



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556 ISSN 0857-3743

Vol. 23 No. 1 January – April 2013 ISSN 0857-3743

- ➔ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย
- ➔ ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงโรงพยาบาลพระปกเกล้า
- ➔ ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอิสาน:การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
- ➔ การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล
- ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี
- ➔ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี
- ➔ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประกาศเกียรติคุณอาจารย์พยาบาลและพยาบาลดีเด่นประจำปี 2556

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.

ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health

ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นที่ภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 150 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556 ISSN 0857-3743

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
นางนิตยา จันทร์เรือง มหาผล
นางสาวกาญจนา สันติพัฒนาชัย
นางสาวดารารพร คงจา
ดร. กาญจนา จันทร์ไทย
ศ.ดร. วิธนา จีระแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักวิชาการสาธารณสุข
ผู้ทรงคุณวุฒิ
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สำนักการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ

ดร. ศุภรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองบรรณาธิการ

ดร. อัญญาพร หิรัญพฤกษ์

สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์
ผศ.ดร. โสภภัสสร ศรีไชย
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย
ดร.ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร
ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์
Dr. Paul Alexander Turner

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้จัดการ

นางไพบลีย์ วงษ์ใหญ่

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2590-1834
www.tnaph.org Email: n.tnaph@gmail.com

พิมพ์ที่

บริษัท ธนาเพรส จำกัด เลขที่ 9 ซอยลาดพร้าว 64 แยก 14
แขวง/เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0-2530-4114
โทรสาร 0-2108-8951 Email : tanapress@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556

- | | | |
|-----------------------|----------------|--|
| 1. อ.ดร.มณฑาทิพย์ | ไชยศักดิ์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2. อ.ดร.ชุตินา | ปัญญาพินิจนุกร | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 3. อ.ประไพ | แก้วคง | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. นอ.หญิง ดร. โสพรรณ | โพทะยะ | กองการพยาบาล
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช |
| 5. อ.ดร.นิภาวรรณ | สามารถกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี |
| 6. อ.ดร.ชดช้อย | วัฒนะ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิต |
| 7. อ.ดร.พัฒนา | นาททอง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 8. อ.ดร.เพชรมณี | วิริยะสีบพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ีประสงค์ |
| 9. อ.ดร.พรรณี | ไพศาลทักษิณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 10. อ.ดร.ถาวร | ล่อกา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 11. อ.ดร.ศุภาพิชญ์ | โพน โบร์แมนน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 12. อ.ดร.ยุพาวรรณ | ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 13. อ.ดร.บุญเตือน | วัฒนกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 14. อ.ดร.พนารัตน์ | วิศวเทพนิมิตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 15. อ.ดร.จิราพร | รัตนศรีสิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |





วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556

สารบัญ

- พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ 1
ในประเทศไทย
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 15
บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงโรงพยาบาลพระปกเกล้า
- ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน..... 30
ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน:การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
- การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน 44
และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล
- ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจาก 60
ครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ 70
ผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี
- การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย..... 80
ของโรงพยาบาลอุตรธานี
- สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประกาศเกียรติคุณ 91
อาจารย์พยาบาลและพยาบาลดีเด่นประจำปี 2556



บรรณาธิการกลาง

สวัสดิ์คีระ....สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเดิมชื่อวารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข มาเป็นเวลากว่า ๒๐ ปีและได้เปลี่ยนชื่อเป็นวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อเปิดกว้างแก่ผู้สนใจทั่วไปที่ไม่เฉพาะศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และมีการปรับปรุงระเบียบการส่งผลงานวิจัยและผลงานวิชาการให้มีมาตรฐานและนำวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre-TCI)

กองบรรณาธิการได้พยายามปรับปรุงคุณภาพวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องวารสารฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี ๒๕๕๖ และจะเป็นการขอรับการประเมินคุณภาพวารสารรอบที่ ๒ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย ในการดำเนินการปีนี้มีเปลี่ยนแปลง ๒ ประการได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบรรณาธิการจาก ดร.อัญญาพร หิรัญพฤษดิ์ เป็น ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข และ Dr.Paul Turner มาประจำกองบรรณาธิการแทน Professor Dr.David Robert ซึ่งเสียชีวิตในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ด้านการสอน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (นานาชาติ) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เป็นที่อาลัยรักของลูกศิษย์ และเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนครอบครัว เพื่อนฝูง ญาติมิตรเป็นอย่างยิ่งพวกเราทีมงานสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอร่วมไว้อาลัยต่อการจากไปของ Professor Dr.David Robert ด้วย

ดิฉันในฐานะบรรณาธิการคนใหม่ มีความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นที่ยอมรับอย่างต่อเนื่อง และยินดีน้อมรับทุกความคิดเห็นเพื่อนำมาพัฒนาการดำเนินงานของวารสารให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ





อาลัยการจากไปของ ศาสตราจารย์ ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ (Professor Dr.David Roberts)



ศาสตราจารย์ ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ เกิดเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1948 ที่เมืองเอดฟอร์ด นอร์ธอิงแลนด์ ได้ทำงานเป็นพยาบาลจิตเวชในกรุงลอนดอน ระหว่างปี ค.ศ. 1968-1972 และย้ายมาทำงานที่เมืองเพิร์ธ ประเทศออสเตรเลียหลังจากแต่งงาน ได้ 1 ปี ในปี ค.ศ. 1973 มีบุตร 2 คน เป็นชาย 1 คน หญิง 1 คน

ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ เริ่มทำงานเป็นอาจารย์พยาบาลที่มหาวิทยาลัยอีดิท โคเวน ในเมืองเพิร์ธ เมื่อปี ค.ศ. 1980 และสำเร็จการศึกษาปริญญาเอกทางด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในปี ค.ศ. 1999 ได้ทำงานที่ร็อกจนเกษียณอายุ ในปี ค.ศ. 2008 ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ เป็นผู้ที่ทำงานสอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสอนนักศึกษาจากประเทศไทย หลังจากเกษียณอายุการทำงานที่ออสเตรเลีย ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ ได้มาทำงานกับสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ช่วงสุดท้ายของชีวิต ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ ได้ทำหน้าที่สอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (นานาชาติ) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ และได้ทำงานประจำกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อย่างดียิ่ง พวกเราชาวสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขทุกท่าน จึงขอร่วมไว้อาลัยในการจากไปของศาสตราจารย์ ดร.เดวิด โรเบิร์ตส์ ซึ่งจะอยู่ในความทรงจำของเราตลอดไป





พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ ของชาวต่างชาติในประเทศไทย

กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์*
ศุภาพิชญ์ (มณีสาคร) โพน โบรมันน์**

บทคัดย่อ

การเข้าใจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ เป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาพัฒนาการให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติของประเทศไทย โดยเฉพาะในการพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ ในประเทศไทย เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบบังเอิญ เป็นตัวอย่างเป็นชาวต่างชาติที่พำนักอยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวหรือถาวร ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 400 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.935 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (89%) ไม่เคยเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ส่วนใหญ่เคยใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยด้วยตนเอง (60.75%) ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเป็นการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด (61.73%) และสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างหรือเพื่อนใช้บริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคือโรงพยาบาลเอกชน (54.75%) ช่องทางที่ได้รับข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่มาจากคำบอกเล่าของคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก (47.75%) การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .50$) ยกเว้น ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, $SD = .64$ และ $\bar{X} = 3.27$, $SD = .64$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยครั้งนี้สถานบริการสุขภาพและสถาบันการศึกษาควรนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการสุขภาพ ในด้านการประสานงานโดยปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการไม่ให้ยุ่งยาก และพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการในด้านการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ, การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ, บริการสุขภาพชาวต่างชาติ

* ผู้อำนวยการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา



Health Service Utilization Behaviors and Quality of Care Perceived by Foreigners Living In Thailand

*Kamolrat (Saksomboon) Turner**

*Suparpit (Maneesakorn) Von Bormann***

Abstract

Enhancing the quality and equality of health care services has been globally highlighted for many decades. Understanding health service utilization behaviors and perceived quality of care of foreigners living in Thailand will provide concrete information to promote quality in health services for all, especially when Thailand is aiming to be the medical hub of Asia. A descriptive research design was conducted to investigate health service utilization behaviors and perceived quality of care. The formula of Taro Yamane was performed to identify the sample size of 400 foreigners. A convenience sampling technique was used to recruit foreigners temporary or permanently living in Thailand and residing in the Bangkok Metropolitan area. The instrument used was a self administered questionnaire. The questionnaire was content validated by 3 experts and reliability tested with a Cronbach alpha coefficient of 0.935.. The data were analyzed using percentage and mean.

The results revealed that the majority of the samples had no congenital disease (89%), never been ill within the past 6 months, had direct experience of using health services in Thailand (60.75%), used services at out-patients departments (61.73%) and private hospitals (54.75%). A majority of them received health information by word of mouth. Most of them had a high level of satisfaction with health services ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.50). Lower levels of satisfaction were rated for coordination and provision of information ($\bar{X} = 3.34$, SD = 0.64 and $\bar{X} = 3.27$, SD = 0.64, respectively). The results of this study suggest that the health care settings and educational institutions can use this information to improve the quality of care regarding coordination by introducing simple steps to get care and increase competency of the health care personnel for English communication and this will help prepare Thailand to become a medical hub of Asia.

Keywords : Health Service Utilization Behaviors, Perceived Quality of Care, Health Service for Foreigners

* Director, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chang Wat Nonthaburi



บทนำ

ประเทศไทยกำลังเติบโตเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค (Medical Hub) ชั้นแนวหน้าของเอเชีย และมีจำนวนยอดผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก¹ ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็วนี้มาจากการพัฒนาของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ เมื่อปี 2540 ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนอย่างรุนแรง ยอดการรักษาจากชนชั้นกลางที่เป็นคนไทย ซึ่งเคยเป็นลูกค้าหลักของโรงพยาบาลได้ตกลงไปมาก ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องพยายามหาทางออกโดยการเล็งเป้าหมายใหม่ไปที่ชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ผลปรากฏว่าได้รับการตอบรับอย่างดี โดยนอกเหนือจากชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในไทยและประเทศใกล้เคียงแล้ว ประชากรของประเทศเพื่อนบ้านที่ขาดแคลนเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยก็เดินทางเข้ามารักษาในไทยเช่นเดียวกัน จากจุดนั้นเอง กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติได้ขยายอย่างต่อเนื่อง² ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรงพยาบาลเอกชนปรับตัวหันมาให้บริการคนใช้ชาวต่างชาติมากขึ้น และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ทุกรัฐบาลก็มีนโยบายผลักดันเพื่อให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของทวีปเอเชีย และในปัจจุบันมีคนใช้ชาวต่างชาติที่รับการรักษาในประเทศไทย มากถึงปีละ 1.4 ล้านคน³

อย่างไรก็ตามการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย ยังพบอุปสรรคปัญหาที่เกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่นความคาดหวังในเรื่องคุณภาพการรักษาและบริการของผู้ใช้บริการที่เป็นชาวต่างชาติที่มีต่อแพทย์และพยาบาล รวมทั้งความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิด และต้องทำการสื่อสารกับผู้ป่วยมากที่สุด แต่สิ่งที่เป็นอยู่คือ พยาบาลพูดภาษาอังกฤษไม่ได้²

จากผลการศึกษาหลายรายงานวิจัยได้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า ทั้งตัวบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จ

การศึกษาใหม่ และผู้ร่วมงานของบัณฑิตพยาบาลมีความเห็นว่าทักษะการใช้ภาษาอังกฤษของพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการพูดและการฟัง ยังต้องได้รับการพัฒนา สมรรถนะด้านการใช้ภาษาอังกฤษของบัณฑิตพยาบาลผู้จบการศึกษาใหม่ อยู่ในระดับปานกลางและน้อย และเป็นสมรรถนะที่ได้รับการประเมินในระดับที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับสมรรถนะด้านอื่นๆ^{4,5} ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวอาจส่งผลต่อการสื่อสารในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ ทำให้เกิดปัญหาในการให้ข้อมูล การประสานงาน หรือแม้แต่การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบริการที่ได้รับ

การพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมความเท่าเทียมในการรับบริการสุขภาพ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจระดับโลกเป็นเวลหลายสิบปี หากประเทศไทยต้องการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาคในด้านการให้บริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่มาจากต่างชาติต่างวัฒนธรรม การเข้าใจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ เป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาพัฒนาการให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติของประเทศไทย โดยเฉพาะในการพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่เข้ามา พำนักอาศัยในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว หรือถาวร โดยเลือกศึกษาชาวต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชาวต่างชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่พำนักอาศัยในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และมีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง ประสบการณ์ชาวต่างชาติเกี่ยวกับ การใช้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ หมายถึงความคิดเห็นหรือความพึงพอใจของชาวต่างชาติเกี่ยวกับ คุณภาพของบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย ตามประสบการณ์จริง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพของตนเองโดยตรงหรือประสบการณ์ของบุคคลที่รู้จักเช่นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ซึ่งประเมินโดยการประยุกต์กรอบแนวคิดของ อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen)⁶ เกี่ยวกับความพึงพอใจ 6 ด้าน

1. ด้านความสะดวกที่ ได้รับจากบริการ (convenience) ได้แก่ การใช้เวลารอคอยในการรับบริการ (Office waiting time) ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเมื่อต้องการ (Availability of care when needs) ความง่ายต่อการใช้บริการ (Ease of getting to care)

2. การประสานงานของการบริการ (co-ordination) ได้แก่ การประสานงานกันในการให้บริการและขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก

3. ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (information) การสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษได้รับข้อมูลเพียงพอขณะรับบริการได้รับข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ขณะรับบริการ

4. ความพึงพอใจต่ออภัยาคัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) การต้อนรับอย่างดีในสถานบริการสุขภาพกัลยาณมิตรในการให้การดูแลความเอาใจใส่ดีในการดูแล

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (quality of care) ได้แก่ ความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานของบริการสุขภาพ และสมรรถนะของผู้ให้บริการ

6. ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (output-off-pocket cost) เป็นความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการสุขภาพเรียกเก็บในแต่ละครั้ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพการบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. **ประชากรในการวิจัย** ได้แก่ ชาวต่างชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพ ท่องเที่ยว ศึกษา รับการรักษา สมัครงาน และพำนักอยู่ในประเทศไทย เป็นการชั่วคราว หรือถาวร ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งมีจำนวน 1,239,688 คน เป็นผู้เข้ามาทำงานประมาณ 60,535 คน ตามสถิติการออกใบอนุญาตทำงานให้กับชาวต่างชาติ (Work Permit) โดยกองงานคนต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ณ ไตรมาสที่ 4 ปี 2552⁹ และท่องเที่ยวประมาณ 1,179,153 คน/เดือน⁹

2. **กลุ่มตัวอย่าง** เลือกโดยการสุ่มแบบวิธีบังเอิญ จากชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย เป็นการชั่วคราว หรือถาวร และอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย อาจเป็นประสบการณ์ของตนเองโดยตรงหรือประสบการณ์ของบุคคลที่รู้จักเช่นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน และยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง



โดยใช้สูตรของ Taro Yamane¹⁰ ที่ความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติ ที่ผู้วิจัยสร้างโดยดัดแปลงแบบสอบถามของ อัจฉรา อ่วมเครือ¹¹ และประยุกต์กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการสุขภาพ ของ อดิษฐ์ และแอนเตอร์เซน⁶ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมินตนเองแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อาชีพในประเทศของตน อาชีพในประเทศไทย เหตุผลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รายได้ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย ระยะเวลาที่ต้องการอยู่อาศัยในประเทศไทย และสิทธิ์ในการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบประเมินตนเองแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว การมีประกันสุขภาพ ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพของไทย เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิไทย 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิชาวต่างชาติ 2 คน พิจารณาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับชาวต่างชาติ จำนวน 30 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.935

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ธันวาคม 2553 – กันยายน 2554

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

6.1 คณะผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัย และขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครพนธ์

6.2 อบรมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือโดยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

6.3 บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย และระยะเวลาที่ต้องการอยู่อาศัยในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วน เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อาชีพ เหตุผลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ข้อมูลสุขภาพ และประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาร้อยละ

7.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเทียบกับเกณฑ์ดังนี้

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับต่ำมาก

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับต่ำ

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับปานกลาง

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับมาก

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับมากที่สุด



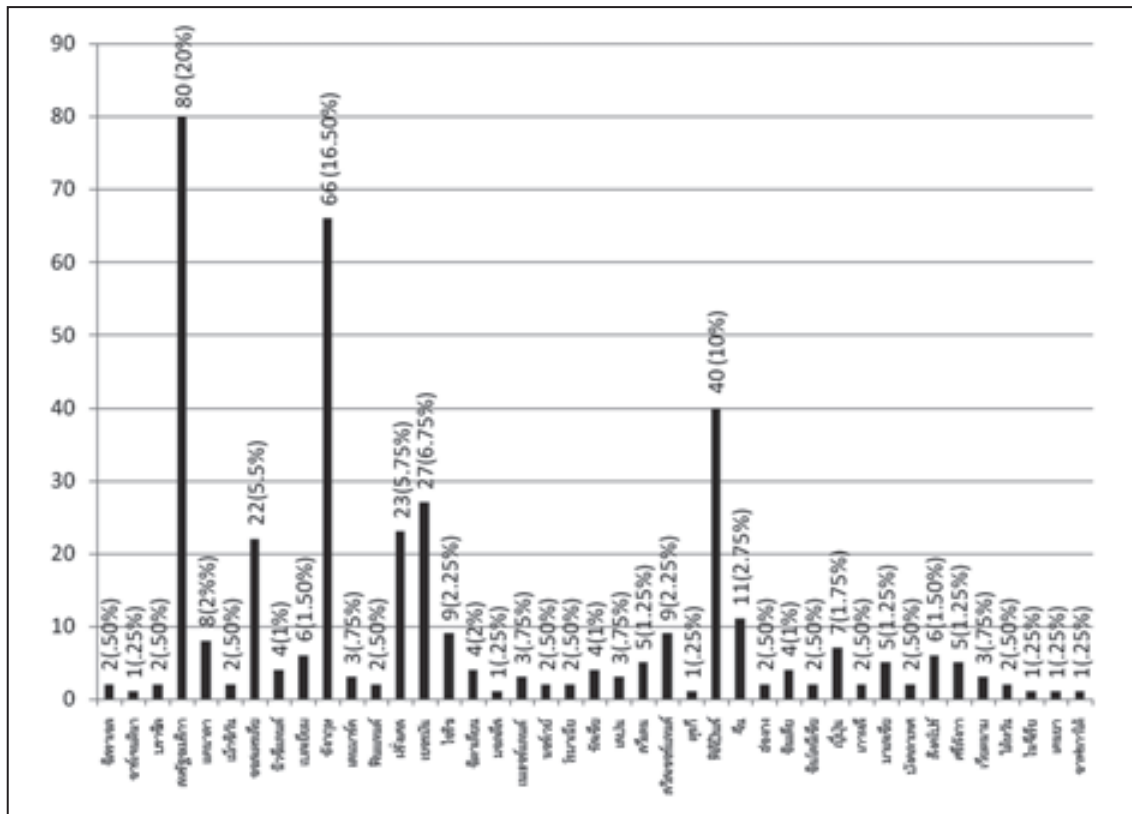
ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวมิวชาว จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เป็นเพศชาย จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 64.75 อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 121 คน และ 31-40 ปี จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 30.25 และ 22.50 ตามลำดับ สถานภาพสมรสโสด จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 46.75 อาชีพขณะอยู่ในต่างประเทศเป็น พนักงานหรือลูกจ้างบริษัท จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.75 อาชีพ

ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นครู จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 44.25

ข้อมูลเรื่องสัญชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวต่างชาติที่มาจากทวีปต่างๆ และจากหลากหลายประเทศ มีผู้ไม่ให้ข้อมูลเรื่องสัญชาติจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.75 ผู้ให้ข้อมูลมีรวมทั้งสิ้น 41 สัญชาติ กลุ่มตัวอย่างมีสัญชาติเป็นชาวสหรัฐอเมริกาสูงสุด จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รองลงมา เป็นชาวอังกฤษ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 16.50 และชาวฟิลิปปินส์จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างชาวต่างชาติจำแนกตามสัญชาติ



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในประเทศไทยเป็นเวลา 1-5 ปี จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 39.75 ระยะเวลาที่วางแผนจะอยู่ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 ส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือน

จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 42.75 ในกลุ่มผู้ที่ให้ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 30,001 บาทขึ้นไป สถานภาพการเงินส่วนใหญ่พอใช้และเหลือเก็บ เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทยเพื่อศึกษาสูงที่สุด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลด้านรายได้ สถานภาพการเงิน และเหตุผลที่อยู่ในประเทศไทย (N=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้		
20,000 บาท และต่ำกว่า	29	7.25
20,001-30,000 บาท	40	10.00
30,001-50,000 บาท	61	15.25
50,001-100,000 บาท	49	12.25
มากกว่า 100,000 บาท	50	12.25
ไม่ตอบ	171	42.75
สถานภาพการเงิน		
ไม่พอใช้	32	8.00
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	125	31.25
พอใช้และเหลือเก็บ	167	41.75
ไม่ตอบ	76	19.00
เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทย		
ท่องเที่ยว	33	8.25
ศึกษา	121	30.25
รักษาสุขภาพ	90	22.50
หางานทำ	71	17.75
ทำธุรกิจ	37	9.25
เยี่ยมญาติ	48	12.00
พำนักหลังเกษียณ	37	9.25
อื่นๆ	48	12.00



ข้อมูลด้านสุขภาพและสิทธิในการรักษา
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว
จำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 89.00 ไม่มีการ
เจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 226 คน

คิดเป็นร้อยละ 56.50 และส่วนใหญ่เห็นว่าตนเอง
แข็งแรงมากจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00
ส่วนสิทธิในการรักษา ส่วนใหญ่จ่ายเอง จำนวน 111 คน
คิดเป็นร้อยละ 27.75 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และสิทธิในการรักษา
(N=400)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	356	89.00
มี	41	10.25
ไม่ตอบ	3	0.75
การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคยป่วย	226	56.50
ป่วยเล็กน้อย	161	40.25
ป่วยมาก	3	0.75
ไม่ตอบ	10	2.50
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป		
แข็งแรงมาก	192	48.00
พอใช้	185	46.25
ไม่ค่อยแข็งแรง	15	3.75
เจ็บป่วยหนัก	3	0.75
อื่นๆ	4	1.00
ไม่ตอบ	1	0.25
สิทธิในการรักษา		
ประกันสังคม	105	26.25
จ่ายเอง	111	27.75
บริษัทจ่ายให้บางส่วน	72	18.00
บริษัทจ่ายให้ทั้งหมด	48	12.00
สวัสดิการจากต่างประเทศ	21	5.25
อื่นๆ	31	7.75
ไม่ตอบ	12	3.00



พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและช่องทางที่ท่านได้รับข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาที่โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด

จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 54.75 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากคำบอกเล่าของคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก มากที่สุด จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 47.75 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (N=400 แต่ตอบได้มากกว่า 1)

การใช้บริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ท่านหรือเพื่อนใช้ครั้งสุดท้าย		
โรงพยาบาลเอกชน	219	54.75
โรงพยาบาลของรัฐ	102	25.50
คลินิกเอกชน	60	15.00
ร้านขายยา	70	17.50
ศูนย์บริการสุขภาพ	29	7.25
สปา	17	4.25
แพทย์แผนไทย	6	1.50
อื่นๆ	16	4.00
ช่องทางที่ท่านได้รับข้อมูลสุขภาพในประเทศไทย		
สื่อต่างๆ (เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์)	120	30.00
คำบอกเล่าของคนรู้จัก	191	47.75
อื่นๆ	51	12.75
ไม่เคยได้รับข้อมูลเลย	71	17.75

การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย

การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับนักเว้น ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลที่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดได้แก่ด้าน อัจฉริยะไมตรีของผู้ให้

บริการเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 3.52-4.09 ยกเว้นในเรื่อง ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสาร โดยใช้ภาษาอังกฤษ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.92 (SD = 1.00) และ 2.65 (SD = 1.10) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพการบริการสุขภาพในประเทศไทย (N=400)

บริการสุขภาพในประเทศไทย	\bar{x}	SD	ระดับ
ความสะดวกสบายในการรับบริการ (convenience)	3.92	.59	สูง
1. มีความสะดวกสบายในการรับบริการสุขภาพ	4.06	.93	สูง
2. มีสถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่พำนักของตน	4.09	.74	สูง
3. มีบริการสุขภาพทุกประเภทตามที่ต้องการ	3.93	.82	สูง
4. สิ่งแวดล้อมรอบๆ สถานบริการมีความปลอดภัย	3.83	.81	สูง
5. สถานบริการมีการถ่ายเทอากาศดี	3.90	.90	สูง
6. สถานบริการสะอาดและเป็นระเบียบ	3.96	.85	สูง
7. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการรอการรับบริการ	3.68	1.00	สูง
การประสานงาน (coordination)	3.34	.64	ปานกลาง
8. หน่วยต่างๆ มีการประสานงานกันเป็นอย่างดีในการให้บริการ	3.76	.80	สูง
9. ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก	2.92	1.00	ปานกลาง
การให้ข้อมูล	3.27	.64	ปานกลาง
10. ผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหากการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ	2.65	1.10	ปานกลาง
11. ท่านได้รับข้อมูลเพียงพอขณะรับบริการ	3.63	.83	สูง
12. ท่านได้รับข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ขณะรับบริการ	3.52	.85	สูง
อัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ (Courtesy)	4.05	.69	สูง
13. ท่านได้รับการต้อนรับอย่างดีในสถานบริการสุขภาพ	4.06	.81	สูง
14. พยาบาลไทยเป็นกัลยาณมิตรในการให้การดูแล	4.13	.75	สูง
15. ชาวต่างชาติได้รับความเอาใจใส่ดีในการดูแล	3.97	.80	สูง
คุณภาพบริการ (Quality of Care)	3.88	.61	สูง
16. ท่านไว้วางใจในการบริการสุขภาพของไทย	3.79	.86	สูง
17. ท่านมั่นใจในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ	3.69	.90	สูง
18. พยาบาลไทยมีสมรรถนะในการให้การพยาบาล	3.89	.72	สูง
19. บริการได้มาตรฐานระดับสากล	3.78	.75	สูง
20. ท่านมั่นใจในคุณภาพการรักษาของแพทย์ไทย	3.83	.83	สูง
21. ท่านมั่นใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลไทย	3.94	.75	สูง
22. บุคลากรสุขภาพมีความสุภาพ	4.07	.71	สูง
23. พยาบาลไทยสามารถให้การช่วยเหลือท่านได้	4.05	.71	สูง
24. แพทย์ไทยมีความสามารถและทราบว่ารักษาท่านอย่างไร	3.92	.79	สูง
25. พยาบาลไทยให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนเป็นอย่างดี	3.89	.79	สูง
26. การพยาบาลไทยได้มาตรฐานระดับสากล	3.82	.79	สูง



ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพการบริการสุขภาพในประเทศไทย (N=400) (ต่อ)

บริการสุขภาพในประเทศไทย	\bar{x}	SD	ระดับ
ค่าใช้จ่าย	3.77	.93	สูง
27. ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสม	3.77	.93	สูง
ภาพรวม			
28. ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของไทยโดยรวม	3.97	.79	สูง
รวม	3.80	.50	สูง

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล ในการวิจัยครั้งนี้จะอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างหรือเพื่อนใช้บริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคือโรงพยาบาลเอกชน รองลงมาเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งต่างจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาของอัจฉรา อ่วมเครือ¹¹ ที่พบว่าชาวต่างชาติใช้บริการสุขภาพจากร้านขายยามากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษาคั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐทำได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลมากกว่าร้านขายยา นอกจากนี้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้สูง สถานภาพการเงินพอใช้และเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างจึงศักยภาพทางการเงินเพียงพอที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

ในด้านข้อมูลสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากคำบอกเล่าของคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านภาษา เพราะการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยเกือบทั้งหมด เป็นภาษาไทยดังนั้นชาวต่างชาติจึงต้องอาศัยข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว

หรือเพื่อนที่เป็นคนไทย และบางคนก็ไม่เคยได้รับข้อมูลเลย ดังนั้นเพื่อให้ชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยได้รับข้อมูลสุขภาพมากขึ้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรมีการพัฒนาช่องทางและสื่อด้านสุขภาพ ที่ชาวต่างชาติสามารถเข้าถึงและเข้าใจ

2. การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับยกเว้น ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ ด้านอรรถยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นในเรื่อง ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความสะดวกสบายในการรับบริการพบว่ามีการรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับสูง โดยเห็นว่ามีความสะดวกสบายในการรับบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่พักของตน มีบริการสุขภาพทุกประเภทตามที่ต้องการ สิ่งแวดล้อมรอบๆสถานบริการมีความปลอดภัย สถานบริการมีการถ่ายเทอากาศดี สะอาดและเป็นระเบียบ และระยะเวลาที่ใช้ในการรอการรับบริการไม่นาน ด้านอรรถยาศัย



โมตรีของผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้ รับการต้อนรับอย่างดี พยาบาลไทยเป็นกัลยาณมิตร ในการให้การดูแล และได้รับความเอาใจใส่ดีในการ ดูแล เช่นเดียวกับด้านด้านคุณภาพบริการ ที่ผู้ใช้ บริการมีความมั่นใจในมาตรฐานบริการของบุคลากร สุขภาพ ทั้งกลุ่มแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาล ที่ชัดเจนว่า ประเทศไทยจะพัฒนาไปสู่การเป็น ศูนย์กลางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเอเชีย¹² ประกอบกับการมีระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้สถานบริการบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีการพัฒนาทั้งในด้านกายภาพระบบบริการและ คุณภาพในการบริการ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการ นี้ไม่ได้ดำเนินการเฉพาะในส่วนขอของสถานบริการ ขนาดใหญ่เท่านั้น หน่วยบริการปฐมภูมิก็มีการพัฒนา คุณภาพมาตรฐานบริการ อย่างต่อเนื่อง จนมี มาตรฐานอยู่ในระดับสูง¹³

นอกจากนี้การให้บริการสุขภาพมีแนวโน้ม ที่จะมีการแข่งขันกันสูงขึ้น ผู้ให้บริการจึงต้องแข่งขัน กันปรับปรุงคุณภาพ สร้างจุดขาย หรือจุดเด่นของ ตนเอง โดยมีบริการที่ดี ได้มาตรฐานสากล ไม่ต้อง รอคิวนาน สามารถปรึกษาแพทย์ได้นาน มีพยาบาล ที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกใช้ บริการของตน โดยเฉพาะผู้ใช้บริการชาวต่างชาติซึ่ง มีกำลังซื้อสูง¹⁴

ในส่วนของการรับรู้ต่อคุณภาพของพยาบาล ไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการพยาบาลไทย ได้มาตรฐานระดับสากล พยาบาลไทยให้การดูแล ผู้ป่วยทุกคนเป็นอย่างดี มีสมรรถนะในการให้การ พยาบาล จึงมีความมั่นใจในคุณภาพการดูแลของ พยาบาลไทย ซึ่งการรับรู้ในส่วนนี้สอดคล้องกับ ข้อค้นพบจากการศึกษาของ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์¹⁵ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใช้บริการคนไทยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ของพยาบาลที่พบว่าผู้ใช้บริการสุขภาพมีภาพของ พยาบาลที่เป็นไปในทางที่ดีทุกๆ ด้านและมีความเห็น ว่า ด้านการให้บริการพยาบาล พยาบาลสามารถ แก้ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการได้ดี ปฏิบัติการ

พยาบาลด้วยความคล่องแคล่ว เต็มใจในการให้ บริการ ด้านวิชาการพยาบาลมีความรู้ความสามารถ ในการให้การบริการพยาบาล ด้านจริยธรรมพยาบาล มีความตั้งใจทำงานในฐานะพยาบาล ให้การดูแลผู้ ใช้บริการ โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ด้านบุคลิกภาพ มีการแต่งกายสะอาดเรียบร้อยและมีบุคลิกภาพ น่าเชื่อถือ

อย่างไรก็ตามคุณภาพบริการในส่วนที่กลุ่ม ตัวอย่างประเมินในระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องการ ประสานงานที่ให้ความเห็นว่าเป็นขั้นตอนในการรับบริการ มีความยุ่งยาก และในเรื่องการให้ข้อมูลที่ประเมินว่า ผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษา อังกฤษ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ในเรื่องขั้นตอน ในการรับบริการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความ ยุ่งยากนั้นอาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มี ขั้นตอนที่จะต้องติดต่อก่อนเข้ารับบริการหลาย ขั้นตอน เช่นต้องยื่นบัตรที่แผนกเวชระเบียน รอเรียก ชื่อรับบัตร แล้วไปตรวจวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิ ร่างกาย ชักประวัติ แล้วไปรพหน้าห้องตรวจเพื่อรอ เรียกเข้าตรวจ จากนั้นพบแพทย์ และก็มีขั้นตอน ก่อนที่จะได้รับยาอีกหลายขั้นตอน ซึ่งเมื่อผู้ใช้บริการ มีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารกับชาวต่างชาติอยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะมีความยุ่งยาก ซึ่งแม้แต่ ในการประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรง พยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ โดยผู้ใช้บริการคนไทย ในการศึกษาของ กนกพร สีลาเทพินทร์ พัชรมา มาลือศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม¹⁶ ก็พบว่า คุณภาพบริการด้านที่ได้รับการประเมินต่ำกว่าเรื่อง อื่นๆ คือระยะเวลาในการรอคอย และการสามารถ เข้าถึงและติดต่อโรงพยาบาลได้ง่าย

ในด้านทักษะภาษาเป็นที่ทราบดีว่าพยาบาลไทย มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการสื่อสารด้วย ภาษาต่างประเทศ ดังข้อค้นพบจากการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นในบทนำรวมทั้งการศึกษาของ ปรียานุช คณีกุล และสุนีย์ โยคะกุล¹⁷ ที่พบว่า สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาสากล และเป็นภาษากลางของอาเซียนเป็นสมรรถนะที่ได้รับ การประเมินต่ำที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม



สนับสนุนให้มากขึ้นเพื่อให้สามารถแข่งขันกับนานาชาติได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมสำหรับชาวต่างชาติ

2. สถานบริการสุขภาพควรนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการสุขภาพ ในด้านการประสานงานโดยปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการไม่ให้ยุ่งยาก เพื่อสะดวกต่อการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติ

3. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรเร่งพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการในด้านการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย

4. สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรสุขภาพควรเร่งพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารด้วยภาษาต่างประเทศโดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาสามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการชาวต่างชาติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมกรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย

2. ควรศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต ศาสนาทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมประเพณี การรับข่าวสารทางสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. บรรจงจิตต์ อังคุลสิงห์. สถานการณ์การโยกย้ายบุคลากรที่มีทักษะสูงในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. การประชุมวิชาการ “ประมวลหลักปฏิบัติ

ขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการสรรหาบุคลากรด้านสุขภาพเข้าทำงานระหว่างประเทศ (WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health personnel)”. ณ โรงแรมแมนดาริน วันที่ 29 สิงหาคม 2554.

2. วิทวัส รุ่งเรืองผล และคณะ. ไทยกับศูนย์กลางบริการสุขภาพของเอเชีย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2553] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaifta.com/thaifta/Portals/0/File/tadoc4.html>.

3. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ชูไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค ทำคนใช้ต่างชาติทะลัก กระทรวักษาคณไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2553] เข้าถึงได้จาก <http://www.ftawatch.org/all/news/18500>.

4. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ ศรีสุนทรรา เจริมรพิพัฒน์ และศุภิสรา สุวรรณชาติ. การศึกษาติดตามสมรรถนะของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2537 ปีการศึกษา 2545 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2547.

5. สุกัลักษณ์ ธานีรัตน์ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สุจิรา วิเชียรรัตน์. การติดตามสมรรถนะทางการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2547 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2550.

6. Day, L. A. & Andersen, R. M. A framework for the study of access to medical care. Health Service Research. 1974. 9 (3): 208-220.

7. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health system. WHO Press: Geneva. 2006.

8. อลิวัสสา พัฒนาถาบุตร. ตลาดที่อยู่อาศัยไทยสำหรับชาวต่างชาติ Thai Housing for Foreigners. วารสารธนาคารอาคารสงเคราะห์. มปป.: 65-69.



- [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ftawatch.org/all/news/18500>.
9. กรมการท่องเที่ยว. สถิตินักท่องเที่ยวปี พ.ศ. 2552. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.tourism.go.th/tourism/th/home/tourism.php?id=6>
 10. ชานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี. 2551.
 11. อัจฉรา อ่วมเครือ. ความคิดเห็นและความคาดหวังของชาวต่างชาติเกี่ยวกับบริการสุขภาพในประเทศไทย. รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส. 2552.
 12. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ชูไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค ทำคนใช้ต่างชาติทะลัก กระทบรักษาคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 11 พย. 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ftawatch.org/all/news/18500>.
 13. ไครตรีย์ แพน้อย อติญาณ์ ศรเกษตริณ ชุสิทธิ์ เอกรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555: 22 (2).
 14. ณัฐรุศม์ ลักษณ์าปัญญากุล. FTA บริการสุขภาพใครได้ ใครเสีย?. โครงการ FTA digest ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 10 กย. 2554]. เข้าถึงได้จาก http://www.ftadigest.com/fta/articleFTA_healthservices.html.
 15. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. ภาพลักษณ์ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2548:16 (1).
 16. กนกพร สีลาเทพินทร์ พัชรา มาลีศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. 2554: 34(4): 443-456.
 17. ปรียานุช คณีกุล และสุนีย์ โยคะกุล. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันพระบรมราชชนก รุ่นปีการศึกษา 2550 และ 2551. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555: 22(1): 35-47.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงโรงพยาบาลพระปกเกล้า

รุ่งนภา เขียวชะอำ*

ศรีสุดา งามชา**

มาษะ กิตติธรรกุล***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเมื่อได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้เกิดสูญเสียสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การศึกษาเป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับบริการหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 13 ราย โดยเลือกอย่างเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 1) แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมด้านการปรับตัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) ทุนจำลองในการดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ แบบสอบถาม (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของรอยแบ่งเป็น 4 มิติย่อย จำนวน 27 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2554 ถึงเดือนธันวาคม 2554 และวิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.181^{\circ}$, $p = .000$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ คือก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ต้องมีการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแล ซึ่งแนวปฏิบัติฯ เป็นแนวปฏิบัติที่เน้นความจำเพาะเจาะจง (particularly tailored made) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย ซึ่งทำให้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลทำให้ญาติมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม/ญาติผู้ดูแล/ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า



The Effects of Using a Clinical Nursing Guideline for Caregivers' Preparation in Caring Patients with Traumatic Brain Injury

.....

*Rungnapha Khiewchaum**

*Srisuda Ngamkhum***

*Makha Kittithonrakun****

Abstract

Background: Caregivers suffered from both physical and mental disability when caring for patients with moderate or severe traumatic brain injury (TBI). A preparation program may provide information in order to prepare the caregivers who were taking care of patients with TBI at home.

Objective: The aims of this study were to develop the clinical nursing guideline for preparing the caregivers who were taking care of patients with TBI at home and to examine the effect of using the clinical nursing guideline.

Method: The study was conducted by a Pre-Post Test Comparison research. Intotal, the sample included 13 caregivers of patients with TBI. The instrument used in this study were: 1) the protocol for preparing caregivers in taking of patients with TBI, 2) Boucher guideline for taking of patients with TBI, and 3) the Model for practicing in taking of patients with TBI. The Thai version of the coping and adaptation processing scale-short from (TCAP-SF) was used for collecting data. Data were analyzed by using the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Result: The finding was found that there are the statistically significant difference between prior and after receiving the preparation program ($Z = -3.181^a$, $p = .000$). After caregivers received the preparation program, they were able to better coping ability than the prior that caregivers received the preparation program.

Conclusion: The preparation program was facilitated caregivers' coping ability to care for patients with TBI at home. Before providing the program, clinicians should evaluate the caregivers' needs and skills of caring since the clinical nursing guideline is a particularly tailored made and individualization. Therefore, caregivers will prepare themselves effectively and can cope with the problems when taking of patients with TBI before discharge and at home.

Keywords : Traumatic brain injury, Caregiver, Coping ability

* Nurse Instructor, Phrapokklao Nursing College Chanthaburi

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sawanprcharak Nakhonsawan

*** Registered Nurse, Phrapokklao Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการบาดเจ็บที่ศีรษะนับเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุบนถนน หรือการจลาจล จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2553 พบมีผู้เคยประสบอุบัติเหตุจากจลาจลบนท้องถนน 1,546,337 คน คิดเป็น 3.1% เฉลี่ยวันละ 4,384 คน¹ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า ปี 2553 และ ปี 2554 มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา สาเหตุมาจากอุบัติเหตุ มีจำนวน 1,526 และ 2,084 ราย ตามลำดับ² ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มนี้ ภายหลังได้บาดเจ็บรุนแรงมักเกิดความรู้สึกหรือมีการสูญเสียสมรรถภาพ (Disability) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามลำพังและต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต⁴ จึงทำให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เช่น การดูแลด้านร่างกาย และกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น⁵ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตและใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 16-24 ชั่วโมง/วัน ซึ่งนับว่าเป็นภาระ (burden) ที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁶ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล หงุดหงิด เกิดการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาจากแพทย์หรือซื้อยามากินเองเพิ่มขึ้น มีปัญหาด้านการเงิน บทบาทของครอบครัวเปลี่ยนแปลง การเข้าสังคมลดลงและแยกตัวเพิ่มขึ้น⁵ ส่งผลกระทบต่อญาติด้านร่างกายและจิตใจโดยตรง ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายมักพบอาการต่าง ๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า อ่อนล้า เป็นต้น⁷ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ญาติผู้ดูแลมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลและเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการที่ต้องเพิ่มภาระในการดูแล⁸ นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและบางครั้งครอบครัวสมาชิกของครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และมีความจำกัดในด้านการเงิน^{9,10}

ผลกระทบดังกล่าวนี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้นจึงมีส่วนทำให้มีวิธีในการเผชิญปัญหา (Coping) กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอ ส่งผลกระทบถึงการฟื้นฟูการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย คือ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสุขภาพจากการสูญเสียสมรรถภาพในด้านต่างๆ ได้ช้า และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลดีขึ้น¹² และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลดีขึ้น แต่จากการศึกษาของรุ่งนภา เขียวชะอำ¹³ ได้ศึกษาถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าเมื่อให้ญาติฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ญาติไม่กล้าฝึกปฏิบัติ เนื่องจากกลัวว่าอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายในระหว่างการฝึกปฏิบัติ และพบว่าญาติผู้ดูแลไม่สามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความจำมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ซึ่งการบรรยายโดยใช้คู่มือเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีอุปกรณ์หรือหุ่นจำลองให้ญาติฝึกปฏิบัตินั้น ญาติผู้ดูแลไม่สามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 70 และการจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความจำในระยะยาวได้นั้น ต้องใช้การฝึกทักษะซ้ำๆ จึงจะสามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้¹⁴

โดยแนวปฏิบัติฯ พัฒนามาจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จากความรู้ที่เกี่ยวข้อง และการสังเกตผู้ป่วยในสถานการณ์จริง¹⁵ โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ ไอโอวา (IOWA) เรียกว่า โมเดลไอโอวา¹⁵ ประกอบด้วย 1) การเลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 2) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัด



เนื้อหา สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติ ผู้ดูแล ซึ่งเมื่อนำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดทักษะและคุณภาพการดูแลดีขึ้น เพราะขั้นตอนในแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองและการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะ ญาติผู้ดูแลสามารถฝึกทักษะซ้ำจนสามารถจำขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติ แล้วจึงไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับอันตรายจากการฝึกทักษะและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในระหว่างการฝึกทักษะ ทำให้ระยะการเข้ารับการรักษาสั้นลงเนื่องจากไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เป็นต้น ส่งผลทำให้วิธีในการการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในการรับบทบาทใหม่โดยการเป็นผู้ดูแลดีขึ้น และการใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลลดลง และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านญาติผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (Re-admit) ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ที่ศีรษะมีผลต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 6 เดือน ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2554

นิยามตัวแปร

แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง แบบแผนการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติดูแลซึ่งใช้หุ่นจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับญาติผู้ดูแลเพื่อใช้ฝึกทักษะในการดูแลก่อนที่ญาติผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่รับไว้รักษาหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งครอบคลุมการดูแลโดยญาติผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ



วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping) หมายถึง วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเป็นการปรับตัวที่เกิดจากกระบวนการรู้คิด (cognitive) ต่อการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัดได้จากวิธีในการปรับตัวที่ญาติผู้ดูแลใช้ โดยใช้แบบวัดวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ของ ฉายาพุทธและรอย¹⁶ ซึ่งมี 4 มิติ ได้แก่ มิติย่อยที่ 1 ด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ (resourceful and systematic) มิติย่อยที่ 2 ด้านพฤติกรรมทางกาย (physical and fixed) มิติย่อยที่ 3 การรับรู้เชิงบวก (positive and knowing) มิติย่อยที่ 4 การตื่นตัวกับเหตุการณ์ (alert processing) ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-108 คะแนน โดยคะแนนที่สูงจากเดิม หมายถึง การปรับตัวดีขึ้นในมิตินั้น

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมเทพรตน์ชั้น 5 (หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมอุบัติเหตุ) โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมเทพรตน์ชั้น 5 (หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมอุบัติเหตุ) โรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่

ศีรษะที่มีผลการประเมินโดยใช้ Glasgow coma scale มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3-12 คะแนน

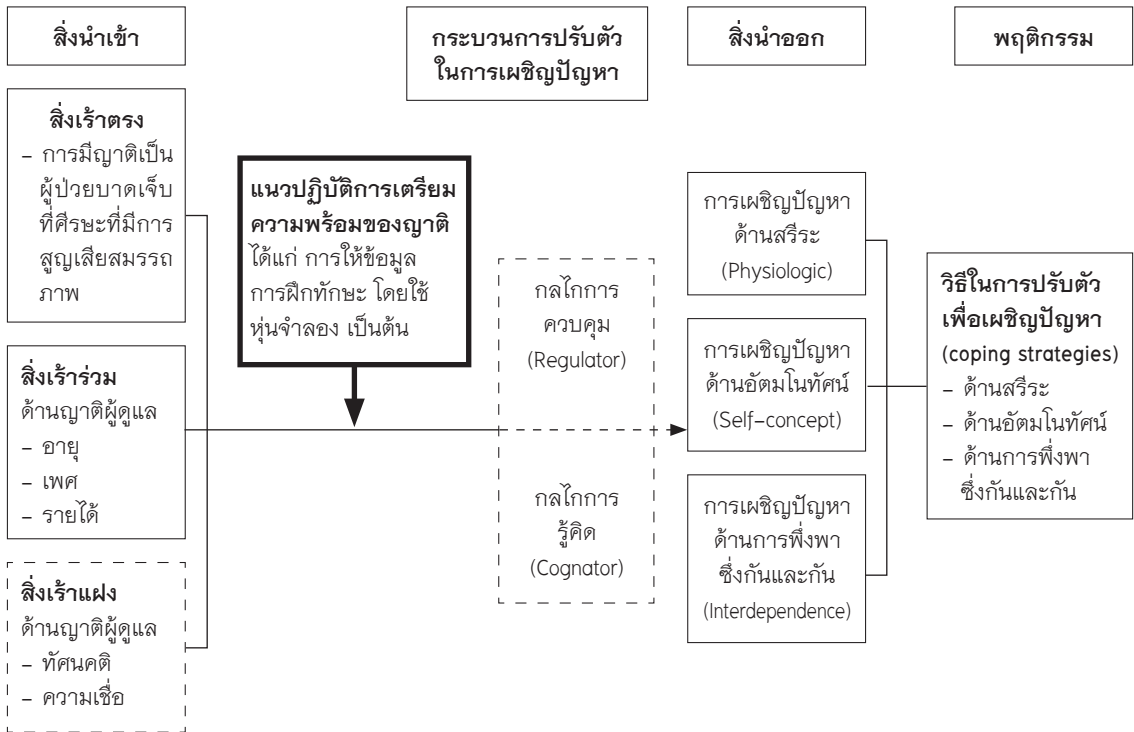
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารอย¹⁷ กล่าวว่า วิธีในการเผชิญปัญหา (coping) เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่จากการใช้สติสัมปชัญญะในการเรียนรู้ ประมวลความคิด และเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหา จากการใช้การตระหนักรู้ การสร้างสรรค์ และการบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้นแสดงออกทางพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา ได้แก่ กลไกการควบคุม (regulator) และกลไกการรู้คิด (cognator)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีรอยมาเป็นกรอบในการศึกษา การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ดังนั้นตามกรอบทฤษฎีของรอย สิ่งเร้าตรง ได้แก่ การมีญาติเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการสูญเสียสมรรถภาพ สิ่งเร้าร่วม ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาญาติผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ เพศ อายุ และสิ่งเร้าแฝง คือทัศนคติ ความเชื่อ ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา การใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลเป็นการเตรียมทักษะต่างๆ ซึ่งการแก้ปัญหาผ่านกลไกการรู้คิด (cognator) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในด้านสรีระ ด้านอ้อมมโนทัศน์ และด้านพึงพาอาศัย



กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1: แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยผลของแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ดัดแปลงมาจาก Roy, & Andrews, 19)

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 ประชากรที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1. เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกลึกตัว 3-12 คะแนน ทั้งที่มีและไม่มี การบาดเจ็บอื่นร่วมโดยใช้แบบประเมิน GCS (Glasgow Coma Scale) ในการประเมินระดับความรู้สึกลึกตัว
2. ไม่มีปัญหาในการสื่อสารเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม
3. เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางสมอง และจิตประสาท
4. ยินยอมเข้าร่วมในโปรแกรมการศึกษา



5. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติ โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (IOWA)¹⁵ ดังนี้

1. เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ปัญหาจาก 3 แหล่งข้อมูล คือ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในสถานการณ์จริง และการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการวิเคราะห์ข้างต้นสรุปได้ว่าปัญหาการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะและความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ ปัจจัยการได้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริง

2. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เมื่อสามารถสรุปสาเหตุของปัญหาการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลที่ศีรษะ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเดี่ยวที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา)

ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ OVID, CINAHL, PUBMED, Sciencedirect, Blackwell-synergy, Proquest และ Medline งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล evidencebasednursing.com, joannabriggs.edu.au, cochrance.org จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov, www.icsi.org, www.york.ac.uk, www.highbeam.com

ผลการสืบค้นได้งานวิจัย Full text จำนวน 90 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่ซ้ำกันถึง 14 เรื่อง เมื่อตัดออกแล้วจึงเหลืองานวิจัย Full text 76 เรื่อง คัดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับญาติผู้ดูแล ในที่สุดเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 29 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 9 เรื่อง และเชิงบรรยายจำนวน 20 เรื่อง

3. วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหาสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาอ่านงานวิจัยจำนวน 76 เรื่อง ประเมินคุณภาพ และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก โดยสร้างตารางสกัดตามรายละเอียดที่ต้องการทราบ ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแล การคัดเลือกข้อมูลหรือเตรียมทักษะต่างๆ สำหรับญาติผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย ให้มีความจำเพาะเจาะจง (particularly tailored made) ซึ่งข้อมูลที่ญาติต้องการทราบ อาทิ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงของอาการ และการรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อาทิ การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น จากนั้นนำมาวิเคราะห์



สกัดเนื้อหาหลังตาราง แต่ละเรื่อง จนครบทุกเรื่อง นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน และสกัดเนื้อหาส่วนที่จะนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) นำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแลเพื่อหาความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางระบบประสาท พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงทางระบบประสาท อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญวิกฤตด้านระบบประสาทอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญฟื้นฟูสภาพด้านระบบประสาท และหัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งการคำนวณ IOC ของแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ นำแนวปฏิบัติและคู่มือญาติผู้ดูแลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 5 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระยอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม - เดือนมกราคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลาการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 เดือน ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1) การถ่ายทอดและนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) คือ แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่นำไปใช้ กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึง

กับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จำนวนมาก และใช้เวลาในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ไม่นานจนเกินไป คือ 7 วัน

2) ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ พยาบาลในหน่วยงานที่นำแนวปฏิบัติไปใช้มีอิสระในการดำเนินการ และสามารถยุติการดำเนินการถ้าพบว่าได้ไม่ได้ผลหรือไม่เป็นไปตามต้องการ โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และคู่มือญาติผู้ดูแลนั้นไม่ได้รับกวนการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการเป็นอย่างดี

3) ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่ได้ใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต จึงไม่เกิดความเสียหายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งถ้าปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และคู่มือญาติผู้ดูแลจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็งและที่สำคัญ ปอดอักเสบซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิต

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมด้านการปรับตัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ¹⁸

2) คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย แผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

3) หุ่นจำลองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้การฝึกทักษะในการดูแลห่อหุ้มทางหลอดลมคอ และทางปาก การทำแผลหลอดลมคอ การใส่และการให้อาหารทางสายยางทางจมูก เป็นต้น



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data questionnaires) เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและแบบเลือกตอบ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีในการเผชิญปัญหาแบบย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ที่ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย¹⁹ แปลเป็นภาษาไทย โดย ผศ.ดร.ปรางทิพย์ ฉายาพุทธ และแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดของรอยเป็นทฤษฎีพื้นฐาน²⁰ ซึ่งแบบสอบถามวิธีในการเผชิญปัญหาตัวฉบับย่อนี้ วัดวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน¹⁶ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาแบบย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) โดยหาความเชื่อมั่นและความตรงของเนื้อหา ดังนี้

แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาแบบย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) เป็นเครื่องมือมาตรฐานไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีระดับความรู้สึกระดับปานกลางถึงรุนแรง คือ คะแนน Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 3-12 คะแนน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมศีรษะขั้น 5 (หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมอุบัติเหตุ) โรงพยาบาล

พระปกเกล้า จำนวน 10 ราย โดยซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป จากผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามวิธีในการเผชิญปัญหาแบบย่อของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 4 คะแนน มาคำนวณหาค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน พบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 และแต่ละมิติย่อยอยู่ระหว่าง 0.83-0.88

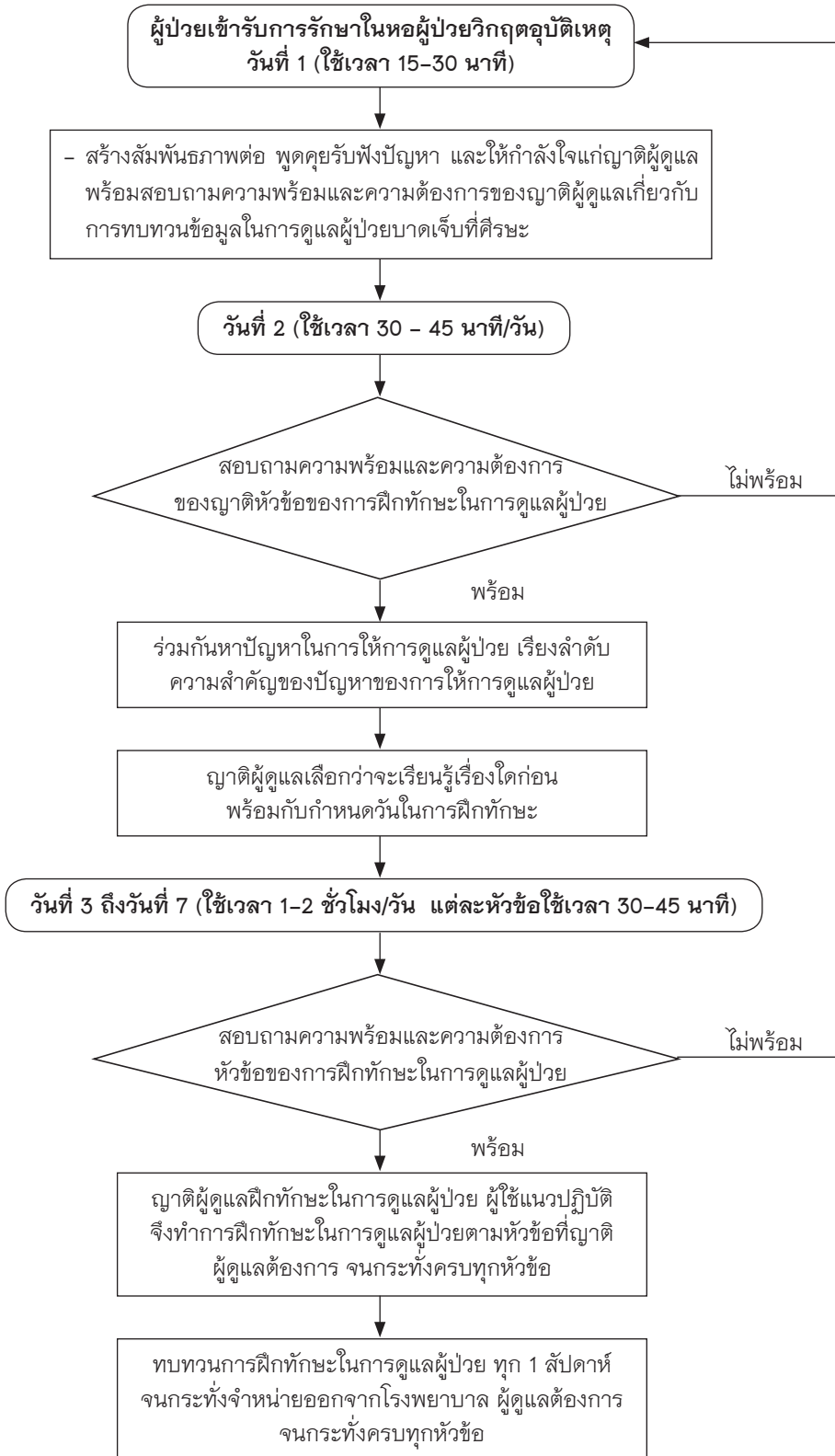
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงหลังจากนั้นทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ญาติผู้ดูแลหลักที่แท้จริงที่ให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มยินยอม

3. วัดคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลก่อนดำเนินการตามแนวปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

4. ผู้วิจัยดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดัง flow chart





การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ระดับคะแนนวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแตกต่างระดับคะแนนวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 พัฒนาระบบแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ตาม flow chart อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และไม่มีการบาดเจ็บร่วม คิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 69.2 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ณ วันที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุอยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 84.6 และชนิดของรอยโรคในสมองจากการตรวจด้วย CT scan พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) ร้อยละ 30.8 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบร่วมกับการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงซึ่งการพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี

และระดับความรู้สึกตัวจะลดลงทันที ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ Craniectomy ร้อยละ 38.5 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุมีคะแนน Glasgow Coma Scale อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ปัญหาส่วนใหญ่มักภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง คิดเป็นร้อยละ 76.9 และรูปแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) อยู่ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 69.2 คือไม่สามารถทำอะไรได้แม้กระทั่งเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะต่างๆ ได้ (persistent vegetative state)

2) ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล พบว่าจากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 45.38 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 53.8 ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 30.8 และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 61.5 ซึ่งญาติผู้ดูแลให้เหตุผลที่ไม่มีโรคประจำตัวต่างๆ ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยค่อนข้างมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 38.5 ไม่มีเวลาไปตรวจสุขภาพร่างกายและเห็นว่าตนเองไม่เป็นอะไรสุขภาพแข็งแรงดี ซึ่งการประกอบอาชีพรับจ้างมีรายได้เฉลี่ย 8,961.53 บาท/เดือน ซึ่งญาติผู้ดูแลลงความเห็นว่าเพียงพอสำหรับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 69.2

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงระยะเวลาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ โดยแยกเป็นรายด้าน



คะแนนวิธีในการปรับตัว รายด้าน		Mean Rank	Sum of Rank	Z	Sig. (1 tailed)
มิติที่ 1 (แหล่งประโยชน์และการ คิดเป็นระบบ)	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.185 ^a	.001
มิติที่ 2 (พฤติกรรมทางกาย) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.191 ^a	.001
มิติที่ 3 (การรับรู้เชิงบวก) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.183 ^a	.001
มิติที่ 4 (การตื่นตัวกับ เหตุการณ์)	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.194 ^a	.001

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ

คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วง
ระยะเวลาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯโดยรวม

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา	Mean Rank	Sum of Rank	Z	Sig. (1 tailed)
ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ	.00	.00		
หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	7.00	91.00		
			-3.183 ^a	.001

การอภิปรายผล

พบว่าคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ
ปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังใช้
แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในรายด้านทั้ง 4 มิติ ได้แก่
มิติที่ 1 แหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ มิติที่ 2
พฤติกรรมทางกาย มิติที่ 3 การรับรู้เชิงบวก มิติที่ 4
การตื่นตัวกับเหตุการณ์ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.185^a$, $p = .001$,
 $Z = -3.191^a$, $p = .001$, $Z = -3.183^a$, $p = .001$,
 $Z = -3.194^a$, $p = .001$) และคะแนนวิธีในการ
ปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม
สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ภาพรวมสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($Z = -3.183^a$, $p = .001$) ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเตรียม

ความพร้อมมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อน
จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการเตรียมความพร้อม
สำหรับญาติผู้ดูแลควรประกอบด้วย การให้ความรู้
การสร้างทักษะในการดูแล และการสนับสนุนทาง
ด้านจิตใจ²¹ ซึ่งในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
กิจกรรมการเตรียมความพร้อมที่ญาติผู้ดูแลต้องการ
เรียนรู้ในแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่การฝึกทักษะ
การดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแล
ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพสำหรับ
ผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติผู้ดูแลสามารถอธิบายหรือปฏิบัติ
ขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง แสดงถึงญาติ
ผู้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่า การที่ญาติผู้ดูแลสามารถระบุ
กิจกรรมที่ต้องการเรียนรู้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน
ถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ



เป็นเรื่องที่ยืนยันว่าญาติผู้ดูแลได้เกิดการซึมซับกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้ฝึกให้ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ เข้าใจสถานการณ์ และเกิดการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น²² โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการดูแลเช่นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองถึงร้อยละ 40 ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจ (tracheostomy) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีภาวะกล้ามเนื้อลีบ มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่ญาติผู้ดูแลมีความตื่นตัว จะทำให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น¹⁷

ผู้วิจัยได้แจกคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถทบทวนทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้มอบให้ญาติผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เรื่องการทำความสะอาดของช่องปาก การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารและน้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการแจกคู่มือร่วมกับการฝึกทักษะควบคู่กันไปโดยใช้หุ่นจำลองเพื่อมาช่วยในการฝึกทักษะ เพราะการใช้หุ่นจำลองในการฝึกปฏิบัติ จะทำให้ญาติผู้ดูแลฝึกจนกระทั่งสามารถจำขั้นตอนฝึกทักษะได้ดีขึ้น พบว่าความจำของบุคคลนั้นหากได้จากการอ่านคู่มือหรือได้จากการฟังจากบุคคลเพียงอย่างเดียว ผู้เรียนไม่สามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 70 แต่ถ้าลงการปฏิบัติจริงโดยใช้สถานการณ์จำลอง ความสามารถในการจำเพิ่มขึ้นร้อยละ 90¹⁴ ดังนั้นหากการฝึกทักษะในการดูแลโดยใช้คู่มือกับการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถฝึกทักษะซ้ำจนสามารถจำขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติแล้วจึงค่อยไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายระหว่างการฝึกปฏิบัติและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในระหว่างการฝึกนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจะมีความกลัวในการ

ดูแลผู้ป่วยหากมีการฝึกทักษะโดยตรงทันที แต่ถ้าใช้วิธีการใช้สถานการณ์จำลองเรียกว่า Virtual Reality (VR) สำหรับการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติจะทำให้ความกลัวในการดูแลผู้ป่วยลดลงซึ่งการฝึกทักษะความเป็นจริงเสมือนมีข้อดีกว่าวิธีการอื่นๆ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางคลินิกและมีศักยภาพในการพัฒนาฝึกทักษะการดูแล²³ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ด้วย ความมั่นใจ และจะมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในที่สุด และเมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมในกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลและช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลและความเครียดที่เกิดจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น²⁴

ในทางตรงข้าม หากไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ในที่สุดญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นภาระต่อตนเองและทำให้เกิดความทุกข์ใจ ดังเช่นการศึกษาของคาล คราเวส และกรินบัม²⁵ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ที่เป็นภรรยาและทำหน้าที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยการบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 ปี หรือมากกว่า 1 ปี พบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงและยังมีร่องรอยของความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ภรรยารู้สึกว่าเป็นภาระ ยิ่งต้องดูแลเป็นเวลานานขึ้น ภรรยาผู้ดูแลยิ่งรู้สึกว่าภาระมากขึ้นและมีผลต่อการปรับตัว แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือได้รับการบำบัดความพิการอย่างสมบูรณ์จนกระทั่งมีการฟื้นตัว ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าภาระน้อยลงและยังมีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวในภาพรวม

นอกจากนี้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยยังมีผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองในการช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา การได้รับข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะทำให้ญาติมีความสามารถเพิ่มขึ้นและถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลตลอดจนทักษะต่างๆ ให้กับญาติ



ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้เสียชีวิตในระหว่างการเก็บข้อมูล จึงมีเพียงจำนวน 13 ราย ในระยะเวลา 6 เดือน ที่สามารถใช้แนวปฏิบัติได้ครบจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ดังนั้นแนวปฏิบัติที่เตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พยาบาลนำไปปฏิบัติควรตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นหลัก ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติที่เตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะดังนี้

1. มีการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแล
2. เป็นแนวปฏิบัติที่มีความจำเพาะเจาะจง (tailored made and particularly) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย
3. เป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล เพราะช่วยสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของญาติผู้ดูแลต่อพยาบาลได้
4. เป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงและกระบวนการรักษา ค่อยๆ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสิ่งที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใด คือเกิดความเข้าใจในกระบวนการของการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

5. แนวปฏิบัติดังกล่าวควรมีคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลตลอดการเข้าร่วมขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ซึ่งคู่มือควรเป็นคู่มือที่มีการปรับให้เข้ากับลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา และมีภาพพร้อมคำบรรยาย ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเมื่อกลับมาทบทวนภายหลังจะเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และเกิดความมั่นใจในระหว่างการฝึกทักษะด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.). ทศวรรษแห่งการลงมือทำ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2555]. เข้าถึงได้จาก www.roadsafetythai.org/news&pade2=detail&id=1137.
2. สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลพระปกเกล้า. สรุปงานของหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ; 2553-2554.
3. Sharon T, Gaharm MT, Gardon DM. Disability in young people and adult one year after head injury: Prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320(17): 1631-1635.
4. Dikman SS, Machamer JE, Powell JM, Temkin NR. Outcome 3 to 5 years after moderate to severe traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84(10): 1449-1457.
5. Juan CAL, Elizabeth N, Teresita VC, Alison D, Miriam JM, Maria LMC. Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. *J Rehabil Med* 2011; 43: 983-986.
6. Wantana C. Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain Injury [dissertation]. Bangkok : Mahidol University; 2003.
7. Buddhawan N. Factors influencing health status of caregivers of post operative neurosurgical patient [dissertation]. Bangkok : Mahidol University; 2002.



8. พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และ สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. อาการเหนื่อยล้า และการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลา นครินทร์เวชสาร* 2549; 24(3): 153-161.
9. Namasa A. Factors predicting health of traumatic brain injured patients [dissertation]. Bangkok : Mahidol University; 2002.
10. ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ และปริญญา สีลายนะ, บรรณาธิการ. *ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 7. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพ เวชสาร; 2555.*
11. Tracy J, Fowler S, Magarelli K. Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Appl Nurs Res* 1999; 12(3): 121-127.
12. Khiewchaum R. Coping with Traumatic Brain Injury Using the Preparation Program among Caregivers of Patients in the Intensive Care Unit. *Siriraj Med J* 2011; 63(5): 128-132.
13. รุ่งนภา เขียวชะอำ. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
14. Chi MTH, Bassok M, Lewis MW, Reimann P & Glasser R. Self-explanations: How students study and use examples in learning to solve problems. *Cognitive Science* 1989; 13(2): 145-182.
15. Title MG et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2001; 13: 497-509.
16. Chayaput P & Roy C. Psychometric Testing of the Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form (TCAPS-SF). *Thai J Nurs Council.* 2007; 22(3): 29-39.
17. Roy C. The Roy adaptation model. (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2008.
18. รุ่งนภา เขียวชะอำ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2554; 29(1): 19-25.
19. Roy C & Andrews HA. The Roy Adaptation Model (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton, & Lange; 1999.
20. Roy C & Chayaput P. The coping and adaptation processing scale: English and Thai version. *RAA Review* 2004; 6(2): 4-6.
21. Jeffrey SK, Taryn MS, Jessica MK, Jennifer HM, Laura AT & Jennifer CM. A. Preliminary investigation of the brain injury family intervention: Impact on family members. *Brain Inj* 2009; 23(6): 535-547.
22. Hanna DR & Roy C. Roy adaptation model and perspectives on the family. *Nurs Sci Q* 2001; 14(1): 9-13.
23. Lee JH, Ku J, Cho W, Hahn WY, Kim IY, Lee SM, et al. A virtual reality system for the assessment and rehabilitation of the activities of daily living. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6(4): 3838.
24. Tsai PF. A middle-range theory of caregiver stress. *Nurs Sci Q* 2003; 16(2): 137-145.
25. Katz S, Kravetz S, Grynbaum F. Wives's coping flexibility, time since husbands' injury and the perceived burden of wives of men with traumatic brain injury. *Brain Inj* 2005; 19(1): 81-90.



ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคล
ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้
ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

จรรยาศรี มีหนองหว้า*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ศึกษาที่ จ.อุบลราชธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2552 ถึง มกราคม 2553 ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่ามีความซึมเศร้าในระยะ 2 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำนวน 11 คน เป็นหญิง 8 คน ชาย 3 คน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อค้นพบ คือ บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ให้ความหมายว่าภาวะซึมเศร้าคือความทุกข์ใจ การป่วยใจ ความกดดัน ความเครียด โดยมีความหมายเป็น 3 นัย คือ 1) ทุกข์เพราะปลงไม่ได้ 2) ทุกข์เพราะทรมานและไร้ความสามารถ และ 3) ทุกข์เพราะบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง สำหรับการจัดการเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามี 3 ด้าน ได้แก่ ควบคุมร่างกายได้ทางใจจะดีตามมา บทบาทหน้าที่ต้องสมดุล และทำตามความเชื่อช่วยคลายทุกข์ โดยการปฏิบัติตามความเชื่อถือศรัทธาแบบชาวอีสานมีการรวมกลุ่มของคนในครอบครัวและชุมชน สะท้อนการเสริมคุณค่าซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการลดภาวะซึมเศร้า

สรุปภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้เกิดจากความไม่แน่นอนของโรคและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนโดยให้ความสำคัญกับบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้การควบคุมโรคเบาหวานยากยิ่งขึ้น บุคลากรสุขภาพจึงควรเน้นบริการที่การแก้ปัญหาสุขภาพกายควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน

คำสำคัญ : การจัดการกับภาวะซึมเศร้า บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ปรากฏการณ์วิทยา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



The Meaning and Management of Depression Among Persons Living with Uncontrolled Diabetes in North-east Thailand : A Phenomenological Study

Jaroonsree Meenongwah*

Abstract

This phenomenological study aimed to explore the meaning and management of depression among persons living with uncontrolled diabetes in Ubon Ratchathani Province, North-east Thailand, from January 2009 to January 2010. Eleven persons with uncontrolled diabetes who reported depression in 2 months by health care providers, were included in the study. Data were collected from eight women and three men. In-depth interviews, group discussions, and non participant observations were used to collect data. Data were analyzed by content analysis. Findings from the study highlighted three main themes. Patients felt that depression were suffering depression, mental illness, mental pressure and perceived stress. Three main perceptions of depression existed: 1) suffering from not letting go, 2) suffering from changes in physical efficacy, and 3) suffering from changes in the functional role of the family. There were 3 clusters of depression management, including controlling both physical and mental symptoms, balancing the role, and practicing their culture and religious beliefs with the integration of family and community, which reflects the value enhancement of each other and family. That was the key to reduce depression.

In summary, depression in persons with uncontrolled diabetes is not only related to the uncertainty of the disease but also emphasized the role of the family regarding to the norms and cultures. Health care providers should be concerned with both physical health and mental health promotion that relates to the sufferers' socio-cultures.

Keywords: management with depression, uncontrolled diabetes persons, phenomenology

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithprasong



บทนำ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าพอๆ กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 25 หรือประมาณร้อยละ 11 ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน จะมีภาวะซึมเศร้าวรร่วมด้วย^{1,2} และความชุกยิ่งจะสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 เมื่อบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานมีประวัติว่าเป็นโรคซึมเศร้ามามาก่อน ส่วนค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเมืองเม็กซิโก ประเทศเม็กซิโก คิดเป็นร้อยละ 39³ ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับโรคเรื้อรังอื่นพบความชุก ร้อยละ 20⁴ และพบว่าเกือบ 3 ใน 4 ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานมีอาการซึมเศร้าเมื่อวัดโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า (symptom inventory)⁴ แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากแพทย์ในประเทศไทย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 14 โดยพบว่าเป็นซึมเศราระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 8.3 และซึมเศรารุนแรงร้อยละ 5.7⁵

ด้วยเหตุที่อาการแสดงบางอาการของโรคเบาหวานและโรคซึมเศร่าคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง และ/หรือหมดอารมณ์ทางเพศ^{6,7} ทำให้การวินิจฉัยการรักษาและการดูแลภาวะซึมเศร้าในบุคคล ที่เป็นโรคเบาหวานถูกละเลยได้ ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานมีน้อยมาก ซึ่งน่าจะเกิดจากปัญหาในสามด้าน คือ ด้านผู้ป่วยที่พูดถึงภาวะซึมเศร้าของตนเองน้อยมาก อาจเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความตระหนักถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าของตน หลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงปัญหาทางสุขภาพจิตของตนกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ด้านบุคคลแวดล้อมที่คนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน มีการมองภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยมักเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นเรื่องของครอบครัวไม่ใช่เรื่องสาธารณะ และด้านผู้ปฏิบัติวิชาชีพ มุ่งเน้นไปที่การรักษาอาการทาง

กายมากกว่าให้ความสำคัญกับอาการทางจิต อาจเนื่องจากขาดความชำนาญในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก ไม่พบเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคซึมเศร้าประเด็นเดียว แต่จะเน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะกว้างทั้งเนื้อหา คือไม่ได้เน้นถึงความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มประชากรที่ไม่ได้เจาะจงบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน แต่ใช้คำว่ากลุ่มเสี่ยง ทำให้กิจกรรมที่จัดขึ้นมีลักษณะที่กว้างและให้ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมน้อยมาก ผลลัพธ์ที่ได้เน้นการวัดความรู้และความพึงพอใจ แต่ยังไม่เห็นถึงผลการนำไปใช้อย่างแท้จริง ส่วนระเบียบวิธีวิจัยมักเป็นวิธีทดลอง กึ่งทดลอง และเป็นวิจัยประเมินโครงการ ซึ่งใช้แนวคิดปฏิฐานนิยม (postivism) เป็นฐานคิดในการศึกษาที่เน้นการวัดและการหาความสัมพันธ์ ของตัวแปรต่างๆ พิสูจน์สมมติฐานและทฤษฎี แต่เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร่ามีความซับซ้อนและมีความแตกต่างกันตามบริบทสังคมวัฒนธรรม จึงต้องทำความเข้าใจความหมาย และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ เพราะจะมีผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจและพฤติกรรมการจัดการเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนกึ่งเมืองเป็นจำนวนมาก แต่ได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการสุขภาพน้อยมาก โดยเฉพาะในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมด้วยส่งผลให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ในต.แห่งหนึ่ง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม 2552 ถึงมกราคม 2553



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological qualitative research) ตามแนวคิดของ Edmund Husserl (1859-1938) ที่เป็นการศึกษาจากมุมมองของคนใน (emic view) ในฐานะเจ้าของประสบการณ์ว่าเป็นผู้รู้ข้อเท็จจริงที่ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงต้องไปศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ทำตัวให้สอดคล้องกับธรรมชาติ จนสามารถเข้าใจโลกทัศน์ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญกับประวัติชีวิตโลกทัศน์ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลายตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ซึ่งมุ่งการตีความเพื่อทำความเข้าใจความหมายของพฤติกรรม หรืออธิบายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ถูกศึกษา^๑

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่เป็นคนในพื้นที่ศึกษาโดยกำเนิดเติบโตและอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษามาตลอด โดยเป็นผู้ที่มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ตั้งแต่ 8 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไปในรอบการตรวจใน 1 ปี ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่ามีภาวะซิมเคร่าในระยะ 2 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ได้ข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวนทั้งหมด 11 คน เป็นหญิง 8 คน ชาย 3 คน อายุระหว่าง 49-76 ปี

นอกจากนี้ยังใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสาร ได้แก่ เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเอกสารของชาวบ้าน เช่น ประวัติของหมู่บ้าน และกิจกรรมของชุมชน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อให้เข้าใจความหมาย การรับรู้การเกิดภาวะซิมเคร่า และการจัดการกับภาวะซิมเคร่าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ทั้งชายและหญิง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตสัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง ผู้วิจัยเริ่มด้วยการพูดคุยในเรื่องทั่วไป และการทำมาหากินเพื่อลดความกังวล

ก่อนที่จะใช้คำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ ชีวิตและสุขภาพ ก่อนที่จะเจาะประเด็นในเรื่องอื่นๆ ตามมา บุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน มักจะเริ่มต้นพูดคุยด้วยเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองก่อน ด้วยความเข้าใจว่าผู้วิจัยเหมือนพยาบาลทั่วไป ที่สนใจอยากจะทำข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยทางกาย แต่เมื่อผู้วิจัยถามเรื่องความเป็นอยู่ การเผชิญกับปัญหา อารมณ์ และความรู้สึก พบว่าพฤติกรรมระหว่างสัมภาษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น ระมัดระวังไม่ยอมให้คนที่อยู่รอบข้างได้ยิน หรือไม่ยอมให้คนอื่นเห็นในช่วงที่เล่าถึงเรื่องสะเทือนใจน้ำตาคลอ หรือร้องไห้ ซึ่งผู้วิจัยต้องมีความไวในการสังเกต และพร้อมที่จะช่วยเหลือ หากพบว่าผู้ที่มีอารมณ์เศร้าจนควบคุมไม่ได้ ในช่วงท้ายของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขอใช้แบบสอบถาม KKU-DI (Khon Kaen University Depression Inventory) เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนขอให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง ซึ่งใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที มีผู้ที่ไม่ได้ใช้แบบสอบถาม 3 คน ไม่พบอารมณ์เศร้ายะหว่างสัมภาษณ์และไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถาม ได้ข้อมูลอ้อมตัว เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 11 คน เป็นผู้หญิง 8 คน ผู้ชาย 3 คน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 30-120 นาที ผู้วิจัยได้กลับไปขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน 2-5 ครั้ง

2. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผู้วิจัยนำการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 9 คน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 4-5 คน หลังจากที่ได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกต และตรวจสอบเอกสาร เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หาประเด็นที่เหมือนหรือแตกต่าง รวมทั้งประเมินความต้องการด้านการให้บริการสุขภาพ

3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non participant observation)

เป็นการสังเกตขณะเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน และการพูดคุยที่เป็นธรรมชาติเกี่ยวกับลักษณะชุมชนที่อาศัย สถานที่เคารพศรัทธาในชุมชน ความเชื่อ สภาพการเดินทางเพื่อประกอบกิจการ



ทำความเข้าใจวิถีชีวิต

4. การจดบันทึกภาคสนาม (field note)

การจดบันทึกเป็นวิธีการสำคัญในการเก็บข้อมูลเพื่อทำให้การวิจัยสมบูรณ์ขึ้น ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทุกชุด ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และงานสุขภาพจิต จำนวน 2 คน รวมทั้งบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 2 คน เป็นผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 2 คน

แนวคำถามการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเป็น Unstructured In-depth Interview มุ่งเน้นความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ คำถามชี้ประเด็นวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว ชุมชน และประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า อาการและการจัดการภาวะซึมเศร้า และสนทนากลุ่มในประเด็นวิถีชีวิต ความสุข ความทุกข์ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ เพื่อให้เข้าใจรูปแบบวิถีชีวิตภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

ตัวอย่างคำถามสัมภาษณ์/ สนทนากลุ่ม ดังนี้

1. การเป็นเบาหวานมีผลต่อชีวิตคุณอย่างไร มีอะไรที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลอย่างไรต่อชีวิตลูกผู้หญิง/ลูกผู้ชาย
2. เมื่อคุณมีความรู้สึกทุกข์ใจ สิ่งที่ยากที่สุดในการดำเนินชีวิต คืออะไร
3. ตั้งแต่เป็นเบาหวาน คุณมีความทุกข์ใจอะไรบ้าง เพราะอะไร มีอะไรที่ทำให้คุณมีความสุขขึ้น ทำอย่างไรจึงจะคลายทุกข์นั้นๆ ได้
4. หลังจากเป็นเบาหวาน บทบาทหน้าที่ประจำของคุณเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร ในฐานะแม่/ ภรรยา/ ลูกสาว (กรณีผู้ชาย ถามในฐานะพ่อ/สามี/ ลูกชาย)
5. การเป็นเบาหวาน/การมีอาการซึมเศร้ามีผลให้คุณและสามี หรือคนที่คุณอยู่ด้วยมีสัมพันธภาพ

ที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งจะถอดเทปบันทึกเสียงคำต่อคำ (verbatim transcriptions) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ความเข้มงวด (rigor) และความเชื่อถือได้ (credibility) ของกระบวนการวิจัย ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล ด้านผู้วิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้มาปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านทฤษฎี ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาในมุมมองของคนในเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลได้อย่างแท้จริง ผู้วิจัยได้วางบทบาทนักวิจัยโดยการละวางความรู้เดิมหรือแวนความคิดของตนเองไว้ (bracketing) และเตือนตนเองตลอดเวลาว่าเป็นผู้มาเรียนรู้ประสบการณ์ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยต้องมีความเชื่อถือและไว้วางใจในสิ่งที่บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานพูดหรือแสดงออกโดยเป็นผู้ฟังที่ดีและให้ความสำคัญกับการสนทนา ให้โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งนี้การเผยแพร่ผลงานวิจัยได้รับอนุญาตจากผู้ให้มูลทุกคน รวมทั้งการนำเสนอรายงานทุกครั้งจะใช้นามสมมติแทนชื่อและสถานที่

ข้อค้นพบ

ข้อค้นพบ ประกอบด้วยประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ ความหมายของภาวะซึมเศร้า และการจัดการกับภาวะซึมเศร้า

ได้ข้อค้นพบ คือ ภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ใจ การป่วยใจ ความกดดัน ความเครียด โดยมีความหมายเป็น 3 นัย คือ 1) ทุกข์เพราะปลงไม่ได้



2) ทุกข์เพราะทรมาณและไร้ความสามารถ และ
3) ทุกข์เพราะบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง สำหรับวิถีจัดการเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามี 3 ด้าน ได้แก่ ควบคุมทางกายได้ทางใจจะดีตามมา บทบาทหน้าที่ต้องสมดุล และทำตามความเชื่อช่วยคลายทุกข์

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ทุกข์ใจ ป่วยใจ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานและคนในชุมชนมีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด กดดัน เหงาในจิตใจ คิดมาก เจ็บเหงา มีดมน หาทงออกยาก เศร้าใจจนทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยกล่าวถึงคำว่า ทุกข์ใจ เป็นคำแรกที่นึกถึง บางคนมองว่าเป็นการป่วยใจ ความกดดัน และความเครียด ตามด้วยคำอธิบายว่ามีลักษณะอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับอาการทางกาย ตัวอย่าง แม่พวงซึ่งป่วยเป็นเบาหวานและมีโรคร่วมได้แก่ มะเร็งต่อมไทรอยด์ ความดันโลหิตสูง และกระดูกขาหัก 1 ข้าง สามมีมีหญิงอื่น และไม่ให้คุณแลเงิน แม่พวงได้กล่าวว่า

“ทุกวันนี้มีความทุกข์ ความกดดัน ความเครียด เคยเข้าวัดฟังธรรมก็เข้าอยู่ ตนเองมาเป็นแบบนี้ก็ปลง (ทำใจ) อยู่ ปลงยากหลายเขาเรียกว่าป่วยใจ ทุกข์กายทุกข์ใจ” (แม่พวง อายุ 60 ปี)

แม่จำปาซึ่งเป็นเบาหวาน และถูกตัดขาซ้ายต้องเข้าและออกจากโรงพยาบาลหลายครั้ง เนื่องจากระดับน้ำตาลสูงและภาวะไตวาย ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ทุกข์ใจ คือ กลัวตาย

“ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ...ก็กลัวตายหนีจากลูกหนีจากเต้านั้นสิ” (แม่จำปา อายุ 49 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของทุกข์ใจเป็น 3 นัย คือ

1) ทุกข์เพราะปลงไม่ได้

“ซึมเศร้ามันมี คนที่ยังไม่เป็นอย่าเพิ่งไปพูด คือถ้าเป็นแล้วเราจะรู้สึก คือสัมผัสกับตัวเราเอง เราจะมีความรู้สึกว่า แบบว่าดูแลภายนอกเราไม่รู้คนเป็นอายุมากแล้วเป็นแบบนี้ ...แต่บางครั้งเราทำไปแล้วเราท้อ ท้อแท้ใจ มันจะรู้ว่าอารมณ์มันจะมีหงุดหงิด” (แม่พร อายุ 64 ปี)

“ความรู้สึก เรารู้ว่ามันขึ้นอยู่กับใจเรา

มั้ยคะ ยายเป็นคนคิดมาก เกิดอยู่กับจิต คิดมากคิดเลยเถิด คิดไปทางดีมันกะยังได้ คิดไปในทางจะยากจะยุ่งไปหน้า รำคาญกระวนกระวายไปอย่างนี้ รำคาญใครมาพูดอะไรด้วยก็รำคาญอยากอยู่ตัวคนเดียว” (ยายบัว อายุ 76 ปี)

2) ทุกข์เพราะทรมาณและไร้ความสามารถ

ผู้ให้ข้อมูลล้วนให้ความหมายของโรคที่ฟ้องกันว่าทรมาณจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนและการไร้ความสามารถที่ต้องพึ่งคนอื่นมากขึ้น และต่างสะท้อนความน่ากลัวของโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ข้อออกจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคร่วมได้แก่ ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ กล่าวว่าเป็นทุกข์ 32 ประการที่คุกคามความเป็นอยู่และเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกับอวัยวะครบ 32 องค์ประกอบของชีวิต การเป็นโรคเบาหวานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบชีวิตในทางเลื่อม โดยนัยของความหมายที่กล่าวถึง อธิบายได้ว่า ในแต่ละวันแต่ละช่วงเวลาจะมีอาการทางกายปรากฏไม่ซ้ำกันเลย ซึ่งคนเป็นเบาหวานจะต้องเผชิญ และเผ้าคอยติดตามกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากกว่าการป่วยเป็นโรคอื่นที่มีเพียงอาการเดียว หรือเป็นอาการที่คาดเดาได้

“ทุกข์ 32 ประการ ว่าให้หมดทุกอย่างละมารวมอยู่กับเบาหวาน อาการไม่น่าจะเป็นมันกะเป็นชั่วโมงหนึ่งนี่มันจะเป็นไม่รู้ก็ครึ่งละ เดียวก็เป็นอย่างหนึ่ง อีกเดียวก็เป็นอีกอย่างหนึ่ง เดียวก็มาทางตา ทางปาก ทางหู เป็นตัวนี้หายไป มันก็มีตัวอื่นแทรกเข้ามา คือ ถ้ามันมาทางตา มันเป็นยุ่งๆ มั่วๆ ในตาเราเนี่ย วันนี้เป็นทางตา...ไปทางจมูก มาทางปากนี่เป็นปากชา คือปากเราจะเบี้ยวจะผิดปกติไปแค่ถ้าเป็นตัวนี้ คือ หมดแรงไป เมื่อก่อนนี่เป็นที่ขา ฉันทว่ามันมาทุกทิศเลยคะเบาหวาน เวลาหนึ่งชั่วโมงหนึ่งนี่ 32 อย่างนูน...คนอื่นว่าคล้ายๆกันนี่ละ ... โรคอื่นมันมีอาการเดียว แต่เบาหวานละมีทุกอย่าง” (ยายบัว อายุ 76 ปี)



“ไปหาหมอครั้งล่าสุด วันอังคารก่อนๆ นั้นได้น้ำตาล 300 กว่า หมอ...ว่า อู๊ย! ยายจะไม่ตายหรอก (หัวเราะ)...กินยาสล็บ กินยาอย่างอื่นด้วยกัน... เอายาอันนั้นมากิน มันมีเรียวแรง มันกินข้าวแทบ มันถ่ายดี” (ยายแสน อายุ 70 ปี)

การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและไม่ครบถ้วนทำให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังความผิดปกติของตนเอง ดังเช่น แม่พร ซึ่งเป็นเบาหวานมานาน 10 ปี

“บ้ายยังไม่เข้าใจอยู่อย่างหนึ่ง...เวลาน้ำตาลมันลดนี่มันก็จะมีการพะอืดพะอมเหมือนจะอ้วกใช้มัยล่ะที่นี้เวลาน้ำตาลขึ้นมากมันเป็นยังงี้ล่ะที่นี้ รู้แต่มันตายได้” (แม่พร อายุ 64 ปี)

“ก็มีแผล เกี่ยวข้าว มันก็มีน้ำมีอะไรที่สกปรก ละเหยียบกับางปลา มันกะเลยเป็นตาปลา ละก็คอยเอามือตัดเล็บตัดหนังหนาๆ มันออก ไปรักษา มันก็เป็นอยู่เอะนั่นล่ะ แต่วามันไม่เจ็บ พอมันจะเจ็บ ก็ปวด ขนาดว่าปวดแทบตายเอาโลด มันเจ็บปวดเกือบจะอดทนไม่ได้ ที่นี้พอไปโรงพยาบาลใหญ่กว่าบาทตะยัก จนได้ตัดขา” (แม่จำปา อายุ 49 ปี)

การไร้ความสามารถอาจกล่าวรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน มักไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตน

“ตั้งแต่เป็นเบาหวาน ไม้มีความรู้สึกอยากนอนกับสามี มันก็ไม่วิบิบแบบเนาะ คนเป็นเมียนั้น เคยได้ยินผู้หญิงหลายคนคุยกันว่า เขารำคาญ ไม่อยากให้สามีเข้าใกล้...พวกผู้ชาย (เบาหวาน) คุยกันในวงเหล้าว่า ไม่นอนกับเมียเลย ‘อารมณ์ทางเพศกุตาย’ พอถามหลานสะใภ้ที่ป่วยเป็นเบาหวานก็บอกว่า ‘คือนอนนำเสียว’ (เหมือนนอนกับเพื่อน)” (แม่ตา อายุ 49 ปี)

พึ่งพาคนอื่นมากขึ้น

ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ ผู้ให้ ข้อมูล กลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพามากขึ้น ทั้งพึ่งพาตัว ร่างกาย ทักษะต่างๆ การเดินทางและด้านการเงิน ทำให้เกิดความเกรงใจ หากสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับสมดุลภายในครอบครัวได้ มักไม่เกิด

ปัญหาการอยู่ร่วมกัน แต่บางครั้งครอบครัวอาจนำไปสู่ความทุกข์ใจ ซึ่งเกิดจากผู้ที่มีรายได้หลักในครอบครัว และทำงานแทนทุกอย่าง จึงเสมือนว่ามีอำนาจเหนือกว่าบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่อยู่ภายใต้การดูแล ทำให้ความต้องการต่างๆ ของหญิงหรือชายที่เป็นโรคเบาหวานไม่ได้รับการตอบสนอง เพราะต้องการความช่วยเหลือ ต้องขอเรื่อง และอ้อนวอน การจับจ่ายใช้สอยด้วยตนเองไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีการเคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาทางร่างกายมาก หรือต้องฉีดยาอินซูลินทุกวัน

“ยากแต่ไปหาหมออย่างเดียว ต้องรอเพิ่น รอผู้อื่น... มันเลยไม่ออกไป เดี่ยวนี้ฉีดยาไม่ได้อเองต้องให้ลูกสาวฉีดยาให้” (แม่ดวง 68 ปี)

“ยากกับมันไปไม่ได้ เดินไม่ได้ ทำมาหากินไม่ได้...แม่ก็อยู่กับตา (สามี) ตาก็จะหนีล่ะ...เขาว่าเขายาก ยากกับคนเดียว เขาหนึ่งข้าว ต้มน้ำร้อน หนึ่งกินหนึ่งอยาก ทุกสิ่งทุกอย่างที่เราทำไม่ได้เนาะ เสียกับเราคนเดียว..คิดแล้วทุกข์” (แม่พวง อายุ 60 ปี)

ผลจากการต้องพึ่งพานำไปสู่การถูกทำร้ายทางจิตใจ และความแตกแยกในครอบครัว ซึ่งพบได้บ่อยครั้งมาก

“ส่วนเฒ่า (สามี) ก็ไม่สนใจ ยังไปเล่นที่อื่นเลย โอัย ร้องไห้เลย แกว่า เมื่อไหร่มึงจะตายตายกะไม่ตาย กูจะเอาด้ามเสียมตีให้มึงตายก่อนนะ หัวย...แม่มันน้อยใจอยู่แล้ว” (แม่พวง อายุ 60 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งสะท้อนว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะที่เป็นเบาหวานด้วย เป็นภาระสำหรับตนเองเพราะการดูแลสุขภาพกายนั้นยากอยู่แล้ว แต่ถ้าจิตใจเศร้าหมองด้วย ยิ่งขาดพลัง และเพิ่มภาระให้กับครอบครัว ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เวลาที่ม่ีเรื่องให้คิด คิดหาทางออกไม่ได้เหมือนขาดพลังที่จะมีชีวิตอยู่ ไม่มีแรง มันเหนื่อย มันเป็นภาระให้แม่บ้าน” (พ่อห้วน อายุ 52 ปี)

3) ทุกข์เพราะบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงได้แก่

(1) บทบาทหน้าที่หญิงชาย : หญิงที่ดี ชายที่ดี



จากความเชื่อและค่านิยมในอดีต ได้กำหนดบทบาทของผู้หญิงผู้ชายว่าควรเป็นอย่างไร ผู้หญิงป่วยอาจจะนำไปสู่ความทุกข์ใจหรือซึมเศร้า อันเนื่องมาจากบุคคลได้มีการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นซึ่งตนเองเชื่อว่า สิ่งนั้นคือสิ่งที่ เป็นบรรทัดฐานที่สังคมยอมรับ ถ้าบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดโรคร่วม อาจจะไม่สามารถเรียกได้อย่างเต็มปากว่าเป็นผู้ป่วย เพราะยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนคนอื่น ๆ ในสังคม ถือว่าเป็นคนที่ปกติและสมบูรณ์ บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน หรือมีโรคร่วมที่คุกคามชีวิต จนทำให้ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันถูกคุกคามเปลี่ยนแปลง ทั้งจากความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างปกติ ความอายจากภาพลักษณ์ไม่สมบูรณ์ เช่น บรรทัดฐานของสังคมที่ให้คุณค่าผู้หญิงที่ความเพียบพร้อมและความสวยงาม การที่ผู้หญิงจะเป็นภรรยาที่ดี ลูกสาวที่ดี ยา-ยายที่ดี และผู้ชายจะเป็นพ่อที่ดี สามีที่ดี ลูกชายที่ดี และปู่-ตาที่ดี ต้องมีลักษณะตามที่สังคมกำหนดและหล่อหลอมความคิดนี้จากรุ่นสู่รุ่น กรณีแม่พวงเป็นเบาหวาน และเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ และกระดูกสะโพกหัก ต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดิน ทำให้เป็นอุปสรรคในการออกไปพบปะผู้คน และสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมภายนอก

“ยาก ไปนั่นมานี่ ถึงจะใช้ไม้ค้ำจะไปได้ อยู่ แต่ไม่ออกไป อายุคนอื่น ในบางครั้ง” (แม่พวง อายุ 60 ปี)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลผู้ชายที่มีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยอาจนำไปสู่การเกิดความทุกข์ที่ไม่สามารถประพฤติปฏิบัติตามบรรทัดฐานสังคมได้ พ่อสมซึ่งยังดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาผู้แทนเทศบาล บอกว่าคงจะทำงานนี้ไม่ได้แล้ว เพราะเป็นอัมพฤกษ์ร่วมด้วย และพูดไม่ชัด จึงขาดโอกาสในการทำงาน และขาดรายได้รายเดือนจากการเป็น สมาชิกสภาเทศบาลตำบล รวมทั้งรายได้จากการเลี้ยงวัวและเลี้ยงหมูขาย

ส่วนพ่อหวันซึ่งเป็นคนที่ชาวบ้าน

เคารพนับถือ และเป็นผู้นำในการทำพิธีกรรมของชาวบ้านในหมู่บ้านนั้นและหมู่บ้านใกล้เคียง ไม่สามารถทำบทบาทผู้นำต่อไปได้ เนื่องจากเหนื่อยมาก และเคยซื้อคอมพิวเตอร์จากน้ำตาลสูงหรือต่ำบ่อยๆ

“ชาวบ้านยกให้เป็นมรรคนายก ยังไม่ตกลง แต่แล้วก็ไปวัดทุกวันพระ พอจะเป็นผู้นำทุกวันพระ... เป็นทางการพ่อยังไม่รับก็เพราะว่าโรคบังคับก็รู้สึกเหนื่อยหงุดหงิดครบ อยากอยู่เงียบๆ ใจตื่นมาตอนเช้าไม่ได้ทำงานนั่งอยู่ที่บ้าน ไปงานเลี้ยงนานๆ ไม่ได้เลย พอเลยท้อแท้ แค่ 3 ชั่วโมงเหนื่อยหิว” (พ่อหวัน อายุ 52 ปี)

พ่อที่ดี แม่ที่ดี

พ่อหนูเป็นห่วงลูกสาวของตนเองมากที่ลูกสาวคนเล็กได้ออกไปมีครอบครัว ทำงานที่กรุงเทพฯ ไม่ยอมรับโทรศัพท์ของตน และไม่โทรมาหาเลย พ่อหนูพูดด้วยเสียงที่น้อยใจว่า

“ไม่มีเงินลูกก็ไม่ส่งมาให้ ลูกคนหนึ่งก็มีตัวอยู่หนองบัวลำภู เขาทำงานอยู่กรุงเทพฯ ติดต่อไม่ได้ ห่วงลูก อยากดูแลถามไถ่ ถ้าเราไม่คิดไม่ห่วงก็ไม่ใช้พ่อแม่” (พ่อหนู อายุ 65 ปี)

กรณีแม่ดา ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบของตนเองในฐานะแม่ที่ดีต้องดูแลหลานซึ่งเป็นลูกของลูกสาวทำงานกรุงเทพฯ และยังต้องเลี้ยงดูลูกสาววัยรุ่นที่พิการทางสมอง ทำให้เหนื่อยล้า และท้อแท้ใจ

“ลูกคนที่ 2 เป็นหญิงก็ปกติ อยู่กรุงเทพฯ มีลูกชาย 1 คน อายุ 1 ปี 6 เดือน ผากแม่ดาเลี้ยงตั้งแต่เกิด ลูกคนสุดท้ายเป็นหญิงปัญญาอ่อน 20 ปี ผัวฉันทันซี้เหล้าเคยขาคัก ตอน 2 ปีก่อน ทำงานรับจ้างก็ไม่เต็มที ไม่มีรายได้หลักอะไร เวลาไปตรวจเบาหวานที่อนามัยก็ต้องพาลานาน้อยกับลูกสาวปัญญาอ่อนไปด้วยทุกครั้ง ผากให้ผัวดูแลลูกหลานไม่ได้ เพราะอารมณ์แกร๋าย เมาก็อยู่ตลอดเวลา” (แม่ดา อายุ 49 ปี)

ผัวที่ดี เมียที่ดี

ผู้ให้ข้อมูลหลักผู้หญิงกล่าวว่า ทำบทบาทภรรยาไม่ได้ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เพราะภรรยาที่ดี คือ ทำงานบ้านไม่ให้บกพร่อง ดูแลคนในครอบครัวให้มีความสุข และปรนนิบัติสามี



ให้มีความสุข ยายดวงเป็นเบาหวานมา 27 ปี ก่อนเป็นเบาหวานยายดวงเป็นคนค้าขายผักและอาหารในตลาด มีรายได้พออยู่พอกิน หลังจากที่ เป็นเบาหวาน ยายดวงได้เลิกขายผักและอยู่บ้าน ไม่มีรายได้ สามีมีภรรยาอีกคนหนึ่งในหมู่บ้านใกล้เคียงทำให้ยายดวงเสียใจมาก แต่สามียังไม่ได้ทอดทิ้งยายดวง ยังคงอยู่ด้วยกัน ระยะ 3 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ยายดวงมีอาการแขนและขาขวาวอ่อนแรง เดินเซ และปากเบี้ยว ยิ่งทำให้การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามีลำบากมากขึ้น ซึ่งผู้หญิงให้ข้อมูลที่สะท้อนว่าการเป็นสามีภรรยาที่สมบูรณ์ ต้องไม่บกพร่องในเรื่องเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของตน เพราะจะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งมีคนอื่น

“มันน้อยใจ (ร้องไห้) ตอนนี่ไม่รู้ไปแล้วหรือเปล่า ไม่รู้ แต่แกล้งเป็นแบบนี้อยู่ ก็ไม่สนใจ แกล้งไปติดผู้หญิง เราทำหน้าที่เมียไม่ได้ นอนด้วยกันก็มีความสุข บางครั้งก็ต้องทนอะไรกัน มันก็ต้องยอม ไม่ยั้งจั้นเขาก็ไปหาคนอื่น” (แม่พวง อายุ 60 ปี)

“มันก็มีห่างๆ (หัวเราะ)... ไม่อยากใกล้ ไม่อยากมีอะไรด้วย มันไม่ใช่อะไร มันราคาญ ยังงี้ไม่รู้ มันก็ไม่เหมือนเดิม ก็ไม่เหมือนเมื่อก่อนนี่” (แม่จำปา อายุ 49 ปี)

(2) ความสัมพันธ์ครอบครัวเปลี่ยนไป

จากความสามารถที่ลดลง อันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว กรณียายดวงไม่เคยทำงานบ้านมาก่อน แต่เคยเป็นผู้หารายได้หลัก เมื่อป่วยเป็นเบาหวานไม่สามารถทำงานได้เลย ลูกๆ ก็ออกไปทำงานต่างจังหวัด เมื่อผู้วิจัยถามตาววยว่า อะไรที่ยุงยากที่สุดในการดูแลยายดวง

“มันยาก ยากเรื่องทำกับข้าวกับออกไปลิละ ถ้าเราไม่ทำแกก็ไม่กินเลย ก็ทำเอาครบ อยู่กัน 2 คน ลูกก็ไม่ได้อยู่ พ่อก็เลยต้องทำแทนซักเสื้อผ้าไปนั้” (ตาววย สามียาดวง)

“ทะเลาะกันเลย โหย...มันคืออยู่คืออยากแท้ ไหนจะป่วย จะตายเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ ตัวก็บ่อคือเก่า..ไปหาผู้ใหม่” (แม่พวง อายุ 60 ปี)

3. การจัดการเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า มี 3 ด้าน

3.1 ควบคุมทางกายได้ทางใจจะดีตามมา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การจัดการกับอาการทางกาย แต่ไม่ได้มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาทางจิตใจ ซึ่งส่วนใหญ่บอกว่าไม่รู้ว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตจึงไม่ทราบว่าต้องจัดการอย่างไร สะท้อนจากคำพูดเหล่านี้

“ใจมันหงุดหงิด เมียเขาก็ไม่อยากจะปล้อยเรา เราไม่กินข้าว เครียด ก็คิดว่าเราคงเบื่ออาหารเฉยๆ...เขาก็ถาม เราก็บอกไม่ถูก ใจมันไม่สนุก” (พ่อสม อายุ 56 ปี)

“พอเพินไม่ค่อยได้อยู่บ้าน...ผากญาติกันแถวนี้ละ บางครั้งก็มีปากมีเสียง น้อยใจ คิดมาก อยากรายเพื่อน ดัดขา คิดมากได้วันเดียว...ปรากฏว่าน้ำตาลขึ้นกลางดึก มาหลังๆนี้ก็ทำใจเอา ปลงให้ได้ ไม่งั้นตายแน่ กายกับใจมันเกี่ยวพันกันนำ” (แม่จำปา อายุ 49 ปี)

ส่วนการจัดการกับอาการทางกายด้วยตนเอง ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การตรวจสอบน้ำตาลในเลือด การใช้ยา ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพ และการดูแลร่างกาย

3.2 บทบาทหน้าที่ต้องสมดุล มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่กันภายในบ้าน เช่น กรณีของแม่ดวงที่ไม่สามารถทำงานบ้านได้เลย สามีของแม่ดวงรับหน้าที่งานบ้านเองทั้งหมด รวมทั้งการหุงหาอาหาร ในกรณีพ่อห้วนหรือพ่อสมที่เคยเป็นกำลังหลักในการทำนา เมื่อเป็นเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ภรรยาได้เปลี่ยนเป็นผู้ทำนาและเลี้ยงวัวควาย ปลูกข้าวขาย แต่ก็ยังต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด ทั้งนี้ยังพบการให้คุณค่าแก่บุคคลในฐานะผู้ดูแลที่สะท้อนจากคำพูดนี้

“ยาดี คือยาลูก ยาเมีย สุขภาพจิตผมก็จะดี...” (พ่อสม อายุ 56 ปี)

3.3 ทำตามความเชื่อช่วยคลายทุกข์ การปฏิบัติตามความเชื่อถือศรัทธาแบบชาวอีสานที่มีการรวมกลุ่มของคนในครอบครัวและชุมชน สะท้อนการเสริมคุณค่าซึ่งกันและกัน โดยมีครอบครัวเป็นฐานสำคัญในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า พิธีกรรมที่



ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ได้แก่ การเลี้ยงพระ พิธีสุดขวัญแลน (พิธีสุดขวัญที่หวังผลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว) พิธีต่อชะตา การบริกรรมคาถา การดูหมอ หรือเลี้ยงทาย การขอขมา และการบูชาของรักษา โดยมีผู้ทำพิธีกรรมดังกล่าว ได้แก่ พระภิกษุ หมอธรรม หมอพรหมณ์ หมอดู ผู้เฒ่าผู้แก่ และตัวผู้ป่วยเอง

“ทำเอา (พิธีกรรม) หมด ใครว่าอะไรที่โหนดี้ ไปเลย...ทำแล้วสบายใจทั้งตัวเองและคนที่ดูแลเรา เขาจะได้ไม่ยาก” (แม่ตวง อายุ 68 ปี)

“เชื่อว่าป่วยเกือบตายนี้ เพราะเราไปทำผิด ทำไม่ถูกต้องกับเพิน (ผีหรืออำนาจลึกลับ) เรา ก็ไปแก้ ไปไซ ขอขมาเพิน กะไปปรึกษาที่นั่นที่นี้ แล้วก็แก้ไขกันไป มันก็ดีขึ้นอยู่ ที่เจ็บหลายก็ลดลง” (พอสม อายุ 56 ปี)

“แม้จะทำบุญกับพระอย่างเดียวเลย เราเชื่อของเรา เราก็จะสบายใจนะ ทำบุญ ภาวนา” (ยายบัว อายุ 76 ปี)

สรุปและอภิปรายผล

แม้ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความทุกข์ใจ ป่วยใจ ความกดดัน ความเครียดและอาจทำให้เสียชีวิตได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลกลับไม่ได้บอกถึงความทุกข์ใจให้กับผู้อื่นได้รับรู้ การให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ใจนั้น และได้รับการแก้ไขที่ไม่สอดคล้องกับปัญหา อาจเกิดจาก

1) ขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยมาก ทั้งจากบุคลากรสุขภาพ และผู้มีประสบการณ์ที่คล้ายกัน ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ คือ ระดับน้ำตาลสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรค และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม แต่ยังมีขาดความตระหนัก สะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพที่ยังขาดการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทั้งในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงสอดคล้องกับการศึกษาของ Musselman, Beton, Larsen, & Phillips⁶ และ

Lustman & Clouse⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้านักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้า ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญ และขาดความตระหนักต่ออาการของภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (comorbidity)

2) อาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายไม่เป็นแบบฉบับ (atypical features) ด้วยเหตุที่อาการของโรคเบาหวานและอาการของของภาวะซึมเศร้ามักคล้ายกันมาก อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง และ/หรือหมดอารมณ์ทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Snoek & Skinner¹⁰ และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนมีการนอนมากแทนที่จะนอนไม่หลับ กินจุ และน้ำหนักเพิ่ม แทนที่จะเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด และอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย เป็นต้น โดยที่ผู้หญิงและผู้ชายอาจมีอาการซึมเศร้าที่คล้ายกัน แต่ในผู้หญิงพบว่ามีอารมณ์รุนแรงของอาการมากกว่าผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับค่าความชุกของผู้หญิงซึมเศร่าสูงกว่าผู้ชาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้หญิงมีอาการซึมเศร้า 6 คน ผู้ชาย 2 คน สาเหตุของอาการที่ไม่เป็นแบบฉบับอาจเกี่ยวข้องกับทั้งด้านชีววิทยาการแพทย์และเพศสภาพ รวมทั้งค่านิยมในสังคมที่ปลูกฝังให้ผู้หญิงและผู้ชายมีความอดทนและการแสดงออกที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Brownhill และคณะ¹¹ สรุปข้อค้นพบว่า ผู้ชายที่ซึมเศร่าจะแสดงออก ดังนี้ 1) โดยการหลีกเลี่ยงและลี้ม 2) เฉยชาต่อปัญหา ด้วยการใช้จ่าย สารเสพติดและดื่มสุรา 3) หนีปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ทำงานหนักมากขึ้น ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้น 4) เกลียตตนเอง โดยทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น และ 5) คิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย โดยบางครั้งบุคคลใกล้ชิดไม่พบสัญญาณบอกเหตุมาก่อน นอกจากนี้ Mayo Clinic¹² รายงานว่า ผู้ชายซึมเศร่าอาจแสดงออกด้วยอารมณ์โกรธ หรือคับข้องใจ ทำในเรื่องที่เสี่ยงอันตราย เช่น ขับรถเร็ว หรือมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่คู่ของตน สูญเสียความตั้งใจในการทำงาน งานอดิเรก



หรือการมีเพศสัมพันธ์ และละเลยการรักษา

3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อในสังคม เนื่องจากผู้หญิงและผู้ชายอีสานนั้นได้รับการอบรมสั่งสอนและถูกปลูกฝังตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคม ที่กำหนดให้ผู้หญิงและผู้ชายมีบทบาทหน้าที่ต่างกัน คุณสมบัติของหญิงที่ดีพร้อมต้องประกอบด้วย เรือนสามน้ำสี่ ซึ่งเรือนในที่นี้หมายถึง เรือนนอน เรือนครัวและเรือนผม¹³ ซึ่งหมายความว่าผู้หญิงต้องจัดการงานในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย แม้ว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้หญิงยังคงดำเนินบทบาทเดิมต่อไปในฐานะแม่ เมีย ลูกสาว หรือลูกสะใภ้ เช่นเดียวกันกับการคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องเป็นผู้นำ และเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว จะแสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นเห็นไม่ได้ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้หญิงอีสานที่สูงอายุในปัจจุบันได้มีบทบาทสำคัญคือ การดูแลเลี้ยงหลานซึ่งเกิดจากบุตรชายหรือบุตรสาวที่ทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัด ซึ่งเป็นงานนอกระบบที่ไม่มีค่าจ้าง ส่งผลให้ผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานมีความรับผิดชอบเป็นสองเท่าอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาเพศสภาพในประเด็นที่ความเป็นหญิงนำสู่การเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ข้อค้นพบสะท้อนว่าการปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า หากสามารถดำเนินบทบาทหน้าที่ตามสังคมคาดหวังได้ โอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงจะน้อย เช่นเดียวกับวิภาวี ผ่องจันทร์ทรากกร¹⁵ และ พวงพกา คงวัฒนานนท์¹⁶ ค้นพบว่าผู้หญิงต้องประพฤติดัวให้สมเป็นกุลสตรี ประณินัติพ่อแม่ และอดทนรับผิดชอบต่อครอบครัวทำให้เกิดความกดดันบีบคั้นจากความคาดหวังของสังคมที่มีต่อตัวผู้หญิงทำให้ผู้หญิงถูกครอบงำกับความเชื่อตามบรรทัดฐาน

สำหรับผู้ชายที่เป็นโรคเบาหวานจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการดำเนินโรค

และการดำรงบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับ Katon และคณะ¹⁷ พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้ชายที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 3 ภาวะนั้นสูงกว่าผู้หญิง โดยพบในผู้ชายร้อยละ 33.7 ส่วนผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 17.7 ซึ่งสัมพันธ์กับการไม่ได้แสดงบทบาทของผู้ชายตามความคาดหวังของสังคม สำหรับผู้ชายอีสานถือว่าความเป็นผู้ชายจะสมบูรณ์ได้นั้น จะต้องผ่านขั้นตอนในการศึกษาหาความรู้มากกว่าผู้หญิง มีการสร้างเนื้อสร้างตัวประกอบสัมมาอาชีพ ประพฤติและปฏิบัติตนเองและครอบครัวเป็นอย่างดี และมีทรัพย์สินพอประมาณ นอกจากนี้ยังต้องปฏิบัติตามฮีต-คอง (ฮีตสิบสองมาจากคำ 2 คำ คือ ฮีต กับ สิบสอง ฮีตมาจากคำว่าจาริต หมายถึงสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาจนกลายเป็นประเพณีที่ดั่งาม ชาวอีสาน เรียกว่า จาฮีต หรือฮีตสิบสอง หมายถึง เดือนทั้ง 12 เดือน ในหนึ่งปีฮีตสิบสอง ซึ่งสะท้อนความดีงามและรักใคร่กลมเกลียวกันในสังคมอีสาน คองสิบสี่ หมายถึง ครองธรรม 14 อย่าง เป็นกรอบหรือแนวทางที่ใช้ปฏิบัติระหว่างกัน เพื่อความสงบสุขร่มเย็นของบ้านเมือง¹⁸ ให้เหมาะสมกับสภาพของตนเอง คือ ตนเองมีสถานะอย่างไรก็ให้ปฏิบัติตามฮีต-คอง เช่น เป็นปู่ ตา พ่อตา ลูกชาย ลูกเขย หลาน หลาน หากเป็นโรคเบาหวานที่ไม่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนน้อย อาจไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ชายมากนัก การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ชายมีภาวะซึมเศร้าน้อย อาจเนื่องจากผู้ชายยังสามารถดำรงบทบาทผู้นำทั้งในบ้านและนอกบ้านได้ ได้พักผ่อนนอนเล่น ไปวัด สนทนากับเพื่อน ดื่มสุราหรือเที่ยวเตร่ไปตามที่ต่างๆ เห็นได้ว่าค่านิยมและความคาดหวังของสังคมล้วนมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ของบุคคลและภาวะสุขภาพของคน

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความทุกข์ใจ เป็น 2 นัย คือ เป็นอันตรายร้ายแรง และเป็นภาระ โดยกล่าวว่า เป็นทุกข์ 32 ประการ หมายถึง การถูกคุกคามความเป็นอยู่และเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกับอวัยวะครบ 32 องค์ประกอบของชีวิต การเป็นโรคเบาหวานก่อให้เกิด



การเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบชีวิตในทางเสื่อม โดยนัยของความหมายที่กล่าวถึง อธิบายได้ว่า ในแต่ละวันแต่ละช่วงเวลามีอาการทางกายปรากฏไม่ซ้ำกันเลย ซึ่งคนเป็นเบาหวานจะต้องเผชิญ และเฝ้าคอยติดตามกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากกว่าการป่วยเป็นโรคอื่นที่มีเพียงอาการเดียว หรือเป็นอาการที่คาดเดาได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าภาวะซิมเคร่า เป็นมัจจุราษที่มองไม่เห็นตัว¹⁹ ซึ่งบอกลักษณะของภาวะซิมเคร่าว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่งทำให้หมดกำลังใจสูญเสียพลังที่จะดูแลตนเอง และทำให้ตายได้

การเป็นภาวะทั้งต่อตนเองและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งสะท้อนว่าความทุกข์ใจขณะที่เป็นเบาหวานด้วยมีความรุนแรงและเพิ่มภาระให้ตนเอง เพราะการดูแลสุขภาพกายนั้นยากอยู่แล้ว แต่ถ้าจิตใจทุกข์และเศร้าหมอง ยิ่งขาดพลัง และเพิ่มภาระให้กับครอบครัว ซึ่งชี้ให้เห็นว่า บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานให้ความสนใจกับความผิดปกติทางชีววิทยาทางการแพทย์ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ตนเอง เป็นการทำให้ความหมายต่อภาวะซิมเคร่าตามประสบการณ์ของแต่ละคน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเคยประสบกับเหตุการณ์ในครอบครัว หรือรับรู้ภาวะซิมเคร่าได้จากสื่อต่างๆ จึงรับรู้ได้ถึง ความรุนแรงที่ต่างกัน การตัดสินใจที่จะจัดการกับภาวะซิมเคร่าจะใช้ความคิดและประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการกับภาวะซิมเคร่า

2.2 การจัดการเมื่อเกิดภาวะซิมเคร่า

ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นตรงกันว่าต้องการจัดการกับอาการทางกายก่อน เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซิมเคร่า ซึ่งมีสาเหตุจากด้านชีววิทยาการแพทย์ และด้านสังคมวัฒนธรรม ส่วนใหญ่จะรับรู้สาเหตุจากด้านชีววิทยาการแพทย์เป็นหลัก และจัดการกับอาการที่คุกคามชีวิตประจำวัน แต่ไม่ได้มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่บอกกว่าไม่รู้ว่าจะเกิดภาวะซิมเคร่าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตจึงไม่ทราบว่าจะต้องจัดการอย่างไร

การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ให้เกิดความสมดุล มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่กันภายใน

บ้าน รวมทั้งผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านการดูแลผู้เจ็บป่วย การเตรียมอาหาร และการทำบทบาทหน้าที่ด้านเศรษฐกิจซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา²⁰ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ตรงกันว่าสาเหตุการเกิดความทุกข์ใจของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้นั้น เกิดจากการไม่รักษาสมดุลทางโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวไว้ได้ ครอบครัวจึงต้องมีการปรับตัวให้เกิดความสมดุลสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักพบปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ ด้านอาชีพการงาน ด้านเพศ ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ด้านสุขภาพ และด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ตามลำดับ ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรให้การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว ให้มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและคงความสมดุลทางโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว

การปฏิบัติตามความเชื่อถือศรัทธาแบบชาวอีสานมีความหลากหลายพิธีกรรม ที่ล้วนแล้วแต่เสริมกำลังใจและคลายความทุกข์ให้กับผู้ป่วยและเครือญาติ พิธีกรรมต่างๆ มักเน้นการรวมกลุ่มของคนในครอบครัวและชุมชน สะท้อนการเสริมคุณค่าซึ่งกันและกัน โดยมีครอบครัวเป็นฐานสำคัญในการช่วยลดภาวะซิมเคร่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ¹⁹ ได้เสนอว่าครอบครัวคือ ฐานของทุกข์-สุขของคนอีสานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยง 3 ประเด็น คือภาวะสุขภาพ การเงิน และการทำบุญ ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรตระหนักถึงการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน

ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการซิมเคร่า และโอกาสเกิดภาวะซิมเคร่าแก่บุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน ญาติ ประชาชนทั่วไป และบุคลากรสุขภาพ

2. จัดระบบเฝ้าระวังและค้นหาการเกิดภาวะซิมเคร่าในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อลด



ความรุนแรงของโรคเบาหวานและภาวะซีมีเตร่า และทำงานเชิงรุกสำหรับคนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. พัฒนาแนวทางการประเมินสภาพและการดูแลในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในสังคมวัฒนธรรมที่เฉพาะ ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-79.
2. Egede LE. Beliefs and attitudes of African Americans with type 2 diabetes toward depression. *The Diabetes Educator* 2002; 28(2): 258-68.
3. Tellez-Zenteno JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Medical Research* 2002; 33: 53-60.
4. Pouwer F, et al. Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: Results from a community-based study. *Diabetologia* 2003; 46: 892-8.
5. พวงสร้อย วรกุล, มลิวัดย์ โมลี. ความชุกของภาวะซีมีเตร่าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 2547; 35(2): 53-67.
6. Musselman DE, Beton E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: Epidemiology, biology, and treatment. *Society of Biological Psychiatry* 2003; 54: 317-29.
7. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycaemic control. *Journal of Diabetes and Its Complication* 2005; 19: 113-22.
8. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2547.
9. Speziale Streubert HJ, & Carpenter DR. *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
10. Snoek J & Skinner TC. Psychological counseling in problematic diabetes : Does it help?. *Diabetes Medicine* 2002; 19: 265.
11. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, & Schmied V. 'Big build': Hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (2005); 39: 921-931.
12. Mayo Clinic Staff. Male depression: Don't ignore the symptoms [Internet] 2006 [cited 2007 April 25]. Available from: <http://www.mayoclinic.com/print/male-depression/MC00041/METHOD=print>
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วัฒนธรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2555]. เข้าถึงได้จาก <http://hph.moph.go.th/?modules=HealthCulture&action=ViewHealthCulture&id=14>
14. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดน์กุล, ธรรมินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เยาวเรศ สุตะโท. เพศหญิงหรือความเป็นหญิง... จึงนำมาสู่การเป็นโรคซีมีเตร่า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555; 57(1): 61-74.
15. วิภาวี เผ่ากันทรกรร. ภาวะซีมีเตร่า: ประสบการณ์จมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
16. พวงพกา คงวัฒนานนท์. ประสบการณ์ชีวิตของหญิงไทยที่ได้รับการตัดมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการ



- พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
17. Katon WJ, et al. Behavioral and clinical factors associated with depression among individual with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(4): 914-20.
 18. สำนักวัฒนธรรม. ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ฝ้ายคิลปล-วัฒนธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2550]. เข้าถึงได้จาก <http://aca.kku.ac.th/heet12/main.html>
 19. ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ. รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากิจกรรมและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. *อุบลฯ: ศิริธรรมออฟเซ็ท*; 2549.
 20. Friedman, MM, Bowden, VR, & Jones, EG. *Family Nursing Research, theory, & practice.* New Jersey; Upper Saddle River. 2003.
 21. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2548; 19(1): 72.



การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานและ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล

ฐิติชญา ฉลาดสัน*
พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม*

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล เป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน 2) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย 3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 323 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และ 3) ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 74.0 และร้อยละ 60.40 ตามลำดับ โดยในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาพบการบาดเจ็บบริเวณคอ ร้อยละ 61.08 บริเวณหลังส่วนบนร้อยละ 55.68 และบริเวณหลังส่วนล่างร้อยละ 53.14 ส่วนในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างร้อยละ 58.46 บริเวณคอร้อยละ 51.28 และบริเวณหลังส่วนบนร้อยละ 50.26 นอกจากนี้ยังพบว่า การบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.00 ในด้านพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.50 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการปรับท่าทางการทำงานในระดับปานกลาง การพักช่วงระหว่างการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.30 การจัดสถานที่ทำงาน และอุปกรณ์การทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.9 และการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงานกับคอมพิวเตอร์ ระดับปานกลางร้อยละ 80.50

นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการพักระหว่างการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการพักระหว่างการทำงาน และด้านการจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรวีชัย



Work – related Musculoskeletal Injuries and Work Safety Behaviors Among Call Center Workers.

*ThitichayaChalardlon**

*PhimladaAnansirikasem***

Abstract

Work-related musculoskeletal injuries among call center workers are a major occupational health issue that has been associated with work characteristics and work safety behaviors. The main purposes of this study were to examine 1) work-related musculoskeletal injuries 2) work safety behaviors, and 3) the association between work safety behaviors and work-related musculoskeletal injury among call center workers. The study participants were 323 registered call center workers in Bangkok province. The instrument used in this study was a questionnaire that consisted of 3 parts: 1) demographic data, 2) work related musculoskeletal injuries modified from the standardized Nordic musculoskeletal disorders, and 3) work safety behaviors developed by the researcher based on a literature review. Data were analyzed by descriptive statistics and relationship was tested by Chi-square.

Results showed that the rates of work related musculoskeletal injuries during the 12 month period and 7 day period were 74.00 % and 60.40%, respectively. For work related musculoskeletal injuries during the 12 month period, it was found that neck had a rate of 61.08%; 55.68% had upper back injuries and 53.14% had lower back injuries. For work related musculoskeletal injuries during the 7 day period, it was found that 58.46% had lower back injuries, 51.28% had neck injuries, and 50.26% had upper back injuries. Additionally, these injuries affected the participants' work performance and daily life activities for 17.00%. Regarding the work safety behaviors, mild work safety behaviors were considered and found that 67.50% of participants had work safety behaviors regarding position adjustment, 52.30% had breaks, 88.90% used workstation adjustment, and 80.50% used tools and equipment.

Keyword : Work-related musculoskeletal injury, work characteristics and safety work behaviors

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



บทนำ

การทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลส่วนใหญ่พนักงานต้องนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์ในท่าเดียวเป็นระยะเวลาหลายๆ (sustained static postures) การให้บริการของพนักงานในต่างประเทศจะแบ่งช่วงเวลางานเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเช้า ช่วงบ่าย และช่วงดึก โดยเฉลี่ยทำงานช่วงละ 5-7 ชั่วโมง ให้บริการข้อมูลเฉลี่ย 90-140 รายต่อวัน มีระยะเวลาการพักระหว่างการทำงานอย่างน้อย 30 นาทีต่อช่วงการทำงาน หรือเฉลี่ย 1 ครั้งต่อหนึ่งช่วงการทำงาน¹ เช่นเดียวกับในประเทศไทยการให้บริการข้อมูลของพนักงานจะมีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ โดยแบ่งระยะเวลาการทำงานออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเช้า (10.00-18.00 น.) ช่วงบ่าย (18.00-02.00 น.) และช่วงดึก (02.00-10.00 น.) และมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนช่วงการทำงานในขณะที่ทำงานพนักงานจะมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (awkward working postures) เช่น ขณะทำงานกับคอมพิวเตอร์มีการโน้มลำตัว ก้มศีรษะ แขนทั้งสองข้างงอและกางออก นิ้วมือและข้อมือมีการขดตลอดระยะเวลาทำงาน การเคลื่อนไหวข้อมือและมือในลักษณะซ้ำๆ² นอกจากนี้พนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ต้องทำงานในบริเวณที่มีพื้นที่จำกัด แออัด และต้องนั่งปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ยถึง 6-8 ชั่วโมงต่อวัน³

จากลักษณะการทำงานดังกล่าวข้างต้นทำให้พนักงานต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (ผิดธรรมชาติ) การทำงานในท่าเดียวเป็นระยะเวลานานๆ การทำงานซ้ำซาก ทำให้พนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ⁴ นอกจากนี้การทำงานในบริเวณที่มีการออกแบบสถานการณ์การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ในการทำงานที่ไม่เหมาะสมกับรูปร่าง ตลอดจนจนการจัดระบบการทำงานที่ไม่ดี เช่น ไม่มีการจัดระยะเวลาในการพักระหว่างการทำงาน⁵ สภาพการทำงานเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเช่นกัน⁶

การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นการอักเสบและการเสื่อมของเอ็น กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นประสาทและเส้นเลือด ทำให้เกิดอาการปวดและสูญเสียการทำงานที่ โดยอาการที่พบ ได้แก่ อาการเจ็บปวด รำคาญ เหน็บชาและไม้สุขสบาย ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อต่างๆ เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง⁷ จากการศึกษาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลประเทศชิวตานพบว่าพนักงานเกิดการบาดเจ็บบริเวณคอร้อยละ 64 และบริเวณหลังส่วนบนหรือไหล่ ร้อยละ 41 โดยสาเหตุของการบาดเจ็บดังกล่าวเกิดจากลักษณะงานที่ต้องนั่งทำงานและมีการเกร็งข้อมือ⁸ นอกจากนี้จากการศึกษาในพนักงานคอมพิวเตอร์ซึ่งมีลักษณะการทำงานคล้ายกับพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลในประเทศเยอรมัน พบอัตราความชุกของการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ในช่วง 12 เดือนและ 7 วันก่อนการศึกษา ร้อยละ 55 และ 38 ตามลำดับ⁷ อีกทั้งมีการศึกษาพบว่าภายหลังการทำงานไปแล้ว 7 วัน พนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลจะเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 75⁷ สำหรับประเทศไทยการศึกษาค่าความชุกของการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มนี้ยังมีจำกัด จึงยังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาปัญหาสุขภาพดังกล่าว เนื่องจากปัญหาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อยังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล สถานประกอบการ และรัฐบาล

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นต่อพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ทำให้ความสามารถในการทำงาน การดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองของพนักงานลดลง สูญเสียโอกาสในงานและรายได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ



และอาจกลายเป็นภาระของครอบครัวตามมา สำหรับความสูญเสียต่อสถานประกอบการทำให้อัตราการลาพักงานและการเข้าออกงานของพนักงานเพิ่มสูงขึ้น ทำให้สถานประกอบการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดหาและอบรมพนักงานใหม่มาทดแทน สำหรับในประเทศไทย จากสถิติของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีพนักงานที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานในเครือข่ายกองทุนเงินทดแทนถึง 6,306 คน โดยพบว่า ทำทางการทำงานเป็นสาเหตุใน 10 อันดับแรกของสาเหตุอันตรายหรือการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อทั้งหมด⁹ ส่งผลให้การทำงานหยุดชะงัก ปริมาณการผลิตและคุณภาพการบริการลดลง ต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมพนักงานใหม่มาทดแทน ส่วนกองทุนเงินทดแทนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าชดเชยการหยุดงานของพนักงาน⁹ จากข้อมูลข้างต้นจึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการในการควบคุมและลดความสูญเสียดังกล่าว

โดยทั่วไปมาตรการในการควบคุมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการทำงานต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ 1) สิ่งแวดล้อมการทำงาน (working environment) 2) สภาพการทำงาน (working conditions) และ 3) ตัวคนทำงาน (worker)^{8,10} การควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลสามารถนำมาตรการดังกล่าวมาใช้ได้เช่นเดียวกัน ในต่างประเทศได้มีการกำหนดแนวทางในการปรับสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานให้ปลอดภัยสำหรับพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล เช่น การออกแบบโต๊ะ เก้าอี้และอุปกรณ์ เพื่อให้พนักงานมีท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักทางกายศาสตร์⁵ แต่แนวทางดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากการปรับสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงาน รวมทั้งการจัดซื้อเครื่องมือหรืออุปกรณ์ใหม่ต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายสูง สถานประกอบการ

การแต่ละแห่งจึงพยายามประยุกต์แนวทางดังกล่าวเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณที่มีอยู่จำกัด ให้มีความเหมาะสมกับการทำงานของพนักงานมากที่สุด ตลอดจนเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานโดยยึดหลักการที่ว่าบุคคลต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตนซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย คือ การปฏิบัติงานโดยปราศจากสภาพการณ์ซึ่งมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อบุคคลหรือความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือวัสดุ หรือกระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานปกติของบุคคล¹¹ จากแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์กับพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล กล่าวคือ พฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยเป็นพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ เน้นการกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานที่มีการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานควรประกอบด้วย การปรับท่าทางการทำงาน การพักช่วงระหว่างการทำงาน การจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน รวมทั้งการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือในการทำงานให้มีความเหมาะสมกับคนทำงาน¹²

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75 ของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ประสบปัญหาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเป็นอันดับต้นๆ⁷ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลจำเป็นต้องได้รับการควบคุมและป้องกัน ซึ่งการควบคุมป้องกันจำเป็นต้องคำนึงถึงมาตรการสำคัญ 3 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมการทำงาน สภาพการทำงาน และคนทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการด้านคนทำงาน ที่เน้นพฤติกรรมหรือการกระทำของพนักงาน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้อง ส่งผลต่อการลด



ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2553 จำนวน 323 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวนประมาณ 2,416 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลในจังหวัดกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามอัตราความชุก (prevalence rate) ของการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในช่วง 12 เดือนก่อนการศึกษา ในพนักงานคอมพิวเตอร์ ซึ่งพบร้อยละ 75⁷ โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = Z^2 \alpha / 2 P Q / d^2$$

$$\text{โดย } Z^2 \alpha / 2 = 1.96$$

$$= 1.962 (0.75 \times 0.25 / 0.052)$$

$$P = \text{อัตราการเกิดอุบัติเหตุ} = 0.75$$

$$= 3.8416 \times 75$$

$$Q = 1 - P = 0.25$$

$$= 288.12 (289)$$

$$d = \text{ค่าความคาดเคลื่อน ตามคุณสมบัติ ดังนี้}$$

ค่านวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 289 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกจากศูนย์ให้บริการข้อมูลทางโทรศัพท์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครที่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และประวัติการทำงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ การปรับท่าทางการทำงาน การพักช่วงระหว่างการทำงาน การจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน และการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือในการทำงาน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยลักษณะคำตอบของแต่ละคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมและรายด้านใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานกำหนดช่วงคะแนน 3 ระดับ คือ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานประเมินโดยแบบสอบถามการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือน และ 7 วัน ก่อนการศึกษา ของพัชรินทร์ ไชยสุรินทร์¹⁵ ที่แปลจากแบบสอบถามมาตรฐานกลุ่มอาการผิดปกติทาง



ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ของคูรินกาและคณะ¹⁴
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบ
ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.8 กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ใน
ช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 50.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล	จำนวน (n= 323)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	274	84.8
ชาย	49	15.2
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 25	106	32.8
26-30	39	50.5
31-35	163	12.1
มากกว่า 36	4	1.2
พิสัย = 21-42, (S.D.) = 27.46 (3.72)		

สำหรับข้อมูลการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ระยะเวลาการทำงาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ
96.59 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี
(เฉลี่ย 3.44 ปี S.D = 2.95) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ

89.2 มีระยะเวลาการทำงานในช่วง 35-45 ชั่วโมง
ต่อสัปดาห์ (เฉลี่ย 41.73 ชั่วโมง/สัปดาห์ S.D =
5.768) และร้อยละ 95.3 ของกลุ่มตัวอย่างทำงาน
ล่วงเวลา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการทำงาน

ข้อมูล	จำนวน (n= 323)	ร้อยละ
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)		
1-5	270	83.6
6-10	42	13.0
1 ปีขึ้นไป	11	3.4
พิสัย = 1-16, (S.D.) = 3.44 (2.95)		
ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)		
≤35	15	4.6
36-45	273	84.5
46-55	24	3.4
56 ชั่วโมงขึ้นไป	11	7.4
พิสัย = 35-90, (S.D.) = 41.73 (5.768)		
การทำงานล่วงเวลา		
ไม่ทำ	15	4.6
ทำ	308	95.3



อัตราการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา

เท่ากับ ร้อยละ 74.0 และร้อยละ 60.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงระยะเวลา 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา

ช่วงระยะเวลา	การบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน (n=323)	
	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)
12 เดือนที่ผ่านมา	84 (26.0)	239 (74.0)
7 วันที่ผ่านมา	128 (39.6)	195 (60.4)

โดยในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบาดเจ็บที่บริเวณคอมากที่สุด ร้อยละ 61.08 รองลงมาได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนบนร้อยละ 55.68 และหลังส่วนล่างร้อยละ 53.14 ตามลำดับ สำหรับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

ในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 58.46 รองลงมาได้แก่การบาดเจ็บบริเวณคอร้อยละ 51.28 และการบาดเจ็บที่บริเวณหลังส่วนบนร้อยละ 50.26 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานจำแนกตามส่วนของร่างกายที่มีการบาดเจ็บในช่วงระยะเวลา 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา

ส่วนของร่างกายที่มีการบาดเจ็บ*	ช่วงระยะเวลา			
	12 เดือน (n=239) จำนวน (ร้อยละ)	อันดับ	7 วัน (n=195) จำนวน (ร้อยละ)	อันดับ
คอ	146 (61.08)	1	100 (51.28)	2
ไหล่	93 (38.91)	4	81 (41.54)	4
ข้อศอก	21 (8.79)	9	7 (3.59)	9
ข้อมือ/มือ	33 (13.81)	8	12 (6.15)	7
หลังส่วนบน	133 (55.68)	2	98 (50.26)	3
หลังส่วนล่าง	127 (53.14)	3	114 (58.46)	1
สะโพก/ต้นขา	50 (20.92)	5	21 (10.77)	5
เข่า	43 (17.99)	6	12 (6.15)	7
น่อง	34 (14.22)	7	19 (9.74)	6

หมายเหตุ* 1 คน มีการบาดเจ็บมากกว่า 1 ตำแหน่ง



ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับ

การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 323)

ลักษณะข้อมูล	การบาดเจ็บ ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา		P-value	การบาดเจ็บ ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา		P-value
	ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
อายุ (ปี)			.094			304
< 25	32	74		47	59	
26-30	44	119		64	99	
31-35	4	35		14	25	
≥ 36	3	12		3	12	
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)			.180			.106
< 18.5	29	65		39	55	
18.5-24.9	44	143		68	119	
25.0-29.9	10	23		19	14	
≥ 30 (เกินเกณฑ์ปกติ)	0	8		2	6	
ประวัติการได้รับผ่าตัด ทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ			.057			.975
ไม่เคย	77	202		111	168	
เคย	6	37		17	26	
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)			.136			.669
≤ 5	75	195		109	161	
6-10	7	35		16	26	
≥ 11 ปีขึ้นไป	1	10		3	8	
ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)			.443			.097
≤ 35	6	9		7	8	
36-45	66	207		102	171	
46-55	8	16		11	13	
> 56	3	8		8	195	



สำหรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.9 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.5 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการปรับท่าทางการทำงานในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการพักช่วงระหว่างการทำงานพบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.9 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.5 มีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยภาพรวมและรายด้าน

ข้อมูล	จำนวน (n= 323)	ร้อยละ
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวม		
ระดับดี	113	35.0
ระดับปานกลาง	174	53.9
ระดับไม่ดี	36	11.1
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการปรับท่าทางการทำงาน		
ระดับดี	80	24.8
ระดับปานกลาง	218	67.5
ระดับไม่ดี	25	7.7
พฤติกรรมการทำงานจากการพักช่วงระหว่างการทำงาน		
ระดับดี	100	31.0
ระดับปานกลาง	169	52.3
ระดับไม่ดี	54	16.7
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน		
ระดับปานกลาง	287	88.9
ระดับไม่ดี	36	11.1

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานพบว่าระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงเวลา 12 เดือน

ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยรายด้านพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการพักช่วงระหว่างการทำงานมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วงเวลา 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ (.028) สำหรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณา

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยรายด้านพบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการพักระหว่างการทำงาน และด้านการจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงานอย่างมีนัยสำคัญ .000 และ .009 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงเวลา 12 เดือน ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n=323)

ลักษณะข้อมูล	การบาดเจ็บ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		P-value
	ไม่มี	มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวม			.143
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	35 (31.0)	78 (69.0)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	37 (21.3)	137 (78.7)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	11 (30.6)	25 (69.4)	
การปรับท่าทางการทำงาน			.181
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	22 (27.5)	58 (72.5)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	51 (23.4)	167 (76.6)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	10 (40.0)	15 (60.0)	
การพักช่วงระหว่างการทำงาน			.028
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	34 (34.0)	66 (66.0)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	41 (24.3)	128 (75.7)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	8 (14.8)	46 (85.2)	
การจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน			.092
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	73 (25.4)	214 (74.6)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	10 (27.8)	26 (72.2)	
การเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงานกับคอมพิวเตอร์			.407
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	0 (.0)	2 (100)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	64 (24.6)	196 (75.4)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	19 (31.1)	42 (68.9)	



ตารางที่ 8 ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n=323)

ลักษณะข้อมูล	การบาดเจ็บในช่วง 7 วันที่ผ่านมา		P-value
	ไม่มี	มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวม			.014
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	57 (50.4)	56 (49.6)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	58 (33.3)	116 (66.7)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	13 (36.1)	23 (63.9)	
การปรับท่าทางการทำงาน			.164
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	36 (45.0)	44 (55.0)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	79 (36.2)	139 (63.8)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	13 (52.0)	12 (48.0)	
การพักช่วงระหว่างการทำงาน			.000
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	54 (54.0)	46 (46.0)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	62 (36.7)	107 (63.3)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	12 (22.2)	42 (77.8)	
การจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน			.009
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	114 (39.7)	173 (60.3)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	14 (38.9)	22 (61.1)	
การเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงานกับคอมพิวเตอร์			.675
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี	1 (50)	1 (50.0)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง	100 (38.5)	160 (61.5)	
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับไม่ดี	27 (44.3)	34 (55.7)	

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล

จากการศึกษาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของ

พนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 ราย เกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงระยะเวลา 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา พบร้อยละ 74.0 และร้อยละ 60.4 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่ม



ตัวอย่างบางส่วนที่มีการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมามีการบาดเจ็บดังกล่าวในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล พบในลักษณะของการบาดเจ็บแบบสะสมหรือเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อแบบซ้ำไปซ้ำมา เมื่อได้รับการรักษาหรือปฏิบัติอย่างถูกต้องอาการดังกล่าวจะทุเลาลงได้ แต่อาจเกิดขึ้นซ้ำๆ ได้ตลอดการทำงาน¹⁵ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดอาการปวด เมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ การอักเสบของเส้นเอ็น เส้นประสาท ซึ่งเป็นผลจากการกระทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาในผู้ใช้คอมพิวเตอร์ประเทศเยอรมันพบอัตราความชุกของการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ในช่วง 12 เดือน และ 7 วัน ก่อนการศึกษา ร้อยละ 55 และ 38 ตามลำดับ⁶ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งอาจมีบริบทของสภาพแวดล้อมในการทำงานที่แตกต่างกับประเทศไทย เช่น การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมและทันสมัยมากกว่า นอกจากนี้การบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นยังอาจเป็นผลมาจากการทำกิจกรรมอื่นที่นอกเหนือจากงานได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.54 รายงานว่ามีการทำกิจกรรมอื่นนอกเหนือจากงาน ได้แก่การทำงานบ้าน ดูแลเด็ก/ผู้สูงอายุ การเล่นกีฬา

เมื่อพิจารณาส่วนของร่างกายที่มีการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการบาดเจ็บที่บริเวณคอมากที่สุดร้อยละ 61.08 รองลงมา ได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนบนร้อยละ 55.68 และหลังส่วนล่างร้อยละ 53.14 ตามลำดับ สำหรับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 58.46 รองลงมา ได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณคอร้อยละ 51.28 และการบาดเจ็บที่บริเวณหลังส่วนบนร้อยละ 50.26 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบาดเจ็บที่บริเวณคอและไหล่เป็นผลมาจากลักษณะการทำงานของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล ต้องมีการเกร็งหัวไหล่ซ้ำๆ การบิดกระดูกแขนซ้ำๆ อาจทำให้เกิดการอักเสบของเอ็นบริเวณข้อไหล่ (bicipital and rotator cuff tendinitis) ซึ่งมีผลต่อประสาทและกล้ามเนื้อของแขนส่วนบนและไหล่¹⁶ รวมทั้งลักษณะงานที่นั่งอยู่กับที่ด้วยท่าทางที่ถูกจำกัด ต้องนั่งทำงานในท่าเดียวเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ผ่อนคลาย ร่วมกับโน้มลำตัวมาด้านหน้า และมีการก้มศีรษะเพื่อใช้สายตาเพ่งมองหน้าจอคอมพิวเตอร์และเอกสาร แขนทั้งสองข้างและข้อมือองและกางออก อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการปวดบริเวณลำคอและไหล่ (myofascial pain syndrome) ลักษณะการทำงานดังกล่าวทำให้กล้ามเนื้อมีการออกแรงแบบหดตัวอยู่กับที่ แรงดันในกล้ามเนื้อจะเพิ่มสูงขึ้น หลอดเลือดและเส้นประสาทภายในกล้ามเนื้อจะถูกกด เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลงจนทำให้เกิดอาการเจ็บ ปวดเมื่อยล้า ถ้ามีการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะเพิ่มโอกาสเกิดการบาดเจ็บและอักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น หรือเส้นประสาทบริเวณไหล่ หากเกิดการบาดเจ็บสะสมจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง ปวด บวม มีการอักเสบและมีเนื้อเยื่อพังผืดเกิดขึ้นได้¹⁷

2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล

ผลการศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูลทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.9 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.5 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการปรับท่าทางการทำงานในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการพักช่วงระหว่างการ



ทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.9 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจากการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.5 มีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการปรับท่าทางการทำงาน การพักช่วงระหว่างการทำงาน การจัดสถานที่ทำงาน และอุปกรณ์การทำงาน รวมทั้งการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงาน มีผลต่อการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ¹⁸ หากพิจารณาพฤติกรรมความปลอดภัยจากการทำงาน รายชื่อพบว่าพนักงานมีพฤติกรรมการทำงานที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออยู่หลายข้อ นอกจากนี้การมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านความรู้และการทำงานเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานได้อีก เช่น อายุ เพศ และประสบการณ์ในการทำงานซึ่งประสบการณ์ในการทำงานจะส่งผลต่อความชำนาญและการเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเอง ดังนั้นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยจึงมีโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงมาก¹⁹ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.60 มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 1 ปีถึง 5 ปี ซึ่งประสบการณ์การทำงานยังไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจึงมีผลให้พฤติกรรมความปลอดภัยจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยจากการทำงานโดยรวมในระดับดีจะพบว่ามีเพียงร้อยละ 35.0 ซึ่งไม่แตกต่างจากระดับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมในระดับไม่ดี ร้อยละ 11.10 มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยทางด้านอายุ และเพศ ซึ่งอายุเป็น

ปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสะสมประสบการณ์ในด้านต่างๆ และความสามารถในการตัดสินใจ รวมทั้งการใช้เหตุผลที่ดีกว่าคนอายุน้อย โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.50 มีอายุตั้งแต่ 26 ปี ถึง 30 ปี และร้อยละ 84.80 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้มากกว่าเพศชาย²⁰

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงเวลา 12 เดือน ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยรายด้านพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการพักระหว่างการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วงเวลา 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ .028 สำหรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วงเวลา 7 วัน ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยรายด้านพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการพักระหว่างการทำงาน และด้านการจัดสถานที่ทำงานและอุปกรณ์การทำงานอย่างมีนัยสำคัญ .000 และ .009 ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของเคอร์ติน¹ พบว่าการจัดระบบการทำงานไม่ดี การจัดเวลาพักระหว่างการทำงานน้อย ปริมาณงานมาก จะมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและสอดคล้องกับการศึกษาของเพอร์รี่เรียและ



คณะ²¹ พบว่าการจัดการพักระหว่างการทำงาน อย่างน้อย 10 นาที จะลดการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ 0.01 สำหรับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ด้านการเปลี่ยนท่าทางการทำงานและด้านการเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอายุ และประสบการณ์ในการทำงานและระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 36 ชั่วโมง ถึง 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ยังไม่มากนัก

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานกับปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ทั้งในช่วงระยะเวลา 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า อัตราความชุกของอาการปวดทางโครงร่างและกล้ามเนื้อจะเพิ่มประมาณ 1.5 เท่าต่ออายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี²² นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่น้ำหนักมากทำให้เกิดการบาดเจ็บของโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ง่ายกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ²³ การศึกษาในประเทศอิสราเอล ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อกับการทำกิจกรรมทางกายในพนักงานคอมพิวเตอร์ พบว่าพนักงานที่ไม่มีการทำกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การเดินแอร์บิค และ/หรือการยืดกล้ามเนื้อ มีการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ประมาณ 3 เท่าของผู้ที่มีการทำกิจกรรมทางกาย²⁴ และรายงานการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อคอและไหล่ในพนักงานเย็บผ้า ช่างไม้ พนักงานออฟฟิศ²⁵ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.50) มีอายุอยู่ในช่วง 26 ปีถึง 30 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57.9 ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ร้อยละ 90.4 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ร้อยละ 99.07 และออกกำลังกาย ร้อยละ 21.05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวัดพฤติกรรมเสี่ยงในส่วนของการทำงานโดยใช้เครื่องมือที่มีการวัดในเชิงปรนัยและควรตรวจประเมินร่างกายทางคลินิกร่วมด้วย เพื่อให้ข้อมูลมีความครอบคลุมและชัดเจนเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ทักษะที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างานและผู้ร่วมงาน เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษารายละเอียดในเชิงทดลองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการทำงาน และการพัฒนารูปแบบในการปฏิบัติงานเพื่อลดปัญหาการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Norman K. Call centre work—characteristics, physical, and psychosocial exposure, and health related outcomes. Stockholm Linköping University; 2005.
2. Spyropoulos P, Papathanasiou G, Georgoudis G, Chronopoulos E, Koutis H, Koumoutsou F. Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers. *Pain Physician*. 2007; 10: 651–60.
3. Lindegård Andersson A. Working technique during computer work Associations with biomechanical and psychological strain, neck and upper extremity musculoskeletal symptoms. Intellecta DocuSys AB, Göteborg, Sweden. 2007.
4. Juul-Kristensen B, Jensen C. Self-reported workplace related ergonomic conditions as prognostic factors for musculoskeletal symptom :



- the “BIT” follow up study on office workers. *Occup Environ Med.* 2005; 62(3): 188–94.
5. Rempel DM, Krause N, Goldberg R, Benner D, Hudes M, Goldner GU. A randomised controlled trial evaluating the effects of two workstation interventions on upper body pain and incident musculoskeletal disorders among computer operators. *Occup Environ Med.* 2006; 63(5): 300–6.
 6. Klussmann A, Gebhardt H, Liebers F, Monika AR. Prevalence of musculoskeletal symptoms in office workers –Results of a company–based cross sectional study in Germany. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2007.
 7. Cook C, Burgess–Limerick R. The effect of forearm support on musculoskeletal discomfort during call centre work *Applied Ergonomics.* 2004; 35(4): 337–42.
 8. Shahla M, Bart Staal J, Amar AH, Salwa SA, Rob AB. Complaints of the arm, neck and shoulder among computer office workers in Sudan: a prevalence study with validation of an Arabic risk factors questionnaire. *Environmental Health.* 2008; 7: 33.
 9. วิทยา อยู่สุข. อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์. 2544.
 10. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรง ปี 2548. Retrieved พฤศจิกายน 25, 2550, from <http://www.sso.go.th>
 11. วิลาวลัย จึงประเสริฐ. อาชีวเวชศาสตร์ฉบับพิษวิทยา. นนทบุรี: โครงการตำรา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2542.
 12. วิฑูรย์ สิมะโชคดี, และวีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงาน (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: ส.ส.ท. 2548.
 13. Rocha, L. E., & Debert–Ribeiro, M. Working conditions, visual fatigue, and mental health among systems analysts in Saõ Paulo, Brazil. 2004; 61, 24–32.
 14. พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์. พฤติกรรมการป้องกันและกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของช่างเย็บจักรในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2548
 15. Kourinka, B., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering–Sorensen, F., Anderssonand G., & Jorgensen K. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics,*1987; 18(3), 233–237.
 16. ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์. การป้องกันภาวะบาดเจ็บจากการทำงาน: นวัตกรรมใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ คณะเทคนิคการแพทย์: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2546.
 17. Ketola, R. Physical workload as a risk factor for symptoms in the neck and upper limbs: Exposure assessment and ergonomic intervention. *Journal of Sports Science and Medicine,* 2004; 3(5),1–46.
 18. ธนรัตน์ บุญเรือง. ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของร่างกายส่วนบนที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน. ใน สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง และปฐม สวรรค์–ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ), ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เจ เอส เค การพิมพ์. 2542.
 19. Bernard, B. Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review ofepidemiologic evidence for work–related musculoskeletal disorders of the neck, upperextremity, and low back. US Department of Healthand Human Services (DHHS). Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and H.1997.



20. Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parson, M.A. Health Promotion in nursing practices (5rded.). New York: Appleton & Lange.2006.
21. Ekman, A., Andersson, A., Hagberg, M. & Hjelm, E. W. Gender differences in musculoskeletal health of computer and mouse users in the Swedish workforce. *Occup Med (Lond)*. 2000; 50, 608–613
22. Ferreira, J. M., Conceicao, G. M., & Saldiva, P. H. Work organization is significantly associated with upper extremities musculoskeletal disorders among employees engaged in interactive computer–telephone tasks of an international bank subsidiary in Sao Paulo, Brazil. *American Journal of Industrial Medicine*.1997; 31, 468–473.
23. วิลาวรรณ ชัยแก่น. ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอัตราความชุกของอาการปวดทางโครงร่างและกล้ามเนื้อในคนงานโรงงานผลิตชิ้นส่วนสารกึ่งตัวนำในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2549
24. Korhonen, T., Ketola, R., Toivonen, R., Luukkonen, R., Häkkinen, M. & Viikari-Juntura, E. Work related and individual predictors for incident neck pain among office employees working with video displayunits. *Occup Environ Med*, 2003; 60, 475–482.
25. Shoval, K., & Donchin, M. Prevalence of upper extremity musculoskeletal symptoms and ergonomic risk factors at a Hi-Tech company in Israel. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 2005; 35, 569 –581.
26. NIOSH. Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. 1997. Retrived April 5,2008, from <http://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/>



ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุน จากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 174 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 23 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 19 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 4.38 วัน ต่อสัปดาห์โดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การรับประทานยา และการดูแลเท้าและสุขอนามัยที่ดีที่สุด โดยเฉลี่ย 6.67 และ 5.38 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน การรับประทานอาหาร ปฏิบัติได้ 3.33 วันต่อสัปดาห์ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการประเมินตนเองนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติได้น้อยที่สุดเฉลี่ย 3.25 วันต่อสัปดาห์และเมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

คำสำคัญ : การทำหน้าที่ของครอบครัว, การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



Relationship between Family function and Perceived Family support with Diabetes Self-care Behavior of Patients with type 2 Diabetes Mellitus in Banpong District, Ratchaburi Province

*NuanAnongSrisuksai**

Abstract

The objective of this research was to study relationship between family function and perceived family support with diabetes self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus. A sample of 174 persons was selected from patients with type 2 diabetes mellitus, equal to over 40 years old. The research instrument consisted of 4 parts. Part 1 variables included personal data; age, sex, marital status, education, income, time of diabetes mellitus. Part 2: Thai Family Functioning Scale (30 questions). Part 3 Perceived Family Support scale (23 questions) and Part 4 Diabetes Self-care Behavior (19 questions). Data were analyzed by percentages, means and standard deviations. Pearson's Product Moment Correlation was used for analyzing the associations among variables.

The major results found that patients with type 2 diabetes could practice the self-care behaviors which were good for their health about 4.38 days per week. Considering the detail, most participants could perform self care behavior with medication management, diabetes foot care, and general hygiene at the highest scores (Mean = 6.67 and 5.38 days per week, respectively). Furthermore, the self-care behaviors relating to diabetic food management was rated as the third highest at 3.33 days per week. However, physical activity and self assessment were rated lowest at 3.25 days per week. Moreover, family function and perceived social support significantly associated with self care behaviors ($p = 0.001$).

Keywords : Family function, Perceived family support, Self-care behavior, Patients with type 2 diabetes

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบัน ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 170 ล้านคน และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 ปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุกๆ 1 นาที ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป¹ ในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น 247,165 คน คิดเป็น 444.16 ต่อแสนประชากร ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยนี้อาจเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะยังมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก ซึ่งหากพิจารณาแล้ว รัฐบาลจะต้องรับภาระของผู้ป่วยเหล่านี้เพิ่มขึ้นทุกปี²

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด³ ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น และเมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีระดับสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง⁴ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนแต่มีผลเสียอย่างมากในแง่การเจ็บป่วย (morbidity) และการสูญเสียชีวิต (mortality) อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน⁵ แต่หากผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นได้ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การวางแผนโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม การหมั่นพบแพทย์อยู่เป็น

ประจำ รับประทานยาให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ดูแลเท้า และประเมินตนเอง^{5,6,7} จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานมักมีการดูแลตนเองในทุกด้านที่กล่าวมา^{8,9,10,11} แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการควบคุมอาหาร¹² ปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่ได้ปรุงอาหารด้วยตนเอง และไปรับประทานอาหารนอกบ้าน จึงไม่สามารถควบคุมการปรุงได้¹³ อีกประการหนึ่งคือการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องโดยผู้ป่วยจะละเลยการรับประทานยาให้ถูกต้อง⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ออกกำลังกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย¹² การดูแลเท้าเป็นการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ดูแลรักษาความสะอาดเท้าและไม่ทำให้เท้าชุ่มชื้น เดินเท้าเปล่า ออกนอกบริเวณบ้าน ไม่เคยบริหารเท้า และไม่เคยตรวจเท้าด้วยตนเองส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าจนต้องตัดขา^{14,15,16} ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 จังหวัดราชบุรี มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 39,428 คน และโรคนี้ถือเป็นสาเหตุของการตายในลำดับที่ 6 รองจาก โรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียน อุบัติเหตุ โรคทางเดินหายใจ และโลหิตเป็นพิษ นอกจากนี้ข้อมูลในระดับอำเภออำเภอบ้านโป่ง จ.ราชบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 5,641 คน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด¹⁷ ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานเข้าอนโรครักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเฉลี่ยเดือนละ 100 ราย ด้วยโรค ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ต้องสูญเสียอวัยวะจากการเกิดแผล ร้อยละ 30.26¹⁸

โอเรมกล่าวว่าปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic



self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) การดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทรวมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการ แหล่งประโยชน์ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เน้นที่จะศึกษาในปัจจัยด้านครอบครัวที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเอง¹⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการวิจัยยังมีน้อยและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่พบว่าเป็นงานวิจัยต่างประเทศ ซึ่งบริบทของครอบครัว และบริบทของสุขภาพมีความแตกต่างจากสังคมไทย ดังนั้นผู้วิจัยมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน จึงสนใจที่จะศึกษาบริบทของครอบครัวที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรค และเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในโรคอื่นๆต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ในช่วงเดือน มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2554

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 7 แห่ง ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 แห่งในอำเภอบ้านโป่งทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานนัดที่เข้ารับบริการการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง 174 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน โครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว
2. แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale (TFFS) ของวรรณภา สุทธิอำนาจกุล²⁰ แบบสอบถามนี้เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย เท่ากับ 0, เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง เท่ากับ 1, เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เท่ากับ 2 และเกิดขึ้นเป็นประจำ เท่ากับ 3 ข้อคำถามจำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การติดต่อสื่อสาร และวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-90 คะแนน และมีการจัดแบ่งคะแนนรวมของ



องค์ประกอบพื้นฐานของครอบครัวเป็น 3 ระดับ คือ 0-30 คะแนน หมายถึง มีองค์ประกอบครอบครัวในระดับต่ำ, 30-60 คะแนน หมายถึง มีองค์ประกอบของครอบครัวในระดับปานกลาง และ 60-90 คะแนน หมายถึง มีองค์ประกอบของครอบครัวในระดับดี เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่ศึกษา และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.82

3. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการรับรู้สนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว Modified Perceived Social Support from Family scale (MPSS-Fa)²¹ จำนวน 19 ข้อ แบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 การรายงานผลใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.50 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับต่ำ, 2.51-3.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับสูง

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.81 ต่อมาผู้วิจัยได้นำมาทดลองใช้และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

4. แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเองของ ภาวนา กิรติยุดวงศ์²² โดยพัฒนามาจากแบบสอบถาม รวม 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้า

และสุขอนามัย และการรับปรึกษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองตามความถี่ของการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเอง ตั้งแต่ 0-7 คะแนน ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 0 และ ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 7 คะแนน ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อเป็นเชิงลบ จำเป็นต้องมีการแปลงคะแนนก่อนนำมาคิดค่าคะแนนรวม คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-133 คะแนน โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับดี แต่หากมีคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการดูแลตนเองไม่ดี ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.80

ประสิทธิภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ได้ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.81 แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่ศึกษา และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าพอยต์บิเซอเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมการ



ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 4.38 วัน ต่อสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา และการดูแลเท้าและสุขอนามัยที่ดีที่สุด โดยเฉลี่ย 6.67 และ 5.38 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ปฏิบัติได้ 3.33 วันต่อสัปดาห์ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการประเมินตนเองนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติได้น้อยที่สุดเฉลี่ย 3.25 วันต่อสัปดาห์ และเมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.245, p < 0.001$ และ $r = 0.291, p = 0.000$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปรพบว่า

การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นบทบาทหรือวัตถุประสงค์ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว และสังคมนั้นดำรงอยู่²³ ซึ่งครอบครัวเป็นระบบเปิด และมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ดังนั้นพฤติกรรม

ของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัว การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงลำพังจำเป็นต้องพิจารณาบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย²⁴ ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย การศึกษาครั้งนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.245, p < 0.001$) นั้นหมายความว่าถ้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ ศุภปีติพร และศิริลักษณ์ ศุภปีติพร²⁵ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทไม่ต้องการอินซูลินพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหาและความผูกพันทางอารมณ์สามารถร่วมทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 25 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Wen และคณะ²⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศเม็กซิโก พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นยังส่งผลทางอ้อมกับการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัว คือการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และให้การยกย่อง ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทองและสิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย และจิตใจและยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยนั้นจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งหมายถึงการมีพฤติกรรมการดูแล



ตนเองที่ดีของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.291, p < 0.000$) นั้น หมายความว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีก็จะมีกิจกรรม การดูแลตนเองได้ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ของ Wang & Fenske²⁷ ทำการศึกษาเกี่ยวกับการ สนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและ เพื่อนดีจะส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา ชมพูศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ และติลก ไตรไพบูลย์²⁸ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัด ลำปางพบว่า การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการควบคุม อาหาร และด้านการใช้ยา คล้ายกับการศึกษาของ Skinner และคณะ²⁹ เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคม และรูปแบบส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายการดูแล ตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ดี และการศึกษา ของภณชิตลา อีรูรัตน์³⁰ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 ราย พบว่า การ สนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการ ประเมินตนเองที่ยังไม่เหมาะสม และยังพบว่า การ ทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุน

จากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ในการกำหนดแนวทางในการพัฒนางานดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากที่พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองของ กลุ่มตัวอย่างในด้านการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย และการประเมินตนเองยังไม่เหมาะสม ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงสาเหตุ และปัจจัยที่แท้จริง ตามบริบทของชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับ พฤติกรรมของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลตนเองได้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต หรือ อาจจัดกิจกรรม การอบรม เพื่อสนับสนุนและส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นความสำคัญของการดูแล ตนเองในด้านต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น

1.2 จากการวิเคราะห์หัวข้อแปรที่ศึกษาพบ ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจาก ครอบครัวส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะฉะนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญในการ ศึกษาบทบาทและหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวของ ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วน ร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานให้มากยิ่งขึ้นหรือเมื่อมีการจัดอบรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ควรให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วม เพื่อให้ครอบครัว มีความเข้าใจในการดำเนินของโรค และสิ่งที่ผู้ป่วย จะต้องปฏิบัติ และสามารถสนับสนุนการทำกิจกรรม ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ให้มากขึ้น

2. ด้านนโยบาย

2.1 ควรจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยมุ่งเน้นในด้านการติดตาม การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องการให้ครอบครัวของ



ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาทั้งของตัวผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากครอบครัวเพื่อเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรกำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้เข้าร่วมอบรม ประชุมวิชาการ ศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่ทันสมัย มีความทักษะเฉพาะทาง เสริมสร้างความมั่นใจแก่บุคลากร และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3. ด้านการวิจัย

3.1 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นในการทำวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรืออาจเป็นปัจจัยด้านครอบครัวอื่นๆ ด้วย

3.2 ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ถึงปัจจัยด้านครอบครัว หรือปัจจัยอื่นๆ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยมิได้มุ่งเน้นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วย

3.3 ควรทำการศึกษาถึงโปรแกรมหรือแบบแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. [cited 2008 16 December]; Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/>

diabetes/en/.

2. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 2548; 36(47): 826-8.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก; 2542.
4. เทพ หิมะทองคำ. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยาศาสตร์ จำกัด; 2547.
5. วิทยา ศรีมาตา. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3 ed. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
6. Funnell MM, Anderson RM. MSJAMA: The problem with compliance in diabetes. Journal of American Medical Association. 2000; 284(13):1709.
7. Keeratiyutawong P. A Self-management Program for Improving Knowledge, Self-care activities, Quality of life, and Glycoylated HbA1c in Thais with Type 2 Diabetes Mellitus. Bangkok, Thailand: Mahidol University; 2005.
8. วิลาวัลย์ ผลพลอย, อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, วิมลรัตน์ จงเจริญ, และสุวิธนา รัตนชัยวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2539; 16(1): 18-35.
9. รัชณี โชติมงคล, อัมพรพรพรรณ อธิรานูตร, และ สุวรรณา บุญยະสิพรธณ. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
10. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, พิบูลย์ กาญจนพิบูลย์, และจินดา ศรีสโว. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับ



- ผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ, 2544.
11. Pun SPY, Coates V, Benzie IFF. Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients' and providers' perspectives: literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2009; 1(1): 4-19.
 12. กุลฤดี จิตยานันต์ และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ตำบลบ่อขวางทอง อ.กวางทอง จ.ชลบุรี. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 2550.
 13. Ary D, Toobet D, Wilson W, Glasgow R. Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen. *Diabetes care*. 1986; 9(2): 168-72.
 14. ตวงรัตน์ อินทรแสน. การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
 15. Broussard CL. Loss of protective foot sensation and shoe wearing habits in persons with diabetes mellitus. Texas: Texas woman's University 2000.
 16. Sawangjai S. A study of foot care behaviors in type 2 diabetes patients. Nakhonpathom: Mahidol University; 2006.
 17. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศอำเภอบ้านโป่ง. รายงานโครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อในเขตอำเภอบ้านโป่ง. 2550 [cited 2008 15 December]; Available from: HYPERLINK "http://203.157.146" http://203.157.146. 43/e50/report_m.php.
 18. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ราชบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2550.
 19. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. 3rd ed. New York: MC Crew Hill; 1995.
 20. วรณภา สุทธิอำนวยกุล. แนวคิดหลักการเกี่ยวกับองค์ประกอบและแบบโครงสร้างในการทำหน้าที่ของครอบครัว. *วารสารศึกษาศาสตร์พยาบาล*. 2547; 15(3): 8-19.
 21. Zhang H. Family support and Self-care Behavior of Brest cancer patients receiving combined therapy at six teaching hospital Meijing. Chiang Mai: Chang Mai University; 1999.
 22. ภาวนา กิริติยวงศ์และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาข้อมูลทางคลินิก ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเองและคุณภาพการบริการ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2542.
 23. House JS. The nature of social support. In: Reading MA, editor. *Work stress and social support*. Philadelphia: Addison Wesley; 1985.
 24. อุมาพร ตรังคสมบัติ. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว. *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวจำกัด; 2544.
 25. Suppakitiporn Su, Suppakitiporn Si. The family function and glycemic control of non-insulin dependen diabetes mellitus. *Chula Med J*. 2005; 49(5): 269-80.
 26. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*. 2004; 30(6): 980-93.
 27. Wang C-Y, Fenske MM. Self-Care of Adults With Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: Influence of Family and Friends. *The Diabetes Educator*. 1996; 22(5): 465-70.
 28. มุทิตา ชมพูนศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และดิลก ไตรไพบูลย์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. *พยาบาลสาร*. 2551; 35(4): 120-31.



29. Skinner TC, John M, Hampson SE. Social support and personal model of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescent with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000;25(4):257-67.
30. ภัณฑิลา อธิฐรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*. 2541;21(3):22-31.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

สุรีย์พร บุญญกริยากร*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดี มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดียังมีจำนวนน้อย ดังนั้น การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดีในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35, 42 และ 45 ตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.727, 0.543, p\text{-value} < 0 = .001, 0.001$ ตามลำดับ) แต่ปัจจัยสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี, การใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี, พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลราชวิถี



Factors Related to Preventive Behaviors Affecting Complications of Cholangiocarcinoma's Patients after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage

Sureeporn Punyagariyagorn*

Abstract

Patients with Cholangiocarcinoma cancer who had been treated with Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) has high mortality rate due to complications of the disease and its treatment. Based on literature review, there were few studies about preventative behaviors affecting complications in these patients. This descriptive research was conducted to examine factors related to behavior for preventing complication of cholangiocarcinoma patients after PTBD by using Becker's Health Belief Model. The sample included 100 cholangiocarcinoma patients after receiving PTBD in Surgical Division, Rajavithi Hospital. Data were collected by using questionnaires developed by the researcher based on Becker's Health Belief Model. Quality of questionnaires was explored and it was in an acceptable level. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson product-moment correlation coefficient.

The main findings were that personal perception health motivation, and supportive factors of most samples were in the medium level (35%, 42%, and 45%, respectively). Results of testing study's hypotheses found that personal perception and health motivation factors were significantly positive associated with preventative behavior affecting complications of the sample ($r = 0.727, 0.543, p\text{-value} < 0 = .001, 0.001, \text{respectively}$). However, supportive factors were not associated with preventive behavior affecting complications of the sample.

Based on results of the study, it suggested that self care behaviors of the patients should be promoted using social network. Teaching the patients about preventing complications after PTBD and referring the patients to the hospitals near their houses for continuing care should be focused.

Keyword : Cholangiocarcinoma, Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage, Preventative Behaviors Affecting Complications

* Registered nurse Surgical Department Rajavithi Hospital
Master of Science (Health Education) Major Field: Health Education, Department of Physical Education Thesis
Advisor: Kasetsart University



บทนำ

มะเร็งในท่อน้ำดีพบได้บ่อยทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยยังสูงมาก โดยเป็นประเทศที่มีมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกและยังไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลง แต่ละปีมีผู้ป่วยทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้นับว่า 20,000 คน โดย 70% ของจำนวนนี้เป็นคนไทย และพบว่าเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุด โดยพบผู้ป่วยชาย 100 คนจาก ประชากร 100,000 คน พบผู้ป่วยหญิง 50 คน จากประชากร 100,000 คน มากกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบผู้ป่วยเพียง 2 ราย จากประชากร 100,000 คน¹ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การมีโรคเฉพาะ พฤติกรรมการบริโภค ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมที่ก่อให้เกิดโรค มะเร็งในท่อน้ำดีสร้างคามทุกข์ทรมานความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษานาน ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาทางด้านรังสีรักษาเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการรักษาแบบผสมผสาน รวมทั้งการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ทันท่วงทีหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และอาจเสียชีวิตได้²

จากสถิติแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลราชวิถี ในปี 2552, 2553 และ 2554 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกศัลยกรรม จำนวน 290, 224 และ 300 ราย ตามลำดับ และได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี (PTBD) จำนวน 166, 155 และ 128 ราย ตามลำดับ³ และมีอัตราการเสียชีวิตภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาลดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยพฤติกรรมกำบังภาวะ

แทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดีไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างครบถ้วน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตเร็วขึ้น เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันมีเพียงการผ่าตัดเอาเนื้องอก รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่มีการกระจายของมะเร็งออกทั้งหมดร่วมกับการต่อลำไส้เข้ากับทางเดินน้ำดีที่เหลือ (Curative Resection with Biliary Enteric bypass) และพบผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดใน 3 ปี ร้อยละ 40-60 (Chamberlain and Blumgart)⁴ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 ที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ เนื่องจากโรคลุกลามจนเกินระยะที่จะผ่าตัด

การใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี สายระบายเลื่อนหลุด และสายระบายอุดตันซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และด้านสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดีต้องสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมหรือลดความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵

การที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี มีพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ



ได้แก่ ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ นอกจากนี้แล้วยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี⁵

การวิจัยนี้ได้้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker)⁶ ซึ่งกล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้บุคคลต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นต้องไม่มีอุปสรรคที่ขัดต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยสนับสนุน ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพบุคคลนั้นๆ ด้วย จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์⁷ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 ราย พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตรงตามความเป็นจริงปรับตัวได้ดีกว่าผู้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเกินความเป็นจริง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 26 ผู้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

ด้านอารมณ์ และ Wongkonkitsin *et al.*⁸ ได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังและไปข้างหน้าระหว่าง พ.ศ. 2543-2545 ทำการติดตามผู้ป่วยจนถึงปี พ.ศ. 2547 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 41 ราย โดยพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การอุดตันของสายร้อยละ 9.76 และ 18.07 สายเลื่อนร้อยละ 21.95 และ 26.83 ในผู้ป่วยที่ทำ PTBD แบบชั่วคราวและถาวรตามลำดับ สอดคล้องกับการสุ่มสำรวจประวัติการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ทำ PTBD จำนวน 30 ราย ที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่สายระบายอุดตัน ร้อยละ 100 สายเลื่อนหลุด ร้อยละ 36.67 และมีผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ในจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินน้ำดีพบว่าผู้ป่วย 15 ราย เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายในระยะเวลา 1-5 เดือน หลังจากการรักษาและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและเกิดการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ

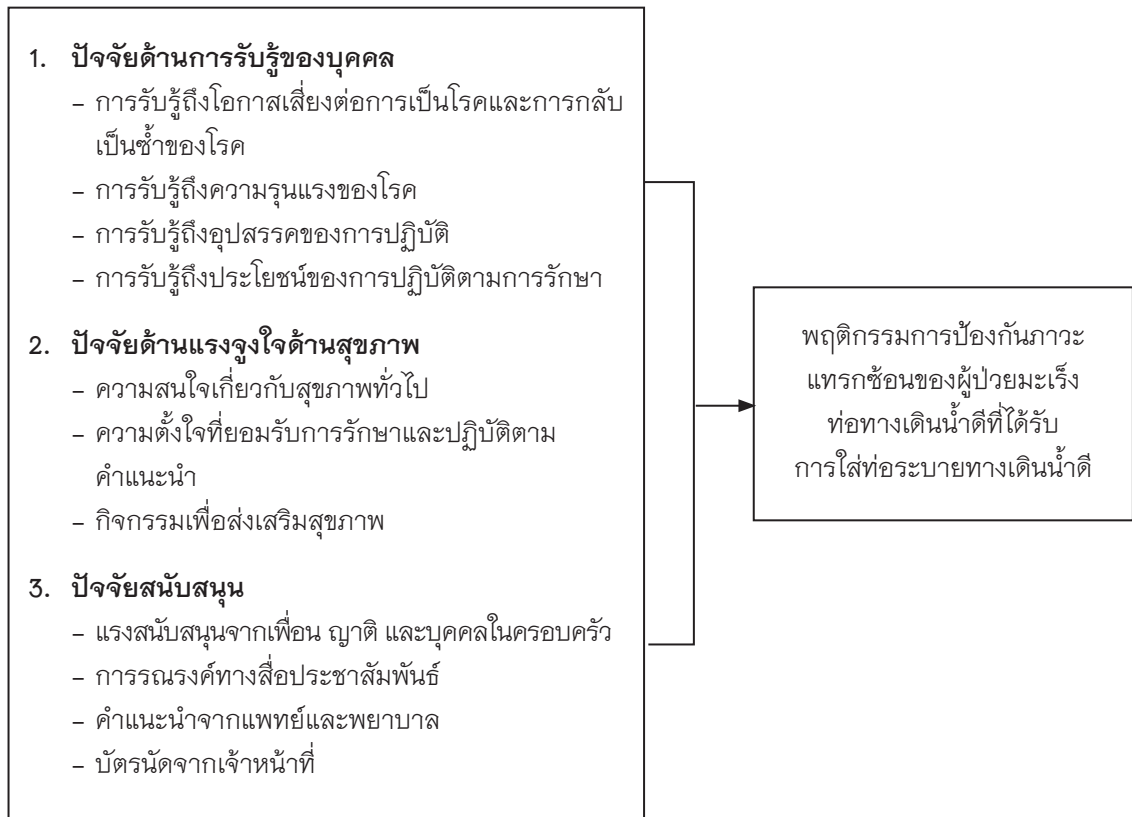
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ควบคุมหรือลดความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกั้นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกั้นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

2. ปัจจัยด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกั้นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

3. ปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกั้นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 128 คน จากสถิติผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตามรูปแบบของทาโร ยามาเน จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยได้ปรับให้เหมาะสมในการศึกษา



วิจัยครั้งนี้ คือ จำนวน 100 คน โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี และได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดี 3) มาติดตามการรักษาที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี 4) สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker⁶ และจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษาข้อมูลให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดในลักษณะตรวจรายการ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

2) แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ของบุคคล มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด จำนวน 32 ข้อ เป็นทางบวก 24 ข้อ เป็นทางลบ 8 ข้อ

3) แบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด จำนวน 17 ข้อ เป็นทางบวก 11 ข้อ เป็นทางลบ 6 ข้อ

4) แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด จำนวน 13 ข้อ เป็นทางบวก 12 ข้อ

เป็นทางลบ 1 ข้อ

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อน้ำดี มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติมาก ปฏิบัติมากที่สุด จำนวน 24 ข้อเป็นทางบวกทุกข้อ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อน้ำดี แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความคิดเห็น จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล ติรภานันท์)⁹ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$
	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับตามข้อเสนอนั้น ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .88



การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 201/2555 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555-ธันวาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินน้ำดี ในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลราชวิถี วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76 อายุอยู่ในช่วงที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44 รายได้มีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 27

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระดับปฏิบัติน้อย คิดเป็นร้อยละ 40, ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35, ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42 และปัจจัยสนับสนุน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของระดับตัวแปรด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ แรงจูงใจ และปัจจัยสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ระดับ	ร้อยละ	\bar{X}	SD	Min	Max
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	น้อย	40	77.91	4.56	71	87
ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล	ปานกลาง	35	101.11	4.88	93	111
ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ	ปานกลาง	42	50.07	2.74	44	55
ปัจจัยสนับสนุน	ปานกลาง	45	38.32	1.23	35	42



ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่ม

ตัวอย่าง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.727, 0.543, p\text{-value} < 0 = .001, 0.001$ ตามลำดับ) แต่ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล	.727	.001
ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ	.534	.001
ปัจจัยสนับสนุน	.145	.151

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยการรับรู้ของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องของคนในระดัที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีด้วย ซึ่ง เคิร์ท เลวิน อังใน เบ็คเกอร์ (Kurt Lewin cited in Becker)⁶ เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้ในสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนได้ และ โรเซนสต็อค (Rosenstock)¹⁰ ที่เห็นว่าการรับรู้ของบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับคำกล่าวของ สมจิต หนูเจริญกุล¹¹ ที่กล่าวถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self care requisites) โดยเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้

ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง หากได้รับปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูง จะทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับที่สูงด้วย สอดคล้องกับ บำเพ็ญจิต แสงชาติ¹² ที่กล่าวว่าผู้ป่วยควรเลือกทำกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยจัดช่วงเวลาของการพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งหาวิธีแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับ และลดความไม่สุขสบายที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น อาการคันตามผิวหนังซึ่งเกิดจากภาวะ Jaundice เกิดการระคายเคืองทำให้รู้สึกคันไม่ได้เกิดจากการแพ้ ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเอง โดยการทา Calamine lotion หรือ Antipruritus oil ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงดูแลให้ได้รับยา Antihistamine ตามแนวการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากๆ ตามที่ร่างกายต้องการหากไม่มีข้อจำกัด เพื่อช่วยระบายและขับปัสสาวะออกจากร่างกาย เพื่อช่วยลดอาการคันทำให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ กรีน และกรีเตอร์ (Green and Kreuter)¹⁵ ได้กล่าวว่าจำเป็นต้องมี“การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็น



แรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมามีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลที่จะกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคณา นวलय¹⁴ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การที่ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องมาจาก ขาดการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยใช้แหล่งประโยชน์หรือเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องไม่มีแนวทางในเรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียงที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี โดยจัดในรูปแบบต่างๆ เช่น อบรม การสอน หรือให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยเน้นให้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามการรักษา ฝึกปฏิบัติ การดูแลสายระบายน้ำดีและการดูแลแผลทางออกของสาย จัดทำตารางการสาธิต การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี เป็นต้น

2. เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียงบ้านเกี่ยวกับการทำแผลบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดี และการล้างสายระบายน้ำดีอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้เคียงได้ เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้กับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเด็นอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัวอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี เพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้รายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี ที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ในการเผชิญกับโรคและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนพัฒนาความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษาดูแลผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประยุกต์กับการศึกษาโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็งชนิดอื่น

4. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมสุขภาพศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยแนะนำให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือนการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

1. บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และโสฬศิศ วงศ์คำ. Cholangiocarcinoma: Update for today and tomorrow.การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2551; 8 ตุลาคม 2551; ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
2. อภิชาติ แสงปราษฎ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต], อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.
3. โรงพยาบาลราชวิถี. สถิติผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม. กรุงเทพฯ : แผนกศัลยกรรม; 2554.
4. Chamberlain RS, Blumgart LH, editors. Hepatobiliary surgery. Landes Bioscience: University of Michigan; 2000.
5. อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุภโรยสิน, อนันต์กรลักษณ์ และธีรฤดี คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
6. Becker MH. The health model and sick role behavior. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles, B. Slack 1974; 2:324-47.
7. นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
8. Wongkonkitsin, N., A. Phugkhem, K. Jenwitheesuk, O. Saeseow and V. Bhudhisawasdi. 2006. "Palliative surgical bypass versus percutaneous transhepatic biliary drainage on unresectable hilar cholangiocarcinoma". J Med Assoc Thai, 89(11): 1890-1895.
9. สุวิมล ตีรกานันท์. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
10. Rosenstock IM. Historical original of the health belief model. Health Education Monographs; 1974.
11. สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล ศาสตร์ของการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง; 2544.
12. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. คู่มือทักษะชีวิตในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2544.
13. Green LW., Kreuter MW. Health promotion planning. An Educational and Environmental Approach. 2nd ed. Palo Alto: Mayfield; 1991.
14. อังคณา นวลยง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.



การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี

ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์*

พิมลรัตน์ พิมพีติ** ศศิพินทุ มงคลไชย**

พวงพยอม จุลพันธ์** ยุพยงค์ พุฒธรรม**

บทคัดย่อ

การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลอุดรธานี และเพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติการ ดำเนินงาน และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ 20 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการ 30 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 30 คน ผู้ดูแลหลัก 30 คน ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึง สิงหาคม 2554 รวม 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) แบบสังเกตพฤติกรรม 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาจากทีม สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่าด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.60$, $SD \pm .498$) ด้านผู้ให้บริการความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$, $SD \pm .565$) โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 91.68 ผลการศึกษาคั้งนี้สรุปว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ดังนั้นควรนำระบบดังกล่าวไปกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งเครือข่ายต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี



The Development of the Palliative Care System for End of Life Patients at Udonthani Hospital.

*Tussanee Tasprasit**

*Phimolrat Phimdee** Sasipin Mongkolchai***

*Paungpayom Jullapan** Yupayong Puttatum***

Abstract

The purposes of this study were to assess the situation of palliative care management, to develop the palliative care system for end of life patients at Udonthani Hospital, and to evaluate outcome of the palliative care system by using Deming Cycle. This cycle composed of 4 steps: Plan, Do, Check, Act. The purposive sampling was used. One hundred and ten samples were divided into 4 groups: 20 administrators, 30 nurses, 30 end of life patients, and 30 care givers who was treated during October 2009 to August 2010. The operational instrument was the guideline of palliative care system for end of life care patients. The research instruments composed of 4 parts: 1) Semi-structure interview form 2) Behavioral observation form 3) Health care providers' satisfaction questionnaire and 4) Family Satisfaction questionnaires. The Cronbach Alpha Co-efficiency reliability of health care providers' satisfaction questionnaire was .91 and family satisfaction questionnaire was .95. Data were analyzed by frequencies, percentage, and standard deviation.

The result reported that the palliative care system for end of life care patients which developed by multidisciplinary team composing of the guideline of palliative care for end of life care patients and the referral system for end of life care patients from hospital to community. After using this palliative care system, the patients were treated with more holistic approach, the overall satisfaction of family was high ($\bar{X} = 4.60$, $SD \pm .498$), the health care providers' satisfaction was also high ($\bar{X} = 4.09$, $SD \pm .565$). There were 91.68% of behaviors that nurses were able to do following the guideline of palliative care for end of life care patients.

This result of study indicated that developed palliative care for end of life care patients increase positive outcome of end of life care patients. Therefore, this system should be generalized to all other settings.

Keyword : development of system, palliative care, end of life.

* Registered Nurse, Senior Professional Level,

** Professional Level, Udonthani Hospital.



บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด¹ ถึงแม้ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ² ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น³ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล⁴ ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก มักถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้ายๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม^{5,6} การดูแลมุ่งเน้นที่การรักษามากกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิภาวะ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านพยาบาล เช่น อายุและประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบบริการและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ⁶

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมาย

ของ palliative care ไว้ว่าเป็นวิธีการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหา เนื่องจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการสืบค้นปัญหาของความเจ็บป่วยและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ⁷ ให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ประเมินอย่างแม่นยำและครอบคลุมรวมทั้งการบำบัด

การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาล เป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นผู้ประสานงานในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และเชื่อมต่อข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย รวดเร็ว และครอบคลุม⁸

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 806 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขตจังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลในเครือข่ายอีก 7 จังหวัด สถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2551-2553 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกคือ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุและการเป็นพิษ 3) ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด 4) โรคหัวใจ และ 5) โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง⁹ จากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ซึ่งเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานี ยังมีการจัดรูปแบบการให้บริการไม่ชัดเจน มีแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน และไม่ครอบคลุมองค์รวมทั้งภายในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน ที่สำคัญบุคลากร



ทีมสุขภาพบางส่วนยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มการพยาบาล ได้เห็นความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน จึงได้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุตรธานี
2. พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุตรธานี
3. ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุตรธานี

กรอบแนวคิด

การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุตรธานีครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจร จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Community based & home based Community care) ควบคู่กับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ WHO เน้น 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วัดความพึงพอใจของผู้ให้บริการและความพึงพอใจของครอบครัวเป็นผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแล ส่วนกระบวนการพัฒนาใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพของ เดมมิง (Deming cycle) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้านี้ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน (P-Plan) ระยะเวลาปฏิบัติการ (D-Do) ระยะเวลาติดตามประเมินผลพัฒนา

(C-Check) ระยะเวลาปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (A-Act)

วิธีการดำเนินงานวิจัย

เป็นการศึกษา และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมมิง ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ การสะท้อนข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติ และประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ผู้ดูแลหลัก 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ 20 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 30 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 30 คน ผู้ดูแลหลัก 30 คน ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึง สิงหาคม 2554 รวม 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือคู่มือระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลในระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุตรธานี ดังนี้

2.2.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้ในการสนทนากับกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหาของการดูแลแบบ



ระดับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน
2) ระบบหรือแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น
3) ข้อเสนอแนะที่จะช่วยให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย

2.2.2 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล เนื้อหาประกอบ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการ 4) ค่าใช้จ่าย และแหล่งสนับสนุน 5) การได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ 6) การดูแลต่อเนื่อง 7) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา 8) ความพึงพอใจต่อบริการ 9) ความต้องการความช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะ

2.2.3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วย 1) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลทั้งขณะเข้ารับการรักษา ก่อนการจำหน่าย และหลังออกจากโรงพยาบาล 6) ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหา 7) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย 8) ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน 9) แหล่งที่สนับสนุนและช่วยเหลือ 10) ความต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีระดับคะแนน 0-1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติและปฏิบัติ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการและแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ

การดำเนินการศึกษา การศึกษาดังนี้ ได้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจร เดมมิง ดังนี้

1. การเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ประชุมอบรม ศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2 สร้างแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแลแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ

1.3 สร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจกับบริบทของพื้นที่ในแต่ละหอผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ร่วมพัฒนา

1.4 เสนอโครงการเพื่อขอขออนุมัติงบประมาณสนับสนุน

2. การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเดือน ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2553

2.2 ระยะที่ 2 วางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา โดย 1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุม 2) ระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ร่วมพัฒนา กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน 3) กำหนดกิจกรรม



แผนดำเนินการ ตัวชี้วัด และผลลัพธ์

2.3 ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติ ปรับปรุงการปฏิบัติ และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของทีมนักศึกษา สังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามผล มีขั้นตอนดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) จัดเตรียมเอกสารและประชุมชี้แจงคณะทำงาน กำหนดช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและมอบหมายภารกิจ 3) ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน สร้างช่องทางการประสานงานและกำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผล 4) ประชุมชี้แจงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน 5) นำแนวทางการพัฒนาในแต่ละกิจกรรมไปสู่การปฏิบัติตามแผน เช่น การจัดอบรมให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แก่ผู้ให้บริการและผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 6) สะท้อนผลการปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ดีขึ้นร่วมกัน

2.4 ระยะที่ 4 การประเมินผล ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการ จากสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละระยะของการศึกษา 2) ด้านผลลัพธ์ จากคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติ คะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยายเป็นร้อยละ และความถี่ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ใช้แผนที่ความคิดในการจัดกลุ่มข้อความสำคัญ และสรุปเป็นประเด็นหลัก วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมศึกษา สร้างข้อสรุปชั่วคราวและนำไปเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎี ถ้ายังไม่ชัดเจนก็กลับไปรวบรวมข้อมูล

เพิ่มเติมซ้ำหลายๆ รอบ จนกว่าจะอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากข้อมูลเดิม สามารถนำไปสร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนให้เห็นภาพของแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา

1. **สถานการณ์ก่อนการพัฒนา** การศึกษาครั้งนี้ นำเสนอผลการศึกษาตาม Deming cycle พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 **การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง:** พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว หอผู้ป่วยมีการจัดระบบการดูแลไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม มีการจำกัดระยะเวลาในการเยี่ยม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ขาดการประสานการส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในชุมชน การพัฒนาในครั้งนี้ คือ จัดประชุมให้ความรู้เรื่องการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์ ประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลเรื่องแนวทางและเครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ PPS v.2 จัดหอบุคลากรให้มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเฝ้าและเยี่ยมได้ตลอดเวลา ประสานให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประกอบศาสนกิจตามความเชื่อ เช่น นิมนต์พระมาตักบาตรที่เตียงผู้ป่วย ถวายสังฆทาน เป็นต้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวเลือกที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จะมีระบบสนับสนุนทั้งด้าน



เครื่องมือ เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจนและเครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น และการฝึกทักษะของผู้ดูแลจากศูนย์สาธิตการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย มีระบบบริการส่งต่อแบบเอื้ออาทรโดยร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ

1.2 การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน : พบว่า แนวทางการประเมิน การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับไปดูแลต่อเองที่บ้านไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมต้องนำผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้ง การพัฒนาในครั้งนี้ คือ จัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลเรื่องการประเมินความปวด การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะความปวด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำเครื่องประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละวัย และกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ทำ มีการจัดตั้ง Pain clinic รับปรึกษาเรื่องการจัดการความปวด และ Palliative care clinic รับปรึกษาการดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีระบบการบริหารยาให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน โดยไม่ต้องนำผู้ป่วยกลับมาตรวจ

1.3 ความต่อเนื่องในการดูแล: พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลไม่ชัดเจน ขาดการส่งต่อข้อมูลและประสานการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นระบบทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่อง การพัฒนาในครั้งนี้ คือ มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและครอบครัว การสนับสนุนเครื่องมือ

อุปกรณ์ และอำนวยความสะดวกเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการจัดระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัดในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน โดยมีการส่งข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care center: COC)

1.4 การมีส่วนร่วมของทีม พบว่า การประสานการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนยังไม่ระบบที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาในครั้งนี้ คือ มีการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life care Team) และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดและวิธีการติดตามประเมินผลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น มีอาสาสมัครในชุมชนหมุนเวียนมาร่วมดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลัก เป็นต้น

1.5 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล พบว่า การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีระบบที่ชัดเจน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนยังน้อย เช่น ญาติผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมารถรับจ้างเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้านในราคาแพง และเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง การพัฒนาในครั้งนี้ คือ จัดตั้งศูนย์สาธิตการเรียนรู้เพื่อดูแลต่อเนื่อง ในโรงพยาบาล เช่น การดูแลท่อเจาะคอและการดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการทำอาหารปั่นผสมที่หน่วยโภชนาการ เป็นต้น ใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน โดยจัดให้มีระบบบริการส่งต่อแบบเอื้ออาทรร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมารถ การขอรับการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน



จากผู้มีจิตศรัทธา และกำหนดแนวทางการเยี่ยมและ
ส่งคืนอุปกรณ์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วย
ได้กลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่
คุ้นเคย ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และจากไปอย่าง
สงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

**1.6 การดูแลครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วย
ยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วย
เสียชีวิตแล้ว** พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย
เสียชีวิตแล้ว พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ไม่ชัดเจน ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและ
ญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษา น้อย การดูแล
ไม่ครอบคลุมองค์รวม การดูแลในขณะที่ผู้ป่วยใกล้
เสียชีวิต และภายหลังจากเสียชีวิตแล้วยังไม่มี
แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การพัฒนาในครั้งนี้ คือ
จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
และสนับสนุนอุปกรณ์ในประกอบศาสนพิธี เช่น
การถวายสังฆทาน การฟังบทสวดของแต่ละศาสนา
การขออโหสิกรรม การนิมนต์พระสงฆ์มาสวด
ข้างเตียง เป็นต้น จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแล
ภายหลังเสียชีวิต เช่น จัดทำเปลส่งสุข เพื่อนำร่าง
ผู้เสียชีวิตไปห้องนิติเวชอย่างมีศักดิ์และให้เกียรติ
กรณีญาติผู้เสียชีวิตมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีการ
ประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน ขอสนับสนุนโลงศพ
และรถนำส่งศพกลับภูมิลำเนาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

**2. ระบบการดูแลแบบประคับประคองใน
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรธานี** ผลการ
พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้
แนวคิดการจัดบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจร
จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ควบคู่กับแนวคิดการดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
WHO ประกอบด้วย

2.1 การประเมินเพื่อวินิจฉัยความ
ต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้
Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2)
เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากร
ในทีมที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย การให้คะแนน PPS ใช้
เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ
ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความ

รุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และ
ความรู้สึกตัว

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื้อหา
ประกอบด้วย คำจำกัดความ บทบาทและหน้าที่ของ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคองในระยะสุดท้าย ที่ครอบคลุมทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม การวางแผน
จำหน่าย แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน
และแนวทางการดูแลผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตแล้ว

2.3 การจัดการความปวดและความทุกข์
ทรมาน โดยจัดทำคู่มือแนวทางประเมินความปวด
และการจัดการความปวดที่จัดทำร่วมกันระหว่าง
ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดตั้งคลินิกเจ็บปวด
(Pain clinic) แนวทางการจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการ
ปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในระยะที่อยู่ใน
โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน

2.4 การสนับสนุนการดูแลทั้งในระยะรับ
การรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน
โดยการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์สนับสนุนบุคลากร
ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
และสนับสนุนครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มี
การจัดตั้งศูนย์สาธิตการเรียนรู้เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน
ได้แก่ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียง
ผู้ป่วย เป็นต้น มีระบบการประสานกับแหล่งประโยชน์
ในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการดูแล

**3.1 ความพึงพอใจของครอบครัวใน
การดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย**
พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบ
ประคับประคองในระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับ
มาก ($\bar{X} = 4.60$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหา
น้อยตามลำดับดังนี้ ด้านการปฏิบัติตามความเชื่อ
ทางศาสนาและวัฒนธรรมระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$)
ความพึงพอใจด้านการได้รับข้อมูล ($\bar{X} = 4.61$)
ความพึงพอใจด้านการดูแลความทุกข์สบาย และความ



พึงพอใจด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.48$)

3.2 ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากระดับมากที่สุดคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\bar{X} = 4.74$) รองลงมาคือการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ เป้าหมายการรักษาเป็นระยะมีส่วนร่วมสำคัญช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ($\bar{X} = 4.54$) และการเตรียมความพร้อมญาติ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติ/ผู้ดูแลมีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลงได้ ($\bar{X} = 4.50$)

นอกจากผู้ให้บริการพึงพอใจ ยังพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยรวมร้อยละ 91.68 พฤติกรรมการปฏิบัติมากที่สุด 6 พฤติกรรม คือ การให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย การจัดการกับอาการรบกวนของผู้ป่วยตามสภาพปัญหาอย่างเหมาะสม การเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย กรณีเสียชีวิตนำส่งร่างผู้เสียชีวิต โดยเปลส่งสุขไปยังแผนกนิติเวช และการประสานรถรับ-ส่งกลับบ้านถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการ คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 98 และประเมินปัญหาความต้องการผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 96 พฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยที่สุด คือ ประเมินเพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาคือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ คิดเป็นร้อยละ 80 และการบันทึกการตัดสินใจยินยอมให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ 88

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลอุตรธานี ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง ผลลัพธ์การนำระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้อภิปรายดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ ความพึงพอใจของญาติในการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตีมา โพธิศรี¹ ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสุบ้าน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงศ์⁴ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

2. ด้านผู้ให้บริการ ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของลลิตีมา โพธิศรี¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงศ์⁴ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ร้อยละ 67.50 และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์⁵ เกิดทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าใจแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง มีวิถีทำงานที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม และมีเครื่องมือช่วยในการดูแล

3. ด้านคุณภาพบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับสูงร้อยละ 91.68 อภิปรายได้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์⁵ ศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่



โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย
ได้รับการตอบสนองของครอบครัวในระยยะสุดท้าย
ได้รับการตอบสนองครอบครัวมากขึ้

4. ด้านองค์กร เกิดระบบการดูแลแบบประคับ
ประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ใน
โรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสห
สาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาศ
ปิยะวัฒน์พงศ์^๑

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไป
พัฒนาคุณภาพงาน

1.1 ด้านการบริหารเชิงนโยบาย

1.1.1 เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการ
ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ควรกำหนดกิจกรรมดูแลต่อเนื่อง และรูปแบบการ
ติดตามประเมินผลที่ชัดเจนตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับ
โรงพยาบาล เชื่อมลงชุมชนให้ชัดเจน

1.1.2 ควรส่งเสริมให้นำแนวการดูแล
แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อเนื่อง
สู่ชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัดอุดรธานีและ
มีการทบทวนแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อปรับปรุงให้เป็น
ปัจจุบันอย่างน้อยปีละครั้ง

1.1.3 สนับสนุนให้มีการศึกษา การ
พัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาลอุดร
และเครือข่าย เนื่องจากรูปแบบการศึกษาวิจัยจะทำให้
เกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนางานโดย ใช้หลักฐานเชิง
ประจักษ์ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อคิดเห็น
ต่างๆ

1.2 ด้านบริการหรือเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 การดูแลต่อเนื่องแบบประคับ
ประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเน้นพัฒนา
ศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การทำงานเป็นทีม
การพัฒนาฐานข้อมูลให้มีความทันสมัยครอบคลุม
เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน และการสร้าง
เครือข่ายการดูแลแบบสหวิชาชีพ จากการมีส่วนร่วม
ของชุมชน เพื่อการดูแลที่เข้มแข็งต่อไป

1.2.2 การดูแลที่บ้าน การจัดการบริการ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ที่บ้าน ควรค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว
และชุมชนมาใช้เพื่อดูแล มีช่องทางด่วนในการขอ
ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือ
ความกังวลใจของญาติได้ตลอดเวลา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลในระยะยาว เกี่ยวกับการ
ใช้แนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับการ
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. สิริมาศ ไพฑูริศรี. การดูแลแบบประคับประคอง
สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จาก
โรงพยาบาลสู่บ้าน. [รายการการศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
2. จิตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วย
เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่
โรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
2550.
3. สถาพร ลีลานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพ
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การ
เกษตรแห่งประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้
สูงอายุ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข;
2547.
4. โรงพยาบาลสงฆ์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแล
รักษาแบบระคับประคอง. กรมการแพทย์:
กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
5. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต
อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม
โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [รายงานการศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
6. ทองประทีป, เสียงสะทอนจากพยาบาลในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์:



- 2547; 11:2, 36–46.
7. World Health Organization. Pain relief and Palliative Care. In : National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO Geneva: 2000; 83–91.
 8. สิริมาต ปิยะวัฒน์พงศ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 9. ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศโรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยประจำปี. โรงพยาบาลอุดรธานี: อุดรธานี; 2555.
 10. ลิตารัตน์ สัมครสมาน. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
 11. Costello, J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*; 2001; 35(1): 59–68.
 12. Curtis, J.R., et al. A measure of the quality of dying and death: Initial Validation using after-death interviews with family members. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002; 24(1):17–31.
 13. Raymond, C., Joan, W. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review) The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2010.



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประกาศเกียรติคุณ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลดีเด่นประจำปี 2556

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาคัดเลือกอาจารย์พยาบาลและพยาบาลที่มีผลงานดีเด่นในด้านการศึกษาพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล และด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเป็นผู้ที่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ อุทิศเวลา แรงกาย แรงใจและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์สมควรได้รับการเชิดชูเกียรติ ยกย่องให้เป็นบุคคลตัวอย่าง และเป็นแบบอย่างที่ดีในวิชาชีพพยาบาล ประจำปี 2556 จำนวน 4 รางวัล ในสาขาต่างๆ ดังนี้

1. สาขาการศึกษา

ประเภทผู้บริหารสถานศึกษา ได้แก่

อาจารย์ศรีสมพร ทรวงแก้ว

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

ประเภทอาจารย์พยาบาล ได้แก่

อาจารย์อมวาลี อัมพันศิริรัตน์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

2. สาขาการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ

ประเภทผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการพยาบาล ระดับตติยภูมิ/ ตติยภูมิ ได้แก่

นางอังสนา วงศ์ศิริ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์

ประเภทผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ/ ชุมชน ได้แก่

นางโสภา เมืองสุวรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ลำพูน



อาจารย์ศรีสมพร ทรวงแก้ว

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์



อาจารย์ศรีสมพร ทรวงแก้ว ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เป็นผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาลที่มีวิสัยทัศน์ในการทำงาน สามารถสร้างทีมงานและเครือข่ายการทำงานได้เป็นอย่างดี เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ

- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2551
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ระหว่าง พ.ศ. 2551 – 2555
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ระหว่าง พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน

โล่/รางวัล/เกียรติบัตรที่เคยได้รับ

- เกียรติบัตร รางวัล ผู้บริหารดีเด่น (ผู้อำนวยการ) ระดับเครือข่าย ให้ไว้ ณ วันที่ 9 สิงหาคม 2555
- โล่ ผู้ประกอบคุณความดี เป็นประโยชน์แก่สังคม ของสมาคมศิษย์วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ให้ไว้ ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2554
- โล่เกียรติยศ พยาบาลดีเด่น สาขาการศึกษาพยาบาล ของชมรมพยาบาล อุตรดิตถ์ ประจำปี พ.ศ. 2547
- เกียรติบัตร เป็นสมาชิกที่มีคุณธรรม จริยธรรม ซื่อสัตย์ สุจริต เสียสละ และอุทิศตน เพื่องานและองค์กร ในโครงการ “50 ปี คนดีศรีสมาคม พยาบาลภาคเหนือ” ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ ให้ไว้ ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2534

ผลงานเด่น

1. ด้านการบริหาร

- ประสานกับโรงพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์เปิดครัวของโรงพยาบาล เปิดประตู เข้า-ออก วิทยาลัยฯ เชื่อมการสัญจรกับถนนภายนอก เพื่อความสะดวกสบายในการสัญจร และลดความแออัด ด้านจราจรที่ต้องผ่าน โรงพยาบาล
- ปรับปรุงสถานที่ เรือนพักญาติ เป็นโรงอาหารที่สะอาด ทันสมัย เพื่อบริการนักศึกษาพยาบาล บุคลากร และผู้มาติดต่อราชการ
- สร้างความร่วมมือกับต่างประเทศ ในการจัดประชุมวิชาการ นานาชาติ ระหว่าง 1-3 ธันวาคม 2553 ใน The first International Conference on Qualitative Research in Nursing and Health



- จัดประชุมวิชาการระดับชาติ เฉลิมพระเกียรติ มหาราชันย์ มหาราชินี 80 พรรษา และพระบรมโอรสาธิราช 60 พรรษา ประจำปี 2555 เรื่อง “มหกรรมสุขภาพชุมชน : มิติการพัฒนา เครือข่ายชุมชนสร้างครอบครัวและสังคมเข้มแข็งสู่อาเซียน ภายใต้แนวคิดนักสุขภาพครอบครัวหมอบริการครอบครัวเรือน”
- ดำเนินการโครงการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ และความร่วมมือด้านวิชาการ กับสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างประเทศ ได้แก่ Deakin University, RMIT และ Newcastle University ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการมาจนถึงปัจจุบัน

2. ด้านการผลิตบุคลากร

- รับผิดชอบโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม แก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลของจังหวัดลำปาง ในโครงการ สร้างพยาบาลบ้านเฮา นครลำปาง
- สนับสนุนให้มีโครงการจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้วัฒนธรรมครอบครัวเสมือน เพื่อสร้างอัตลักษณ์แก่บัณฑิตพยาบาล
- จัดให้มีโครงการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน อันนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนของชุมชน

3. ด้านการวิจัย/นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์

- วางแผนผลักดันให้บุคลากรผลิตผลงานวิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรม ตลอดจนเผยแพร่ ในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- ดำเนินการวิจัย เรื่อง รูปแบบความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา กับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิจัย
- ดำเนินการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาจารย์ด้านการเรียนการสอน โดยใช้ e-learning ; กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
- ดำเนินการวิจัย เรื่อง การประเมินโครงการสร้างพยาบาลบ้านเฮา นครลำปาง

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอยกย่อง อาจารย์ศรีสมพร ทรวงแก้ว เป็นพยาบาลดีเด่น ปี 2556 สาขา ผู้บริหารสถานศึกษา

**อาจารย์อมาวลี อัมพันศิริรัตน์**

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน)
รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



อาจารย์อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) ดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา รับผิดชอบด้านการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นผู้ที่มีความสามารถ และเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ด้านการบริหาร เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล กงหรา จังหวัดพัทลุง ปี 2531-2533 หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และหัวหน้างานวิจัย วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปี 2546-2549 เป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและการจัดการความรู้ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปี 2549-2551

อาจารย์อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการทำงาน มีความอดทน อดทน ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค มีวิสัยทัศน์ มีความคิดสร้างสรรค์ ใฝ่เรียนรู้ มุ่งพัฒนางานทั้งด้านการเรียนการสอน บริการ วิชาการ วิจัย ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยมุ่งมั่นให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานที่รับผิดชอบ ตลอดจนงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร และมีผลงานที่มีคุณภาพเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งผลงานในระดับชาติและนานาชาติ นอกจากผลงานที่เกิดประโยชน์ และสร้างชื่อเสียงให้แก่วิทยาลัยแล้ว ยังทำงานให้กับองค์กรวิชาชีพ โดยทำหน้าที่เป็นเลขาธิการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้ ปี พ.ศ. 2540-2541 และได้สร้างผลงานเชิงประจักษ์ที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมภายนอกในแง่การ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ นำไปสู่การสร้างความเข้มแข็ง และพัฒนาอย่างยั่งยืนของชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพระดับตำบลแห่งแรกของประเทศไทย ที่ ตำบลชะแล้ จังหวัดสงขลา

โล่/รางวัล/เกียรติบัตรที่เคยได้รับ

- บุคลากรดีเด่น ประเภทผู้บริหาร ระดับรองผู้อำนวยการ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ประจำปี 2554
- ผู้ปฏิบัติงานดีเด่นของสถาบันพระบรมราชชนก ระดับเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัย การสาธารณสุข ภาคใต้ ประเภทอาจารย์ผู้สอน ด้านการวิจัย ประจำปี 2553
- พยาบาลดีเด่น สาขาการวิจัย ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ ประจำปี 2552
- อาจารย์ดีเด่นด้านการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ประจำปี 2550

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอยกย่อง อาจารย์อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ เป็นพยาบาล ดีเด่น ปี 2556 สาขา อาจารย์พยาบาลดีเด่น



นางอังสนา วงศ์ศิริ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์



นางอังสนา วงศ์ศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : Advanced practice nurse 'APN' สาขาการพยาบาลมารดาและทารก) ปฏิบัติงานในตำแหน่งสายงาน บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นบุคคลซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพงาน และมาตรฐานวิชาชีพ การปฏิบัติหน้าที่หลัก คือ พัฒนาความรู้ให้ทันกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสืบค้น ข้อมูลหลักฐานเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลความรู้ และบูรณาการความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดระบบการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ทุกช่องทางเพื่อให้มารดาสามารถเข้าถึงบริการได้ การสร้างเครือข่ายส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางบวกต่อมารดาและทารก ครอบครัว บุคลากร องค์กร เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม ฯลฯ

มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใส่ใจในงาน และการพัฒนานวัตกรรมมาใช้ในงานประจำ มีความเป็นผู้นำ ซึ่งได้แสดงออกถึงความสามารถในการเป็นผู้นำด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความประพฤติเรียบร้อย มีจิตสาธารณะ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย เป็นตัวอย่างที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา มีความขยันหมั่นเพียร ความเสียสละและการสร้างผลงาน สร้างชื่อเสียงให้แก่องค์กรและวิชาชีพ จนเป็นที่ยอมรับทั้งระดับจังหวัด และระดับประเทศ เป็นแบบอย่างที่ดีของข้าราชการ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอยกย่อง นางอังสนา วงศ์ศิริ เป็นพยาบาลดีเด่น ปี 2556 สาขา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ



นางโสภา เมืองสุวรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบ้านโสม จังหวัดลำพูน



นางโสภา เมืองสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโสม อำเภอบ้านโสม จังหวัดลำพูน เป็นบุคคลซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี มีความใฝ่รู้และมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ดังจะเห็นจากประวัติการเข้าฝึกอบรมในหลักสูตร ที่เป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนางาน อาทิ เช่น อบรมบุคลากรในการทำกลุ่มจิตบำบัด เอ็มวยาจิตใจผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราเบื้องต้น สำหรับพยาบาล ผลงานเด่นการประกวดทำอาหารที่มีประโยชน์ สำหรับพระภิกษุ สามเณร และประชาชนการจัดการเรียนรู้แบบเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด การลดการใช้สารปรุงรสในอาหารในชุมชนบ้านป่าก๋วย ร่วมประกวดประชันการณ้ใช้เครื่องมือวัดชุมชน 7 ชั้น ในปี 2554 มีผลงาน เรื่อง ปัจจัยสาเหตุของการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ร่วมโครงการการอดบุหรี่ โดยการมีส่วนร่วมและสร้างแรงจูงใจในครอบครัว ได้รับเกียรติบัตรชื่นชมจากวิทยุกระจายเสียงชุมชน เป็นผู้สละเวลาในการดำเนินรายการ “คุยเฟื่องเรื่องสุขภาพ” ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดแอโรบิค ฮูลาฮูปแดนซ์ ประเภททีมข้าราชการ นำเสนอ นวัตกรรม “สติ๊กเกอร์สีบอกระดับการติดนิโคติน” ในการประชุมการพยาบาลไทยดูแลด้วยหัวใจเพื่อคนไทยไร้ควันบุหรี่ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย) ได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับ 1 ประกวดชมรม TO BE NUBER ONE ประเภทชุมชนการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน บ้านห้วยห้า นำเสนอผลงานเด่น 2549-2555 เป็นต้น

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอยกย่อง นางโสภา เมืองสุวรรณ เป็นพยาบาลดีเด่น ปี 2556 สาขา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ/ชุมชน



ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ หรือบทความปริทรรศน์ วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล, การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
5. กองบรรณาธิการจะมีเจตหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
6. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
7. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
8. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ
3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทนำ
5. วิธีดำเนินการวิจัย
6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
8. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน



9. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงตำแหน่งของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
10. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว
11. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง
การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน และพิมพ์ด้วยยก (superscript) รายละเอียดการเขียนการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ **อาจารย์ จิราภรณ์ จันทร์จร เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)** ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (www.tnaph.org) หัวข้อ **วารสาร**
12. รูปแบบการพิมพ์ มีดังต่อไปนี้

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ* (ไทยและอังกฤษ)	ตัวเอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
สถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ท้ายหน้า)	ตัวปกติ	ชิดซ้าย	16
คำสำคัญ, Key word	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	-	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	-	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	-	16
เอกสารอ้างอิง	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	16



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับการจำแนกหัวข้อ ดังนี้

ขอบเขตของการวิจัย (หัวข้อใหญ่ อักษรหนา 18 พอยต์)

1. **กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

.....

2. **ตัวแปรที่ศึกษา** (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

2.1 ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

2.1.1

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับพิมพ์ 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดีข้อมูล 1 แผ่น และแบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สามารถ download ได้จาก website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข www.tnaph.org หัวข้อ วารสาร) หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อน และแนบใบรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาด้วย ส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร 02-590-1834

www.tnaph.org

email: n.tnaph@gmail.com

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862

email: sukjai66@yahoo.com

2. ผู้จัดการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาจารย์ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834

email: n.tnaph@gmail.com

.....



การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

จิราภรณ์ จันทร์จร *

ในการเขียนเอกสารทางวิชาการนั้น ผู้เขียนจะต้องมีการค้นคว้ารวบรวมสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ ทั้งที่เป็นหนังสือ วารสาร เอกสารการวิจัย หรือรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่มีความสำคัญจริงๆ นำไปกล่าวถึง หรืออ้างอิงเป็นแนวทางสนับสนุนประกอบการเขียนเรื่องนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักฐานแสดงถึงความน่าเชื่อถือของผลงานแล้วยังแสดงข้อมูลของแหล่งความรู้ที่สามารถสืบค้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อการศึกษาต่อยอดในเรื่องที่อ้างอิงนั้นๆ

การอ้างอิง คือ การนำรายชื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ หรือบุคคลที่ผู้เขียนนำมากล่าวถึง หรืออ้างอิงในการเขียน มารวบรวมไว้อย่างมีแบบแผนในส่วนท้ายของงานนิพนธ์ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography ซึ่งรายการอ้างอิงนั้นมีรูปแบบตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ในการเขียนเอกสารทางวิชาการแพทย์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์นิยมเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์

เนื่องจากความหลากหลายของวารสารทางวิชาการแพทย์ซึ่งมีอยู่มากกว่า 5,000 ชื่อ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง จึงมีความแตกต่างกันออกไป บางครั้งขาดความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญๆ ที่จะช่วยในการติดตามค้นหาหรือตรวจสอบความถูกต้องของผลงานทางวิชาการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับนานาชาติชื่อ “International Committee of Medical Journal Editors : ICMJE” และจัดการประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการอ้างอิงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขึ้น ในปี 1978 ที่นครแวนคูเวอร์ รัฐบริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเขียนเอกสารอ้างอิง ซึ่งเรียกว่า “The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Vancouver Style หลังจากนั้นก็มีการประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในปี 2010 ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการอ้างอิงให้ทันสมัยโดยเฉพาะการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการอ้างอิงมากขึ้นในปัจจุบันนี้ ส่วนหลักเกณฑ์สำคัญที่ยังคงใช้อยู่ ได้แก่ หลักการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (in-text citations) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่า บางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงในงานนิพนธ์ให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความนั้น เรียงตามลำดับ 1,2,3...โดยใช้ตัวเลขอารบิกอยู่ในวงเล็บกลม (round brackets) หรือตัวเลขยกขึ้น (superscript) แล้วรวบรวมเป็นรายการอ้างอิง (Reference list หรือ Bibliography) ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

ข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการเอกสารอ้างอิง จะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเอกสารที่มีความนิยมใช้ในการอ้างอิงและเอกสารที่ข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนยากแก่การนำมาอ้างอิง โดยเรียงเรียงตามเอกสารจาก International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 สำหรับรายละเอียดทั้งหมดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารต้นฉบับได้ที่ http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

*บรรณารักษ์ชำนาญการพิเศษ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554 (ฉบับปรับปรุง)



การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
- จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Author) : อาจจะหมายถึง ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - ,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (fullstop - .)

- **ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย** ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม เช่น

• ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพิ่มทรัพย์ อธิประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสีกิตผิวหนังกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.

- กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma - ,)

และตามด้วย et al. (คำว่า et al เป็นคำย่อ ซึ่งย่อมาจากคำในภาษาละติน คือ et alii หรือ et alia แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า "and others") และภาษาไทยใช้คำว่า "และคณะ" เช่น

• Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

• จริฎา เลิศอรชรขยมนิ, เอมอร รัชชมนิ, อนุพันธ์ ดันตวิวงศ์, กรรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณนิ วรกีจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85: 1288-95.

2. ชื่อบทความ (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมดเมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop-.)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

3. ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

- ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก เช่น ขอนแก่นเวชสาร จดหมายเหตุทางแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4. ปี (year) เดือน (month) เล่มที่ (Volume) และฉบับที่ (Number/Issue) เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื้อกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1



ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18	ใช้ 10-8
หน้า 198-201	ใช้ 198-201
หน้า S104-S111	ใช้ S104-11
หน้า 104S-111S	ใช้ 104S-11S

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

- World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. *Commun Dis Intell* 2002;26:541-5.

- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทยสภาสาร* 2538;24:190-204.

3. บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

- Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med* 2009;360:2302-9.

4. บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

- Control hypertension to protect your memory. Keeping your blood pressure low may guard against Alzheimer's, new research suggests. *Heart Advis* 2003;6:4-5.

5. วารสารเล่มที่มีเล่มผนวกหรือเล่มพิเศษ (Volume with supplement) เช่น เล่มพิเศษเล่มที่ 1 ของปีนั้นเขียนเป็น Suppl 1 ต่อจากปีที่โดยไม่ต้องอยู่ในวงเล็บ โดยจะสังเกตได้ในส่วนของเลขหน้าจะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย เช่น

- Anamnant C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

6. วารสารเล่มผนวกที่มีฉบับพิเศษ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษและตอนย่อยไว้ในวงเล็บ เช่น

- Akyol M, Dogan S, Kaptanoglu E, Ozcelik S. Systemic isotretinoin in the treatment of a Behcet's patient with arthritic symptoms and acne lesions. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20(4 Suppl 26):S1-55.

7. วารสารเล่มที่มีตอนย่อย (Volume with part) ให้เขียนตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Pan CL, Tseng TJ, Lin YH, Chiang MC, Lin WM, Hsieh ST. Cutaneous innervation in Guillain-Barre syndrome: pathology and clinical correlations. *Brain* 2003;126(Pt 2):386-97.

8. วารสารที่มีฉบับมีตอนย่อย (Issue with part) ให้เขียนทั้งฉบับที่และตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Kamel IR, Bluemke DA. Imaging evaluation of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13(9 Pt 2):S173-84.

9. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ ไม่มีเล่มที่ (Issue with no volume) ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในวงเล็บ ในส่วนของเล่มที่

- Matsuura M, Lounici S, Inoue N, Walulik S, Chao EY. Assessment of external fixator reusability using load- and cycle-dependent tests. *Clin Orthop* 2003;(406):275-81.

10. วารสารที่ไม่มีทั้งเล่มที่ และฉบับที่ (No volume or issue) ให้เขียนเลขหน้าต่อจากปี (Year)



โดยใช้เครื่องหมาย ทริภาค (Colon - :) คั่นระหว่างปี และเลขหน้า เช่น

- Mandel JS. Screening for colorectal cancer. *Curr Opin Gen Surg* 1994;79-84.

11. วารสารที่มีเลขหน้าเป็นเลขโรมัน ให้ลงรายการอ้างอิงดังนี้

- Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995;9(2):xi-xii.

12. วารสารที่ระบุประเภทของบทความ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือ บทความย่อ ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยมต่อจากชื่อเรื่อง ดังนี้

- Fisher RI. Immunotherapy in Non-Hodgkin's lymphoma: Treatment advances [editorial]. *Semin Oncol* 2003;30(2 Suppl 4):1-2

- Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

- Clark DV, Hansen PH, Mammen MP. Impact of dengue in Thailand at the family and population levels [abstract]. *Am J Trop Med Hyg* 2002;67(2 Suppl):239.

13. อ้างอิงบทความที่ถอดถอนบทความอื่น (Article containing retraction)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. *Nat Rev Genet* 2010;11:308. Retraction of: Sticklen MB. *Nat Rev Genet* 2008;9:433-43.

14. อ้างอิงบทความที่ถูกถอดถอน (Article retracted)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. *Nat Rev Genet* 2008;9:433-43. Retraction in: Sticklen MB. *Nat Rev Genet* 2010;11:308.

15. อ้างอิงบทความที่แก้ไขและตีพิมพ์ใหม่ (Article republished with corrections)

- Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. *Mol Cell Endocrinol* 2002;188):22-5. Corrected and republished from: *Mol Cell Endocrinol* 2001;183: 123-6.

16. อ้างอิงบทความที่พิมพ์ผิดและมี การแก้ไข (Article with published erratum)

- Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. *Clin Ther* 2000;22:1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: *Clin Ther* 2001;23:309.

17. บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed

- Zoldan J, Karagiannis ED, Lee CY, Anderson DG, Langer R, Levenberg S. The influence of scaffold elasticity on germ layer specification of human embryonic stem cells. *Biomaterials* 2011 Sep 28. [Epub ahead of print]

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

18. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งที่อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะ บรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด เช่น



Otolaryngology head and neck surgery. หรือ The medical and legal implications of AIDS.

– หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

- รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

– หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

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

– หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

3. จำนวนเล่ม (Volume) ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.

- Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 2 vols. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott–Raven Publishers; 1996.

- พรเทพ เทียนลิวากุล, บรรณาธิการ. โสहितวิทยาคลินิกชั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

- Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. Vol. 2. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed.... ถ้าเป็นการพิมพ์และมีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.

5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (colon - :) เช่น

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

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.: 2542. (จากตัวอย่างนี้อาจจะใช้หน่วยงานแทน ม.ป.ท. ได้ เป็น นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม เช่น



- นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, บรรณาธิการ. ยาใหม่ในประเทศไทย. เล่ม 5. กรุงเทพฯ: โครงการคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.

7. ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

19. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

- เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้อินดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประชวร ขวลิขิตอารง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

20. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/ p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

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

21. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์ (Technical/Scientific Report)

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (Issued by funding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน.



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

22. เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน (Issued by performing agency)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

- Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AH CPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

- Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

24. สิทธิบัตร (Patent)

- Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1..

25. การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

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

- ซี 12. ตุลาคมศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 1).

26. เอกสารอ้างอิงที่ประเภทพจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year). คำศัพท์; หน้า.

- Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

27. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือ กำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น



- Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

หมายเหตุ: NLM นิยมใช้คำว่า “forthcoming” เพราะยังไม่แน่ชัดว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์บางครั้งจะมีปัญหาเรื่องความไม่ถาวรของ URL หรือการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบางส่วน ทำให้การเชื่อมโยงไปสู่เอกสารเพื่อตรวจสอบหรือค้นคว้าเพิ่มเติมในภายหลังทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในการลงรายการอ้างอิงเอกสารจากเว็บไซต์ จึงต้องลงวันที่เข้าใช้ (Cited) เว็บไซต์นั้นๆ และให้พิมพ์หรือทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ทุกครั้ง

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูลดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

28. ซีดีรอม (CD-ROM)

- Anderson SC, Poulsen KB. Anderson’s electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

29. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/

cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

- Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ตที่มีลักษณะพิเศษอื่นๆ เช่น

- บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed (ดูที่ # 17)

- บทความที่มีหมายเลขเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Article with document number in place of traditional pagination) เป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed จะมีเลข PMID (PubMed Identifier)

- Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PMID: 19179309.

- บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Article with a Digital Object Identifier (DOI)) เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ช่วยให้สืบค้นสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างถาวร และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นๆ

- Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.



30. Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

31. การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/ Web site)

- Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

32. ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet) เป็นรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิง นิยมใช้กันมากในการอ้างอิงข้อมูลต่างๆ ที่สืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

- Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y

- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;

2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

33. การอ้างอิงบล็อก (Blogs)

- Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt; 2003 Oct - [cited 2009 Feb 13]. Available from: http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/.

- KidneyNotes.com [Internet]. New York: KidneyNotes; c2006 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://www.kidneynotes.com/>.

- Wall Street Journal. HEALTH BLOG: WSJ's blog on health and the business of health [Internet]. Hensley S, editor. New York: Dow Jones & Company; c2007 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/>.

- บล็อกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หอสมุดพระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. จะหาตัวเอกสารจากหมายเลข DOI ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.snc.lib.su.ac.th/sncliblog/?p=13301>

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

นำรายการอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายบทความ ภายใต้หัวข้อ รายการอ้างอิง หรือ บรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography โดยเรียงลำดับหมายเลข 1, 2, 3, ...ตามที่มาปรากฏในเนื้อเรื่อง

ข้อควรระวัง คือตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

บรรณานุกรม

1. จ้อย นันทวิชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.



2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver.pdf>
3. นงลักษณ์ ไม้หน่ายกิจ. การเขียนบรรณานุกรมหรือรายการอ้างอิง. ใน: สารนิเทศสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2000. หน้า 1-33.
4. นवलลอบ จุลบุปผาสาน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
5. ประเสริฐ ทองเจริญ. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางวิทยาศาสตร์. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2545;17:66-75.
6. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549];24:465-72. เข้าถึงได้จาก: <http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>
7. สุดใจ ธนไพศาล. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.kku.ac.th/VancouverStyle.pdf>
8. ยรรยง เต็งอำนวย, สุภาพร ชัยธัมมะปกรณ์. ปัญหาความไม่ถาวรของการอ้างอิงเอกสารบนเวปไซด์เว็บ. วารสารห้องสมุด 2542;43:1-17.
9. Fact Sheet MEDLINE [Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; 2004 [updated 2011 Jan 26; cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>.
10. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals: about the uniform requirements [Internet]. c2009 [cited 2003 Mar 3]. Available from: http://www.icmje.org/sop_1about.html
11. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals [Internet]. 2003 [updated: 2011 Jul 15; cited 2011 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง (ภาษาไทย)

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ)

หน่วยงาน (ภาษาไทย)

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ประเภทของผลงานวิชาการ

 บทความวิจัย บทความวิชาการ บทวิจารณ์หนังสือ บทความปริทรรศน์ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ระบุชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดังต่อไปนี้

 เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(.....)



แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ของ (ชื่อ - สกุล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์



ใบสมัคร

เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

สมัครใหม่

ต่ออายุวารสาร

ที่อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1 ปี / ค่าสมาชิก / 150.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี / ค่าสมาชิก / 300.00 บาท (6 เล่ม)

3. การชำระเงิน

ชำระโดย

เงินสด

ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ธนาคารดีสง่าจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข
ในนามสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร./โทรสาร. 0-2590-1834 www.tnaph.org e-mail : n.tnaph@gmail.com

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ที่ ศบ. 5803.1/ทว.54014

มหาวิทยาลัยมหิดล ใต้อิทธิพลของมหาดไทย
แขวงวังมด เจดกุงศู กรุงทศฯ 10140

9 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง การพิจารณาว่าราชการเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI

เรียน บรรณาธิการ วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่ท่านได้ส่งรูปเล่ม วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มาให้ศูนย์
ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย เพื่อดำเนินการพิจารณาว่าราชการเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI นั้น

ทางศูนย์ฯ ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า วารสารของท่านได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI
เพื่อให้วารสารของท่านได้รับการจัดท่งคำดัชนีผลกระทบการอ้างอิงอย่างถูกต้องสมบูรณ์และต่อเนื่อง
ทุกปี ทางศูนย์ฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านจัดส่งตัวเล่มของวารสารมาซึ่งศูนย์ฯ ตามกำหนดเวลา
การออกของวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป

ทางศูนย์ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากท่านและ
ขอขอบพระคุณที่ร่วมกันพัฒนาให้วารสารวิชาการไทยมีคุณภาพและเป็นประโยชน์กับสังคม
ประเทศไทยยิ่ง ๆ ขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ร.ธีระพร จงการกิจนิพนธ์

คณบดีศูนย์ฯ TCI เมื่อ 9 มกราคม 2554
นางสาวกมลทิพย์ นามการดี คณบดีศูนย์ฯ
ขอแสดงความนับถือ TCI แล้ว

(ศ.ดร.พงษ์ศักดิ์ สมบุญเลิศ)
หัวหน้าศูนย์ฯ 11.1.54

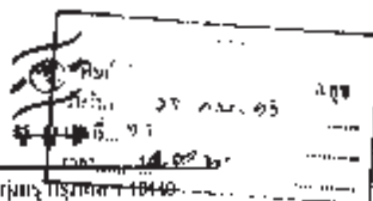
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
กรมการศึกษานานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยมหิดล ใต้อิทธิพลของมหาดไทย
150 ม. แขวงวังมด แขวงวังมด เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10140 โทร 0-2620-6007
E-mail: tci@mahidul.ac.th

ผู้จัดทำวารสาร
ชื่อหนังสือ

(นางสาวกมลทิพย์ นามการดี)
นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข



Thai Journal Citation Index Centre
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



คณะผู้จัดทำ: นวตฉวี และวิญญู มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ประเวศอุทิศ แขวงเขต กทม. กรุงเทพมหานคร 10140
โทร: โทรสาร: 0 2476-8647 <http://tcjci.or.th>

22 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง แจ้งผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (รอบที่ 1 ครั้งที่ 1)

เรียน บรรณาธิการวารสาร วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งส่งมาด้วย
1. โครงการและเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI
 2. ตัวอย่างผลคะแนนจากการได้รับรางวัลรับรองคุณภาพจาก TCI

ตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI และได้ทำการแบ่งกลุ่มวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (ระยะเวลา 3 ปี จนถึง ธันวาคม 2557) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI และจะถูกคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) ต่อไป
2. วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI
3. วารสารกลุ่มที่ 3: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอาจไม่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในอนาคต

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI แล้วเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 1 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tcjci.or.th>) ซึ่งวารสารของท่านได้ถูกจัดให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังต่อไปนี้

1. วารสารยังไม่ถูกอ้างอิงในฐานข้อมูล TCI ระหว่างปี 2552-2554
2. วารสารควรมีเว็บไซต์ที่มีการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่าง ต่อเนื่อง (Update) ประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้ รายชื่อบทความ, Aim & Scope ของวารสาร และรายชื่อของบรรณาธิการ

ทางศูนย์ฯ จึงขอให้ท่านปรับปรุงคุณภาพของวารสารตามเกณฑ์ดังกล่าว และจัดส่งสำเนาของวารสารฉบับล่าสุดที่ปรับปรุงและอัปเดตเว็บไซต์เรียบร้อยแล้วให้ถึงศูนย์ TCI เพื่อขอรับการประเมินและยกระดับเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ต่อไป โดยกรุณาส่งเอกสารดังกล่าวให้ถึงศูนย์ TCI ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2555 และจะประกาศผลประเมินในเดือนมกราคม 2556 หากมีข้อสงสัยในผลการประเมินสามารถติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศ.ดร.นรงค์ศรี สมนับดีสมภาพ (e-mail: tcjci.thai@gmail.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการ จักขอขอบคุณไว้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. นรงค์ศรี สมนับดีสมภาพ)
หัวหน้าศูนย์ TCI



Thai Journal Citation Index Centre
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



วันที่ ๑๙/๑๕/๕๕ คณาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10140
โทร: ๐-๒๓๖๒-๙๕๔๗ http://tcic.or.th

วันที่ 15 กรกฎาคม 2555

วันที่รับ	15/7/2555
วันที่ส่ง	15/7/2555
เลขที่	15-๐๐๓๔

เรื่อง ประกาศคำดัชนีผลกระทบการอ้างอิงวารสารไทย ประจำปี 2554
เรียน บรรณาธิการ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre, TCI Centre) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้จัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลวารสารไทย ให้สามารถสืบค้นได้ในระบบออนไลน์ และรายงานคำดัชนีผลกระทบการอ้างอิงวารสารไทย (TCI Impact Factors) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้ทำการประกาศคำ TCI Impact Factors ในวันที่ 15 กรกฎาคม ของทุกปี นั้น

บัดนี้ ศูนย์ TCI ได้ดำเนินการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลพื้นฐาน และคำนวณค่า TCI Impact Factors ของวารสารไทยที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2554 ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2555 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ ศูนย์ TCI จึงขอประกาศค่า TCI Impact Factors สำหรับวารสารใน สาขาวิชาเวชศาสตร์และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2554 ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบค่า TCI Impact Factors ประจำปี 2554 และสืบค้นข้อมูลการตีพิมพ์และการอ้างอิงวารสารไทยได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tcic.or.th>) ได้ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2555 เป็นต้นไป

สำหรับวารสารในสาขาเวชศาสตร์และศาสตร์อื่น เนื่องจากมีวารสารจำนวนมากที่ยังคงตีพิมพ์ของวารสารที่ตีพิมพ์ในปี 2554 มาให้กับศูนย์ TCI ถ้าชื่อ ตีพิมพ์ ทางศูนย์ TCI จะขอประกาศค่า TCI Impact Factors ประจำปี 2554 ในวันที่ 31 สิงหาคม 2555

อย่างไรก็ดี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้งานข้อมูลนี้ ศูนย์ TCI ขอความร่วมมือจากบรรณาธิการของวารสารต่าง ๆ ไปสกรีนเอกสารรูปเล่มวารสารที่ตีพิมพ์ และ UML ของวารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์มาส่งศูนย์ TCI เพื่อปรับข้อมูลให้ทันสมัย และไว้รอให้ท่านนำมาตีพิมพ์กับกำหนดเวลาออกของวารสาร ซึ่งเป็นประโยชน์สำคัญในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับให้วารสารไทยมีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดประชาสัมพันธ์ให้ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย จักขอขอบคุณ

ศาสตราจารย์ ดร. อรรถกฤษณ์ ธีรวัฒน์

 นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
 วันที่ 19/7/2555

ขอแสดงความนับถือ

 ศาสตราจารย์ ดร. นันทนา นันทนา
 หัวหน้าศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

ศาสตราจารย์ ดร. นันทนา นันทนา
 ศาสตราจารย์ ดร. นันทนา นันทนา
 ศาสตราจารย์ ดร. นันทนา นันทนา

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.

ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health

ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 150 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด