Rationale: Protecting the rights of patients participating in clinical research is a critical responsibility, particularly in promoting patients' awareness and accurate understanding of their rights. Research nurses play a vital role in supporting patients throughout the research process. This study aimed to examine the level of rights awareness among patients participating in clinical research at a tertiary care hospital.

Methods: This descriptive study recruited patients enrolled in clinical research projects in inpatient wards and outpatient clinics at Srinagarind Hospital. The research instrument was a questionnaire covering basic patient rights and research participants' rights, which was validated for content validity (CVI = 0.91) and reliability (Cronbach's Alpha = 0.90). Data were collected from March to May 2025 and analyzed using descriptive statistics.

Results: The study sample consisted of 98 participants, most of whom were male (53.06%), with a mean age of 55.98 years. The majority were farmers (36.73%), used the Universal Coverage Scheme (62.24%), and had prior research participation experience (68.36%). The overall awareness of both basic patient rights and research

participation rights was at a high level (Mean = 4.13, SD = 0.89). The highest awareness was found for the right to receive complete information and to make voluntary decisions without coercion (Mean = 4.35, SD = 0.81). The lowest awareness was related to the rights of legal representatives for children or incapacitated patients (Mean = 3.84, SD = 0.96) and the right to seek a second opinion or change healthcare providers (Mean = 3.91, SD = 1.02).

Conclusion: Most participants demonstrated a high level of rights awareness, consistent with ICH-GCP principles of voluntariness and clear informed consent. However, the rights of legal representatives remain poorly understood, possibly due to insufficient communication or complex language. Developing patient-centered and context-appropriate communication strategies may enhance patients' comprehension, care quality, and cooperation in clinical research.

Keywords: Patient rights, Clinical trial participants, Rights awareness

หลักการและเหตุผล

การวิจัยทางคลินิกมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการรักษาและความก้าวหน้าทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมวิจัยมีความเสี่ยงที่อาจกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สถานะทางสังคม และฐานะทางการเงินของอาสาสมัคร (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2557) หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จึงเน้นการคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัด สภาการพยาบาลได้กำหนดสิทธิผู้ป่วย 9 ประการ รวมถึงสิทธิในการได้รับข้อมูลครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย (สภาการพยาบาล, 2558) การปกป้องสิทธิอาสาสมัครถือเป็นเป้าหมายหลักของการวิจัยทางคลินิกที่ดี ตามมาตรฐาน Good Clinical Practice (GCP) บุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิจัย มีบทบาทสำคัญในการพิทักษ์สิทธิและดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการวิจัย (ดุสิตา สันติคุณาภรณ์, 2557; สภาการพยาบาล, 2562)

หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก สถาบันบริหารจัดการงานวิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยและอาสาสมัครในโครงการวิจัย ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยดำเนินการภายใต้มาตรฐาน Good Clinical Practice (GCP) สถิติระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีผู้รับบริการรวมทั้งสิ้น คือ 1,763 ราย 1,054 ราย และ 1,167 ราย ตามลำดับโดยมีผู้รับบริการจำนวนมากในแต่ละปี ทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงให้ความสำคัญในการดูแลอาสาสมัครให้ได้รับการดูแลตามสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา การให้ข้อมูลและขอความยินยอม การรักษาความลับ รวมถึง

การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2554 สอดคล้องกับการวิจัยของจิราวัฒน์ นวนไธม (2558) และธนินฐา ศุภวิชัย (2562) พบว่าระดับการรับรู้สิทธิผู้ป่วยในบางด้านยังอยู่ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคล

การรับรู้สิทธิที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญสำหรับอาสาสมัครวิจัย เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยความเข้าใจและมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม รูปแบบการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อการรับรู้และความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การถอนตัวจากโครงการ ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการรักษาและความสำเร็จของวิจัย (หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก, 2566)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการรับรู้สิทธิของอาสาสมัครโครงการวิจัยทางคลินิก เพื่อนำข้อมูลไปใช้พัฒนารูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสิทธิและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และยกระดับคุณภาพการดูแลในระบบวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิกในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: อาสาสมัครโครงการวิจัยทางคลินิกที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง: อาสาสมัคร จำนวน 98 ราย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อ่านและเขียนได้
3. อายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป
4. ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็น
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก:

1. มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือจิตเวช
2. ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โครงการวิจัยที่เข้าร่วม และประสบการณ์การเข้าร่วมโครงการวิจัย

ส่วนที่ 2: การรับรู้สิทธิของอาสาสมัครในโครงการวิจัย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) สิทธิผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน จำนวน 9 ข้อ โดยอ้างอิงจากข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (2558) และ (2) สิทธิของอาสาสมัครโครงการวิจัย จำนวน 8 ข้อ โดยอ้างอิงจากแนวทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (2543) รวมทั้งหมด 17 ข้อ ผู้วิจัยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยมี

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยกำหนดตามเกณฑ์ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้ perception theory ของ Neiser (1976) สิทธิผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน (สภาการพยาบาล, 2558) และสิทธิของอาสาสมัครโครงการวิจัย (ICH GCP, 2543) ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 1 ท่าน หัวหน้างานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบว่าข้อคำถาม วัดได้ตรงและความสอดคล้องกับ

วัดคุณสมบัติหรือไม่ (content validity) ข้อคำถามที่มี CVI ตั้งแต่ 0.91 ขึ้นไป ถือว่าเหมาะสม แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และได้นำไป ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha = 0.90) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

อาสาสมัครโครงการวิจัย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิก ณ หอผู้ป่วย และคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์

การรับรู้สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความเข้าใจของอาสาสมัครเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน ตามประกาศสภาการพยาบาล จำนวน 9 ข้อ

สิทธิอาสาสมัครโครงการวิจัย หมายถึง สิทธิ ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของอาสาสมัครตามหลักการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี จำนวน 8 ข้อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานวิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ขออนุมัติดำเนินการวิจัย: ยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เก็บรวบรวมข้อมูล: ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครโครงการวิจัยที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก

การคุ้มครองสิทธิ: ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอม และรับรองการรักษาความลับข้อมูล

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรม HE671683 เมื่อวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2568 การคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินการโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งตามลักษณะข้อมูลทั่วหาค่าสถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และ วิเคราะห์ระดับการรับรู้สิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยใช้จำนวน ความถี่ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง เป็น อาสาสมัครโครงการวิจัยทางคลินิก จำนวน 98 ราย ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อายุเฉลี่ย 55.98 ± 11.39 ปี (พิสัย 22-78 ปี) ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 53.06) อายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 59.18) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 28.57) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.73) มีรายได้ 5,001-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.94) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 62.24) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.94) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.65) และมีประสบการณ์เข้าร่วมโครงการวิจัยมากกว่า 1 ครั้ง (ร้อยละ 68.37) ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการเฉลี่ย 8.5 ± 4.2 เดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=98)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	53.06
หญิง	46	46.93
อายุ		
20-39	6	6.12
40-59	58	58.59
60-79	34	34.60
สถานภาพสมรส		
คู่	81	82.65
โสด	7	7.14
หม้าย/หย่าร้าง	10	10.20
ศาสนา		
พุทธ	95	96.93
คริสต์	3	3.06
อื่นๆ	0	0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	20.40
มัธยมศึกษา	28	28.57

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ/ปวส	23	23.46
ปริญญาตรี	23	23.46
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.08
อาชีพ		
เกษตรกร	36	36.73
ค้าขาย	22	22.44
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	11	11.22
รับราชการ	13	13.26
รับจ้างทั่วไป	9	9.18
ไม่ได้ทำงาน	3	3.06
อื่นๆ	1	1.02
รายได้สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	61	62.24
ประกันสังคม	7	7.14
มะเร็งรักษาทุกที่	4	4.08
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	26.53
โครงการวิจัยที่เข้าร่วม		
กลุ่มอาสาสมัครสุขภาพดี	13	13.26
กลุ่มอาสาสมัครป่วยด้วยโรคอื่นๆ	42	42.85
กลุ่มอาสาสมัครป่วยด้วยโรคมะเร็ง	43	43.8
ประสบการณ์ในการมาคลินิกวิจัย		
เคยมากกว่า 1 ครั้ง	67	68.36
ครั้งแรก	31	31.63

2. ระดับการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยและสิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิกในโรงพยาบาลตติยภูมิ

การรับรู้สิทธิของผู้ป่วยทั้งด้านสิทธิขั้นพื้นฐานและสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.13, SD=0.89) โดยมีการรับรู้ในหัวข้อที่มีระดับมากที่สุดคืออาสาสมัครมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ถูกบีบบังคับ (Mean = 4.35,

SD=0.81) ส่วนข้อที่มีระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ สิทธิของบิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ในการใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก หรือผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Mean = 3.84, SD=0.96) และรองลงมาคือ สิทธิในการขอความคิดเห็นจากบุคลากรสุขภาพอื่นที่ไม่ใช่ผู้รักษา โดยตรง รวมถึงสิทธิในการเปลี่ยนผู้รักษาหรือสถานพยาบาล (Mean = 3.91, SD= 1.02) ขณะที่ ด้านอื่น ๆ มีการรับรู้อยู่ในระดับมากทั้งหมด การรับรู้สิทธิแบ่งออกเป็น 2 ด้าน

1) ด้านการรับรู้สิทธิ สิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ พบว่าข้อ 7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่าง ครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ในระดับมาก (Mean = 4.29, SD=0.81) ส่วนข้อที่มีระดับการ รับรู้ที่น้อยที่สุด คือข้อ 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่ไม่ได้เป็น ผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยน สถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่ (Mean = 3.91, SD = 1.02)

2) ด้านสิทธิอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย 8 ข้อ พบว่า ข้อ 2. ท่านทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยอาสาสมัครมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลครบถ้วน มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ มีอิสระ ในการตัดสินใจ ไม่ถูกบีบบังคับ (Mean = 4.35, SD = 0.81) ส่วนข้อที่มีระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด ข้อ 6. อาสาสมัครมีสิทธิที่จะได้รับค่าชดเชยและ/หรือการรักษาหากเกิดอันตรายอันเป็นผลจาก การวิจัย (Mean = 4.00, SD = 0.97) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยและสิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิก

การรับรู้สิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ	ระดับการรับรู้		
	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาล และการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ	4.13	0.904	มาก
2. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต	4.14	0.87	มาก

3. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นโดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่	4.2	0.83	มาก
การรับรู้สิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ	ระดับการรับรู้		
	Mean	SD	ระดับ
4. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล ของแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ให้บริการ	4.10	0.77	มาก
5. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่	3.91	1.02	มาก
6. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย	4.07	0.94	มาก
7. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ	4.29	0.81	มากที่สุด
8. ท่านทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น	4.15	0.89	มาก
9. ท่านทราบว่า บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้	3.84	0.96	มาก
การรับรู้สิทธิอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย 8 ข้อ	ระดับการรับรู้		
	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านทราบว่าอาสาสมัครทุกคนต้องแสดงความยินยอมเข้าร่วม การวิจัยโดยอิสระ เป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	4.34	0.78	มากที่สุด
2. ท่านทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยอาสาสมัครมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลครบถ้วน มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ มีอิสระในการตัดสินใจ ไม่ถูกบีบบังคับ	4.35	0.81	มากที่สุด
การรับรู้สิทธิอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย 8 ข้อ	ระดับการรับรู้		
	Mean	SD	ระดับ
3. ท่านทราบว่า อาสาสมัครสามารถยกเลิกหรือออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้	4.22	0.91	มากที่สุด

4. ท่านทราบว่า อาสาสมัครมีสิทธิที่จะทราบความเสี่ยงหรือความไม่สะดวก สหายที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4.16	0.91	มาก
5. ท่านทราบว่า อาสาสมัครมีสิทธิที่จะทราบวิธีดำเนินการหรือการรักษาที่เป็น ทางเลือกอื่นๆ	4.08	0.83	มาก
6. ท่านทราบว่า อาสาสมัครมีสิทธิที่จะได้รับค่าชดเชยและ/หรือการรักษาหาก เกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย	4.00	0.97	มาก
7. ท่านทราบว่า อาสาสมัครมีสิทธิที่จะรับทราบชื่อแพทย์ผู้วิจัยและบุคคลที่ อาสาสมัครสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง	4.14	0.91	มาก
8. ท่านทราบว่า อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีสิทธิที่จะได้รับสำเนา เอกสารยินยอมลงนามของอาสาสมัคร และผู้วิจัยที่ลงวันที่เรียบร้อยแล้ว รวมทั้งเอกสารอื่นที่ให้กับอาสาสมัครโดยเอกสารต้องผ่านการรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	4.10	0.94	มาก

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สิทธิของอาสาสมัครโครงการวิจัยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สิทธิทั้งในฐานะ “ผู้ป่วย” และ “อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย” อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้เป็นประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 40 – 59 ปี และมีอายุเฉลี่ย 59.18 ปี โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 68.36 ซึ่งอาจมีส่วนส่งผลให้มีระดับการรับรู้สิทธิในระดับที่ดี เนื่องจากมีโอกาสได้รับข้อมูลซ้ำหลายครั้ง ในระหว่างเข้าร่วมโครงการก่อนหน้านี้

2. การรับรู้สิทธิของผู้ป่วย

จากผลการประเมินการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ พบว่าทุกข้อมีระดับการรับรู้ในระดับ “มาก” โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวข้องกับ “สิทธิในการรับทราบข้อมูลครบถ้วนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.29, SD = 0.81) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญของการเคารพในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วย (respect for autonomy) ตามแนวทางจริยธรรมสากล (Beauchamp & Childress, 2013) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ (2561) ที่ศึกษาระดับการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีการ

รับรู้สิทธิในระดับมาก โดยเฉพาะสิทธิในการได้รับข้อมูลจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งบ่งชี้ว่าการให้ข้อมูลเชิงรุกจากหน่วยบริการส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ข้อที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุด คือ “สิทธิของผู้แทนโดยชอบธรรม เช่น บิดา มารดา ในการใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจได้” (Mean = 3.84, SD = 0.96) อาจสะท้อนถึงความเข้าใจที่ยังไม่ชัดเจนในกลุ่มประชาชนเกี่ยวกับการใช้สิทธิทางกฎหมายแทนกันในสถานการณ์จำเพาะ ซึ่งควรมีการเน้นย้ำในการให้ข้อมูลหรือทำสื่อความรู้เพิ่มเติม

3. การรับรู้สิทธิของอาสาสมัครโครงการวิจัย

ระดับการรับรู้สิทธิของอาสาสมัครโครงการวิจัยส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับ “มาก” ถึง “มากที่สุด” โดยเฉพาะสิทธิในการ “ได้รับข้อมูลครบถ้วนและมีอิสระในการตัดสินใจโดยไม่ถูกบีบบังคับ” (Mean = 4.35, SD = 0.81) และ “การลงนามยินยอมโดยสมัครใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย” (Mean = 4.34, SD = 0.78) ซึ่งเป็นสาระสำคัญในแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลัก *Good Clinical Practice (ICH-GCP)* และแนวทางของ CIOMS (2021) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chinda et al. (2011) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งได้รับการอธิบายข้อมูลอย่างเพียงพอและมีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่วิจัย จะมีความเข้าใจและรับรู้สิทธิของตนได้ดียิ่งขึ้น ในประเด็นของ “สิทธิในการรับทราบชื่อผู้วิจัยและการติดต่อได้ 24 ชั่วโมง” และ “สิทธิในการได้รับค่าชดเชยกรณีเกิดอันตรายจากการวิจัย” พบว่ามีระดับการรับรู้อยู่ในระดับ “มาก” (Mean = 4.00 – 4.14) แต่ยังไม่ถึงระดับ “มากที่สุด” อาจเนื่องจากการสื่อสารในหัวข้อเหล่านี้มักถูกกล่าวถึงเพียงสั้น ๆ ในเอกสารหรือระหว่างการให้ข้อมูล ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการบางส่วนยังไม่ตระหนักถึงสิทธิเหล่านี้อย่างชัดเจน

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครโครงการวิจัยทางคลินิกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีระดับการรับรู้สิทธิโดยรวมอยู่ในระดับที่น่าพอใจ (ค่าเฉลี่ย = 4.13) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของระบบการให้ข้อมูลและกระบวนการขอความยินยอมที่มีอยู่ในปัจจุบัน การที่อาสาสมัครร้อยละ 68.36 เคยมีประสบการณ์เข้าร่วมโครงการวิจัยมาก่อนอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับการรับรู้สิทธิที่ดี เนื่องจากการได้รับข้อมูลซ้ำหลายครั้งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจตามหลักการ informed consent ของ ICH-GCP

อย่างไรก็ตาม การศึกษาชี้ให้เห็นช่องว่างในการรับรู้สิทธิบางประเด็น โดยเฉพาะสิทธิของผู้แทนโดยชอบธรรมสำหรับกลุ่มเปราะบาง (ค่าเฉลี่ย = 3.84) และสิทธิในการได้รับค่าชดเชยความเสียหาย (ค่าเฉลี่ย = 4.00) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญตามหลักจริยธรรมการวิจัยสากลที่ต้องการการปรับปรุงเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย: พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและอาสาสมัครวิจัยอย่างครอบคลุม โดยเน้นประเด็นที่พบว่ามี การรับรู้ต่ำ จัดทำเครื่องมือสื่อสารที่เข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้ที่มีข้อจำกัดในการตัดสินใจ และเสริมสร้างทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการอธิบายสิทธิของผู้แทนโดยชอบธรรมและกระบวนการขออนุญาตความเสียหาย

2. การประเมินและติดตาม: พัฒนาระบบประเมินการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยเป็นประจำเพื่อติดตามประสิทธิผลของการให้ข้อมูล และจัดทำโปรแกรมฝึกอบรมต่อเนื่องสำหรับบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยและสิทธิผู้ป่วย

ด้านการศึกษาและวิจัย

1. การพัฒนาหลักสูตรและการฝึกอบรม: บูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และแพทยศาสตร์1 จัดทำโมดูลการเรียนรู้แบบออนไลน์เกี่ยวกับ ICH-GCP และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองอาสาสมัคร และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายรูปแบบสำหรับกลุ่มประชาชนที่มีระดับการศึกษาและพื้นฐานแตกต่างกัน

2. การวิจัยต่อยอด ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สิทธิของอาสาสมัครในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย วิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการให้ข้อมูลรูปแบบต่างๆ ต่อการรับรู้สิทธิของอาสาสมัคร หรือ พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของเครื่องมือประเมินการรับรู้สิทธิในบริบทวัฒนธรรมไทย

3. ขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลหลายระดับและหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำไปใช้ได้ ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (mixed methods) เพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นหรือศึกษาตามยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้สิทธิในช่วงเวลาต่าง ๆ

เชิงนโยบาย

1. การพัฒนานโยบายและระเบียบ ทบพวนและปรับปรุงระเบียบของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิอาสาสมัครวิจัยให้ครอบคลุมประเด็นที่พบว่ามี การรับรู้ต่ำ จัดทำแนวทางมาตรฐานสำหรับการให้ข้อมูลแก่กลุ่มเปราะบางและการขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม และกำหนดมาตรฐานการขออนุญาตและการรักษาผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับอันตรายให้ชัดเจนและเป็นธรรม

2. การกำกับและติดตาม พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินการคุ้มครองสิทธิอาสาสมัครวิจัยในระดับสถาบัน จัดตั้งคณะทำงานเพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลและขอความยินยอมเป็นประจำ และเสริมสร้างบทบาทของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในการกำกับดูแลการคุ้มครองอาสาสมัคร

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง:

1. การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลเดียวซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับโรงพยาบาลระดับอื่นที่มีบริบทแตกต่าง
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์เข้าร่วมโครงการวิจัยมาก่อน (ร้อยละ 68.36) ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามิสะท้อนระดับการรับรู้ของอาสาสมัครครั้งแรก

การเก็บรวบรวมข้อมูล:

1. ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเดียว ซึ่งอาจได้ข้อมูลเชิงลึกไม่เพียงพอเกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้สิทธิในระดับต่าง ๆ
2. ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหรือโรงพยาบาลอื่น

ข้อจำกัดด้านการตีความผล

1. ผลการศึกษาอาจได้รับอิทธิพลจาก social desirability bias เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามอาจให้คำตอบที่พึงประสงค์มากกว่าความเป็นจริง
2. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับการรับรู้สิทธิได้เนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของงานวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถานบริหารจัดการงานวิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานวิจัยในหน่วยงานขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์และกรุณาสละเวลาเป็นที่ปรึกษา คอยสนับสนุน ชี้แนะให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออุทิศคุณค่าที่เกิดจากการศึกษานี้แด่ ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งที่ระบุชื่อและมิได้ระบุชื่อ ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วยความเคารพอย่างสูง

บรรณานุกรม

1. ดุสิตา สันติคุณาภรณ์. (2557). *การพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2. จิราวัฒน์ นวนไหม. (2558). *การศึกษาระดับการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. ธนิษฐา ศุภวิทย์. (2562). *การศึกษาระดับการรับรู้สิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. สภาการพยาบาล. (2558). *สิทธิผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์*. สืบค้นจาก <https://www.tnc.or.th>
5. สภาการพยาบาล. (2562). *จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <https://www.tnc.or.th>
6. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2557). *แนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
7. วราภรณ์. (2561). *การรับรู้สิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. หอผู้ป่วยและคลินิกวิจัยผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก แผนกการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. (2565). *สถิติการให้บริการหอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอกโครงการวิจัยทางคลินิก ปี 2563–2566*.
9. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
10. Chinda, P., Phutrakul, S., & Lumbiganon, P. (2011). Understanding patients' rights in clinical research: A cross-sectional survey. *Asian Bioethics Review*, 3(2), 123–131.
11. CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences). (2021). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*. Geneva: CIOMS. Retrieved from <https://cioms.ch/publications>
12. ICH-GCP. (2000). *International Conference on Harmonisation – Good Clinical Practice Guidelines (ICH-GCP E6[R1])*. Retrieved from <https://ichgcp.net>
13. Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. W. H. Freeman.

Topic Review

Precision Medicine and Tuberculosis*

Somchai Bovornkitti

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

The era of molecular medicine begun after the completion of the Human Genome Project in 2003 (NHGRI). The availability of the data base of approximately 3 billion base pairs and 30,000 genes in human DNA has led to a better understanding of physiological and pathological changes in the human body.

Precision Medicine Initiative

“Tonight, I am launching a new Precision Medicine Initiative to bring us closer to curing diseases like cancer and diabetes --- and to give all of us access to the personalized information we need to keep ourselves and our families healthier.”

President Barack Obama, State of the Union Address,
January 20, 2015

Precision Medicine

After U.S. President Barack Obama proposed in 2015 the “Precision Medicine Initiative” and provided US\$215 million for the program in obtaining the breach of human genome in associated with diseases, the Genome-Wide Association Studies (GWAS) started.

GWAS is considered the most powerful available tool to study the association between phenotypes and genotypes and also to identify common low-penetrance **susceptibility** loci in a particular disease. Each person gave a sample of DNA, from which millions of genetic variants are read using SPN arrays. If one type of variant (one allele) is more frequent in people with the disease, the variant is said to be associated with that disease.

*Paper delivered for The International Conference on Precision Medicine at the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, on July 20, 2018.

Tuberculosis

Tuberculosis is an infectious disease generally caused by inhaling *Mycobacterium tuberculosis* that occur to anyone at any age and all over the world, but only about 10% individuals are at a higher risk of acquiring the disease than others. Approximately 90% of those infected with *Mtb* have asymptomatic, latent TB infection, with only a 10% lifetime chance of progression to clinically active TB. Those are particular groups of individuals being at a higher risk of acquiring the disease than others, including individuals with insufficient or suppressed immune systems, i.e., infants, foreign-born individuals in TB prevalent countries, HIV/AIDS patients, diabetics, alcoholics, long-standing users of immune-suppressed drugs, e.g. corticosteroids, people live in poor sanitation and crowded countries such as formerly in South and South-East Asia Regions, and others.

Formerly, tuberculosis was prevented, as well as diagnosed and treated by circumstantial and clinical means. Such achievements depends largely on variable potentiality of attention and ambiguity of human responsible, which left of a good number of remaining infective sources. In the present era of advanced genomic technology, medical practice is adapting to comprehensive “precision medicine”, but occur the question “will precision medicine ever be possible to lead to the control of tuberculosis?”

In responding to such a question, one must intimately understand the molecular basis of tuberculosis and its causative organism that mostly is *Mycobacterium tuberculosis* (*MTB*). On believing that through a genetic approach to finding genes and genetic variations such as the diversity of genetic susceptibility to diseases in human populations would verify the molecular mechanisms of tuberculosis pathogenesis.

Unfortunately, our extensive literature review of available reports indicated that most hypothesis-free efforts to revamp the idea of TB genetic susceptibility have not identified candidate genes playing an important role in active tuberculosis. Nevertheless, the hope remains from a few findings cited at the followings, although controversies remained, should be mentioned.

1. A few loci worthy of attention, i.e. *2q35* (Greenwood CM, et al. Am J Hum Genet 2000; 67: 405-16), *8q12313* (Baghdadi JE, et al. J Exp Med 2006; 203: 1679-84), and *20q13* reported in African populations (Stein CM, et al. PLoS One 2008; 3:e4094. PubMed: 19116662), and *5p15* in linkage with delayed type *hypersensitivity* (Cobut A, et al. J Exp Med 2009; 206: 2583-91).

2. The linkage locus at *chr2q35* contains a candidate gene *SLC11A1*. The gene associated with TB is a solute carrier family 11 member 1 gene (*SLC11A1*) at *Chr2q35*, which is the natural resistance-associated macrophage protein 1 gene (*NRAMP1*); the genetic effect is absolutely unrelated to DTH response (Forget A, et al. Infect Immun 1981; 32: 42-47).

3. *NRAMP1* is a protein acting as a divalent-metal efflux pump at the phagosomal membrane of macrophage; it depletes divalent metal as Zn^{2+} , CU^{2+} , FE^{2+} and Mn^{2+} from bacteria-containing phagosomes. Deletion of these divalent metals may render the *MTB* more sensitive to the killing by oxygen radicals (Forbes JR, et al. Trends Microbiol 2001; 9: 397-403).

4. A number of studies have reported the genetic association of *HLA* class II polymorphisms with TB susceptibility. The DQbeta1Asp57 allele was associated with increased risk of progressive pulmonary tuberculosis. The DQbeta1Asp57 demonstrates reduced ability to bind to the immunogenic peptides of *MTB*, which may weaken the Th1 response. (Delgado JC, et al. J Immunol 2006; 176:1090-7).

5. Increased TB susceptibility was associated with the DR2allele in Indonesian (Bothamley GH, et al. J Infect Dis 1989; 159: 549-55) and Asian Indian (Brahmajothi V, et al. Tubercle 1991; 72: 123-32), the DQB1*0503 allele in Cambodian (Goldfeld AE, et al. JAMA 1998; 279: 226-8).

6. Genome-wide SNP-based linkage in tuberculosis patients in Thais (Mahasirimongkol S, et al. Genes Immun 2008; 10: 77-83).

7. Toll-like receptors (TLRs) play an essential role in the activation of innate immunity against microbial infection (Takeda K, et al. Semin Immunol 2004; 16: 3-9). Davila S, et al. identified the TB association of the TLR7 and TLR8 locus in Indonesian cohort. This study highlights the potential function of the TLRs in anti TB immunity (PLOS Genet 2008; 4:e1000218; PubMed: 18927625)

8. The DNA variations of the IFN- γ gene (*IFNG*) were associated with TB susceptibility (Dorman SE, et al. The Lancet 2004; 364: 2113-21).

9. MSMD mutations of the IL-12 signaling gene which have the phenotypes with low penetrance and better prognosis (Fieschi C, et al. J Exp Med 2003; 197: 527-35; Picard C, et al. Am J Hum Genetics 2002; 70: 336-48)

10. Identification of a novel association tagged by a single-nucleotide polymorphism (SNP) *rs4331426* at *18q11.2*. (Thye T, et al. Nat Genet 2010; 42(9):739-41)

11. Findings suggesting that host genetic risks for TB are affected by age at onset of TB (Mahasirimongkol S, et al. J Hum Genet 2012; 57:363-7).

Addendum

Diagnosis of tuberculosis nowadays, can be made by a molecular test which detects the DNA in TB bacteria. It uses a sputum sample and give result in less than two hours; Or by a urine test for detecting glycan antigen lipoarabinomannan (LAM), a marker of active TB. Both provide broad implications for pulmonary TB scanning and early treatment.

TB Vaccine: BCG vaccine has been in practice for preventing primary TB infection for almost a century (97 years). A new generation of vaccines intended to suppress the transition from infection to disease on person already infected (tuberculin-positive persons). Presumably they already have implants containing dormant bacilli.

Conclusions

At this point, the role of precision medicine has not been accomplished in the arena of tuberculosis practice. Although certain genetic risk loci at the positions 11p13 and 18q11 have been reported and it is possible that in the near future new generation vaccines, such as those of Lowrie DB, et al. would become available for use in suppressing the transition from infection to disease in tuberculin-positive persons.

Documents Used in Editing

1. Lorenzi JCC , Trombone APF, Rocha CD, Almeida LP, Lousada RL, Malardo T, et al. Intranasal vaccination with messenger RNA as a new approach in gene therapy: Use against tuberculosis. BMC Biotechnology 2010; 10: 77-88.
2. Lowrie DB, Tascon RE, Bonato VLD, Lima VMF, Faccioli LH, Stavropoulos E, et al. Therapy of tuberculosis in mice by DNA vaccination. Nature 1999; 400:269-71.
3. Paris L, Magni R, Zaidi F, Araujo R, Saini N, Harpole M, et al. Urine lipoarabinomannan glycan in HIV-negative patients with pulmonary tuberculosis correlates with disease severity. Sci Transl Med 9, eaal2807 (2017); 11 pages.
4. Rieder HL. Disease IU against T and L. Epidemiological basis of tuberculosis control. International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases; 1999, 180 p.
5. Salie M, van der Merwe L, Moller M, Daya M, van der Spuy GD, van Helden PD, et al. Associations between human leukocyte antigen class I variants and the *Mycobacterium tuberculosis* subtypes causing disease. J Infect Dis 2014;

- 209(2): 216-23.
6. Tascon RE, Colston MJ, Ragno S, Stavropoulos E, Gregory D, Lowrie DB. Vaccination against tuberculosis by DNA injection. *Nat Med* 1996; 2(8): 888-92.
 7. TBFACTS.ORG. GeneXpert TB Test/ Diagnosis & Resistance Testing. <https://www.tbfacts.org/xpert-tb-test/>
 8. Thye T, Vannbeg FO, Wong SH, Owusu-Dabo E, Osei I, Gyapong J, et al. Genome-wide association analyses identifies a susceptibility locus for tuberculosis on chromosome 18q11.2. *Nature Genetics* 2010; 42(9): 739-41.
 9. Thye T, Owusu-Dabo E, Vannberg FO, van Crevel R, Curtis J, Sahiratmadja E, et al. Common variants at 11p13 are associated with susceptibility to tuberculosis. *Nature Genetics* 2012; 44(3): 257-9.
 10. WHO. Global tuberculosis report 2016. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Short Communication

Double Standard

สมชัย บวรกิตติ พ.ด., Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP,
ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาประเทศไทย



ผู้เขียนเกียรณราชการจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2533 ได้รับโปรดเกล้าฯ เป็นราชบัณฑิต วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2535 ในช่วงปฏิบัติงานที่ราชบัณฑิตยสถานต่อเนื่องราชบัณฑิตยสภา พ.ศ.2536-2569 ได้ผลิตผลงานวิชาการ เอกเทศ และร่วมกับหน่วยงานวิชาการอื่นจำนวนหนึ่ง มีงานสำคัญหลายชิ้นที่ได้รับการอ้างอิง และมีเรื่องที่ยังอยู่ในความสนใจต่อเนื่องคือเรื่องบุหรี่ที่ก่อโรคแก่ร่างกายหลายระบบ

ผู้เขียนสนใจเรื่องบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเป็นแพทย์ระบบการหายใจ (Bovornkitti S. Cigarettes and I. KUHHJ 2025; 6(3):32839) มีเอกสารวิชาการหลายฉบับต่อเนื่องจวบปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจาก มีข้อข้องใจที่นักวิชาการหลายท่านและข้าราชการรัฐบาลไทยยังมีแนวคิดแตกต่าง ที่ยังไม่ปรับแก้ (สมชัย บวรกิตติ. สัจธรรมเรื่องบุหรี่ วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2568; 6(1): 19-33)

วันนี้ขอเสนอข้อคิดเตือนใจประชาชนคนไทยที่สนใจเรื่องสำคัญและ หลายท่านอาจจำได้ว่าเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2544 ในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษาของในหลวงรัชกาลที่ 9 ข้าราชการและประชาชนจำนวนมาก ได้เข้าชุมนุมร่วมถวายพระพรแก่พระองค์ท่าน ณ ศาลาดุสิดาลัย ในวโรกาสสำคัญนั้น พระองค์ทรงพระราชทานข้อคิดสำคัญแก่คณะบุคคลและประชาชนทั่วประเทศให้ระวังเรื่อง Double Standard โปรดสังเกตว่าคำ Double Standard ที่พระองค์ทรงประทานในวันนั้นเป็นเอกพจน์ ไม่ใช่ Double standards ที่มีความหมาย 2 มาตรฐาน หลังจากวันที่พระองค์ทรงตรัสในที่ประชุม คุณหมออรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มาปรึกษาผู้เขียนหาคำไทยที่ถูกต้อง ในที่สุดก็ได้ความหมายว่า “มาตรฐานเลือกปฏิบัติ” ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

เอกสาร:

1. อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, สมชัย บวรกิตติ. Double Standard not Double Standards ธรรมศาสตร์เวชสาร 2549; 6(3): 285-6.
2. สมชัย บวรกิตติ. Double standard กับ Double standards. พุทธชินราชเวชสาร 2559; 33: 394-5.

Short Communication

‘Wrong, Wrong, Just Wrong’

Somchai Bovornkitti, MD, Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon.FACP

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

Electronic cigarette use has raised concern regarding potential health risks and its position in tobacco smoking cessation strategies. Chemical evaluation of their liquid multicomponent, liquid refills and corresponding aerosols were performed and reported extensively worldwide. Unfortunately the topic of electronic cigarettes as yet remains controversial especially that the global populations at large remains unaware of what electronic cigarettes are. Of note: electronic cigarettes have two categorizations, i.e. the nicotine liquid and the heat-not-burn tobacco-leaf.

My recent review upon 107 papers showed that toxicants in electronic cigarettes are much lower than that of conventional tobacco cigarettes. Therefore, the blame on all types of electronic cigarettes is wrong !

Reference:

1. Bovornkitti S. The Deep Truth about Cigarettes. KUHJ 2025; 6(1): 19-33.

Short Communication

Anticancer Diet & Screening

Somchai Bovornkitti, MD, Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon.FACP
The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

Fruits and vegetables are packed with antioxidants that fight cell damage related to cancer. For examples: Blueberries, rich in anthocyanins, may reduce tumor growth; Spinach, high in folate, can guard against DNA mutations; Cruciferous veggies like broccoli have compounds that reduce gut cancers; Tomatoes contain a natural sunblock that protects against skin cancer.

Cancer screening: The fact that you have never had a screening or have failed to keep up with the appropriate schedule has no bearing on the karma of cancer, but it has an enormous bearing on the outcome. Please know that it is not too late for a clean medical slate and that if something is detected, it is better to find it sooner rather than later.

นานาสาระ

การบริหารโรงพยาบาลกับการวิ่งผลัด 4 x 100 เมตร

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เบื้องหลังความสำเร็จของการวิ่งผลัด 4x100 เมตร ไม่ใช่แค่การมีนักวิ่งที่เร็วที่สุด 4 คน มารวมกัน แต่คือการวางแผนกลยุทธ์และจัดวางนักวิ่งแต่ละคนในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสามารถเฉพาะตัวของเขา นักวิ่งแต่ละลำดับมีความสำคัญและหน้าที่ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ดังนี้ครับ

ไม้ที่ 1 (Runner 1): ผู้เปิดเกม (The starter)

นักวิ่งคนแรกคือผู้ที่กำหนดทิศทางและความเร็วได้เปรียบของทีมตั้งแต่เริ่มต้น

หน้าที่หลัก: ออกสตาร์ทจาก starting block และวิ่งทางโค้งแรก (100 เมตร) เพื่อส่งไม้ให้คนที่ 2

คุณสมบัติสำคัญ: ออกสตาร์ทได้ดีเยี่ยม (excellent starter) ต้องมีปฏิริยาตอบสนองต่อเสียงปืนที่รวดเร็วและพุ่งออกจากบล็อกได้อย่างทรงพลัง วิ่งทางโค้งเก่ง (strong curve runner) สามารถเร่งความเร็วในขณะที่วิ่งในเลนโค้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เสียความเร็วหรือเสียหลักส่งไม้ได้อย่างแม่นยำ ต้องมีความสามารถในการส่งไม้ให้นักวิ่งคนที่ 2 ได้อย่างราบรื่นในขณะที่ยังวิ่งด้วยความเร็วสูง

ความสำคัญ: การออกสตาร์ทที่ดีจะสร้างความได้เปรียบและลดความกดดันให้เพื่อนร่วมทีม หากออกตัวช้าหรือวิ่งโค้งได้ไม่ดี ทีมจะตกเป็นฝ่ายไล่ตามทันที

ไม้ที่ 2 (Runner 2): ผู้รักษาความเร็ว (The accelerator / straightaway power)

นักวิ่งคนที่ 2 รับไม้ต่อจากโค้งแรกและต้องวิ่งในทางตรงที่ยาวที่สุดในสนาม (backstretch)

หน้าที่หลัก: รับไม้ในเขตรับ-ส่งไม้ แล้วเร่งความเร็วสูงสุดในทางตรง 100 เมตร เพื่อส่งต่อให้คนที่ 3

คุณสมบัติสำคัญ: มีความเร็วสูงสุดที่ดี (top-end speed) มักจะเป็นนักวิ่งที่มีความเร็วปลายสูง สามารถรักษาความเร็วในระยะทางยาวได้ดี รับไม้ได้นิ่งและแน่นอน ต้องมีทักษะการรับไม้ที่ยอดเยี่ยมในขณะที่กำลังเร่งความเร็วสูงสุด เพื่อไม่ให้เสียจังหวะ พละกำลังและสรีระดี การวิ่งทางตรงระยะ 100 เมตรนี้ต้องใช้พลังอย่างมหาศาลเพื่อสร้างระยะห่างหรือไล่กวาดคู่แข่ง

ความสำคัญ: ไม้ที่ 2 คือหัวใจในการสร้างความเร็วของทีม เป็นช่วงที่สามารถชิงความได้เปรียบจากคู่แข่ง หรือรักษาตำแหน่งผู้นำที่ไม้แรกสร้างไว้ได้ การรับ-ส่งไม้ที่ผิดพลาดในจุดนี้จะเสียหายอย่างหนัก เพราะเป็นช่วงที่วิ่งด้วยความเร็วสูงสุด

ไม้ที่ 3 (Runner 3): ผู้พิชิตโค้งสุดท้าย (The curve master)

เป็นตำแหน่งที่ทำหายที่สุดตำแหน่งหนึ่ง เพราะต้องรับไม้ด้วยความเร็วสูงและวิ่งในทางโค้งที่สอง

หน้าที่หลัก: รับไม้จากคนที่ 2 แล้ววิ่งในทางโค้งสุดท้าย (100 เมตร) เพื่อส่งไม้ให้คนสุดท้าย

คุณสมบัติสำคัญ: วิ่งทางโค้งได้ดีที่สุดในทีม ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิ่งโค้ง สามารถควบคุมความเร็วและรักษาสถิตของร่างกายในโค้งที่แคบได้ดีเยี่ยม นี่คือทักษะที่สำคัญที่สุดของตำแหน่งนี้ รับ-ส่งไม้ภายใต้แรงกดดันสูง ต้องรับไม้ที่มาจากความเร็วสูงและส่งต่อให้ไม้สุดท้ายได้อย่างแม่นยำ ซึ่งเป็นจังหวะที่สำคัญมาก ใจสู้และมีสมาธิ เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการแข่งขัน ต้องมีสมาธิสูงเพื่อไม่ให้เสียหลักหรือวิ่งกินเลน

ความสำคัญ: การวิ่งโค้งของไม้ที่ 3 เป็นตัวตัดสินว่าไม้สุดท้ายจะได้เปรียบแค่ไหนในการวิ่งเข้าเส้นชัย หากวิ่งโค้งได้ดี จะสามารถส่งไม้ให้คนสุดท้ายในตำแหน่งผู้นำได้ แต่ถ้าทำได้ไม่ดี อาจทำให้ทีมเสียตำแหน่งได้ง่ายๆ

ไม้ที่ 4 (Runner 4): ผู้นำชัยชนะ (The anchor / The finisher)

นักวิ่งคนสุดท้ายคือความหวังของทีม เป็นผู้ที่แบกรับความกดดันทั้งหมดไว้บนบ่า

หน้าที่หลัก: รับไม้เป็นคนสุดท้ายแล้ววิ่งทางตรง 100 เมตรเข้าเส้นชัย

คุณสมบัติสำคัญ: เร็วที่สุดและใจแกร่งที่สุด (fastest and strongest mentally) มักจะเป็นนักวิ่งที่มีความเร็วสูงสุดและมีประสบการณ์มากที่สุดที่สุดในทีม สามารถรับมือกับความกดดันมหาศาลได้ นักสู้มีสัญชาตญาณของการแข่งขันสูง ไม่ยอมแพ้ง่ายๆ เก่งในการไล่แซงคู่แข่งในระยะสุดท้าย หรือสามารถรักษาตำแหน่งผู้นำไว้ได้ภายใต้แรงกดดัน รับไม้ได้อย่างแน่นอน แม้จะสำคัญกับทุกตำแหน่ง แต่สำหรับไม้สุดท้าย การรับไม้ที่สมบูรณ์แบบคือสิ่งจำเป็น เพราะไม่มีโอกาสให้แก้ตัวอีกแล้ว

ความสำคัญ: เป็นผู้ชี้ขาดผลแพ้-ชนะของทีม ไม่ว่า 3 คนแรกจะทำมาดีแค่ไหน ถ้าไม้สุดท้ายพลาด ทุกอย่างก็จบลง แต่ในทางกลับกัน หากทีมตามหลังอยู่เล็กน้อย ไม้สุดท้ายที่แข็งแกร่งก็สามารถพลิกกลับมาคว้าชัยชนะได้อย่างน่าทึ่ง เราจึงมักเห็นซูเปอร์สตาร์ของทีมวิ่งในตำแหน่งนี้ เช่น ยูเซน โบลด์

สรุปความแตกต่างเชิงกลยุทธ์

ไม้ 1: เน้น “การออกตัวและวิ่งโค้งแรก”

ไม้ 2: เน้น “ความเร็วสูงสุดในทางตรง”

ไม้ 3: เน้น “การควบคุมความเร็วในโค้งสุดท้าย”

ไม้ 4: เน้น “ความเร็ว ใจสู้ และการปิดเกม”

ดังนั้น การจัดทีมวิ่งผลัด 4x100 เมตรจึงเป็นทั้ง “ศาสตร์และศิลป์” ที่โค้ชต้องเข้าใจจุดแข็งของนักกีฬาทุกคน แล้วนำมาประกอบกันให้ลงตัวที่สุด เพื่อให้ทีมวิ่งได้เต็มศักยภาพครับ เราสามารถนำบทบาทของนักวิ่งผลัด 4x100 เมตร มาเปรียบเทียบกับโครงสร้างการทำงานในองค์กรได้อย่างลงตัว ดังนี้ครับ

ภาพรวมของการเปรียบเทียบ

ไม้ผลัด คือ งาน หรือ เป้าหมายของโรงพยาบาลที่ต้องส่งต่อกันอย่างราบรื่น ไม่ตกหล่น เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ

เส้นชัย (finish line) คือ ความสำเร็จของโรงพยาบาล หรือ การบรรลุวิสัยทัศน์

การรับ-ส่งไม้ คือ กระบวนการสื่อสาร การประสานงาน และการส่งมอบงานระหว่างหน่วยงานหรือบุคคล ซึ่งเป็นจุดที่สำคัญและเกิดปัญหาได้ง่ายที่สุด

การเปรียบเทียบนักวิ่งแต่ละลำดับกับตำแหน่งในโรงพยาบาล

ไม้ที่ 1: นักวิ่งผู้เปิดเกม เปรียบได้กับ “ผู้บริหารระดับสูง (executive / top management)” นักวิ่งคนนี้เป็นผู้ออกสตาร์ทและกำหนดทิศทางของการแข่งขันทั้งหมด เหมือนกับผู้บริหารระดับสูงที่วางวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ขององค์กร

การวางรากฐาน (setting the foundation) ผู้บริหารเป็นผู้วางวิสัยทัศน์ (vision) กำหนดนโยบาย และทิศทางเชิงกลยุทธ์ขององค์กร เหมือนนักวิ่งไม้แรกที่ต้องออกตัวให้ดีเพื่อสร้างความได้เปรียบตั้งแต่ต้น

การรับมือกับความไม่แน่นอน การออกสตาร์ทเป็นการเปลี่ยนจากหยุดนิ่งไปสู่ความเร็วสูงสุด คล้ายกับการที่ผู้บริหารต้องตัดสินใจภายใต้สภาวะที่ไม่แน่นอนและนำพาโรงพยาบาลให้ก้าวไปข้างหน้า การวิ่งในทางโค้ง ทางโค้งแรกเปรียบเสมือนการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ต้องอาศัยความชำนาญและวิสัยทัศน์ในการนำโรงพยาบาลผ่านช่วงเริ่มต้นที่ท้าทาย

การส่งมอบที่ชัดเจน ผู้บริหารต้องสื่อสารนโยบายและเป้าหมาย (ส่งไม้) ให้กับฝ่ายบริหารระดับกลางได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ไม้ที่ 2: นักวิ่งผู้รักษาความเร็ว เปรียบได้กับ “หัวหน้าหน่วยงานหลัก (main department head)

นักวิ่งคนนี้รับไม้ต่อมาเพื่อวิ่งในทางตรงที่ยาวที่สุด เป็นช่วงที่ต้องใช้พลังและสร้างความเร็วสูงสุด เหมือนกับหัวหน้าหน่วยงานหลักที่ต้องนำนโยบายมาปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ (execution) รับนโยบาย (รับไม้) จากผู้บริหารมาแล้วนำไปขับเคลื่อนในหน่วยงานของตนอย่างเต็มกำลัง วิ่งในทางตรงคือการทำงานตามแผนหลักอย่างมุ่งมั่นและรวดเร็ว สร้างผลงานหลัก หน่วยงานหลัก คือ ชุมกำลังสำคัญในการสร้างผลงานของโรงพยาบาล เหมือนนักวิ่งไม้ 2 ที่ต้องใช้ความเร็วสูงสุดเพื่อสร้างระยะห่างหรือไล่กวาดคู่แข่ง ทรัพยากรและกำลังหลักเป็นช่วงที่ต้องใช้ทรัพยากรและกำลังคนมากที่สุด เพื่อผลักดันโครงการสำคัญๆ ให้สำเร็จลุล่วง การประสานงานสู่ระดับย่อย: ต้องส่งต่องาน (ส่งไม้) ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นให้กับหัวหน้าหน่วยงานย่อยๆ เพื่อนำไปปฏิบัติในรายละเอียดต่อไป

ไม้ที่ 3: นักวิ่งผู้พิชิตโค้งสุดท้าย เปรียบได้กับ “หัวหน้าหน่วยงานย่อย / หัวหน้าทีม (sub-unit / team leader)

นักวิ่งคนนี้ต้องรับมือกับความท้าทายของการวิ่งในโค้งที่สอง ซึ่งต้องใช้ทักษะการควบคุมและความแม่นยำสูง เปรียบเหมือนหัวหน้าทีมที่ต้องบริหารจัดการงานในรายละเอียดและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การบริหารจัดการในรายละเอียด (micro-management & control) การวิ่งในโค้งต้องใช้ความระมัดระวังและทักษะสูง เหมือนหัวหน้าทีมที่ต้องดูแลการทำงานของลูกทีมอย่างใกล้ชิด จัดการรายละเอียดของงาน และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ

การปรับตัวและแก้ปัญหา ทางโค้ง คือ อุปสรรคและความท้าทาย หัวหน้าทีมคือผู้ที่ต้องนำพาลูกทีมผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้งานดำเนินต่อไปได้ เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญระหว่างแผนงานระดับกลาง (ไม้ 2) กับการปฏิบัติงานจริงในระดับหน้างาน (ไม้ 4) การส่งมอบงานในจุดนี้ต้องแม่นยำที่สุด

เตรียมความพร้อมให้ทีมงาน ต้องเตรียมงานและข้อมูลทุกอย่างให้พร้อม (วิ่งโค้งให้ดี) เพื่อส่งมอบให้เจ้าหน้าที่หน้างานสามารถทำงานได้อย่างราบรื่นและเต็มประสิทธิภาพ

ไม้ที่ 4: นักวิ่งผู้นำชัยชนะ เปรียบได้กับ “เจ้าหน้าที่หน้างาน (frontline staff)

นักวิ่งคนสุดท้ายคือผู้ที่นำพาทีมเข้าเส้นชัย เป็นผู้ที่ต้องเจอกับผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หรือผลลัพธ์สุดท้ายโดยตรง เหมือนกับเจ้าหน้าที่หน้างานที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาล ผู้ส่งมอบผลลัพธ์สุดท้าย (thefinisher) เจ้าหน้าที่หน้างานคือผู้ที่ส่งมอบการบริการ หรือผลงานสุดท้ายให้ถึงมือลูกค้าหรือผู้รับบริการโดยตรงคือผู้ป่วยเป็นผู้ที่ตัดสินใจว่าโรงพยาบาลจะ “ชนะ” (ผู้ป่วย

พึงพอใจ) หรือ “แพ้” (ผู้ป่วยไม่พอใจ)เผชิญหน้ากับผู้ป่วยและแรงกดดัน การวิ่งเข้าเส้นชัย คือ การเผชิญหน้ากับผลลัพธ์และความคาดหวังของทุกคน เหมือนเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ต้องรับมือกับผู้ป่วยรับคำติชม และแรงกดดันต่างๆ

ทุกอย่างขึ้นอยู่กับคนสุดท้ายไม่ว่าการวางแผน (ไม้ 1) การดำเนินงาน (ไม้ 2) และการจัดการ (ไม้ 3) จะดีแค่ไหน แต่ถ้าการส่งมอบสุดท้ายล้มเหลว (เจ้าหน้าที่หน่วยงานทำงานพลาด) ทุกอย่างก็อาจพังลงได้

นักสู้ผู้พลิกสถานการณ์เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เก่งและมีใจบริการ (service mind) สามารถสร้างความประทับใจและพลิกสถานการณ์จากที่ผู้ป่วยที่กำลังจะไม่พอใจให้กลับมาพึงพอใจได้เหมือนนักวิ่งไม้ 4 ที่เก่งกาจสามารถแซงคู่แข่งเข้าเส้นชัยได้

สรุป

ไม้ที่ 1 ผู้เปิดเกม คือ ผู้บริหารระดับสูง ผู้กำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดกลยุทธ์ และทิศทางของโรงพยาบาล

ไม้ที่ 2 ผู้รักษาความเร็ว คือ หัวหน้าหน่วยงานหลัก ผู้นำนโยบายมาปฏิบัติ ขับเคลื่อนโครงการหลัก สร้างผลงาน

ไม้ที่ 3 ผู้พิชิตโค้ง คือ หัวหน้าหน่วยงานย่อย ผู้บริหารจัดการรายละเอียด แก้ปัญหาเฉพาะหน้า ประสานงาน

ไม้ที่ 4 ผู้นำชัยชนะ คือ เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ส่งมอบผลลัพธ์สุดท้ายให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการรับมือกับแรงกดดัน

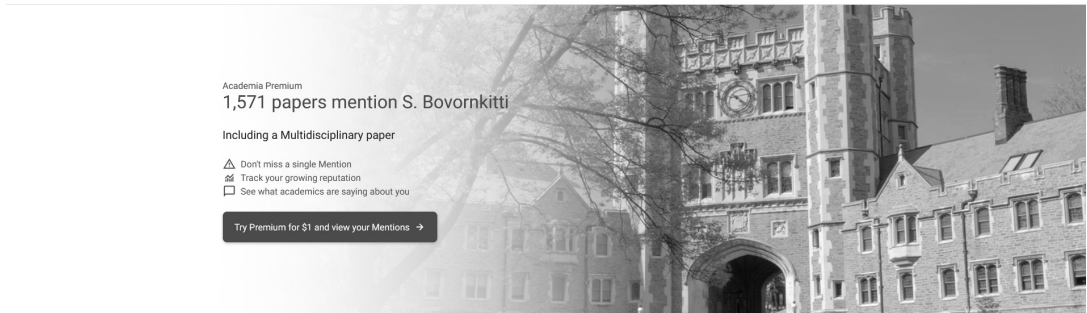
การเปรียบเทียบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จของโรงพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับใครคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากการทำงานที่สอดประสานกันอย่างลงตัวของแต่ละตำแหน่ง ตั้งแต่ผู้บริหารสูงสุดจนถึงเจ้าหน้าที่หน่วยงาน เช่นเดียวกับชัยชนะในการวิ่งผลัดที่ไม่ได้มาจากนักวิ่งที่เร็วที่สุดเพียงคนเดียว แต่มาจาก “ทีม” ที่สมบูรณ์แบบที่สุด

นานาสาระ

นักวิจัยไทยไม่แพ้ชาติใดในโลก

สมชัย บวรกิตติ พ.ด., Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP,
ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาประเทศไทย

ACADEMIA



Academia Premium
1,571 papers mention S. Bovornkitti
Including a Multidisciplinary paper

- ☐ Don't miss a single Mention
- ☐ Track your growing reputation
- ☐ See what academics are saying about you

Try Premium for \$1 and view your Mentions →

© We search for "S Bovornkitti" and "Bovornkitti, S" in 55 million papers, books, drafts, theses, and syllabi on Academia, and around the web.
Are there other ways we can search for your name?

Used by academics at 15,770 universities

ผมเริ่มเป็นแพทย์โรคทรวงอกตั้งแต่เข้าศึกษาหลังปริญญาที่โรงพยาบาลโรคทรวงอก
บรมมัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยลอนดอน สหราชอาณาจักรเมื่อ พ.ศ. 2496 แล้วไป
ศึกษา Tuberculous diseases diploma (TDD) ที่มหาวิทยาลัยเวลส์ นครคาร์ดิฟฟ์ แล้วทำงาน
ใช้ทุน 1 ปีในโรงพยาบาลวัณโรคในแคว้นเวลส์ สหราชอาณาจักรอังกฤษ จากนั้นได้ไปทำงานใน
โรงพยาบาลโรคทรวงอกในอังกฤษ อีกระยะหนึ่ง แล้วไปทำงานเป็นแพทย์ทรวงอกที่โรงพยาบาล
เบลล์วู มหาวิทยาลัยนิวยอร์ก สหราชอาณาจักรอังกฤษ 2 ปี แล้วมารับราชการเป็นออร์แพทย์ที่
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดลจนเกษียณราชการ พ.ศ. 2533 จาก
นั้นได้รับโปรดเกล้าเป็นราชบัณฑิตสำนักวิทยาศาสตร์จวบปัจจุบัน

เนื่องจากเป็นนักวิชาการโรคระบบการหายใจ ได้ทำงานวิจัยผนวกกับงานพยาบาลผู้ป่วย
และมีบทความลงพิมพ์ในวารสารต่างประเทศตั้งแต่ทำงานในต่างประเทศเริ่มต้น 4 เรื่อง ปัจจุบัน
มีบทความลงพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศมากกว่า 1000 เรื่อง

นานาสาระ

จิตวิญญาณ*

สมชัย บวรกิตติ พ.ด., Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP,
ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาประเทศไทย

“จิตวิญญาณ” เป็นคำศัพท์ยุคใหม่ คนทั่วไปอาจไม่คุ้นกับความหมายของคำนี้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานทุกฉบับเรียบเรียงก็ไม่ได้เก็บคำนี้ไว้

แหล่งคำศัพท์ เท่าที่ค้นหาได้ พระคุณเจ้าพระพุทธรักษาภิขุบรยายในการอบรมพระภิกษุที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีเมื่อวันเข้าพรรษา พ.ศ. 2512 ได้แปลคำ spirituality ว่าจิตวิญญาณในนัยจิตที่ว่างเปล่า ลงพิมพ์อยู่ในหนังสือ “สุญญตาปริทรรศน์” เมื่อ พ.ศ. 2518¹ และเอกสารอีกฉบับหนึ่งที่ใช้คำจิตวิญญาณ คือหนังสือ “สภาวะสังฆารธรรม โดยภาพเปรียบเทียบ” เรียบเรียงโดยพระกัศสปมุนีเถรจารย์ แห่งสำนักสงฆ์ปิณฑลวันาราม ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง พ.ศ. 2522 แต่พระคุณเจ้าให้ความหมายไปทางวิญญาณบ้าง ความรู้สึกนึกคิดบ้าง² อีกท่านที่ใช้คำจิตวิญญาณค่อนข้างแพร่หลายคือ ดร.ปริญญา ต้นสกุล ในหนังสือที่พิมพ์ออกเป็นอนุกรมไม่น้อยกว่า 30 เล่ม ซึ่งเป็นเรื่องปรัชญาศาสนาคริสต์³ มีผู้อ้างว่าศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นผู้เสนอใช้คำจิตวิญญาณในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544-2545⁴

ผู้เขียนบทความนี้เริ่มสนใจคำจิตวิญญาณเมื่อได้อ่านหนังสือต่อต้านการใช้คำจิตวิญญาณใน พรบ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544-2545 ที่เสนอโดยสำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ซึ่งเข้าใจว่าพิมพ์ครั้งแรกใน พ.ศ. 2544 แต่ได้อ่านฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546⁵ เมื่อได้อ่านหนังสือฉบับนั้นแล้ว จึงเขียนบทความเสนอความเห็นทำให้ถ้อยคำ “จิตวิญญาณ” เป็นคำไทยที่บัญญัติขึ้นใหม่จากคำ spiritual หรือ spirituality ที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา โดยมีความหมายเป็น “พลังจิตอันเป็นวิสัยของปัจเจกบุคคล ที่ผลักดันให้ประกอบกิจกรรม หรือการแสดงออกที่โดดเด่นแตกต่างจากวิสัยของคนทั่วไป” หรืออีกนัยหนึ่งเป็น “สติปัญญาที่แฝงอยู่ในระดับลึกที่ละเอียดอ่อนกว่าความรู้สึกนึกคิดทั่วไป ซึ่งก่อพลังจิตมุ่งมั่นกระทำการให้บรรลุผลสำเร็จ”⁴

* บรรยายในการประชุมสำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาแห่งประเทศไทย วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

โดยที่ผู้เขียนเชื่อมั่นในเรื่องจิตวิญญาณจึงเขียนบทความทางวิชาการที่ใช้คำจิตวิญญาณในบริบทต่างๆในนัยคำจำกัดความที่กล่าวข้างต้นบ่อยๆ⁶⁻⁸

บทส่งท้าย พระคุณเจ้าสมเด็จพะพุทธโฆษาจารย์ สมัยที่ท่านเป็นพระธรรมปิฎก ได้เขียนจดหมายตอบ นพ. บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล เรื่อง“จิตวิญญาณ” ในหนังสือพุทธศาสนาสานะวิกฤต ต้องคิดให้ไกล รู้ให้ทัน⁹ มีข้อความในหน้า 96-98 ซึ่งเสริมความเข้าใจในเรื่องจิตวิญญาณได้อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. พุทธทาสอินทปัญโญ. สุธมฺมปาริหรรณ เล่ม 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมสภา พ.ศ. 2518.
2. พระกัศสปมุนี เถรอาจารย์. สภาวะสังฆารธรรม พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ 2522 หน้า 1-103.
3. ปริญญา ตันสกุล. มหัชจรรย์พลังอำนาจแม่เหล็กโลก; พฤติกรรมมนุษย์; จิตและจักร. สำนักพิมพ์จิตจักรวาล พ.ศ. 2543.
4. นิพนธ์ พวงวรินทร์, สมชัย บวรกิตติ. จิตวิญญาณ ! วารสารราชบัณฑิตยสถาน 2547; 29: 143-5.
5. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), พระศรีปริยัติโมลี, ระวี ภาวิไล, สมพนธ์ บุญยุคปต์, ไชยวัฒน์ กิลลาญจน์, จิรพรรณ มัธยมจันทร์, และคณะ. คำว่าจิตวิญญาณในร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ มีผลกระทบต่อพระพุทธศาสนาในประเทศไทยอย่างไร พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวຍจำกัด พ.ศ. 2556.
6. สมชัย บวรกิตติ. การทำงานวิจัย ด้วยจิตวิญญาณ ! วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 1037-9.
7. สมชัย บวรกิตติ. จิตวิญญาณนักวิจัย. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 2557; 35: 97-116.
8. เปรม ตินสุลลานนท์. ความเป็นคนไทยด้วยจิตวิญญาณ. วารสารราชบัณฑิตยสถาน 2547; 29: 269-74. (หมายเหตุ: สมชัย บวรกิตติ มีส่วนเกี่ยวข้องในบริบทคำ “จิตวิญญาณ”)
9. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). พุทธศาสนาสานะวิกฤต ต้องคิดให้ไกล รู้ให้ทัน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิพุทธธรรม 2545: 113 หน้า

นานาสาระ

กัญชากับมะเร็ง

สมชัย บวรกิตติ พ.ด., Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP,
ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาประเทศไทย

กัญชาเป็นสิ่งดีหรือสิ่งร้าย ขึ้นอยู่กับความเห็นต่างของบุคคล (Differences in the Face of Similarities. KUHH 2025; 6(3):323) นักวิชาการและนักการเมืองของประเทศอาจมีแนวคิดในบริบทที่ต่างกัน และการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้มีอำนาจในบ้านเมือง แต่นักวิชาการสมควรใช้เหตุผลแนะนำการใช้ให้เกิดประโยชน์

กัญชาเป็นพืชที่มีสารแคนนาบินอยด์สำคัญ ๒ ชนิดได้แก่ Cannabidiol (CBD) และ Tetrahydrocannabinol (THC) กัญชาได้ถูกนำไปใช้สูบแบบบุหรี่ปายาสสูบ หรือใส่ในอาหารเพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจและเจริญอาหาร และมีรายงานว่าอาจช่วยลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ปายาสสูบ และอาจช่วยลดเลิกการสูบบุหรี่ด้วย (Armentano P. Marijuana access is associated with decreased use of alcohol, tobacco and other prescription drugs. <https://thehill.com/opinion/healthcare/428593-marihuana-access-is-associated-with-decreased-use-of-alcohol-tobacco-and0>. The Hill. February 5, 2019)

แต่มีข้อมูลสำคัญว่าในควันบุหรี่กัญชามีสารประกอบเคมีไม่ต่างจากควันบุหรี่ปายาสสูบ มีสารก่อมะเร็งมากกว่า ๕๐ อย่าง (Does smoking cannabis cause cancer? Cancer Research 2010-09-20; <https://web.archive.org/web/20120729115046/http://canresearchuk.org/about-cancer/cancer-questions/does-smoking-cannbis-cause-cancer>) และผู้สูบบุหรี่กัญชาจะสูบลดวันลงไปถึงน้อยกว่าการสูบบุหรี่ปายาสสูบ (Gate P, Jaffe A, Ciopeland J. Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. Respirology 2014;19(5): 655-62.)

เรื่องการบริโภคกัญชาในประเทศไทยยังไม่ได้มีการตัดสินใจแน่นอน จึงปรับเปลี่ยนไปมาเฉพาะกาลตามความเห็นต่างของผู้มีอำนาจในบ้านเมือง นักวิชาการที่รู้ดีน่าจะช่วยรัฐบาลตัดสินใจให้ถูกต้องทำนองเดียวกันกับการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่

Electronic Cigarettes and Aldehyde Emissions

Somchai Bovornkitti, MD, Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon.FACP
The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

Electronic cigarette use may be associated with significant exposure to toxic chemicals which may have adverse health effects. They produce high levels of aldehyde due to thermal decomposition of liquid component in dry puff conditions, in which the liquid overheats, causing a strong unpleasant taste that users detect and avoid. Of note: under normal vaping condition aldehyde emissions are minimal. (Farsalinos KE, Youdris V, Poulas K. E-cigarettes generate high levels of aldehydes. *Addiction* 2015, pg. 1-5. Doi:10.1111/add.12942)

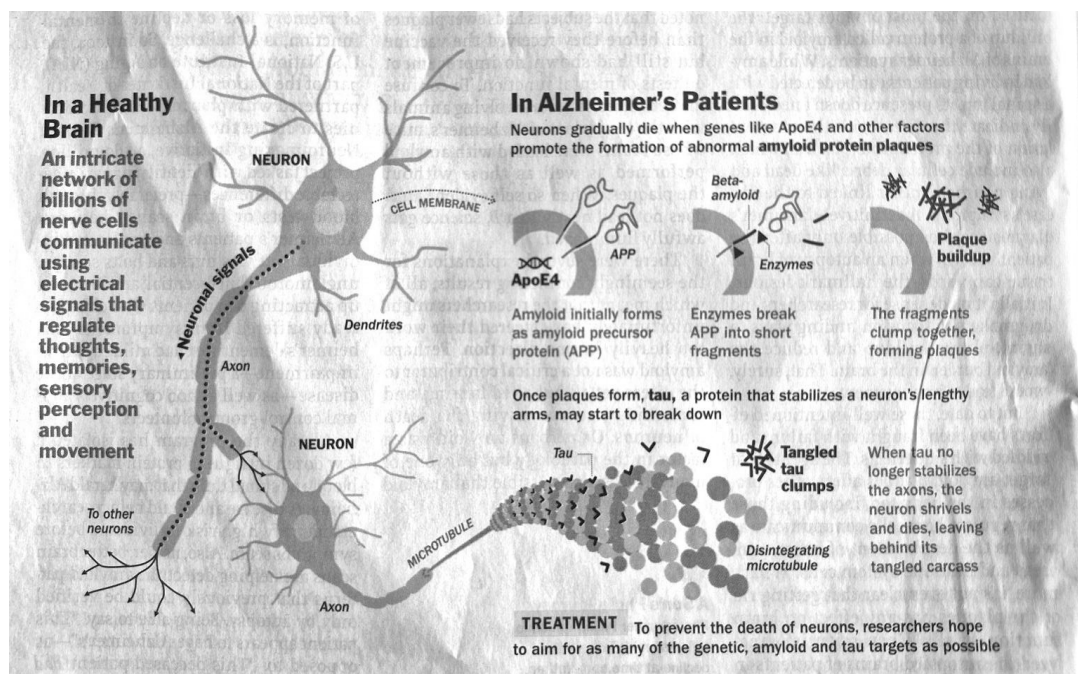
วารสารสโมสร

A Healthy Brain versus Alzheimer's Patients

นศพ. พิมพ์วัลลภ ก่ำแพงแก้ว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เป็นเพียงนักศึกษาแพทย์ เมื่อพบเห็นภาพที่อาจเป็นประโยชน์พื้นฐานการศึกษา จึงนำเสนอแก่ผู้ที่สนใจ บทความนี้เป็นงานย่อยอยู่ในหมวดวารสารสโมสร (Journal Club)



(จาก Patti Davis: One Woman's Travels with Alzheimer's. "The experience is solitary and personal". *Time* October 25, 2010 pages .42-45)

บุหรี่ ???

สมชัย บวรกิตติ พ.ด., Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP,
ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาประเทศไทย

ขออภัยผู้อ่านที่เบื่อบทความเรื่องบุหรี่ บรรณาธิการเองก็ระอึกระอ่วนอยากยุติพิมพ์เรื่องบุหรี่ที่ลงพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นค่อนข้างบ่อย แต่ยังมีความรู้สึกเล็กๆสนใจข้อมูลบุหรี่น่าสนใจที่ทยอยออกมาเรื่อยๆ ไม่รู้จบ ที่แน่นอนก็คือ**บุหรี่ทุกชนิดเป็นสิ่งชั่วร้ายต่อมนุษย์** แต่แม้ว่าได้รับการต่อต้านแข่งขันทั่วโลก ณ ปัจจุบันก็ยังมียุหรุ่นชนิดต่างๆ รวมทั้งบุหรี่ไฟฟ้าปรากฏในสังคมทุกระดับ อันเป็นหลักประกันชัดเจนว่า**บุหรี่จะไม่สูญสิ้นไปจากโลก** นอกจากจะมีมนุษย์เหนือพิเศษเยี่ยงจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ จุติลงมามาช่วยกำจัดบุหรี่ยาสูบทำนองเดียวกับที่ท่านยกเลิกการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

ผู้เขียนบทความนี้จะยังคงเขียนบทความเรื่องบุหรี่ไปเรื่อยๆ เพราะได้รับข้อมูลเร้าจิตวิญญาณต่อเนื่อง วันนี้จะนำเสนอข้อมูลสั้นๆ ที่เป็ความรู้ซ้ำแต่ไม่เก่าเชิงวารสารสโมสร เพราะหวังว่าสักวันข้อเสนอต่อต้านบุหรี่ยุคทุกชนิดอาจจะกระทบอึดตาผู้มีอำนาจให้เปิดใจกำจัดบุหรี่ย่างหมดจดเป็นตำนาน

ผู้เขียนบทความนี้ยังรำลึกถึงศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ นักต่อต้านบุหรี่ที่เป็นตำนาน แม้ว่าท่านได้เป็ยมุขมการณ์หลักต่อต้านบุหรี่ยาสูบเผาไหม้ไปต่อต้านแข่งขันกับบุหรี่ไฟฟ้าที่ร้ายน้อยกว่า

วันนี้ขอนำข้อมูลจากบทความต่างประเทศน่าสนใจ 2 บทความมาเสนอดังนี้

- บทความของ Rosalina Emma และคณะจากประเทศอิตาลี เรื่อง Cytotoxicity, Mutagenicity and Genotoxicity of Electronic Cigarettes Emission Aerosols Compared to Cigarette Smoke: : the REPLICA project. bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2022.10.28.514205>) สรุปว่า This study supports the tobacco harm reduction strategy as having the potential to substantially reduce exposure to toxic combustion agents in adult smokers.

- บทความของ Amorin VEM และคณะจากประเทศบราซิล ให้ข้อมูลว่า The use of electronic cigarettes and vapes can increase the risk of respiratory diseases such as

bronchitis, emphysema and pneumonia, in addition to causing damage to lung cells and reduced lung function. It can also negatively affect the cardiovascular, hormonal and oral systems.

เอกสารอ้างอิง:

1. Emma R, Fuochi V, Distefano A, et al. Cytotoxicity and Genotoxicity of Electronic Cigarettes Emission Aerosol Compared to Cigarette Smoke: the REPLICA project. bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2022.10.28.514025>
2. Amorin VEM, Yokoyama TSB, de Lima BA, et al. Electronic cigarette: A safer alternative to smoking? *Internat J Hlth Sci* 2023; 29 (3): <https://doi.org/10.22533/AT.Ed.1593.292320043>

จดหมายถึงบรรณาธิการ

เรียนบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาล ม.ว.

สมชัย บวรกิตติ, พ.ด., Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP,
ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาประเทศไทย

เมื่อหลายวันก่อน ผมได้อ่านบทความในหนังสือที่ระลึก 40 ปีราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย มีบทความดีหลายเรื่อง ได้พบข้อข้องใจหลายประการ แต่ไม่รู้ว่าจะไปถามใครดี นึกถึงบรรณาธิการวารสาร ร.พ. ม.ว. ท่านเป็นอายุรแพทย์ เป็นบรรณาธิการวารสารแพทย์หลายปี หวังว่าท่านจะกรุณาคำตอบให้

คำถามเริ่มจากหน้าสารบัญ มีบทความของ ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ มีคำถามว่า ศ.เกียรติยศ ของท่านนายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญตรงกับภาษาอังกฤษ Honor Professor ใช่ไหม (เกียรติยศ = Honor หรือ Honour) คงไม่ใช่ Honorable Professor ที่ตรงกับศาสตราจารย์เกียรติคุณ หรือศาสตราจารย์กิตติคุณ ของศาสตราจารย์ที่เกษียณราชการแล้ว นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ น่าจะเป็นท่านแรกท่านเดียวที่ได้รับ ศ.เกียรติยศ

คำถามต่อไปเป็นเรื่องใหญ่ บทความเรื่องความเป็นมาของอายุรศาสตร์ไทย ของ ศ.เกียรติคุณ นพ. สมชัย บวรกิตติ อภิธานัยชื่อของท่านเหลือเชื่อจริง (พ.ด., Hon. FRCPE, Hon. MRCP, FRCP, FRACP, Hon. FACP ขอทราบที่มาที่ไปครับ มีหลายคำที่ไม่เคยเห็น

นายแพทย์ปานเทพ สุทธินนท์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการตอบ

เรียนท่านอาจารย์นายแพทย์ปานเทพ วิสุทธินนท์ ขอแจ้งเรื่องอภิธานัยของศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ ดังต่อไปนี้

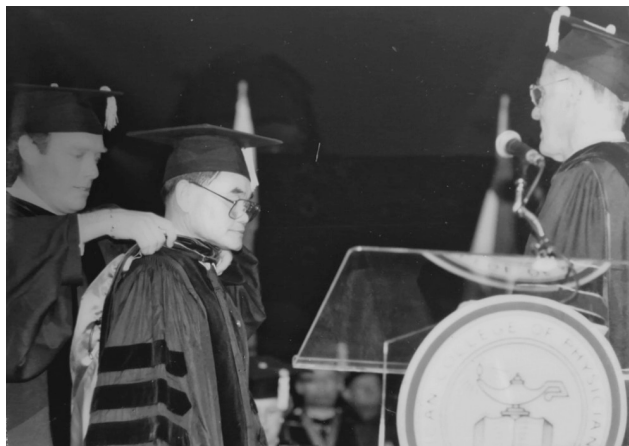
พ.ด. เป็นอักษรย่อของแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตย ตรงกับ M.D. (Doctor of Medicine) ของผู้ที่ได้รับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัย

Hon. FRCPE อักษรย่อของ Honorary Fellow of the Royal College of Physician of Edinburgh เป็นอภิธานัย ราชบัณฑิตเกียรติคุณที่วิทยาลัยแพทย์เอดินบะระมอบให้โดยไม่ได้ขอ

Hon. MRCP อักษรย่อของ Honorary Member of the Royal College of Physician UK เป็นอภิไธยสมาชิกเกียรติคุณที่วิทยาลัยแพทยสหราชอาณาจักรมอบให้โดยไม่ได้ขอ วันประสาทอภิไธยปีนั้น นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ นั่งแถวแรกสุดร่วมกับแพทย์อังกฤษที่ได้รับรางวัลโนเบลปีนั้น 3 ท่าน แถวหลังต่อจากนั้นเป็นแถวอื่นของสมาชิกที่ผ่านการสอบ MRCP หลังงานพิธีผู้ได้รับเกียรติและภริยาทั้ง 3 คนะได้ร่วมงานอาหารค่ำกับ Sir. Prof. Hoffenberg ประธานราชวิทยาลัย

FRCP อักษรย่อของ Fellow of the Royal College of Physician เป็นอภิไธยของราชบัณฑิตอาวุโส สูงขึ้นจาก MRCP

FRACP อักษรย่อของ Fellow of the Royal Australasian College of Physician นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ เป็นแพทย์ไทยคนที่ 2 ที่ได้รับเกียรตินี้



Hon. FACP อักษรย่อของ Honorary Fellow of the American College of Physician ทางวิทยาลัยมอบเกียรตินี้ให้แพทย์ต่างชาติปีละ 2 ท่าน ศาสตราจารย์นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ ได้รับพร้อมกับศาสตราจารย์แพทย์อังกฤษ ที่เป็นอาจารย์สอนนายแพทย์สมชัยที่มหาวิทยาลัยลอนดอน งานนี้เจ้าของงาน ได้ออกค่าเครื่องบินไปกลับ และค่าโรงแรมที่พักที่นครชิคาโกให้ผู้รับเกียรติและครอบครัว และเตรียมครุฑและหมวกปริญญาให้



Hon.FACP

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชัยเป็นแพทย์ไทยคนแรกและเป็นแพทย์เอเชียคนที่ 8 ที่ได้รับเกียรตินี้ หลังพิธีได้ร่วมงานอาหารค่ำกับแพทย์อเมริกันหลายท่าน ท่านที่นั่งกลางเป็น บรรณารักษ์การตำราอายุรแพทย์อเมริกันฉบับที่อายุรแพทย์ทั่วโลกรู้จักดี



ภาพงาน Black-tie Dinner

จดหมายถึงบรรณาธิการ

เรื่องบุหรี่ยังไม่จบ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ
Hon.FRCPE, Hon.MRCP, FRCP, FRACP, Hon.FACP
ราชบัณฑิตสำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภา

วันจันทร์ที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ผู้เขียนได้ไปร่วมงานปาฐกถารำลึกศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ที่เรือนเจ้าจอมมารดาเลื่อน สำนักงานราชบัณฑิตยสภา ในงานนี้ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกิต อดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศิษย์คนสนิทของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายกรัฐมนตรีไทย เป็นผู้บรรยายรับเชิญบรรยายเรื่อง “ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการควบคุมยาสูบในประเทศไทย”



ผู้บรรยายได้เล่ารายละเอียดการรณรงค์การสูบบุหรี่ยาสูบในประเทศไทยที่ร่วมกระทำโดยผู้บรรยายและศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อจบการบรรยาย ผู้ฟังอาจผิดหวังที่การรณรงค์หลายสิบปีก็ยังไม่ได้ผลเด็ดขาด ถึงแม้ว่าได้ช่วยประชาชนจำนวนมากไม่ต้องสัมผัสควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เช่น ในโรงภาพยนตร์ ในรถยนต์ส่วนบุคคล และได้ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ แต่ข้อความสรุปในแผ่นฉายการบรรยายแผ่นสุดท้ายยังคงคลาดเคลื่อน เพราะปัจจุบันนี้ยังคงมีคนจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ยาสูบ และได้มีบุหรี่ไฟฟ้าเข้ามาร่วมสร้างปัญหาดังกล่าว

ผู้เขียนขอเรียนว่าการรณรงค์เพื่อยุติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในประเทศไทยให้ได้เด็ดขาดจะต้องเลิกการผลิตบุหรี่ทุกชนิดในประเทศ เช่น เลิกโรงงานยาสูบ ห้ามนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ และออกกฎหมายเด็ดขาดต่อผู้กระทำความผิดกฎหมายทุกรูปแบบ ผลงานจึงจะสัมฤทธิ์เช่นเดียวกับการเลิกสุพินในประเทศไทย ที่ท่านจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ อดีตนายกรัฐมนตรีได้กระทำเป็นตัวอย่าง

เอกสารแนะนำอ่านประกอบเรื่องบุหรี่:

1. สมชัย บวรกิตติ. สัจธรรมเรื่องบุหรี่. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2568; 6(1): 1 9-33.
2. Bovornkitti S. Deep truth about electronic cigarettes. KUHJ 2025; 6(1):82.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ในการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณา เผยแพร่ลงในวารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ชื่อย่อภาษาไทย วรรมข

Khon Kaen University Hospital Journal ชื่อย่อภาษาอังกฤษ KUHHJ

เผยแพร่บทความวิชาการ 6 ประเภท คือ

1. **บทความวรรณกรรม (review article)** บทความที่รวบรวมความรู้จากตำรา หนังสือ หรือวารสาร ผลงาน และประสบการณ์ของผู้นิพนธ์มาเรียบเรียงขึ้น โดยการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ วิจัย สังเคราะห์ เพื่อให้เกิดความลึกซึ้ง หรือเกิดความกระจ่างในเรื่อง สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง มากยิ่งขึ้น ซึ่งเนื้อหาควรกระชับ ตรงประเด็นที่ต้องการนำเสนอโดยปราศจากอคติ
2. **รายงานผู้ป่วย หรือ กรณีศึกษา (case report)** บทความรายงานผลการศึกษาค้นคว้าจาก ผู้ป่วยจริง เลือกระบาดเด่นของผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีการวิเคราะห์ บูรณาการความรู้เชิงทฤษฎี การแพทย์ การพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยทั้งในด้าน evidence based medicine และ clinical practice guideline รวมถึงความรู้ส่วนบุคคล ศิลปะ จริยธรรม กฎหมาย ผลลัพธ์การดูแล บทสรุป และข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในกรณีอื่นได้
3. **การจัดการความรู้ (knowledge management : KM)** บทความด้านองค์ความรู้ที่จำเป็น ของหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และมีการจัดเก็บองค์ความรู้ ให้สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ง่าย มีการนำเสนอถึงกระบวนการในการจัดการความรู้ ถอดบทเรียน และถ่ายทอดองค์ความรู้นั้น เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
4. **นวัตกรรม (innovation)** บทความด้านการสร้างผลงาน เช่น การสร้างสรรค์ชิ้นใหม่ (creative) และเป็นความคิดที่สามารถปฏิบัติได้ (feasible ideas) นำไปใช้ได้ผลจริง (practical application) และมีการแพร่ (diffusion through) ซึ่งต้องบูรณาการความรู้ที่ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์
5. **การพัฒนางาน** ประกอบด้วย continuous quality improvement (CQI), clinical tracer และ risk management (RM) รายละเอียดดังนี้ CQI บทความที่สรุปผลงานการพัฒนา คุณภาพได้กระชับ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ให้บุคลากรและองค์กรนำไปใช้ ประโยชน์ clinical tracer บทความตามรอยทางคลินิก คือ สภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามประเมิน คุณภาพในแง่มุมต่าง ๆ อาจจะเป็นโรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้ RM หรือ **การบริหารความเสี่ยง** บทความด้านการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรและ มีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเรียนรู้เป็นแบบอย่าง หรือเป็นบทเรียนให้นำไป พัฒนางานองค์กรได้

6. อื่นๆ ประกอบด้วย จดหมายถึงบรรณาธิการ นานาสาระ บทความวิชาการที่ทันสมัย อยู่ในกระแสความสนใจ รวมทั้งนโยบายแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากร และองค์กร

รายงานผู้ป่วย หรือกรณีศึกษา (case report) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (ไทย หรือ อังกฤษ)
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
3. บทนำ
4. ตัวอย่างกรณีศึกษา
5. การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา
6. อภิปราย
7. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ
8. สรุป (บทเรียนรู้)
9. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

นวัตกรรม (innovation) ประกอบด้วย

1. ชื่อนวัตกรรม
2. ชื่อคณะผู้คิดค้น พร้อมชื่อหน่วยงานที่ติดต่อ
3. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
4. ที่มาและแนวคิดของนวัตกรรม กล่าวถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ จุดเด่น หรือกลไกการทำงานที่เป็นจุดเด่นที่แตกต่างจากของที่มีอยู่เดิม
5. วิธีการที่ได้มาซึ่งนวัตกรรม อธิบายรูปแบบการวางแผน ออกแบบ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้
6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
7. ผลการศึกษา ทดลองใช้นวัตกรรม เมื่อใช้แล้วเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไร ใช้วิธีการวัดและประเมินผลอย่างไร
8. ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอื่น ๆ
9. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

การจัดการความรู้ (knowledge management : KM) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)

3. ที่มาและความสำคัญ
4. วัตถุประสงค์
5. กระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน
6. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (เทียบกับคู่แข่ง/เกณฑ์/เกิดการเปลี่ยนแปลง/trend/productivity)
7. สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกระบวนการ
8. ปัจจัยความสำเร็จ
9. สรุปองค์ความรู้ในประเด็นนี้
10. การเข้าถึงองค์ความรู้ (ช่องทางการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้/การถ่ายทอดองค์ความรู้)
11. การนำเอาองค์ความรู้ไปใช้ (ระดับการเผยแพร่แลกเปลี่ยนองค์ความรู้)
12. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

การพัฒนางาน ประกอบด้วย

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
3. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร สมาชิกทีม : ระบุรายชื่อสมาชิกในทีม วุฒิ ตำแหน่ง
4. เป้าหมาย ระบุเป้าหมายของโครงการให้ชัดเจน
5. ปัญหาและสาเหตุ ระบุว่าปัญหาที่ต้องการแก้ไขคืออะไร มีผลกระทบต่องานหรือการดูแลผู้ป่วยอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน เกี่ยวข้องกับใครบ้าง มีสาเหตุสำคัญจากอะไร
6. การเปลี่ยนแปลง ระบุการเปลี่ยนแปลงแต่ละประเด็นที่นำมาทดลองในโครงการ ให้รายละเอียดที่เพียงพอเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจว่าทีมได้ทำอะไรไปบ้าง
7. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง มีการวัดผลของการเปลี่ยนแปลงที่วางแผนไว้ อย่างไร นำเสนอในรูปแบบกราฟผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือรูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับการวัดผลดังกล่าว
8. บทเรียนที่ได้รับ นำเสนอบทเรียนที่ได้รับให้ชัดเจนพอที่จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจว่าควรทำอะไร ทำไม่เช่นนั้นจึงมีความสำคัญ สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะทำในครั้งหน้าที่แตกต่างไปจากเดิม
9. การติดต่อกับทีมงาน ระบุชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์ email

วิธีการส่งต้นฉบับ

- ผู้นิพนธ์หลักหรือผู้รับผิดชอบบทความแจ้งความจำนงค์ที่จะตีพิมพ์ถึงบรรณาธิการ และต้องระบุว่าต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ให้ส่งต้นฉบับเป็นไฟล์ข้อมูลทางเว็บไซต์วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น www.kkuhj.com

- เตรียมบทความโดยใช้โปรแกรม Microsoft Word และ ไฟล์รูปภาพให้ save เป็น .jpg หรือ .tif
- คณะบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง
- เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ
- ข้อความและความคิดเห็นในเรื่องที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้เตรียมตามรูปแบบที่วารสารนี้กำหนดเท่านั้น โดยให้ทำตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเผยแพร่วารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือใช้ต้นแบบจากตัวอย่างที่ให้ไว้ (sample copy) ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Fonts: Angsana New 16 ต้นฉบับ และบทความต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวสะกดภาษาไทยให้อิงตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547 โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for Medical Procedure Training, a Trial in Blood Collection Procedure Training

ชื่อเรื่องควรสื่อความหมายมากที่สุดโดยใช้คำน้อยที่สุด และต้องตรงกันระหว่างไทยกับอังกฤษ

2. ชื่อผู้แต่งและสังกัด ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

สถาบันที่ผู้เขียนสังกัดขณะทำวิจัย ไม่ต้องใส่ยศ คำนามหน้า ตำแหน่ง หรือปริญญา สามารถใส่เครื่องหมาย * เพื่อบ่งถึงผู้เขียนหลักที่รับผิดชอบได้ตอบบทความ

ตัวอย่าง สมศักดิ์ เทียมเก่า^{1*}

¹ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. บทคัดย่อ ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

งานตีพิมพ์ทุกประเภทจะต้องมีบทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ยกเว้นจดหมายถึงบรรณาธิการ เตรียมในลักษณะ structured abstract ประกอบด้วยแต่ละส่วน ดังนี้

- A. หลักการและวัตถุประสงค์ (background, introduction and objective)
- B. วิธีการศึกษา (รูปแบบการศึกษา, สถานที่ศึกษา, ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง, การรักษา, การวัดผล) (methods, design, setting, population and samples, intervention, measurements)
- C. ผลการศึกษา (results)
- D. สรุป (conclusions)

4. เนื้อหา (Main text) ประกอบด้วย

A. บทนำ (introduction) มีการอ้างถึงปัญหา ความรู้ที่ยังขาด และวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย ให้เขียนในรูปแบบบรรยายความ ไม่ให้เขียนเป็นข้อ ๆ เหมือนเขียนเอกสารโครงการวิจัย เขียนรวมอยู่ในบทนำเป็นย่อหน้าเดียว

B. วิธีการศึกษา (methods) ระบุถึง รูปแบบการวิจัย ประชากรศึกษา วิธีการเลือกตัวอย่าง วัสดุ สารเคมี วิธีการวัดผล การวิเคราะห์ตัวอย่าง มีรายละเอียดที่เพียงพอที่จะเข้าใจ และวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ

C. ผลการศึกษา (results) การนำเสนอผลการศึกษา ในรูปแบบที่เหมาะสม ในเนื้อเรื่องในตาราง หรือในรูปภาพ โดยตารางและรูปภาพควรมีรวมกันไม่เกิน 7 ชิ้น ควรมีนัยสำคัญทางสถิติกำกับ ในตารางหรือภาพควรมีคำอธิบายกำกับ และต้องกล่าวอ้างถึงตารางหรือภาพในเนื้อความ

D. วิจารณ์ (discussion) อภิปรายการทดลองของตนเองในบริบทของความรู้ที่มีในสาขาวิชานั้น ไม่นำเสนอผลการทดลองซ้ำอีก นำเสนอการวิเคราะห์ที่ตั้งสมมุติฐาน มีการอ้างอิงครบถ้วนถูกต้องเหมาะสม

- E. สรุป (conclusion)
- F. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)
- G. เอกสารอ้างอิง (references)
- H. ตาราง (table)* ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากเนื้อหา
- I. ภาพ (figure)* ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากเนื้อหา
- J. คำบรรยายภาพ (figure legends)

5. ใบนำส่งบทความ (title page)

ประกอบด้วยชื่อเรื่องไทย หรือ อังกฤษ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน คุณวุฒิสูงสุด สถาบัน ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ชื่อที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ ที่ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อได้ และ key words 3 ถึง 5 คำ ภาษาไทยหรืออังกฤษก็ได้

6. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการ (methods) ว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการประจำสถาบันที่ทำวิจัยนั้น ๆ กองบรรณาธิการอาจขอหลักฐานพิจารณาในกรณีที่เป็น

7. ภาพประกอบ (Figure) และตาราง

- ภาพจัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดย save ไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป)ให้อ่านได้ชัดเจน

- ไม่ควรใช้ตารางหรือรูปภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน ไม่ควรมีตารางหรือภาพที่ไม่มีความจำเป็นที่สามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่อง

- ควรให้รูปภาพหรือตารางสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่ายโดยตัวมันเอง และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากบทความ ควรมีการแสดงนัยสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (<0.05) ในตารางหรือภาพ

- ตารางและรูปภาพให้ใช้เลขอารบิกนำเสนอตามลำดับก่อนหลัง และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่มีรูปภาพหนึ่ง ๆ มีภาพย่อย ๆ หลายภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อยเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D....กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ

8. การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ในกรณีที่ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติควรใช้ ค่า ค่ามัธยฐาน± ค่าพิสัยควอไทล์ ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [95% confidence interval] ชนิดของสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t-test หรือ ANOVA test หรือ non-parametric test ที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น

9. เอกสารอ้างอิง (Citation and Reference)

- แนะนำให้ใช้โปรแกรม Reference Manager เช่น EndNote หรือ Procite ในการจัดทำ ไม่ควรใช้วิธีการพิมพ์เข้าไปในโปรแกรม Word โดยตรงเนื่องจากเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

- กำหนดหมายเลขเอกสารอ้างอิงตามลำดับที่อ้างในบทความ (citation) ใช้ตัวเลขอารบิก ตัวยก (superscript) ไม่ใส่วงเล็บ การเขียนเอกสารอ้างอิง (reference) ให้ใช้ตามแบบที่กำหนด โดยวารสารนี้เท่านั้น (ดูจากตัวอย่างที่ให้ และสามารถ download EndNote/Procite style ได้จาก เว็บไซต์) สำหรับชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

10. คำแนะนำผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับที่มีรูปแบบการวิจัยจำเพาะ

โครงการวิจัยบางประเภท ได้แก่ randomised controlled trials และ observational studies in epidemiology (cohort Studies, case-control studies และ cross-sectional analytical studies) โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานเฉพาะ สำหรับการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับในรูปแบบการวิจัยดังกล่าว ซึ่งจะให้ความสำคัญกับ checklist และ/หรือ flow diagram เพื่อให้นิพนธ์ต้นฉบับนั้น ๆ มีเนื้อหาสำคัญที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และ ชัดเจน มากพอที่ผู้อ่านจะสามารถประเมินความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนั้นได้ โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมดังกล่าว ได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ ดังนี้

- Randomized Controlled Trial: <http://www.consort-statement.org/?o=1011>
- Observational Studies in Epidemiology: <http://www.strobe-statement.org/Checklist.html>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสารทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ฉบับที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

- เนสึนี ไชยเอี้ย, อรรธรณ บุราณรักษ์, สมเดช พินิจสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ลีลาธนาพิพัฒน์, ชายตา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้ คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทย ใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2548; 20:3-10.
- Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005 ;88:845-8.

ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้เขียนคำว่า และคณะ หรือ et al ต่อท้ายชื่อผู้แต่งคนที่ 6

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

- สรรชัย ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิสัณฐ์วิทยาในสูติกรรม. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2548.
- Vatanasapt V, Sripa B. Liver Cancer in Thailand; Epidemiology, diagnosis and control. Khon Kaen: Siriphan Press, 2000.

บทในหนังสือ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทในหนังสือ. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

- บุญเกิด คงยิ่งยศ. แก๊สซัลฟอนศาสตร์. ใน: บุญเกิด คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. แก๊สชีวภาพสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2548: 27-53.
- Sripa B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sripa B, editors. Liver Cancer in Thailand; Epidemiology, diagnosis and control. Khon Kaen: Siriphan Press, 2000:65-99.

สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่างๆ

- Chaiear N. Health and safety in the rubber industry. Rapra Review Reports; Report 138. Shrewsbury: RAPRA Technology LTD; 2001.
- Report of the WHO informal consultation on the evaluation and testing of insecticides. Geneva:World Health Organization;1996. WHO document WHO/CTD/WHOPES/IC/96.1.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์

- Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Approved by House of Delegates on October 21, 1992, and last amended October 16, 2002) USA:American Society of Anesthesiologists /Available from: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/Difficult%20Airway.pdf>

- Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited Jun 5,1996];1(1):[24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Conference proceedings

- Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182-91.

Journal article on the Internet

- Thienthong S, Krisanaprakornkit W, Duenpen Horatanaruang D, Yimyam P, Thinkhamrop B, Lertakyamanee J. Motor blockade associated with continuous epidural infusion after abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial comparing 0.1% ropivacaine-plus-fentanyl versus 0.2% ropivacaine-alone. *Acute Pain* [in press]
- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *AM J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 June [cited Aug 12, 2002]; 102(6):[about 3p.]. Available from: [http://www.nursingworld.org/AJN/2002/ June/Wawatch.htm](http://www.nursingworld.org/AJN/2002/June/Wawatch.htm)

Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited Jul 9, 2002]. Available from: <http://www.nap.edu/books0309074029/html/>.



พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860-61 Fax. 0-4346-6863 E-mail : klungpress@hotmail.com 2568