



กองทุนสุขภาพตำบล: ทิศทางสู่การทำงานแนวใหม่ของพยาบาลชุมชน

ปิยะธิดา นาคะเกษียร ปร.ด.*

บทนำ

บทความนี้นำเสนอประสบการณ์จากการวิจัย ประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ กรณีศึกษาพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสังเคราะห์ ถอดบทเรียนสถานการณ์ กระบวนการพัฒนา รูปแบบและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น¹ ซึ่งสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งอื่นๆ ต่อไป โดยเฉพาะในเรื่องของกระบวนการในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากองทุนสุขภาพระดับตำบล กลไก เงื่อนไขที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย และที่สำคัญผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยยังสะท้อนให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการร่วมสร้างสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพยังได้มองเห็นทิศทางการทำงานชุมชนแนวใหม่ที่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง รวมถึงบทบาทของพยาบาลชุมชนที่ช่วยเสริมหนุนกระบวนการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นกับประชาชนในทุกพื้นที่

การดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาตำบลบางน้ำผึ้ง

บริบทพื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้ง

“ตำบลบางน้ำผึ้ง” ตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ประมาณ 5 กิโลเมตร เป็นตำบลที่มีพื้นที่สีเขียวขนาดใหญ่และเป็นที่ยอมรับของน้ำเจ้าพระยาที่มีความอุดมสมบูรณ์ด้วยพืชพันธุ์

นานาชนิด อาชีพดั้งเดิมของคนในตำบลบางน้ำผึ้ง คือ อาชีพทำสวนผลไม้ ซึ่งมีมะม่วงน้ำดอกไม้ และกล้วยหอม เป็นผลไม้ที่สร้างชื่อเสียงเป็นอย่างมาก ความที่พื้นที่แถบนี้มีสวนผลไม้มากมายมีน้ำหวานจากดอกไม้มานานชนิด ได้ดึงดูดให้ผึ้งมาอาศัยทำรังอยู่โดยทั่วไปในอดีตชาวบ้านจึงได้นำน้ำผึ้งมาตัดกับน้ำตาล ดั่งนั้นจึงได้ขนานนามพื้นที่แห่งนี้ว่า “บางน้ำผึ้ง”^{2,3}

ด้วยสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบของพื้นที่ดังที่กล่าวข้างต้นจึงทำให้ตำบลบางน้ำผึ้งมีแหล่งท่องเที่ยวที่มีความโดดเด่นหลากหลายที่อยู่ใกล้เมืองหลวงอย่างกรุงเทพมหานคร ทั้งมีแหล่งท่องเที่ยวเชิงนิเวศ แหล่งท่องเที่ยวเชิงศิลปวัฒนธรรม อาทิเช่น การปั่นจักรยานชมธรรมชาติรอบตำบล ตลาดน้ำบางน้ำผึ้ง บ้านรูปสมุนไพรดอกไม้ประดิษฐ์จากเกล็ดปลา เป็นต้น

จุดเริ่มต้นของกองทุนสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในมาตรา 18(9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการบริหารจัดการในพื้นที่ เพื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน และกำหนดให้มีพื้นที่นำร่องในการจัดตั้งกองทุนขึ้นในทุกภูมิภาคนั้น^{4,5} ทำให้พื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้งได้เข้าร่วมเป็นพื้นที่นำร่อง 1 ใน 880 พื้นที่ ที่ได้ดำเนินงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภายใต้ชื่อ “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง” จากการศึกษาย้อนหลังพบว่า จุดเริ่มต้นของกองทุนสุขภาพ เกิดจากการที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางน้ำผึ้งได้เข้าร่วมประชุมระบบหลักประกัน

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



สุขภาพแห่งชาติ และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ กอปรกับความเชื่อที่ว่าคนในพื้นที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีด้วย และการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่นับเป็นภารกิจที่สำคัญของ อบต. ด้วยเหตุนี้จึงได้นำหลักการ แนวคิด การดำเนินการกองทุนฯ มาปรึกษาร่วมกับสมาชิก อบต. หลังจากนั้นได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาร่วมกัน โดยเชิญชวนผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแทนแต่ละหมู่บ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมา สนทนาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน และได้นำประเด็นของการจัดตั้งกองทุนสุขภาพซึ่งได้เห็นพ้องว่าควรดำเนินการในเรื่องดังกล่าวไปพูดคุยกับชาวบ้าน โดยผ่านเวทีประชาคมของทุกหมู่บ้าน เพื่อระดมความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ รวมถึงประเด็นของการวางแผนการดำเนินงานกองทุนฯ พบว่า เสียงจากเวทีประชาคมสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนต่างเห็นด้วยและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพขึ้นในพื้นที่ “ผมมีโอกาสได้เข้าร่วมประชุมหลักประกันสุขภาพครั้งแรก ประชุมกับสมาคม อบต. เลยคิดว่าน่าจะเสนอตัวก่อน เพราะคิดว่าเป็นเรื่องของการส่งเสริม การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เลยเสนอตัวเป็นพื้นที่นำร่องของจังหวัดสมุทรปราการ คิดว่าทำได้ สามารถบริหารจัดการได้ไม่ขาดทุน และกองทุนเป็นเรื่องสำคัญ เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ อบต. ต้องทำ” (ประธานกองทุน)

ความโดดเด่นของกองทุนสุขภาพขานน้ำผึ้ง

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลนับตั้งแต่จุดเริ่มต้นของแนวคิดที่จะให้มีกองทุนสุขภาพเกิดขึ้นในตำบลขานน้ำผึ้ง จนกระทั่งมีการดำเนินการจัดตั้งกองทุนฯ ได้สำเร็จ ชี้ให้เห็นว่า กองทุนสุขภาพตำบลขานน้ำผึ้งเกิดขึ้นจากการหลอมรวมและขยายทุนทางสังคมที่มีอยู่สู่การพัฒนาการดำเนินการกองทุนสุขภาพ เนื่องจากพื้นที่มีทุนทางสังคมที่หลากหลาย ทั้งทุนคน ทุนทรัพยากรทางธรรมชาติต่างๆ การดำเนินงานกองทุนได้นำทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมเหล่านั้นมาหลอมรวมกับการบริหารจัดการกองทุน⁶ จากการศึกษาเส้นทางความเป็นมาของกองทุน การดำเนินการกองทุนฯ ทำให้มองเห็นประเด็น

ที่น่าสนใจของการเป็นกองทุนสุขภาพต้นแบบที่สามารถนำไปขยายผลการดำเนินการเพื่อการเรียนรู้สู่พื้นที่อื่น ๆ ดังประเด็นที่จะนำเสนอ ดังนี้

1. การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลขานน้ำผึ้ง ดำเนินการภายใต้หลักการที่สำคัญ คือ

1.1 หลอมรวมการดำเนินการกองทุนให้เป็นเนื้องานเดียวกับการดำเนินงานในการพัฒนาตำบล การดำเนินการงานกองทุนฯ ของพื้นที่ตำบลขานน้ำผึ้ง อยู่ภายใต้หลักการแนวคิดของการบริหารจัดการให้สอดคล้องตามนโยบายการบริหารจัดการของพื้นที่ กล่าวคือ การดำเนินการกองทุนฯ ได้นำนโยบายและแผนการพัฒนาตำบลที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนความพอเพียง รวมถึงการนำพันธกิจและคำขวัญของตำบลที่ว่า “ตำบลขานน้ำผึ้งเป็นตำบลปลอดภัย ยากจนโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ เนื่องจากตำบลขานน้ำผึ้ง ได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลพัฒนาดีเด่น ตำบลเขียวชาติดีเด่น หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง อยู่เย็นเป็นสุข เป็นหมู่บ้านโอวีซี (Otop Village Champion) ซึ่งหมายถึงหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลชนะเลิศในการเป็นหมู่บ้าน “หนึ่งผลิตภัณฑ์ หนึ่งตำบล” นับเป็นตำบลต้นแบบ ตำบลเข้มแข็งพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน และในปัจจุบันกระทรวงมหาดไทยยังได้มีหนังสือประกาศฉบับแรกของประเทศไทย ประกาศให้ตำบลขานน้ำผึ้งเป็นตำบลปลอดภัยคนจนโดยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงแห่งแรกของประเทศไทยอีกด้วย ดังนั้นการดำเนินการกองทุนฯ ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้นำชุมชน ซึ่งประกอบด้วย นายก อบต. คณะกรรมการกองทุน ต่างมองว่า สุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญ การที่ชุมชนจะเข้มแข็งได้นั้น ประชาชนต้องมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตโดยยึดหลักของความพอเพียง ดังนั้นการจัดทำแผนสุขภาพของตำบล การออกแบบ กิจกรรมด้านสุขภาพ จะมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแล อาทิเช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น จะต้องสอดคล้องและดำเนินการไปในทิศทางเดียวกับการแผนพัฒนาตำบลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยในตำบล



1.2 เน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชน การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนในพื้นที่ในฐานะเจ้าของสุขภาพของตนเองจากการที่พื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้งเป็นพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมที่หลากหลาย โดยเฉพาะทุนมนุษย์ หรือทุนคน พบว่า มีผู้นำผู้ที่มีจิตอาสาที่พร้อมเสียสละทำงานเพื่อส่วนรวม ดึงเห็นได้จากการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกลุ่มหรือชมรมต่างๆ การช่วยเหลือกันในชุมชน เป็นต้น สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนทำให้ผู้บริหารกองทุนฯ ได้เล็งเห็นถึงศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเองทั้งในระดับครอบครัว ระดับเครือข่ายหรือเพื่อนบ้าน รวมถึงการร่วมกันพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนเข้มแข็ง ดังนั้นการดำเนินการกองทุนฯ จึงมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมองเห็นศักยภาพของตนเอง มองเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ดูแลกันเองได้ในชุมชน เมื่อประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงแล้วนั้นหมายถึง ชุมชนจะเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ปราศจากคนเจ็บไข้ได้ป่วย มีแต่คนที่มีสุขภาพดีที่พร้อมจะร่วมกันพัฒนาชุมชนโดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นองค์กรหลักที่ช่วยหนุนเสริมและพัฒนาโครงสร้าง การบริหารจัดการด้านต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ด้วยการจัดโครงการ/กิจกรรมบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ภายใต้แผนกิจกรรมการดำเนินการกองทุนฯ และที่สำคัญยังได้จัดให้มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มคนต่างๆ เช่น การสร้างแกนนำสุขภาพในกลุ่มวัยสูงอายุและกลุ่มสตรี การอบรมแกนนำเยาวชนโดยส่งเสริมด้านกีฬาและดนตรี การอบรมด้านอาชีพเพื่อการรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชน รวมถึงการอบรมอาสาสมัครในการดูแลผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นวิธีการที่ทำให้คนมองเห็นศักยภาพของตนเอง เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและผู้อื่นในชุมชนอีกด้วย

1.3 นำทุนทางสังคมที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากลักษณะภูมิประเทศซึ่งมีข้อได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งการเป็นแหล่งชุมชนแหล่งท่องเที่ยวที่มีการค้าขายตลอดทั้งปีโดยมีการจัดตั้ง

เป็นตลาดน้ำนอกจากนี้ยังมีบางพื้นที่ของตำบลบางน้ำผึ้งที่มีการนำทรัพยากรธรรมชาติมาใช้เป็นแหล่งสร้างรายได้ให้กับชุมชน ซึ่งได้แก่ การจัดตั้งตลาดน้ำบางน้ำผึ้ง และกลุ่มอาชีพต่างๆ ได้แก่ กลุ่มนวดแผนไทย กลุ่มโฮมสเตย์ กลุ่มดอกไม้เกสรัดปลา เป็นต้น ในส่วนนี้เองทำให้มองว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่มีรายได้ที่พอเพียงกับรายจ่าย ทำให้เชื่อได้ว่า น่าจะมีความเป็นไปได้ที่จะให้กลุ่มอาชีพต่างๆ เข้าร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพ ดังนั้นสมาชิกกลุ่มต่างๆ จึงได้มีส่วนร่วมด้านงบประมาณกองทุน นับเป็นการทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชน



1.4 มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานของกองทุนฯ คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ 1) กลุ่มองค์กรชุมชน หน่วยงาน/สถานบริการในพื้นที่ อาทิเช่น สภาองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงเรียนชุมชน และ วัด ล้วนมีส่วนร่วมในฐานะของผู้เข้าร่วมกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมทำ บางหน่วยงานทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา บางหน่วยงานร่วมสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ 2) กลุ่มประชาชน โดยเฉพาะประชาชนในส่วนของกลุ่มอาชีพและชมรมต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสมทบเงินกองทุนสุขภาพ และยังมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจแนวคิด รวมทั้งการร่วมตัดสินใจในแผนงาน โครงการ การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเวทีประชาคมในพื้นที่ในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วม ไม่เพียงแต่ขณะเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือการร่วมลงขันและนำทุนทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริม



สุขภาพด้วย ซึ่งกองทุนจะต้องมีหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสาน ส่งเสริมจัดกิจกรรมต่างๆ ให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากขึ้น และ 3) หน่วยงานภายนอกพื้นที่ ที่ช่วยเสริมหนุนกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งได้แก่ สปสช. ในฐานะที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์ (ศูนย์ฟื้นฟูผู้พิการอำเภอพระประแดง) โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ เป็นต้น การดำเนินการกองทุนสุขภาพระดับตำบล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มาร่วมเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกัน การประสานความร่วมมือ เติมเต็มวิถีคิด วิถีทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานสามารถขับเคลื่อนและสำเร็จ ล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นข้อมูลสำคัญในการดำเนินงานกองทุนฯ

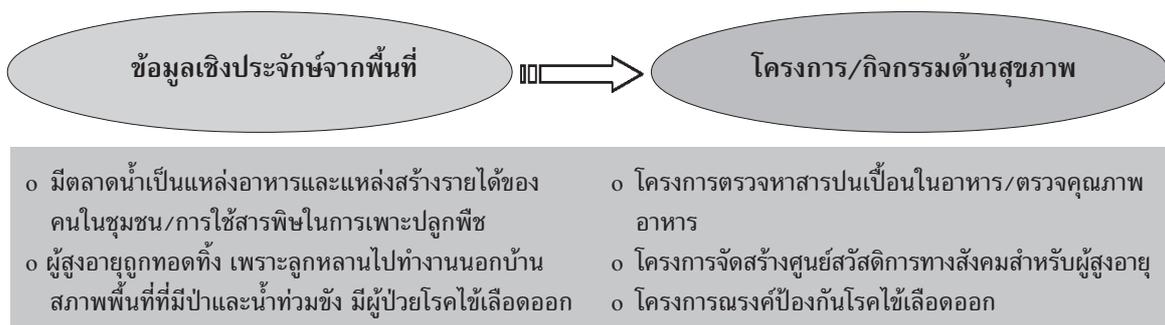
กระบวนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพพื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้ง มีจุดเด่นที่สำคัญคือ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่เป็นฐานในการออกแบบกระบวนการ ดำเนินงานกองทุนฯ และใช้เป็นฐานคิดที่สำคัญในการออกแบบกิจกรรมการบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นตัวตั้ง โดยที่ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านั้นเป็นข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่

2.1 ฐานข้อมูลประชากรจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล

2.2 ฐานข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนจากสถานีอนามัยในพื้นที่ ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพที่สถานีอนามัยมีอยู่นั้น มีช่องทางของการได้รับข้อมูลซึ่งมาจากการคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อต่างๆ ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และข้อมูลการเฝ้าระวังโรค และข้อมูลทางระบาดวิทยา เป็นต้น

2.3 ข้อมูลที่ได้จากการลงสำรวจปัญหาในพื้นที่ เช่น ปัญหาตามกลุ่มวัยประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ถูกทอดทิ้ง ปัญหาเด็กวัยรุ่นไม่ยอมศึกษาต่อ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ น้ำในคลองเน่าเสีย พื้นที่ป่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรคต่างๆ รวมทั้งปัญหาการใช้สารเคมีในการเพาะปลูก เป็นต้น

จากข้อมูล 3 ด้าน ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ข้อมูลในส่วนที่ได้จากการลงสำรวจปัญหาในพื้นที่เป็นข้อมูลที่คณะกรรมการกองทุนสุขภาพให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการดำเนินการกองทุนฯ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่ ดังนั้นในการดำเนินงานของกองทุนจึงต้องมีวิธีการที่หลากหลายในการค้นหาข้อมูล เช่น การสำรวจความคิดเห็นในเวทีประชาคม การจัดทำแบบสอบถามสำรวจความคิดเห็น หรือแม้กระทั่งการออกไปพบปะเยี่ยมเยียนประชาชนของนายก อบต. และปลัด อบต. เพื่อสอบถามถึงสภาพความเป็นอยู่ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ตัวอย่างการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการออกแบบโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพ



3. เงื่อนไขที่ช่วยหนุนเสริมการดำเนินการกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น

การดำเนินการกองทุนสุขภาพจะต้องอาศัยปัจจัยเงื่อนไขที่ช่วยหนุนเสริมและนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการกองทุนสุขภาพตั้งเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ซึ่งเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วย

3.1 มีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ กล้าคิด กล้าตัดสินใจ สามารถประเมินศักยภาพของคนในชุมชนและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้พัฒนาชุมชนได้ โดยผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์กว้างไกล มองเห็นประโยชน์และภาพการเปลี่ยนแปลงที่ดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ สามารถวางแผน กำหนดทิศทางที่จะดำเนินการ และกล้าที่จะคิด กล้าตัดสินใจบนฐานความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อในศักยภาพและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่ของตน

3.2 การใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนและ ทุนทางสังคมที่มีการสร้างวิธีการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ ทั้งนี้หากเฉพาะผู้นำชุมชนดังที่กล่าวถึง แต่คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญและไม่เข้าใจในแนวคิดของกองทุนฯ แล้วนั้น ก็ไม่อาจส่งผลให้เกิดกองทุนฯ ดังที่คาดหวัง ได้ จากประสบการณ์ของกระบวนการพัฒนากองทุนสุขภาพ ตำบลบางน้ำผึ้งชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน กลุ่มอาชีพ และชมรมต่างๆ มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานของกองทุนฯ ทั้งในลักษณะของความร่วมมือต่างๆ เช่น การสมทบเงินเข้ากองทุนฯ ร่วมแสดงความคิดเห็นในเวทีประชุม เข้าร่วมตรวจสอบการบริหารงบประมาณ เป็นต้น

3.3 เงื่อนไขในการบริหารจัดการกองทุน “มี หลักการบริหารงบประมาณอย่างโปร่งใส” ประชาชนสามารถตรวจสอบได้โดยเข้าร่วมตรวจสอบบัญชีของกองทุนฯ ได้ตลอดเวลา ต้องมีกลุ่มบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจมาบริหารจัดการ โดยกองทุนสุขภาพบางน้ำผึ้งมีคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับมอบหมาย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 มาจากตำแหน่ง และส่วนที่ 2 มาจากการคัดเลือกของแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามระเบียบของกองทุนฯ ต้องมีการบริหารจัดการที่ประชาชนยอมรับได้ จากการศึกษาประสบการณ์กองทุนสุขภาพบางน้ำผึ้ง พบว่ารูปแบบการประชุมของคณะกรรมการกองทุนฯ นั้นมีการประชุมสม่ำเสมอทุกเดือน และมีการดูแลรับผิดชอบ กำกับและติดตาม

การทำงานของผู้นำดำเนินการ และบริหารงบประมาณกองทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่ โดยจะรับฟังความคิดเห็น และปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก และกองทุนมีกิจกรรมที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากในการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้งได้เริ่มให้มีการจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ซึ่งระยะแรกได้ให้ความสนใจกับประชากรใน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ วัยทำงาน ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ในส่วนของกลุ่มวัยทำงานได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมอาชีพโดยการจัดตั้งตลาดน้ำและให้ความสำคัญกับการตรวจคุณภาพของอาหารเพื่อการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ได้คุณภาพ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของผู้ซื้อและผู้ขายในส่วนของบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ กองทุนฯ ได้จัดให้มีผู้ดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุที่บ้าน รวมถึงจัดกิจกรรมสุขสันต์วันเกิดแก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน เป็นต้น

บทสรุป

บทความฉบับนี้เป็นการถอดบทเรียนของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้ง ผลการถอดบทเรียนสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้งสามารถเป็นกองทุนต้นแบบของจังหวัดสมุทรปราการที่สามารถนำไปขยายผลการเรียนรู้สู่พื้นที่อื่นๆ กล่าวคือ กองทุนสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้งมีความโดดเด่นทั้งในด้านการบริหารจัดการกองทุน กระบวนการดำเนินงานกองทุนที่นำความรู้และการเรียนรู้ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตวิธีการดำเนินการ โดยมีเป้าหมายสำคัญสูงสุดคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในพื้นที่ มีกลวิธีดำเนินการที่สำคัญได้แก่ 1) การหลอมรวมการดำเนินการกองทุนให้เป็นเนื้องานเดียวกับการดำเนินงานในการพัฒนาตำบล ดังนั้นการดำเนินการกองทุนฯ จะต้องอยู่ภายใต้หลักการแนวคิดของการบริหารจัดการให้สอดคล้องตามนโยบายการบริหารจัดการของพื้นที่ 2) เน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชน การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนในพื้นที่ในฐานะเจ้าของสุขภาพของตนเอง โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นให้ประชาชนสามารถ



ดูแลตนเอง สร้างระบบดูแลกันเองในชุมชน 3) นำทุนทางสังคมที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งทุกคน ทุนทางธรรมชาติต่างๆ และ 4) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกพื้นที่

กระบวนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพของพื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้ง ยังมีแนวทางการดำเนินการที่สำคัญคือ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ เป็นฐานในการออกแบบกระบวนการดำเนินงานกองทุนฯ และการออกแบบกิจกรรมการบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นตัวตั้ง โดยสรุปแนวคิดในภาพรวมดังภาพที่ 2

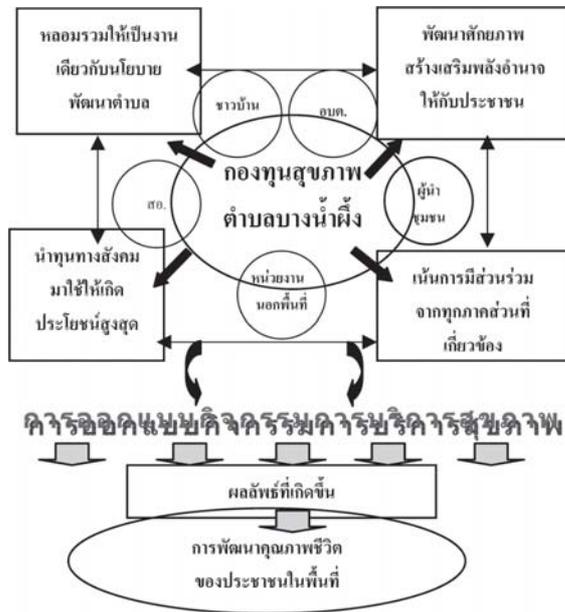
บทเรียนจากการศึกษาการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินการกองทุนสุขภาพจะประสบผลสำเร็จได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการกองทุน มีดังนี้คือ 1) มีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ กล้าคิด กล้าตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการนำทุนทางสังคมที่มีอยู่มาใช้ในการดำเนินงานกองทุน 3) การมีการบริหารจัดการกองทุนที่ดี ทั้งในส่วนของ การบริหารจัดการงบประมาณที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และการบริหารการดำเนินการที่ประชาชนให้การยอมรับ เน้นการบริการที่เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย เป็นต้น

นอกจากนี้ ข้อความรู้ที่ได้จากการศึกษาการดำเนินการกองทุนสุขภาพ ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นหลักที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ดังนี้

1) เห็นความเชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนากองทุนสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนกับบทบาทของภาควิชาชีพพยาบาลในฐานะที่เป็นหุ้นส่วนสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ต้องมีการปรับตัวให้เท่าทันกับระบบสุขภาพแนวใหม่ที่มีภาพการทำงานรูปแบบต่างๆ ที่ชุมชนท้องถิ่นและประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

2) เห็นทิศทางและบทบาทการทำงานในชุมชนของพยาบาลที่จะช่วยเสริมหนุนให้เกิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก เป็นพี่เลี้ยง ในการทำงานด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายหลัก อาทิเช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อย่างน้อยต้องได้รับตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด เป็นผู้สร้างสรค์นวัตกรรมบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การเป็นผู้ร่วมจัดบริการให้แก่กลุ่มคนต่างๆ เช่น กลุ่มมิตรภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ดูแลผู้พิการ เป็นต้น การเป็นผู้วิเคราะห์และให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่คณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อการปรับปรุงการดำเนินการพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่ และที่สำคัญเป็นผู้ร่วมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนโดยมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินการกองทุนฯ ตลอดกระบวนการตั้งแต่การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ เป็นผู้จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และยังมีส่วนในการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส

3) ทราบถึงหลักการและแนวทางการดำเนินการกองทุนสุขภาพระดับตำบล ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตที่จะช่วยให้วิชาชีพพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขได้นำหลักการแนวคิดนี้ไปใช้ในการผสมผสานการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป



ภาพที่ 2 กระบวนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ. วิจัยประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ. ใน: การเสวนาเพื่อการถอดบทเรียน. กรุงเทพฯ; 10 กรกฎาคม 2551.
2. ตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 1 มีนาคม 2552]. จาก <http://www.thaitambon.com/Tambon/ttambon.asp?ID=110410>
3. องค์การบริหารส่วนตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 1 มีนาคม 2552]. จาก <http://bangnampueng.spk.localict.com/>
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2550.

5. ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชนพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่ กรณี กองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
6. ปิยะธิดา นาคะเกษียร, สุนันทา บุญรักษา, พัทธิญา แก้วแพง. การวิจัยเชิงคุณภาพ: ถอดบทเรียนการดำเนินงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กรณีพื้นที่ตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม; 2551.



ประสบการณ์ด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*

Psychological Experiences of Unwanted Pregnancy Women*

หทัยทิพย์ ไชยวาที วท.บ.** โสริษฐ์ โพธิแก้ว กศ.บ.***
จิราพร เกศพิชญวัฒนา Ph.D.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยมีผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่อาศัยพักพิงในบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีจำนวน 12 ราย ข้อมูลได้มาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยแสดงว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นช่วงเวลาจิตใจเป็นทุกข์อย่างยิ่ง เป็นวิกฤตอย่างยิ่ง ส่งผลต่อจิตใจ และวิกฤตนี้สามารถคลี่คลายได้ด้วย ความเห็นอกเห็นใจ เมตตา กรุณา จากบุคคลแวดล้อม เช่น พ่อแม่ เพื่อน และจากหน่วยงานที่ช่วยเหลือ จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ประเด็นความรู้สึกแรกเมื่อตั้งครรภ์ เป็นความรู้สึกช็อก ตกใจ สับสน เสียใจ รู้สึกผิด และซ้ำเติมตัวเองว่าเป็นคนไม่ดีในสายตาของสังคม 2) ประเด็นของการพยายามหาทางออกจากภาวะทุกข์ใจใหญ่หลวงและการที่ได้มีบุคคลต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือด้วยความรักและเข้าใจทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกทางออกที่เหมาะสมและส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นต่อตนเองและลูก 3) ประเด็นของบทเรียนชีวิต ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรักและความเข้าใจจากครอบครัว เพื่อน มากขึ้น และช่วยให้เธอรู้อัจฉริยะมองอนาคตและเกิดความตั้งใจปรับเปลี่ยนตัวเองสู่หนทางที่ดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือและฟื้นฟูด้านจิตใจ และเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ประสบการณ์ด้านจิตใจ

Abstract

This phenomenological research aimed at examining the psychological experiences of unwanted pregnancy women. Data were collected by in-depth interviewing of 12 females who lived in Emergency Home in the patronage Association for the Promotion of the Status of Women. Collected data were by qualitative methodology. Psychological experiences of the 12 key informants could be arranged into 3 themes as follow: 1) theme of the feeling: Feeling of unwanted pregnancy women were shock, confusion, feeling of guilt and self-blame, 2) theme of the finding the solutions: The solutions came with being by love and understanding of parents, friend and professional people, 3) theme of the learning: This unwanted experience was the lesson that helped change themselves for the better. The research findings could be used to understanding psychological experiences of the unwanted pregnancy women and could be useful to lead a way of psychological and helping for the unwanted pregnancy women.

Keywords: Unwanted pregnancy, Psychological experience

* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาระดับโลกที่ต้องป้องกันและแก้ไข ข้อมูลของสภาวิชาการคัมภำเนิตแห่งภาคพื้นเอเซียแปซิฟิก (APCOC) แสดงว่าทุกปีมีผู้หญิงกว่า 80 ล้านคนทั่วโลกต้องประสบปัญหาตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ และกว่า 46 ล้านคนทำแท้ง และประมาณ 78,000 คน ต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย¹ ในประเทศไทยสถิติของหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์มีเพิ่มมากขึ้น และปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพกายและสุขภาพจิต² ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญและเร่งในการหาวิธีทางเพื่อป้องกันแก้ไข

ผลกระทบทางใจของหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์มีมาก สิ่งที่มีผลต่อสภาพจิตใจอย่างมากได้แก่ ความวิตกกังวล ความผิดหวัง ความท้อแท้และความเครียด^{3,4} สภาวะจิตใจเช่นนี้ส่งผลต่อการคิด การตัดสินใจ และกระทบต่อไปยังส่วนอื่น ๆ ของชีวิต หญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ต้องการความเข้าใจ การยอมรับจาก พ่อแม่ ครอบครัว คนรอบข้าง ตลอดจนต้องการคำปรึกษาจากผู้ที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะด้าน เพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านจิตใจ⁵ การศึกษาประสบการณ์ ทางด้านจิตใจของพวกเธอผ่านเสียงบอกเล่าของเจ้าของเรื่องราว เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการเยียวยาฟื้นฟู แนวทางในการบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อให้พวกเธอกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อีกครั้ง

การรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ที่ศึกษาด้านจิตวิทยาโดยตรงมีจำนวนน้อย ส่วนมากศึกษาเกี่ยวกับการทำแท้งและทัศนคติทางสังคมสงเคราะห์ ในแง่ของการศึกษา จึงยังมีช่องว่างที่เกี่ยวกับด้านจิตใจ ผู้วิจัยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ด้านจิตใจ ในความจริงที่ปรากฏในความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติและความเชื่อของหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ และได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยาข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ที่ขอเข้ารับความช่วยเหลืออาศัยพักพิงในบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี จำนวน 12 ราย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ด้วยวิธีการทางวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากบทสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ข้อมูลได้มาโดยการบันทึกเสียงสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาาน 60-90 นาทีต่อครั้งร่วมด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติคือ 1) เป็นหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ที่ขอความช่วยเหลือพักพิงอยู่ในบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรรค์หรือคลอดบุตรแล้ว 2) มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพียงพอในการให้ข้อมูล และ 3) มีความเต็มใจในการให้ข้อมูล และยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการแจ้งสิทธิในการเป็นผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผ่านการพิจารณาจากหน่วยงานเจ้าของพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางวิจัยคุณภาพ การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลได้กระทำในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

ในแง่จริยบรรณในการวิจัย 1) ผู้วิจัยถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลขอคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล 2) บอกให้ทราบถึงสิทธิในการถอนตัวและมีสิทธิไม่ตอบคำถามใดก็ได้ในระหว่างการสัมภาษณ์ 3) ผู้วิจัยปกปิดข้อมูลส่วนตัวของผู้วิจัยเป็นความลับ ปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น 4) ขออนุญาตในการบันทึกเทปเสียง และ 5) หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจเกิดขึ้นผู้วิจัยหยุดสัมภาษณ์และให้ความช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลตามวิชาความรู้ทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามที่ได้ศึกษา มาพร้อมทั้งแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ทราบ

ในงานวิจัยมีข้อจำกัด ดังนี้คือ 1) ผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้เป็นประสบการณ์ด้านจิตใจของหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ในบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีเท่านั้น ข้อมูลที่ได้ไม่ครอบคลุมอ้างอิงไปยังหญิงตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ ในภาพรวมทั้งหมด 2) การวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลได้ครอบคลุมทุกประเด็น เนื่องจากข้อจำกัดในการขอเข้าเก็บข้อมูลในบ้านพักฉุกเฉินและผู้ให้ข้อมูลบางส่วนไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังออกจากบ้านพักฉุกเฉิน



ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 12 ราย อายุระหว่าง 17 - 33 ปี การศึกษาต่ำสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ด้านการประกอบอาชีพมีหลากหลาย ได้แก่ นักศึกษา ที่ตั้งครรภ์ระหว่างเรียนจำนวน 1 คน นักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ระหว่างภาคเรียนสุดท้ายการศึกษาจำนวน 2 คน อาชีพรับจ้างทั่วไป 5 คน พนักงานบริษัท 3 คน เกษตรกร 1 คน อายุครรภ์ขณะสัมภาษณ์ตั้งแต่ 7 เดือน จนถึงหลังคลอด 10 วัน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่ได้ตั้งครรภ์กับสามีที่ถูกต้องตามกฎหมายและทุกกรณีขาดการรับผิดชอบจากฝ่ายชาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยทำแท้งด้วยตนเองมาก่อน

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับ เมทินี พงษ์เวช^๖ ที่กล่าวถึงหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่เข้ามาขอความช่วยเหลือในบ้านพักฉุกเฉินไว้ว่า สิ่งที่พบคือความทุกข์ทรมานใจของผู้หญิงที่ประสบปัญหา ที่ได้พยายามทำแท้งให้ตัวเองด้วยวิธีต่างๆ แล้วไม่สำเร็จรวมทั้งความพยายามฆ่าตัวตาย เพราะหาทางออกไม่ได้ เป็นภาวะที่บีบคั้นมาก

2. ประสบการณ์ด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลแสดงผลได้ 3 ประเด็นดังนี้

2.1 เมื่อ “ท้อง”: ความรู้สึกนึกคิดเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ความรู้สึกแรกที่รู้ว่าตนเองท้องคือ ความตกใจกลัว ซ็อก งง สับสนและเสียใจที่ตน “พลาด” ท้องโดยไม่ตั้งใจ ไม่ต้องการ คำถามหนัก ๆ มากมายเกิดขึ้นในใจว่าจะต้องทำอะไรกับชีวิต สามารถจะแก้ปัญหาได้อย่างไร ชีวิตวันข้างหน้าจะเป็นเช่นไร และความรู้สึกที่ต้องสูญเสียหลายสิ่งในชีวิต เช่น โอกาสเจริญก้าวหน้าทางการทำงาน การเรียน ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนที่รักต้องจากบ้านเพื่อปิดบังความจริง และกระหน่ำซ้ำเติมด้วยความรู้สึกกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เป็นคนเลว ในสายตาของสังคม “หลุดจริต คือไม่อยากได้ คือถ้าท้องแล้วปัญหาหลาย ๆ อย่างมันมีมาแล้วนะ ถ้าท้องปุ๊บปัญหา มัน มี ซมาพร้อมกันท้องนี้ละจะทำยังไง” “หุดหู่ ทำอะไรไม่ถูก จะเอาออกที่ไหน แล้วถ้าแม่รู้จะเป็นยังไง... ถ้าคนรอบข้างเรารู้แล้วจะเป็นยังไง เราก็อ่านอยู่ทอม

สุดท้ายแล้ว เราจะเรียนจบไหม ถ้าคนอื่นเค้ารู้ว่าเราท้องก่อนเราก็ดอนโล่งอก รู้สึกกังวลใจทำอะไรไม่ค่อยสบายใจ” “อยู่บ้านเราสบายทุกอย่าง เราสบายแล้วนะ มาพลาด คิดดูเราได้อยู่กับลูกเราทุกวันแล้วเราต้องทิ้งลูกทิ้งแม่มา มาอยู่คนเดียว มาอยู่ในสังคมที่อะไรก็ไม่ว่างอยู่บ้านที่มีความสุขมาก พี่เพิ่งซื้อรถได้ไม่ถึงปี คือชีวิตสมบูรณ์หมดแล้วนะ ลงตัวหมดแล้ว สบายมากแล้ว... จากลำบากกลายเป็นสบาย เหมือนกับขึ้นไปตึก 10 ชั้น แล้วลงมาอยู่ชั้นล่างอีก มันแบบใจหายนะ กว่าที่จะตะเกียกตะกายขึ้นไปได้ มันใช้เวลานานมาก แล้วแบบหล่นตุ๊บลงมาน่ะสาหัสสาหัสกัน”

มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความรู้สึก เช่น การท้องที่เกิดขึ้นผิดจากความคาดหวังของสังคม ไม่มีกำลังด้านเศรษฐกิจเพียงพอในการเลี้ยงดูลูก ท้องในวัยเรียนฝ่ายชายไม่รับผิดชอบไม่ว่าปัจจัยใดก็ล้วนสร้างความทุกข์ใจให้เป็นอย่างยิ่ง ภาวะที่เกิดขึ้นจึงเป็น “ภาวะวิกฤต” ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเร็วและทันทีทันใด⁷ สิ่งที่ต้องการคือคนที่เข้าใจ การยอมรับและการให้กำลังใจ เพื่อบรรเทาความรู้สึกหนักหน่วงทุกข์โงมที่เกิดขึ้นในใจ เพื่อจะได้สามารถหาทางออกจากปัญหาที่รุมเร้าได้

2.2 ความหวังที่ผันแปร: หนทางในการพยายามหาทางออก เมื่อความผันแปรใหญ่หลวงเกิดขึ้นในชีวิต การดิ้นรนของทางออกอย่างสะเปะสะปะ ทุก ๆ ทางที่จะนึกได้ก็ดำเนินไป การยุติการตั้งครรภ์เป็นความคิดแรกสุดที่เกิดขึ้น นำไปสู่ความพยายามทำแท้งด้วยวิธีการต่างๆ และเมื่อไม่สำเร็จพวกเขาก็ยอมรับทางเลือกการตั้งครรภ์ต่อ และต่อมาทางออกก็คือ การเสาะหาสถานที่ให้ความช่วยเหลือ การตัดสินใจมาอยู่บ้านพักฉุกเฉินมาจากหลายแรงจูงใจ ทั้งความต้องการหลบหนีจากสังคมเดิม ความไม่ยอมให้คนรอบข้างรับรู้ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่มีเงินพอเลี้ยงดูลูก รวมทั้งเหตุผลในใจอื่น ๆ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ช่วยบรรเทาความรุนแรงของอารมณ์ ความรู้สึก ความทุกข์ใจ และมีผลต่อการตัดสินใจของพวกเขาคือ ความเข้าใจ การยอมรับของสมาชิกในครอบครัวการมีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือ การมีเพื่อน มีคนรอบข้างที่เข้าใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยให้เกิดการแก้ไขปัญหา การปรับตัวและการเลือก



ทางออกจากปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ “เปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือเลย จากที่ว่าเคยเกลียดพ่อมัน เกลียดมันคนไม่ยกเอาไว้ พอหน้าเคื่อบอกว่ามีเรื่องอะไรเคื่อบจัดการเอง เรามีหน้าที่คลอด เดี่ยวยายช่วยเลี้ยงเอง แม่เลี้ยงนะ เราก็เข้าใจ อย่างน้อยเด็กมันได้อยู่ในที่ที่ดีใจ อย่างน้อยเคื่อบก็ได้อยู่ท่ามกลางความรักของตาของยายของเคื่อบ” “พอเคื่อบดิ้นเราก็รู้สึกว่กัเหมือนคนแรกที่เราท้อง เรารักเคื่อบเวลาที่เคื่อบดิ้นก็คุยกับเคื่อบก็บอกขอโทษเคื่อบที่แต่ก่อนจะเอาเคื่อบออก ที่เคยตีท้องเคยกินยาสตรี 5 ขวด พอไม่ออก พอเคื่อบดิ้นเราก็บอกเคื่อบว่า แม่ขอโทษนะ ที่เคยคิดจะฆ่าเคื่อบ บอกว่าอย่าโกรธแม่นะ ถ้าเป็นไปได้อีกคงไม่ทำหรอก ถ้ารู้ว่ามิ่สถานทีแบบนี้แต่แรกก็คงไม่คิดจะฆ่าตัวตาย ก็คงไม่คิดจะเอาเคื่อบออก”

ด้วยความช่วยเหลือ ความเข้าใจ กำลังใจที่ได้รับ ทำให้ความรู้สึกต่อลูกในท้องก็เปลี่ยนไปด้วย ตอนแรกที่ตั้งครรภ์ความรู้สึกที่มีต่อลูกในท้องคือไม่รักไม่ต้องการไม่สนใจ อยากทำแท้ง อยากกำจัด แต่ความรู้สึกค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไป เกิดเป็นความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความหวังดี ที่มีให้ลูกผู้เป็นสายเลือดของตน “กลับบ้านคือ เราทำทุกอย่างแล้วมันไม่ออกใจ กลับมาบ้านทั้งๆ ที่รู้ว่าไม่มีใครยอมรับอยู่แล้ว ถามว่าตอนแรกเกลียดเด็กคนนีใหม่ก็คือ เกลียด ก็คือรักไม่โทษตัวเอง ตอนแรกเราโทษแต่เคื่อบว่าจะมาเกิดทำไม เราไม่ได้คิดว่าที่เคื่อบเกิดมามันเป็นเพราะอะไร เพราะเราทำตัวเองพอมายู่ที่นี่แม่เคื่อบก็ให้กำลังใจ เคื่อบก็โทรมาตลอด จากนั้นความรู้สึกก็เริ่มเปลี่ยนไป ถึงแม้ว่าเราไม่สามารถเลี้ยงเคื่อบได้เต็มทีอย่างน้อยก็ยังดีกว่าไปฆ่าเคื่อบ”

นักจิตวิทยาและกลุ่มทางจิตวิทยาเป็นอีกความช่วยเหลือรูปแบบหนึ่งที่สร้างแรงส่งเสริมทางจิตใจ ทำให้ได้อ่อนคลาย ได้รู้ว่ายังมีคนเข้าใจ ได้ขอคิดนำไปใช้ในการปรับตัวปรับใจและต่อสู้อุปสรรคภัย โภคะนั้นท์ (อ้างถึงใน สุวิมล จอดพิมาย)^๕ กล่าวว่า การจัดบริการการศึกษาให้บุคคลในบรรยากาศของการยอมรับ อบอุ่น และปลอดภัย จะทำให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก การช่วยเหลือและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้ลดความตึงเครียด พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เกิดการยอมรับและกล้าเผชิญปัญหา เป็นการนำให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข กนกวรรณ ธรรววรรณ^๖

เสนอไว้ว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต้องการพูดคุยภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ผ่านการฝึกฝน เพื่อการรับฟังปัญหาและให้ข้อมูลรอบด้านแก่ผู้มีปัญหา อย่างเคารพสิทธิและความต้องการของผู้หญิงที่เป็นปัญหา สิ่งทีบุคคลกลุ่มนี้ต้องการเป็นอันดับแรกๆ คือความเข้าใจ การยอมรับ ตลอดจนการปรึกษากับนักจิตวิทยาผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ

การสนับสนุนทางด้านสังคมส่งผลต่อการเลือกทางออกในอนาคตให้แก่ลูก การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ทางออกทีถูกเลือกนั้นมีอยู่ 2 ทางคือ ทางแรก คือ 1) การยกลูกให้บ้านพักฉุกเฉิน และ 2) การฝากให้บ้านพักฉุกเฉินเลี้ยงดูแล เป็นเวลา 6 เดือน เพื่อแม่จะได้ออกไปทำงานและเตรียมความพร้อมทีจะรับลูกออกไปเลี้ยง ทางเลือกแรกนั้นมาจากปัจจัยหลายประการดังที่ แอนนา พรอยด์ และเบนเดด ที (อ้างถึงใน ตรึงเนตร พรรณตวงเนตร)^๗ อ้างถึงปัจจัยสำคัญสองประเด็น คือ ปัจจัยภายนอกได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ความไม่พร้อมในเรื่งที่อยู่อาศัยหรือ รายได้ และปัจจัยภายในได้แก่ สภาพจิตใจของมารดา เช่น ความไม่พร้อมทางอารมณ์ การปฏิเสธลูกหรือ ความขัดแย้งทางจิตใจระหว่างปัจจัยภายนอกกับปัจจัยภายใน เช่น การไม่ได้สมรส หรืออาจเป็นความต้องการของตนเอง

2.3 บทเรียนชีวิต การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เรียนรู้ทีจะเข้าใจและรักครอบครัวมากขึ้น มีความรักในเพื่อนมากขึ้น และความผิดพลาดสอนให้เรอได้คิดถึงอนาคตและเกิดความตั้งใจจะเปลี่ยนแปลงชีวิตให้ดีขึ้น “พอมายเจอเรื่งแบบนี้ หนูเห็นนะว่ เมื่อก่อนคิดว่าเพื่อนไม่ให้ความสำคัญอะไรกับหนูเลยนะ แบบทำอะไรเพื่อนไม่แคร์ไม่อะไรเลยนะ แต่พอมายเจอเรื่งแบบนี้ รู้สึกว่เพื่อนรักเรานะ เพื่อนเป็นห่วงเรานะให้คำปรึกษาทุกอย่างช่วยเหลือ พยายามช่วยหมดทุกอย่าง ทั้งๆ ทีบางครั้งเราท้อเราคิดอะไรไม่ออก เพื่อนก็ยงหาหนทางให้เรานะ” “มาอยู่ที่นี่จึงได้คิดได้แบบนี้ เพราะการทีเรานิ่งขึ้นกับครอบครัวจากนี้ไปก็คือครอบครัวของเรา จะทำอะไรก็ต้อคิดถึงครอบครัวตัวเองมากที่สุด จากเมื่อก่อนเคยร้นอยากออกไปอยู่ข้างนอกมากกว่า ตอนนีก็อยากกลับบ้านอยากกลับไปอยู่บ้าน”



ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตกอยู่ในความมืดมนของความทุกข์ใหญ่หลวง การช่วยเหลือทั้งโดยตรงและโดยอ้อมของทั้งบ้านพักฉุกเฉิน ครอบครัว พ่อแม่ เพื่อน สะท้อนให้เห็นว่าจิตใจที่มีความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตาและกรุณาจะช่วยนำพาและโอบอุ้มเขาเหล่านั้นให้พบกับแสงสว่างในชีวิต งานวิจัยนี้ได้ทำให้ผู้วิจัยได้สัมผัสกับความสงบของจิตใจ ซึ่งซ่อนเร้น แฝงตัวอยู่รอบ ๆ ตัวผู้ที่อยู่ในโลกมืด และนำพาเขากลับมาสู่โลกด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาต่อในเรื่องในส่วนของความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีต่อการตัดสินใจยกลูกให้เป็นบุตรบุญธรรม การฝากลูกและการเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องเส้นทางอนาคตและสภาพของลูกที่เกิดจากแม่ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. ศึกษาเพิ่มเติมประเด็นครอบครัว เพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวเป็นกำลังใจที่สำคัญมากในการหาทางออกและการเยียวยาจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัว ขอขอบคุณครู-อาจารย์ เพื่อน ที่มีความห่วงใย ขอขอบคุณพี่น้องหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่เอื้อเฟื้อเรื่องราวในชีวิตเป็นวิทยาทาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. คมคุ้มกันผ่านครุวัณคัมกำเนิดโลก [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 20 มีนาคม 2552]. จาก <http://www.moph.go.th>
2. Kuroki LM, Allsworth JE, Redding CA, Blume JD, Peipert JF. Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy ?. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2008; 199: 517.e1-517.e7.

3. Leathers SJ, Kelley MA. Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers. American journal of Orthopsychiatry 2000; 70(4): 523 - 531.
4. สุขาดา รัชชกุล. การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.
5. กนกวรรณ ธรรมวรรณ. บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ท้องเมื่อไม่พร้อม. รายงานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง; 2548.
6. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องปัญหายุติการตั้งครรภ์. บริการสังคมทางเลือกเพื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 20 มีนาคม 2552]. จาก <http://www.manager.co.th>
7. สิรินุช เสี่ยงมศักดิ์. การเผชิญปัญหาภาวะวิกฤตภายใต้กระบวนการตัดสินใจเพื่อตั้งครรภ์ต่อของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ศึกษาเฉพาะกรณีสถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพบ้านเกร็ดตระการ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
8. สุวิมล จอดพิมาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อำนาจภายใน-ภายนอกตน อัตมโนทัศน์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2537.
9. ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร. บริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องการ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2538.



การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ The Development of Nursing Record of Operative Nursing Department, Surin Hospital

จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ พย.ม.* ศรีัญญา จุฬารีย์ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใช้ทฤษฎีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบตามกรอบของเดมมิ่ง จำแนกขั้นตอนเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การตรวจสอบ/ประเมิน และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 152 คน จากห้องผ่าตัด 35 คน และจากหอผู้ป่วย 117 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบของสำนักการพยาบาล 2) แบบสอบถามการใช้ประโยชน์จากบันทึก และ 3) แนวคำถามในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า 1) **ขั้นการศึกษาสภาพปัญหาและวางแผนดำเนินงาน** พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดยังไม่มีรูปแบบ ไม่ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกอย่างสมบูรณ์ จึงวางแผนการอบรมให้ความรู้ และจัดตั้งทีมแกนนำในการจัดทำคู่มือและนิเทศการบันทึกทางการพยาบาล 2) **ขั้นดำเนินการตามแผน** เป็นการจัดอบรมให้ความรู้ จัดทำคู่มือและดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องผ่าตัด ระหว่าง พฤศจิกายน 2551- กุมภาพันธ์ 2552 รวม 4 เดือน 3) **ขั้นการตรวจสอบประเมิน** พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.22, SD = .49) และเมื่อแยกตามแผนกพบว่า คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 55.79 ส่วนการใช้ประโยชน์จากบันทึกการพยาบาลงานห้องผ่าตัดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 4) **ขั้นการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง** ผู้วิจัยเสนอแนะให้ประกาศนโยบายการเขียนบันทึกร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา ส่งเสริมให้มีทีมนิเทศปลูกฝังทัศนคติที่ดี และสร้างแรงจูงใจ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งทบทวนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาพยาบาล และควรวิเคราะห์แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับบริบท

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนา และควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

คำสำคัญ: บันทึกทางการพยาบาล การพัฒนา

* พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หัวหน้างานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์

** พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์



Abstract

The aim of this research and development study was to develop nursing record of the Operative Nursing Department, Surin Hospital. Research design of this study is an R&D research guided by Deming's conceptual framework (Plan, Do, Check, and Action: PDCA) The population in this study composed of 152 registered nurses (RNs) who provided direct care for surgical patients. Of those, 35 were RNs of the Operational Room (OR), 117 were surgical department RNs. The research instruments were 1) Quality of nursing record questionnaire, 2) Utilize of Operative nursing's record, and 3) open - ended questionnaire regarding nursing record quality improvement with reports of Cronbach's Alpha Coefficient = 0.89 and 0.94; respectively.

Result: **1) Plan:** It was found that nursing records were not fully operationalized in neither OR nor surgical department. Researchers therefore, set up the training program and formed the core team to educate all staff regarding nursing records. **2) Do:** The training program was implemented during November 2551 - February 2552. **3) Check:** It was found that there was a moderate of quality of nursing record (mean = 2.22, SD = .49). When analyzed by department, it was found that the quality of nursing record was at moderate level as well (55.79 %). Overall, nursing records were highly used as resources. **4) Act:** The study recommended that a policy of writing a team record shared among interdisciplinary team should be announced. The training team should motivate staff to gain a good attitude on writing nursing records. An official records should be developed appropriately fit the needs of each department.

Conclusion: The involvement in the development of nursing record helps save sustainability and sustainable development and should be expanded to cover all departments.

Keywords: nursing record, research & development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นให้การตอบสนองความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค บำบัดรักษา เบื้องต้น และช่วยฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการโดยมีเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติงาน คือ การใช้กระบวนการพยาบาล เพราะการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบระเบียบแบบแผน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการประเมินและตัดสินใจ โดยเน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจในการแก้ปัญหา¹ การประกันคุณภาพด้านการพยาบาลนั้นอยู่ที่การปฏิบัติของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลทุกคนจึงต้องตระหนักถึงบทบาทในการบริการที่แสดงถึงความรับผิดชอบตามขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพ ทั้งนี้จะต้องแสดงให้เห็นปรากฏถึงการใช้ทฤษฎีการพยาบาล และพัฒนาการปฏิบัติงานให้เกิดทฤษฎีใหม่ๆ ทาง

การพยาบาลเพิ่มขึ้น และจะเห็นว่าการพยาบาลเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการพยาบาล เป็นต้น โดยในการทำงานร่วมกันนั้นต้องมีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยทั้งโดยวาจาและรายงานต่างๆ และการสื่อสารโดยการเขียนที่สำคัญของพยาบาลคือ การบันทึกทางการพยาบาลนั่นเอง

บันทึกทางการพยาบาลเป็นการเขียนรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นผู้เขียนบันทึกตามเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นและใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล² การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้อง



สะท้อนแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยอาจใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่ง หรือหลายทฤษฎี ร่วมกันในการประเมินภาวะสุขภาพ จนถึงการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้องนั้นย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเพราะผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจนทำให้น่าลงมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลเพราะการบันทึกบ่งบอกถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

สำนักการพยาบาล³ ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้หลัก 4C ได้แก่ ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise) ตามลักษณะของการบันทึก เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานรวมทั้งการประกันคุณภาพ ถึงแม้ว่าการบันทึกการพยาบาลจะมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล ทีมสุขภาพและเป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย แต่การบันทึกการพยาบาลในปัจจุบันยังพบปัญหาหลายประการ อาทิ พยาบาลต้องรับผิดชอบบันทึกมากมาย แต่เนื้อหาที่บันทึกยังขาดข้อมูลทางการพยาบาล ขาดระบบระเบียบตามกระบวนการพยาบาล ไม่ได้แสดงถึงเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ⁴ การศึกษาของทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากล่ำ⁵ พบว่า สาเหตุของปัญหาการบันทึกการพยาบาลที่ขาดคุณภาพนั้น ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติและการขาดแรงจูงใจในการบันทึกของพยาบาล สาเหตุรองลงมาคือการบริหารจัดการของผู้บริหารและระบบการบันทึกที่ต้องใช้เวลาในการบันทึกมากเกินไป

การบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ เดิมมีเพียงการบันทึกระดับบาดแผล (class) สิ่งติดไปกับผู้ป่วย และการส่งชิ้นเนื้อ ซึ่งไม่สะท้อนการปฏิบัติที่ใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลงานห้องผ่าตัด และจากการตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาลมีข้อสังเกตเกี่ยวกับความต่อเนื่องใน

การให้การพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดเพื่อให้บุคลากรพยาบาลงานห้องผ่าตัดมีแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพได้ใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง และเพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการสืบค้น และเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใช้ทฤษฎีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบตามกรอบของเดมมิ่งจำแนกขั้นตอนเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผน 2) ดำเนินงาน ตามแผน 3) ตรวจสอบ/ประเมิน และ 4) ปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้วงจรที่เรียกว่า PDCA ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาการบันทึกการพยาบาลในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ ให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ กันยายน 2551 - มีนาคม 2552

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล สุรินทร์ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยแบ่งเป็น 1) พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 35 คน ในการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล 2) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในการติดตามประเมินผลการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 162 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 1) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลคือ พยาบาลห้อง



ผ่าตัด จำนวน 35 คน 2) กลุ่มตัวอย่างในการติดตามคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัดและการใช้ประโยชน์ จากบันทึกเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวนแจกแบบสอบถามกับประชากรทั้งหมดเนื่องจากประชากรมีจำนวนน้อย และได้แบบสอบถามคืนจำนวน 117 ชุด คิดเป็นร้อยละ 72.2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบของสำนักการพยาบาลโดยยึดตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล ได้แก่ ได้แก่ ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise) จะใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับผู้ป่วยไว้ในห้องผ่าตัด และห้องผ่าตัด โดยมีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ 2) แบบสอบถามการใช้ประโยชน์จากบันทึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบการทำงานในห้องผ่าตัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ 3) แนวคำถามในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ ของแบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัดแบบสอบถามการใช้ประโยชน์จากบันทึก และแนวคำถามในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด และนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ แบบสอบถามการใช้ประโยชน์จากบันทึก ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นการศึกษาสภาพปัญหาและวางแผนดำเนินการ 1) ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์จากการสังเกตการณ์ 2) ประชุมทีมพยาบาลห้องผ่าตัดใช้

หลักการระดมสมอง (Brain storming) เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา

2. ขั้นตอนดำเนินงานตามแผน

2.1 การจัดอบรมทางวิชาการเรื่อง บันทึกทางการแพทย์พยาบาล และจัดโครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดย 1) จัดตั้งแกนนำในการสร้างคู่มือการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ ทีมแกนนำร่วมประชุมวิพากษ์แนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องผ่าตัดเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขต้นร่างให้มีความสมบูรณ์ และนำเสนอหัวหน้างานห้องผ่าตัดเพื่อลงนามรับรอง 2) ประกาศนโยบายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องผ่าตัด 3) จัดตั้งทีมการตรวจนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องผ่าตัด จำนวน 5 คน โดยการนิเทศใช้เกณฑ์การบันทึกการให้การพยาบาลของสำนักการพยาบาล ซึ่งครอบคลุม 4 C ได้แก่ ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise) โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2 ดำเนินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานห้องผ่าตัด ระหว่าง พฤศจิกายน 2551 - กุมภาพันธ์ 2552 รวม 4 เดือน

3. ขั้นตรวจสอบ/ประเมินผล ได้แก่ 1) ประเมินการนำบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องผ่าตัดไปใช้ประโยชน์ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 12 หอผู้ป่วย 2) สทนากลุ่มกับพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีแนวคำถามหลักคือ “ประโยชน์และปัญหาอุปสรรคในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล”

4. ขั้นปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นำผลการประเมินการนำบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องผ่าตัดไปใช้ประโยชน์ และคุณภาพการบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัดมาพิจารณาและปรับปรุงการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีความสมบูรณ์และใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัย

1. ขั้นการศึกษาสภาพปัญหา พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติการช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัดและหัตถการต่างๆ แต่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลเพื่อเป็น



หลักฐานทางการพยาบาล ซึ่งทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด อาจส่งผลกระทบต่อการวางแผนการพยาบาลสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลุ่มงานห้องผ่าตัดได้ประชุมระดมสมอง มติที่ประชุมเสนอว่าควรมีการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งหมายรวมถึงงานบริการพยาบาล

2. ขั้นตอนดำเนินงานตามแผน

2.1 กลุ่มงานห้องผ่าตัดร่วมกับฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลสุรินทร์ ได้จัดอบรมวิชาการ เรื่อง “บันทึกทางการพยาบาล” ระหว่างวันที่ 24 - 27 มิถุนายน 2551 ณ ห้องประชุมสระโบราณ โรงพยาบาลสุรินทร์ และจัดโครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยจัดโครงการ ระหว่าง 27 - 31 ตุลาคม 2551

2.2 จัดตั้งแกนนำในการสร้างคู่มือการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล สุรินทร์ ครอบคลุมการพยาบาลระยะผ่าตัด 9 แผนก ได้แก่ แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกศัลยกรรมเด็ก แผนกศัลยกรรมตกแต่ง แผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกศัลยกรรมประสาท แผนกศัลยกรรมหู คอ จมูก แผนกตา และแผนกสูติกรรม โดยร่างตัวอย่างบันทึกทางการพยาบาลที่มีการผ่าตัดค่อนข้างบ่อย ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ของ Elective case ของการผ่าตัดแต่ละแผนก

2.3 จัดตั้งทีมการตรวจนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด จำนวน 5 คน โดยการนิเทศใช้เกณฑ์การบันทึกการให้การพยาบาลของสำนักงานพยาบาล ซึ่งครอบคลุม 4 C ได้แก่ ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise) โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.4 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด ระหว่าง พฤศจิกายน 2551 - กุมภาพันธ์ 2552 รวม 4 เดือน

3. ขั้นที่ 3 ขั้นการตรวจสอบ / ประเมินผล

ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด ดังนี้

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.3 อายุอยู่ในช่วง 31 - 35 ปี ร้อยละ 32.5 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในช่วง 6 - 10 ปี ร้อยละ 34.2 และแผนกที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมทั่วไปหญิง ร้อยละ 12.8 (จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 162 คน ได้แบบสอบถามคืนจำนวน 117 ชุด คิดเป็นร้อยละ 72.2)

1.2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.22, SD = .49) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความชัดเจน (mean = 2.31, SD = .47) รองลงมาคือ ด้านได้ใจความ (mean = 2.24, SD = .49) ด้านความถูกต้อง (mean = 2.20, SD = .46) และด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ (mean = 2.06, SD = .52) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

1.3 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงาน ห้องผ่าตัดแยกตามแผนก ในภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.8 และเมื่อพิจารณาแยกตามแผนกพบว่า แผนกศัลยกรรมกระดูกหญิง คิดเห็นว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดของการพยาบาลก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัดระยะ 2 ชั่วโมงแรก มีคุณภาพสูงกว่าแผนกอื่นๆ โดยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.4 รองลงมาคือ แผนกศัลยกรรมกระดูกชาย โดยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.4 ส่วนแผนกที่มีเกณฑ์คุณภาพในระดับต่ำที่สุด แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง คือ แผนกศัลยกรรมเด็ก โดยคิดเป็นร้อยละ 50.4 (ตารางที่ 2)

1.4 การใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด พบว่าการใช้ประโยชน์จากบันทึกการพยาบาลงานห้องผ่าตัดสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 2.20, SD = .46) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า การตรวจสอบชื่อ - สกุลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันความผิดพลาดมีการนำไปใช้



ประโยชน์มากที่สุด โดยอยู่ในระดับมาก (mean = 4.05, SD = .85) รองลงมา คือ มีการตรวจสอบชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันความผิดพลาด (mean = 3.99, SD = .76) ส่วนการใช้ประโยชน์ที่น้อยที่สุด คือ การมีกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด (mean = 3.62, SD = .98) ส่วนเนื้อหาที่ไม่มีการบันทึกที่พบมากที่สุดคือ การไม่ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด และการไม่มีการประเมินและระบุสภาพแผลหลังผ่าตัดโดยพร้อยละ 1.7 และ 1.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

1.5 ผลการสนทนากลุ่มกับพยาบาลงานห้องผ่าตัดเกี่ยวกับประโยชน์จากการบันทึก

3.5.1 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด จากการสนทนากลุ่มพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์ต่อบุคคล / องค์กรต่อไปนี้ 1) บุคลากรพยาบาลงานห้องผ่าตัด คือ เป็นหลักฐานทางกฎหมายในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการทำงานและช่วยให้เกิดการสื่อสารกับทีมสหสาขา 2) องค์กรวิชาชีพ คือ เป็นการสะท้อนมาตรฐานการพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นองค์รวม ลดค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาพยาบาลและเป็นไปตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ผู้รับบริการทุกคนควรได้รับ

3.5.2 สิ่งที่ยาบาลงานห้องผ่าตัดได้เรียนรู้จากการเขียนบันทึกทางการพยาบาล คือ เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลระยะผ่าตัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และได้เรียนรู้รูปแบบการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

3.5.3 สิ่งที่ทำได้ดีและแนวทางการพัฒนา พบว่า พยาบาลงานห้องผ่าตัดให้ข้อมูลว่าสิ่งที่ทำได้ดีในการบันทึกทางการพยาบาล คือ ได้บันทึกหลักฐานการให้การพยาบาลที่ได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทุกรายตามมาตรฐานการพยาบาลงานห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งได้พัฒนา

งานพยาบาลให้มีคุณภาพ

3.5.4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการปรับปรุง ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา ประกอบด้วย การใช้เวลามากในการเขียน ยังขาดกิจกรรมเกี่ยวกับคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการเขียนไม่ครบทุกขั้นตอนทางการพยาบาล ส่วนแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด และคู่มือด้านการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกชนิดการผ่าตัด

4. ชั้นที่ 4 ชั้นการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยนำผลการประเมินมาวิเคราะห์และนำไปประดมสมองร่วมกับพยาบาลงานห้องผ่าตัด พบว่า ในการบันทึกทางการพยาบาลยังมีปัญหาและอุปสรรคดังที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อ “ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการปรับปรุง” ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และได้เสนอแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาต่อไป ดังนี้

4.1 การประกาศนโยบายการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและแนวทางการเขียนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาอันจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งระบบสุขภาพของประเทศอีกด้วย

4.2 ส่งเสริมให้มีทีมมีเทศการบันทึกทางการพยาบาลโดยเป็นผู้มีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสามารถชี้แนะแนวทางการเขียน เป็นที่ปรึกษา และเป็นแบบอย่างที่ดีในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

4.3 ปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล พยาบาลใหม่ รวมทั้งมีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นระยะให้กับพยาบาลประจำการทุกคนเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

4.4 จัดทำคู่มือและมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลขยายผลให้ครอบคลุมทุกแผนก

4.5 ควรสร้างแรงจูงใจในการบันทึกทางการพยาบาล โดยอาจให้รางวัลต่อผู้ป่วยที่มีการบันทึกที่มีคุณภาพรวมทั้งจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแผนก เพื่อให้เกิดการพัฒนาการทำงานร่วมกัน



4.6 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาพยาบาลเพื่อให้พยาบาลมีองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและสะท้อนผลการปฏิบัติได้จากบันทึกทางการพยาบาล

4.7 ควรวิเคราะห์แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับบริบท โดยอาจสร้างเป็นนวัตกรรมในการบันทึกทางการพยาบาล

การอภิปรายผล

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.22, SD = .49) และเมื่อพิจารณาตามแผนกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พบว่า ในภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.8 สอดคล้องกัน แต่ผลการศึกษาไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาที่ต้องการการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง ตามบริบทของงานห้องผ่าตัด สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดเกิดจากการขาดทักษะในการเขียนทำให้ต้องใช้เวลามากในการเขียน และยังมีขาดกิจกรรมเกี่ยวกับการแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการเขียนไม่ครบทุกขั้นตอนทางการพยาบาลโดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผล แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคุณภาพการบันทึกยังไม่ดีมีคุณภาพเพียงพอ แต่พบว่า บุคลากรพยาบาลงานห้องผ่าตัดมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้ข้อมูลว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีผลดีต่อทั้งตัวพยาบาลเอง องค์กรวิชาชีพพยาบาลและต่อผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล โดยเป็นการสะท้อนการปฏิบัติงานที่อาศัยองค์ความรู้และศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การใช้กระบวนการพยาบาลนั่นเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวดี วัชรวิทย์² ที่ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าหลังการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ

การบันทึกทางการพยาบาลแล้วคุณภาพการบันทึกสูงกว่าก่อนจัดอบรม แต่ระดับคุณภาพยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ 80 เช่นกัน ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า กลุ่มตัวอย่างบางหน่วยงานยังไม่ได้รับถ่ายทอดนโยบายเกี่ยวกับบันทึก และยังไม่ศึกษาคู่มือเท่าที่ควร บางส่วนยังคงบันทึกด้วยรูปแบบเดิมอยู่ หรือยังขาดความมั่นใจ

เมื่อพิจารณาคุณภาพการบันทึกตามกรอบแนวคิดของสำนักการพยาบาล⁶ พบว่า คุณภาพการบันทึกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ คุณภาพด้านความชัดเจน (mean = 2.31, SD = .47) รองลงมาคือ คุณภาพด้านได้ใจความ (mean = 2.24, SD = .49) คุณภาพด้านความถูกต้อง (mean = 2.20, SD = .46) และคุณภาพด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ (mean = 2.06, SD = .52) ตามลำดับโดยระดับคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางเท่ากันทั้งหมด จะเห็นว่าข้อมูลผลการศึกษาสัมพันธ์กับลักษณะงานห้องผ่าตัดที่ต้องการการพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้องและกระชับ ประกอบกับแนวทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีแบบแผนไม่แตกต่างกันมากและพยาบาลงานห้องผ่าตัดทำงานบริการตามมาตรฐานการพยาบาลที่ชัดเจนตามกรอบของสำนักการพยาบาล รวมทั้งมีคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

ถึงแม้ว่าคุณภาพการบันทึกด้านความครบถ้วนจะมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่ระดับคุณภาพยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปริยพันธ์ พุฒเขียว และคณะ⁷ ที่พบว่า พยาบาลให้คุณค่าและเห็นประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลแต่ยังคงมีปัญหาเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งเป็นผลจากภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไป รูปแบบการบันทึกยุ่งยากและขาดความรู้เรื่องการบันทึกหรือความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย และการศึกษาของรัตนดา ยวงคำมา⁸ ที่พบว่าปัญหาเกี่ยวกับความไม่ครบถ้วนของข้อมูลในการบันทึกทางการพยาบาลเกิดจากขาดการนิเทศที่เป็นระบบ สำหรับการศึกษาเมื่อพิจารณาถึงเนื้อหาที่พยาบาลบันทึกไม่ครบถ้วนที่พบมากที่สุดคือ การไม่ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในห้องผ่าตัด และการไม่มีการประเมินและระบุสภาพแผลหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากความไม่เข้าใจ



เกี่ยวกับโรคและการเฝ้าระวังในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคเดิมที่เป็นอยู่ (Underlying disease) ขาดคำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการเขียน และปัญหาส่วนหนึ่งอาจเกิดจากภาระงานที่มากจึงทำให้พยาบาลงานห้องผ่าตัดไม่ได้ทบทวนสิ่งที่เขียนว่าครบถ้วน ครบคลุมแล้วหรือไม่ สอดคล้องกันการศึกษาที่ผ่านมาหลายงาน

การใช้ประโยชน์จากบันทึกการพยาบาลงานห้องผ่าตัดสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 2.20, SD = .46) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลใช้บันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารปัญหาทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรทุกฝ่าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ลดความผิดพลาดในการทำงานและเกิดความต่อเนื่องในการดูแล

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอาศัยความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ เพื่อให้สามารถสื่อสารกับวิชาชีพอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการเพิ่มพูนองค์ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลและความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลบุคคลเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้พยาบาลสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ชัดเจน ได้ใจความและครบถ้วน และการปรับรูปแบบวิธีการบันทึกให้ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณค่า เพื่อประโยชน์สูงสุดในการสื่อสารอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

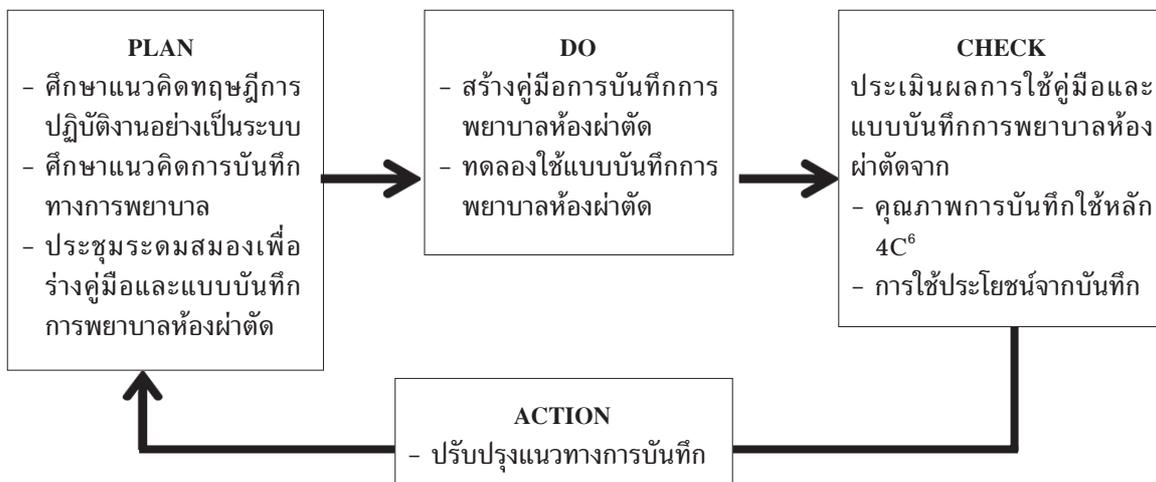
1. นำกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลขยายผลให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เนื่องจากลักษณะการดูแลและแนวทางการบันทึกมีความแตกต่างกันไป
2. วิเคราะห์แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล และสังเคราะห์แบบฟอร์มที่เหมาะสมกับบริบทงานห้องผ่าตัด
3. ศึกษากระบวนการสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเป็นเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วัฒน์ และคุณพรเพ็ญ จิตติสมบุรณ์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลงานห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการที่ร่วมมือพัฒนาการบันทึก

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, วิพร เสนารักษ์. กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2537.
2. วิภาวดี ไรรส. การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด [รายงานการศึกษาระยะ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
3. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
4. จุฬาลักษณ์ ณีรัตน์พันธุ์. กลยุทธ์การบริหารการพยาบาล. ขอนแก่น: ภาควิชาการศึกษาวิชาการและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2531.
5. ทศนีย์ ทองประทีป, เบ็ญจา เตากล่ำ. บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2543; 15(2): 1 - 11.
6. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมคุณภาพการพยาบาล (เล่ม 5). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
7. ปริญนันท์ พุฒเขียว และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
8. รัตนา ยวงคำมา. การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ [รายงานการศึกษาระยะ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
9. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2540.



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 1 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดโดยรวม (n = 117)

ความคิดเห็นต่อคุณภาพการบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด	mean	SD
ความถูกต้อง	2.20	.46
ความครบถ้วนสมบูรณ์	2.06	.52
ความชัดเจน	2.31	.47
ได้ใจความ	2.24	.49
รวม	2.22	.49

หมายเหตุ ทุกข้อแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดแยกตามแผนก (n = 117)

คุณภาพการบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด	คะแนน	ร้อยละ
แผนกศัลยกรรมกระดูกหญิง (11)	39.25	65.42
แผนกศัลยกรรมกระดูกชาย (14)	36.82	61.36
แผนกหลังคลอด (11)	33.57	55.95
แผนกสูติรีเวช (12)	34.25	57.08
แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ (7)	33.71	56.19
แผนกศัลยกรรมทั่วไปหญิง (15)	34.13	56.89
แผนกศัลยกรรมทั่วไปชาย (14)	31.29	52.14
แผนกศัลยกรรมเด็ก (12)	30.25	50.42
แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยพิเศษชั้น 5 (4)	32.25	53.75
แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 6 (5)	35.40	59.00
แผนกจักษุ (4)	32.73	54.55
แผนกหู คอ จมูก (8)	32.58	54.31
รวม	33.47	55.79

หมายเหตุ ทุกข้อแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 3 การใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัด

การใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด	บันทึก	
	mean	SD
มีการตรวจสอบชื่อ - สกุลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันความผิดพลาด	4.05	.85
มีการตรวจสอบชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันความผิดพลาด	3.99	.76
มีกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด	3.62	.98
มีกิจกรรมการพยาบาลในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	3.74	.87
มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดตรงกับแผนการรักษาของแพทย์	3.96	.71
มีการระบุชื่อการผ่าตัดตรงกับแผนการรักษาของแพทย์	3.88	.70
มีกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	3.72	.79
มีกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	3.75	.80
มีการส่งต่อปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.79	.83
มีการประเมินและระบุสภาพแผลหลังผ่าตัด	3.88	.83
รวม	3.84	.81

หมายเหตุ ทุกข้อแปลผลอยู่ในระดับมาก



สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ Mental Health of the Elderly

วลัยพร นันทศุภวัฒน์ วท.ม.*
จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ PhD* พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเทิม ศศ.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยประเมินจากภาวะซึมเศร้า และแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในตำบลหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 394 คน กลุ่มตัวอย่างสุ่มโดยบังเอิญจากประชากรผู้สูงอายุ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้ 1) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) 2) แบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) ผลการศึกษาพบว่า 1) ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุ น่าจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 2) ประเมินจากแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของการระลึกถึงความหลังอยู่ในระดับพอใช้ นั้นแสดงว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ ควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหา ควรได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น การใช้ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า การระลึกถึงความหลัง

Abstract

This descriptive research aimed to identify mental health of the elderly by assessing depression and reminiscence test. Populations were 394 of older persons who lived in a sub-district, of Roi-Ed Province. One hundred and forty-one of samples were selected by accidental sampling from population. Research tools were 1) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) 2) Reminiscence Test. The result revealed: 1) the elderly might have depression 72.3% and had depression exactly 15.6%. 2) By Reminiscence Test, the elderly had mental health in fair level. The result of the study showed that majority of the older persons had mental health problem. Suggestions were: mental health screening for the elderly should do and help them in early time and doing experimental research for mental health promotion, prevention and solving mental health problem such as gerotranscendence application.

Keywords: the elderly, mental health, depression, reminiscence

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสำเร็จในการลดอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทย ทำให้อัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง ในขณะที่วัยกันสัดส่วนประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว¹ กล่าวคือ ประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 มีผู้สูงอายุเพียง 1.21 ล้านคน และคาดหมายว่าในปี พ.ศ.2553 มีผู้สูงอายุประมาณ 6.8-7.6 ล้านคน สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมด คาดหมายว่าในปี พ.ศ.2553 มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 11 ซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดว่าเป็นภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing) เมื่อประชากรนั้นมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ดังนั้น ประชากรไทยจะเข้าสู่ระยะภาวะประชากรสูงอายุในราวปี พ.ศ. 2547-25482 ซึ่งประชากรสูงอายุมีแบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนเจ็บป่วยและสุขภาพ ความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม ความต้องการสวัสดิการจากรัฐ แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น ๆ¹ การเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงอายุ มีผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านสังคม และสุขภาพ²

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น เกิดโรคหัวใจ โรคข้อ ความจำเสื่อม สูญเสียการได้ยิน ตามองไม่เห็น เป็นต้น³ ปัญหาสุขภาพดังกล่าว มีผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล⁴ สิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุตรแยกไปอยู่ต่างหาก ทำให้เกิดความว้าเหว รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไร้ความหมาย ไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ก็ทำให้ผู้สูงอายุ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเช่นเดียวกัน ได้แก่ การสูญเสียบทบาท การปลดเกษียณจากการทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเหลียวแลจากเพื่อน ญาติมิตรเหมือนแต่ก่อน เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ด้านจิตใจของผู้สูงอายุ³ การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียด และการปรับตัวมากมาย ได้แก่ การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางกาย ความสูญเสีย การยอมรับความสูงอายุ การพึ่งพา การสูญเสียอำนาจ และการเผชิญกับความตาย⁴ ภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของประเทศไทยยืนยันชัดเจนว่าโรคที่เป็นปัญหาด้านจิตใจของประชากรสูงอายุในประเทศไทย คือ ภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder)² ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อผู้สูงอายุคือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และทำให้โรคทางกายที่มีอยู่หายช้า เพราะผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁵ จากจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น และจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุ มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยวัดสุขภาพจิตจากการประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลหนึ่งของอำเภอหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 394 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลัก ร้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15-309 ได้กลุ่มตัวอย่าง 118 คน และเพื่อให้โอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนน้อย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 141 คน เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2551 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ สุ่มโดยบังเอิญ (Accidental sampling) ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และการระลึกถึงความหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)¹⁰



ประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ มีข้อความในเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 11, 13 ถ้าตอบว่าไม่ใช่ แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า มีข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ถ้าตอบว่าใช่ แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าถ้าคำตอบที่แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 5 ข้อ บ่งบอกว่าน่าจะมีภาวะซึมเศร้า และควรได้รับการติดตาม (Follow up) หากมีคำตอบที่แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 10 ข้อ แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน หากค่า Reliability ของ TGDS จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ .49 2) แบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) พัฒนาขึ้นโดย ศรีเรือน แก้วกังวาน¹¹ แบบทดสอบนี้อยู่ในชุดของ แบบทดสอบสำหรับวัดพฤติกรรมจิต-สังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ชื่อแบบทดสอบว่า “ประสบการณ์ชีวิต (Life Experience Test)” ประกอบด้วยลักษณะทางจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 มิติ ได้แก่ 2.1) การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) 2.2) การคิดถึงความตาย (Death awareness) 2.3) ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal relationships)

สำหรับแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง จะบ่งบอกถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดย “มาจากแนวคิดทฤษฎีที่ จิตแพทย์และนักจิตวิทยาอธิบายว่า คนทุกวัยมีธรรมชาติของการย้อนคิดถึงอดีตแต่ผู้สูงอายุคิดถึงอดีตมากที่สุด การย้อนคิดถึงอดีตอาจเป็นการนึกเฉยๆ การพูด หรือการเขียนก็ได้ การคิดถึงอดีตเป็นไปในทั้งในแง่บวกและลบ โดยทั่วไปคนที่คิดถึงอดีตในแง่บวกมากกว่าลบ จะมีสุขภาพจิตดีกว่าคนที่คิดถึงในแง่ลบมากกว่าบวก”¹¹

แบบทดสอบการระลึกถึงความหลังมีข้อความ 14 ข้อ ข้อความเชิงบวกมี 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 ข้อความเชิงลบมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 11, 13 ข้อความเชิงบวกให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย (1 คะแนน) ไม่ค่อยเกิดขึ้น (2 คะแนน) เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) เกิดขึ้นบ่อยๆ (4 คะแนน) เกิดขึ้นเสมอ (5 คะแนน) ข้อความเชิงลบให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย (5 คะแนน) ไม่ค่อยเกิดขึ้น (4 คะแนน) เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) เกิดขึ้นบ่อยๆ (2 คะแนน) เกิดขึ้นเสมอ (1 คะแนน)

การให้คะแนนและการตีความคะแนนของแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง แบบทดสอบนี้มีลักษณะ

เป็น Likert type 5 scales แล้วแปลงคะแนนดิบกับคะแนนเต็มเป็นร้อยละ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 59 (คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่า 2.95) ยังต้องปรับปรุง ค่าคะแนน ร้อยละ 60-69 (คะแนนเฉลี่ย 3.00-3.45) พอใช้ ค่าคะแนน ร้อยละ 70-79 (คะแนนเฉลี่ย 3.50-3.95) ดี ค่าคะแนน ร้อยละ 80-89 (คะแนนเฉลี่ย 4.00-4.45) ดีมาก ค่าคะแนน ร้อยละ 90-99 (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00) ดีที่สุด หาก Reliability ของแบบทดสอบการระลึกถึงความหลังจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ .76

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.1 เป็นผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 86.5 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา/บุตร/หลานร้อยละ 32.6 กิจกรรมผู้สูงอายุในบ้านส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ร้อยละ 98.6 กิจกรรมนอกบ้าน คือทำอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 85.8 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 200-20,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.0 รายได้เฉลี่ย 2,099.55 บาท มีภาวะสุขภาพดีร้อยละ 53.2 โรคหรือความเจ็บป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก (ปวดขา ปวดข้อ ปวดเอว) ร้อยละ 21.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 10.6 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.8 และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 4.3

2. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 ประเมินสุขภาพจิตจาก Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ผู้สูงอายุมีคะแนนที่บอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.1 น่าจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 (ตารางที่ 1) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีสภาพจิตไม่ดีเป็นส่วนใหญ่

2.2 ประเมินสุขภาพจิตจากแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง คะแนนแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ซึ่งแปลผลได้ว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการระลึกถึงความหลังอยู่ในระดับพอใช้ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (คะแนนร้อยละ 70-79 หรือ คะแนนเฉลี่ย 3.50-3.95) มี 8 ข้อ ข้อที่มีคะแนนสูงใน 5 ลำดับแรกได้แก่ ข้อ 7



เชื่อว่าชีวิตของฉันมีคุณค่า (มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86) ข้อ 1 มีความสุข พอใจ สนุกสนาน และเบิกบาน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65) ข้อ 2 มีความรู้สึกชอบใจตนเอง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65) ข้อ 9 ทำใจได้ หาคความสงบใจได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.60) ข้อ 8 ได้แนวคิดแก้ไขความยากลำบากในปัจจุบัน (มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.56) และข้อ 3 ปลงตกกับเหตุการณ์ร้ายที่ผ่านมาได้ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.57) ข้อ 6 รู้จักตัวเองดีขึ้น (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ข้อ 11 รู้สึกว่าทำได้ไม่ดีไว้ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.14) ข้อ 13 สรุปความเห็นได้ว่าตัวเองไม่ได้ให้ประโยชน์แก่ใคร (คะแนนเฉลี่ย 2.53) ข้อ 4 รู้สึกหดหู่ใจ (คะแนนเฉลี่ย 2.59) ซึ่งทั้ง 3 ข้อนี้ อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง

เมื่อนำมาวิเคราะห์คะแนนแบบทดสอบการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคล แล้วนำเสนอเป็นจำนวนและ ร้อยละ โดยแบ่งเป็น 5 ช่วงคะแนน ได้แก่ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59 (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.95) อยู่ในระดับยังต้องปรับปรุง คะแนนร้อยละ 60-69 (คะแนนเฉลี่ย 3.00-3.45) อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 70-79 (คะแนนเฉลี่ย 3.50-3.95) อยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 80-89 (คะแนนเฉลี่ย 4.00-4.45) อยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 70-79 (คะแนนเฉลี่ย 4.5-4.95) อยู่ในระดับดีที่ สุด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.39 และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 24.11 ซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยนั้น แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับยังต้องปรับปรุงถึงพอใช้ (ตารางที่ 2)

จากการประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้ Thai Geriatric Depression Scale และแบบทดสอบการระลึกถึงความหลัง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์¹ การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุอยู่กับสามี/ภรรยา โดยไม่มี

บุตรหลานหรือบุคคลอื่นร้อยละ 15.60 และอยู่โดยลำพังร้อยละ 6.38 ซึ่งมีจำนวนสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา² กล่าวคือ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสโดยไม่มีบุตรหลานหรือบุคคลอื่น ร้อยละ 11.9 และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีร้อยละ 3.6-4.3 ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มพึ่งตนเองมากขึ้น เพราะขาดผู้ค้ำจุนผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัย¹ ที่พบว่า อัตราส่วนการค้ำจุนผู้สูงอายุ (Potential support ratio) ที่ลดลงเรื่อยๆ กล่าวคือ อัตราส่วนค้ำจุนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นมาตรวัดที่อธิบายความสัมพันธ์เชิงจำนวนระหว่างประชากรที่มีศักยภาพเป็นที่พึ่งพิงของผู้สูงอายุได้ กับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นคำนวณได้ด้วยการหารจำนวนประชากรอายุ 15-64 ปี ด้วยจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงมีความหมายว่าประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป 1 คน จะมีผู้มีศักยภาพที่จะให้การค้ำจุนกี่คน หรือ คนวัยทำงานกี่คนที่จะให้การค้ำจุนผู้สูงอายุ 1 คน ข้อมูลเมื่อ พ.ศ. 2503 ผู้สูงอายุไทยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป 1 คน มีผู้ให้การค้ำจุนมากถึง 19 คน ในปี พ.ศ. 2513 ผู้ให้การค้ำจุนผู้สูงอายุลดลงเหลือ 17 คน ในปี พ.ศ. 2533 ลดลงเหลือ 14 คน ในปี พ.ศ. 2543 อัตราส่วนค้ำจุนผู้สูงอายุของประเทศไทยลดลงเหลือ 11 คน และคาดประมาณการว่าอัตราส่วนนี้จะลดลงเหลือเพียง 6 คนในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ผลการวิจัย ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังทำงานทั้งงานที่มีรายได้ เช่น การเลี้ยงสัตว์ ทำนา ปลุกผัก ค้าขาย ทำกิจการ และงานที่ไม่มีรายได้ เช่น ทำงานบ้าน ช่วยเลี้ยงหลาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{6,12,13,14} ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำ กล่าวคือมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 56.0 ซึ่งสอดคล้องกับการมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงตนเองและครอบครัวกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{2,6} สำหรับปัญหาสุขภาพมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเช่นเดียวกัน ที่ปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมาเป็นอันดับแรก²

2. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.60 ซึ่งเป็นตัวเลขที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา แม้ว่าผลการวิจัยจะมีความแตกต่างกัน



เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความแตกต่างกัน ได้แก่ งานวิจัยของ อัมพร โอตระกูล และคณะ⁶ ที่ศึกษาผู้สูงอายุ 150 คน ในชุมชนดินแดง พบความชุกร้อยละ 38 และการศึกษาของเกษม เล่งเวหาสถิตย์⁶ ซึ่งศึกษาประชากรสูงอายุในชุมชน เมืองกำแพงเพชร พบค่าความชุกร้อยละ 29.4 งานวิจัยของวิไล คุปต์นิริติศัยกุล และคณะ⁶ ซึ่งพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 40 งานวิจัยของนันทิกา ทวีชาติ⁶ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนคลองเตยและชนบทที่อุทัยธานี มีค่าเท่ากับร้อยละ 80.3 และ 84.8 ตามลำดับ

จากการศึกษาวิจัยของ วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และคณะ⁶ พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา และการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำ และไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ได้ใช้แบบวัดการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุเพื่อสะท้อนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยการระลึกถึงความหลัง อยู่ในระดับพอใช้ เป็นส่วนใหญ่ นั่นเป็นการยืนยันว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตไม่ค่อยดี อาจเกี่ยวข้องกับขนาดของครอบครัวเล็กลง เนื่องจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ การชะลอการแต่งงานและการมีบุตร และรูปแบบงานที่เปลี่ยนไป จากเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรมและบริการ² ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ค้ำจุน ดึงข้อมูลจากผลการศึกษาที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรส และอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะซึมเศร้า มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมาก ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย ทำให้โรคทางร่างกายหายช้าลง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล⁸ ดังนั้นผู้สูงอายุ ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าทุกราย โดยใช้ Thai Geriatric Depression Scale ถ้าพบว่าได้

คะแนนภาวะซึมเศร้า 6-10 ข้อ ควรได้รับการติดตามจากแพทย์ และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้า 11-15 คะแนนถือว่าเป็นภาวะซึมเศร้า แน่นนอน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องได้รับการ วินิจฉัยและหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลชุมชน และครอบครัวของผู้สูงอายุ

2. การระลึกถึงความหลัง คะแนนเฉลี่ยการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ ใช้ภาวะธรรมทัศน์ในวัยผู้สูงอายุ (Gerotranscendence) ในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะผู้ที่มีภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ จะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่พึ่งตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในชีวิตด้วยตนเองอย่างมีวุฒิภาวะมากขึ้น รวมทั้งไม่ตัดขาด การมีสัมพันธ์ภาพต่อบุคคลอื่นในสังคม แต่ชอบที่จะอยู่ตามลำพังมากขึ้น และมีการตัดสินใจเลือกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต หรือ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ภาวะธรรมทัศน์ในวัยผู้สูงอายุ ใช้การสนับสนุนทางสังคม ใช้กิจกรรมบำบัดทางด้านร่างกายและจิตใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนงบประมาณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ผู้ประสานงานการเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล และอาจารย์อภิญญา คชมาตย์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. ประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2563. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2547; 12(2): 33-60.
2. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ: โรง



- พิมพ์ครูสภาลาดพร้าว; 2545.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอบรมการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.
 4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.
 5. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins/A Wolters Kluwer Company; 2005.
 6. วิไล คุปต์นริศชัยกุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, เจนจิต แสงศิรินาคะกุล. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: สิ่งที่มีถูกมองข้าม. วารสารพญาวินิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2545; 3(4): 33-38.
 7. Kozier B, Erb G, Berman AJ, Burke K. Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. 6th ed. Prentice Hall Health: Upper Saddle River, New Jersey; 2000.
 8. วลัยพร นันทศุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2552.
 9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2543.
 10. สมพร ตั้งควนิช และคณะ. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
 11. ศรีเรือน แก้วกังวาน. แบบทดสอบพฤติกรรมจิตสังคม. ในการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. จัดโดย กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพญาวินิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ณ โรงแรมปรี้นซ์พาเลซ.
 12. World Health Organization [WHO]. Active Ageing: A Policy Framework. A Contribution of World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002.
 13. ลดารัตน์ สาภินันท์, อัครอนงค์ ปราโมช, สุชาวี เหล่ารักพงศ์. ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ (Gerotranscendence). วารสารพญาวินิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2547; 5(2): 26-33.
 14. นุชรี เกษอน, สมจิต แदनสีแก้ว. ชมรมผู้สูงอายุตามมุมมองของชุมชนในตำบลตะเปาะ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 38-47.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

จำนวนข้อที่บอกว่ามีภาวะซึมเศร้า	จำนวนคน	ร้อยละ	แปลผล
0-5 ข้อ	17	12.05	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
6-10 ข้อ	102	72.34	น่าจะมีภาวะซึมเศร้า
11-15 ข้อ	22	15.60	มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนนการทดสอบการระลึกถึงความหลัง

ช่วงคะแนนการระลึกถึงความหลัง	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59 (ต้องปรับปรุง)	34	24.1
คะแนนร้อยละ 60-69 (พอใช้)	64	45.4
คะแนนร้อยละ 70-79 (ดี)	31	22.0
คะแนนร้อยละ 80-89 (ดีมาก)	10	7.1
คะแนนร้อยละ 90-99 (ดีที่สุดใน)	2	1.4



**การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ***

**The Modification of Service System Integrated with Social Support
for Fasting Blood Sugar Control in Non-insulin Dependent Diabetes
Mellitus Patients of Pakham Hospital, Buri Ram Province**

กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ ส.ม.**
น้ำผึ้ง ดงโคกกรวด PhD *** รมรุทธ์ บุตรแสนคม ศ.ม ****

บทคัดย่อ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผู้วิจัยสนใจที่จะหากลวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีความมุ่งหมายเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงศึกษาโรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่ม เป็นผู้ป่วยที่รับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปะคำ ในกลุ่มทดลองจัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมุติฐานใช้ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากร สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกัน และก่อนทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม

* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

***อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

****รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Abstract

The fact findings from the study, found that many diabetes mellitus patients died from complication causing from poor controlled of blood sugar level. According to above reason, the researcher is interested in finding strategies for good control of blood sugar level, with the purpose of decreasing complications. This research aimed to investigate the modification of service system integrated with social support for fasting blood sugar control in non-insulin dependent diabetes mellitus (DM) patients of Pakham Hospital, Buri Ram Province. There were 60 subjects selected by the simple random sampling technique and they were assigned to a 30 experiment groups and a 30 comparison group. In the experiment group, three times activity program had been conducted, once every 4 weeks. Social support by friends had been performed throughout the experiment. The investigation on knowledge about DM and their complications, attitude toward DM and behavior for control blood sugar were collected using questionnaires. Also, fasting blood sugar level was measured. Data were collected before and after using the program in both groups. The collected data were analyzed by a mean, a standard deviation, and the t-test was employed for testing hypotheses.

Results showed that; before experimental there were no significant differences between both groups in terms of demographic and socio-economic characteristics, knowledge, attitude, behavior and fasting blood sugar level. However, the experiment group showed gains in knowledge about diabetes, behaviors, and opinions about diabetes from before the experiment ($p = 0.001$); and showed more knowledge, behaviors and opinions than did the comparison group ($p = 0.001$). The experiment group also indicated lower fasting blood sugar level than before the treatment and significantly lower than that of the comparison group ($p = 0.001$).

The modification of service system integrated with social support was effective in controlling the blood sugar level, the symptom and alleviated risk associated with DM complication. This program for non-insulin diabetes mellitus patients should be implemented in the other hospitals in the future..

Keywords: social support, fasting blood sugar control, knowledge, attitude, behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคหนึ่งในจำนวนโรคไม่ติดต่อที่มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้อันเพิ่มจำนวนขึ้นทุกๆ ปี เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีสภาพกินดีอยู่ดี บริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เป็นผลให้น้ำหนักของร่างกายเพิ่มขึ้นเกินมาตรฐาน ประกอบกับความเครียดสูง ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานสูงขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลทางสถิติขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้น

อย่างมาก จาก 135 ล้านคนในปี พ.ศ. 2538 เป็น 171 ล้านคนในปี 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 221 ล้านคนในปี 2553 และ 300 ล้านคน ในปี 2568

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย² พบว่าระบบสังคมวัฒนธรรมไทยเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไป มีการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลสูง จากการสำรวจเมื่อปี 2529 พบว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นจาก 10.5 กรัมต่อวัน เป็น 13.5 กรัมต่อวันในปี 2539 และมีการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย



ทั่วประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่าในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 2.3 อัตราการเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มขึ้นชัดเจนเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย³ ปี พ.ศ. 2540 พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 4.8 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2543 พบความชุกของเบาหวานร้อยละ 9.6 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นจำนวนถึง 2.4 ล้านคน ประชากรในเมืองเป็นเบาหวานมากกว่าในชนบท แนวโน้มผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินจง ซันติโสภณ และคณะ⁴ ที่พบว่า อัตราส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ชาย ต่อหญิง 1 ต่อ 3 และความชุกของโรคเพิ่มตามอายุ ที่มากขึ้น

คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลปะคำ⁵ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 672 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2549) เป็นชายร้อยละ 24.1 หญิงร้อยละ 75.9 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 57.3 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ร้อยละ 42.7 ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 42.7 ที่พบมาก คือ โรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง ร้อยละ 63.8 รองลงมา คือ โรคแทรกซ้อนหลายอย่าง ร้อยละ 19.5 มูลค่าการรักษาต่อเดือนที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 502 บาทต่อคนต่อครั้ง รูปแบบการให้บริการเมื่อมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานจะได้รับการขึ้นทะเบียนเข้าคลินิกเบาหวานมีการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเรื่องโรคเบาหวาน โดยพยาบาล โภชนากร และเภสัชกร ทุกครั้งที่มารับบริการ แต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติตัวได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วย และการจัดรูปแบบการให้บริการภายใต้การดำเนินงานที่สอดคล้องกับงานประจำในระบบสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการสามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาการดูแลรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

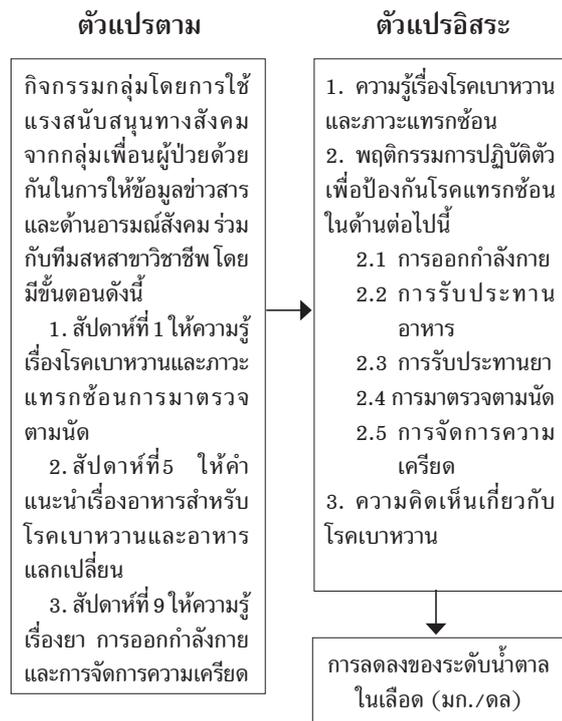
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการปรับรูปแบบบริการ ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2. เปรียบเทียบความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experiment) ศึกษาผลของการปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้แก่กลุ่มทดลอง 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้บริการตามปกติ เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ไม่ได้ใช้ยาที่อาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของ



ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถสื่อสารได้ปกติ และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2549 จำนวน 385 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 60 คนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากกลุ่มประชากร 385 คน เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วนตัวและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 6 (reliability) โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ คือ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และมีค่าความเชื่อมั่น 0.84, 0.80 ตามลำดับและส่วนของทัศนคติต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วยนำมาคำนวณหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูล⁷ โดยคำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ก่อนการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 16.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.57 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 16.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.04 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 17.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.52 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

2. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ก่อนการทดลอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อ

โรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 55.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.67 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 55.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 61.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.77 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 56.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.97 โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ก่อนการทดลอง ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 39.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 39.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.40 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 43.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.42 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 40.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

4. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองเป็น 183.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 48.62 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 187.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 42.23 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง 135.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.97 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 181.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 50.62 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)



การอภิปรายผล

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กำหนดการเข้ากิจกรรมเป็นการให้ความรู้ แก่กลุ่มทดลองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ความรู้ในส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ที่ฮิลการ์ดและบาวเออร์ (Hilgard and Bower) (อ้างใน Fleming, Sarah A.)⁸ กล่าวว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดกิจกรรม หรือกระบวนการที่ทำให้กิจกรรมเปลี่ยนแปลงไปโดยเป็นผลของการตอบสนองต่อสภาพการณ์หนึ่ง ซึ่งไม่ใช่ปฏิกิริยาตามธรรมชาติ การเรียนรู้จะเกิดต้องมีองค์ประกอบที่เหมาะสมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้เรียนมีวุฒิภาวะเหมาะสม มีความพร้อม มีประสบการณ์ตรงจากการเจ็บป่วยของตนเอง มีแรงจูงใจในการเรียนคือเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน องค์ประกอบเกี่ยวกับบทเรียนเหมาะสม คือ เป็นบทเรียนที่ง่าย มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความยาวของบทเรียนเหมาะสม มีการแบ่งสอนทีละส่วนและสอดคล้องกับการวิจัยของนาฏนภา อารยะศิลปธร⁹ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการทำงานของทีมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า การแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติตัว จึงสามารถสื่อความหมายกันได้อย่างถูกต้อง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากมากกว่า 180 mg % (96.1%) เหลือ 140-180 mg %, 74.5 % ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เห็นประโยชน์และความสำคัญของการจัดกิจกรรมกลุ่ม ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้เหมาะสม ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ภายหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาวิจัยพบว่าพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน คือ การรับประทานอาหารตรงเวลา การออกกำลังกาย ในส่วนที่ไม่ออกกำลังกายนั้นให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา และทำงานหนักแล้ว ทบทุนสาเหตุที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จากเมื่อก่อนไม่เคยสนใจว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเพราะอะไรและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งนั้น ได้แก่ การจัดการความเครียด การดูแลเท้า ส่วนพฤติกรรมที่ยังไม่ปรับปรุง ได้แก่ การรับประทานเครื่องดื่ม ผลไม้และขนมหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้เหตุผลว่าเวลาทำงานเหนื่อยๆ กินของหวานแล้วมีแรง และมีสวนผลไม้ที่บ้านเสียตายถ้าจะต้องปล่อยให้เน่าทิ้ง สอดคล้องกับ อีระ ภักดีจรุง¹⁰ ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และการเปลี่ยนแปลงความรู้และความเชื่อดังกล่าวภายหลังการทดลองแตกต่าง จากกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

สำหรับทัศนคติต่อโรคเบาหวานหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับโรค เบาหวาน



หลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อได้รับกำลังใจ มีความรู้มากขึ้น และได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อโรคที่เป็น เพราะทัศนคติ หมายถึง ความคิด และปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าที่ดี ทัศนคติ ก็จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี ในที่นี้สิ่งเร้าได้แก่ กิจกรรมกลุ่มที่จัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้ดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับ ชาญชัย พิทยศักดิ์¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ หลังการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ครอบคลุมปรับเปลี่ยนแนวความคิดต่อการเจ็บป่วย เอาใจใส่เพิ่มขึ้น

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ได้คือมากกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้พอใช้ คือ 131-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่า มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ลดการรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม และผลไม้ที่มีรสหวาน มารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง

จากผลการวิจัยทั้งหมดสรุปได้ว่า การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผู้วิจัยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมมีการให้ความรู้เรื่องอาหารและยา โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด โดยใช้สื่อการสอน ตัวอย่างอาหารสาธิต อาหารแลกเปลี่ยน นำออกกำลังกาย แนะนำจัดการความเครียด ในการทดลองเพื่อปรับเปลี่ยนในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ทัศนคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้น ทัศนคติที่ดีต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับพอใช้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ระดับดี เนื่องจากยังมีพฤติกรรมบางส่วนที่ยังปรับเปลี่ยนไม่ได้^{14,15,16} เช่น ยังมีความเครียดทำให้ออนไม่หลับถึงแม้ว่าจะได้ระบายเรื่องเครียดให้คนที่ไว้วางใจได้ฟังแล้วก็ตาม และยังคงการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ไม่ได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพราะภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะเกิดได้เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีพอใช้ แต่จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลดียิ่งขึ้นควรให้ญาติผู้ป่วย (ผู้ดูแลผู้ป่วย) เข้ามามีส่วนร่วมเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เพราะครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติ ที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวมากกว่าอยู่กับเพื่อนแบบแผนพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเกิดจากแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว



1.2 วิธีการที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก เพราะมีกิจกรรมที่ต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย ถ้าเป็นกิจกรรมกลุ่มใหญ่จะเสียเวลาในการจัดกิจกรรมมากอาจต้องเปลี่ยนเป็นวิธีการอื่น ปัญหาในเรื่องเวลา คือผู้ป่วยและญาติ (บางรายมีญาติมาส่ง) มักเร่งเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพราะต้องการรับการตรวจจากแพทย์และรีบกลับบ้าน รูปแบบกิจกรรมที่จัดจึงควรเป็นแบบเข้าถึงชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการสร้างเครือข่ายสุขภาพ การให้บริการในสถานบริการผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยไม่มีเวลาที่จะมาเข้ากลุ่ม เพราะต้องประกอบอาชีพ

1.3 รูปแบบของกิจกรรมกลุ่มมีความเหมาะสมดี เพราะมีการกระตุ้นให้กลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้กิจกรรมไม่น่าเบื่อ ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะเกิดความยั่งยืนของกิจกรรมและความรู้ได้มากกว่า

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด เป็นต้น

2.2 การศึกษาที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีขีดจำกัด คือ เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมือนเดิม จะต้องมีการกระตุ้นเป็นระยะ ๆ เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพนั้นคงอยู่ จึงควรมีการศึกษารูปแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะยาว เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดีเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอพระขอบคุณ ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณพิสน์ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และทุกท่าน ที่ช่วยให้คำแนะนำ และขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติอัตราการตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2543-2548. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2549.

2. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์; 2547.
3. เพชร รอดอารีย์ และคณะ. โครงการวิจัยลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; 2547.
4. ลินจง ชันติโสภณ และคณะ. “การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี 2546” เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2546; 30(2): 67-72.
5. ศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขอำเภอปะคำ. สรุปสถานการณ์โรคต่างๆในอำเภอปะคำ ปี 2548-2549. เอกสารประกอบการประชุม. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; 2549.
6. นิรุวรรณ อุประชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลสาธารณสุขด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2547.
7. บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2547.
8. Fleming, Sarah A. “Social Support and Health Care Use Among a Sample of Healthy Canadians: A Longitudinal Analysis of the National Population Health Survey,” Dissertation Abstracts International 2005; 43(5): 1713.
9. นาฏนภา อารยะศิลปธร. การพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัย ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. ธีระ ภักดิ์จรงค์. การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
11. ชาญชัย พิทยศักดิ์. การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
12. วงศา เลหาศิริวงศ์, ชัชวาล ยุทธชยางกุล, วิไลวรรณ เทียนประชา. สมัชชาสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2548; 23(2): 64-70.



13. สายชล มือขุนทด. ความพึงพอใจของผู้ประกอบการสถานบริการสาธารณสุขต่อการใช้บริการการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ เทศบาลนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2548; 23(2): 35-44.
14. สัจจิรา ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 6-13.
15. ปิยะธิดา นาคะเกษียร, ชนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. เกมท์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน: ความรู้ที่ผลิตโดยชาวบ้านในชุมชนชนบทอีสาน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 14-20.
16. พนา พรพัฒน์กุล. การศึกษาผลการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองนครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21-28.

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

การเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความรู้						
ก่อนการทดลอง	16.43	2.57	16.57	3.04	-.184	0.855
หลังการทดลอง	19.53	1.43	17.77	2.52	3.344	0.002*
2. การปฏิบัติ						
ก่อนการทดลอง	55.27	3.67	55.00	3.66	.28	0.779
หลังการทดลอง	61.47	3.77	56.90	5.97	3.54	0.001*
3. ความคิดเห็น						
ก่อนการทดลอง	39.50	3.69	39.17	3.40	.36	0.717
หลังการทดลอง	43.77	3.42	40.07	3.26	4.29	<0.001*
4. ระดับน้ำตาล						
ก่อนการทดลอง	183.87	48.62	187.07	42.23	-.27	0.786
หลังการทดลอง	135.10	15.97	181.47	50.62	-4.79	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



การบริโภคและการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง Substance Use and Control among Construction Workers

สมพร วัฒนกุลเกียรติ วท.ม.* สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.*
รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของคนงานก่อสร้างในการวิเคราะห์ประสบการณ์การบริโภค การลดการบริโภคและสังเคราะห์วิธีการลดการบริโภคสารเสพติดที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มคนงานก่อสร้างที่ทำงานในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์พบว่า คนงานก่อสร้างเคยใช้ยาบ้า สุรา บุหรี่ แต่ในปัจจุบันมีการใช้สารเสพติด 3 ชนิด คือ สุรา บุหรี่และเครื่องดื่มชูกำลัง ด้วยเหตุผลเพื่อเพิ่มความสามารถ ผ่อนคลายความเครียด ร่วมสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน และร่วมสังสรรค์ในงานบุญประเพณี สถานที่ในการใช้สารเสพติดมาก คือ นั่งล้อมวงดื่มสุราบริเวณก่อสร้าง ในรถรับส่งและซื้อมาดื่มตามลำพังที่บ้าน แนวทางการลดการบริโภคสารเสพติดตามมุมมองของคนงานก่อสร้าง ได้แก่ 1) การเพิ่มพูนความรู้ 2) การเข้าถึงสื่อสาธารณะ 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ 5) ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 6) การร่วมเรียนรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาศักยภาพกลุ่มคนงานก่อสร้างในการลดการบริโภคสารเสพติด ได้แก่ 1) การสร้างพันธสัญญา 2) เพื่อนเตือนเพื่อน 3) สร้างสรรค์กิจกรรมยามว่าง 4) การประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อให้เห็นถึงโทษของสารเสพติด 5) ปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่ใช้สารเสพติด 6) ร่วมสร้างเครือข่ายการผลิตคู่มือลดการบริโภคสารเสพติดเผยแพร่

คนงานก่อสร้างได้เริ่มเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง โดยการวิเคราะห์ตนเอง สังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาการบริโภคสารเสพติดตามที่เสนอซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้นำสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของคนงานก่อสร้างอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โอกาสสร้างสังคมที่ปลอดสารเสพติดต่อไป

คำสำคัญ: การบริโภคสารเสพติด การลดการบริโภคสารเสพติด คนงานก่อสร้าง

Abstract

This participatory action research was conducted with the aims to augment construction workers' capacities in analyzing the experience related to substance use and control of substance use and to synthesize strategies in lowering substance use that were compatible with the needs of construction workers in the Khon Kaen metropolitan area. The experiential analysis revealed that construction workers had used methamphetamine,

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น



alcohols and cigarettes. At present, however, three types of substances were being used including alcohol, cigarette and “power boost” beverages. Construction workers reasoned that these substances helped them relax, reduced stress and were often used when partying with friends and during local festivals and fairs. Substance use usually took place in a drinking sitting-circle at the construction sites, on board the workers’ transporting vehicles and privately at home. Strategies to reduce substance use in construction workers’ perspective included 1) increasing knowledge, 2) increasing accessibility to public media, 3) promoting motivation, 4) building learning network, 5) continuing counseling, and 6) learning together with all stakeholders.

The development of construction workers’ capacities in controlling substance use included such activities as 1) substance control contract making, 2) peers reminding peers, 3) creating constructive free-time activities, 4) public relation to reflect the negative consequences of substance use, 5) modification of personal values in not using the substances, and 6) building a network to create and distribute the substance control manual.

Construction workers empowered themselves by means of self-analysis and the synthesis of strategies to control substance use. The more important matter was that these efforts must be continually supported to further enhance the construction workers’ capacities in substance control for the substance-free society in the future.

Keywords: Substance use, Substance control, Construction workers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการขยายตัวด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อุตสาหกรรมการก่อสร้างกลายเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาและทำให้ความต้องการแรงงานก่อสร้างมีมากขึ้น^{1,2} กลุ่มแรงงานก่อสร้างถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ แต่ส่วนมากเป็นแรงงานนอกระบบที่รัฐไม่ได้เข้ามาดูแล แรงงานก่อสร้างจึงเป็นพลังอันสำคัญยิ่งต่อขับเคลื่อนสังคมที่หล่ออยู่เบื้องหลังการพัฒนา³ และตกอยู่ภายใต้สภาพของคนทำงานหนัก เร่งรีบ ใช้กำลังมาก ประกอบกับภาวะบีบคั้นให้เกิดความเครียดทางเศรษฐกิจจากการมีรายได้น้อย จึงทำให้คนงานก่อสร้างมีการใช้สารเสพติดหลายชนิด^{4,5} ปี พ.ศ. 2544 ในช่วงก่อนประกาศสงครามต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด คนงานก่อสร้างต้องกินยาบ้า แต่ ในช่วงหลังการปราบปรามทำให้ยาบ้ามีราคาแพงและรายได้ประชากรน้อยลง ทำให้คนงานก่อสร้างหันมาดื่มสุราและสูบบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากไม่ผิดกฎหมาย และราคาไม่แพงมาก และต้องการใช้เพื่อสังสรรค์และคลายเครียด

นอกจากนั้นจากการศึกษา พบว่า คนงานก่อสร้างให้เหตุผลว่า การดื่มสุราทุกวันเพื่อเพิ่มความอยาก

อาหาร^{6,7} การสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำของคนงานก่อสร้างมักนำไปสู่ปัญหาทะเลาะวิวาท มีปัญหาครอบครัว และสังคม และคนงานก่อสร้างมีปัญหาการติดสุรา⁸ คนงานก่อสร้างยังไม่ตระหนักว่า การดื่มสุราและการสูบบุหรี่เป็นอันตรายและก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนั้นยังเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำตนเองไปสู่การใช้สารเสพติดตัวอื่น ๆ ที่ร้ายแรงและผิดกฎหมาย

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพการบริโภคและการลดบริโภคสารเสพติดของคนงานก่อสร้าง ซึ่งคาดว่าจะได้อรรถความรู้ที่สามารถนำไปใช้เพื่อการสร้างวัฒนธรรมของสังคมแรงงานที่ปลอดการบริโภคสารเสพติด มีจิตสำนึกและสร้างกระแสต่อต้านการใช้สารเสพติด ตลอดจนกระตุ้นเตือนให้คนงานก่อสร้างเกิดความตระหนักถึงพิษภัยของสารเสพติด มีความรู้ มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและจะส่งผลให้คนงานก่อสร้างมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) ศึกษาประสิทธิภาพการบริโภค และการลดการบริโภคสารเสพติด บริบทที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา



ประเภท เหตุผลของการบริโภคสารเสพติด ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของคณงานก่อสร้าง

2) วิเคราะห์ความต้องการและแนวทางในการลดการบริโภคสารเสพติดจากคณงานก่อสร้าง

3) สังเคราะห์วิธีการลดการบริโภคสารเสพติดโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ได้แนวทางการควบคุมการบริโภคสารเสพติดในคณงานก่อสร้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นผลการวิจัยระยะแรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Primarily study of Participatory Action Research) เรื่อง “การศึกษาสถานการณ์การบริโภคและเสริมสร้างศักยภาพการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคณงานก่อสร้าง”

การเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นคณงานก่อสร้างที่มีการทำงานในเทศบาลนครขอนแก่น

วิธีการศึกษาใช้แบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งวิธีการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้การสัมภาษณ์คณงานก่อสร้าง 100 คน ตามเครื่องมือสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีผู้เชี่ยวชาญดูความถูกต้องของเนื้อหา 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวนและร้อยละ

วิธีเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกคณงานก่อสร้างทั้งที่เป็นแรงงานรับจ้าง หัวหน้าคณงาน และผู้รับเหมาที่ทำงานก่อสร้างด้วย มีการสนทนากลุ่มคณงานก่อสร้าง 3 ครั้ง ๆ ละ 10 คน วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าสรุปแนวทางการลดการบริโภคสารเสพติดตามมุมมองของคณงานก่อสร้าง และนำเสนอต่อเวทีประชุมเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาวิธีการลดการบริโภคสารเสพติด

ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน อำนาจความสะดวกและกระตุ้นให้คณงานขับรถบรรทุกอ้อยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้สารเสพติดอย่างอิสระ (Democracy dialogue and reflective) และพัฒนาการเรียนรู้ของคณงานขับรถบรรทุกอ้อยในการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคสารเสพติดตามมุมมองของเจ้าของปัญหา (Emic view) มุ่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในระดับกลุ่มเพื่อให้เกิด

การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังสารเสพติดในกลุ่มคณงานก่อสร้างต่อไป

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากรของคณงานก่อสร้าง คณงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุต่ำสุด คือ 23 ปี สูงสุด คือ 64 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 74.0 และด้านการรักษาพยาบาล มีบัตรประกันสุขภาพของบุคคลที่รัฐรักษาให้ฟรีทุกคน แต่ไม่เคยใช้ในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี และส่วนมากเจ็บป่วยที่ซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากไม่มีเวลาไปรับบริการสุขภาพ

2. บริบทและวิถีชีวิตของคณงานก่อสร้างที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด คณงานก่อสร้างในจังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินชีวิตต่างจากแรงงานด้านอื่น นอกจากนั้นยังมีความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดหลายลักษณะที่เป็นความเฉพาะ ดังนี้

2.1 คณงานก่อสร้างเดินทางไปกลับทุกวัน จากบ้านถึงที่ก่อสร้างในเมืองโดยมีบุหรี่ปริและเหล้าเป็นเครื่องชูกำลังก่อนและหลังทำงาน คณงานก่อสร้างจะมีการเดินทางไปกลับทุกวันจากบ้านถึงที่ก่อสร้าง โดยส่วนมากพักอยู่ที่บ้านของตนเองทั้งในพื้นที่ชนบทและกึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงมีการออกเดินทางตั้งแต่เช้าตรู่มาทำงานรับจ้างก่อสร้างในเมือง ส่วนมากใช้รถที่นายจ้างหรือผู้รับเหมาจัดมารับ มีส่วนน้อยที่คณงานรวมกันเหมารถไปทำงานเอง รถที่ใช้ส่วนมากเป็นรถบรรทุกกระบะหกล้อ หรือปิกอัพสี่ล้อที่อัดกันแน่นจนเป็นภาพชินตาของผู้พบเห็น ในช่วงเช้าที่รถบรรทุกคณงานผ่านไปจึงเห็นว่าคณงานก่อสร้างบางคนนั่งสูบบุหรี่ปริมาในรถแบบสบายใจ โดยไม่สนใจคณงานเพศหญิงที่นั่งอัดมาด้วยในรถคันนั้น ส่วนในเวลาเย็นคณงานชายบางรายยกขวดเครื่องดื่มชูกำลังดื่มและสูบบุหรี่ปริอย่างร้อนรนเหมือนจะเรียกกำลังให้ออกมาชดเชยที่ถูกใช้ไป แต่เพศหญิงเลือกที่จะนั่งหลับขณะเดินทางกลับบ้านพบว่า คณงานก่อสร้างมีวิถีการเดินทางประจำวันไม่สนใจความปลอดภัย ขอให้ไปได้และตำรวจไม่จับก็พอ และเหตุผลที่ให้สำหรับการใช้บุหรี่ปริและเครื่องดื่มชูกำลังระหว่างทางคือเพื่อผ่อนคลายและเพิ่มพลังในการทำงาน



“ภาพชายวัยกลางคนนั่งยองๆ อยู่หน้างานก่อสร้างในช่วงเช้าก่อนทำงาน ล้วงชองบุหรี่ยาสูบ จากการถามบอกว่าต้องอัดให้เต็มปอดก่อนทำงาน โน่นเที่ยงและหลังเลิกงานจึงจะได้สูบอีก” “พวกผู้หญิงไม่ตี๋มเครื่องตี๋มชุกกำลังนะ ในช่วงเช้าหรือเย็นเขาก็นอนหลับไปไม่สูบบุหรี่ผู้หญิงทำงานเบากว่าผู้ชาย เขาคงไม่เครียดเห็นง่วงทุกวันทั้งไปและกลับ...” (สัมภาษณ์ชาย 42 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 5 ปีแล้ว)

2.2 ก่อนทำงานถูกห้ามตี๋มเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หลังเลิกงานจึงตี๋มผ่อนคลายเป็นเกือบทุกวัน มีคนงานที่เดินทางมาโดยรถจักรยานยนต์ มีความเป็นส่วนตัวมากไม่ต้องรอใคร กลุ่มนี้หลังเลิกงานจะมีตัวแทนกลุ่มเดินไปซื้อเหล้าขาวบุหรี่ยาสูบและเครื่องตี๋มชุกกำลังมาเย็นแจกันและคุยกันอยู่ระยะหนึ่งจึงแยกย้ายกันกลับเมื่อเครื่องตี๋มหมด ไม่มีกับแกล้ม เป็นการตี๋มเปรี้ยวๆ จากการสัมภาษณ์ ได้ข้อเท็จจริงเพิ่ม คือ มีการตี๋มหลังเลิกงานเกือบทุกวัน แต่ตี๋มไม่มาก เพราะไม่มีเงินแต่ก็ต้องตี๋มเพราะเชื่อว่าช่วยเพิ่มพลังเพิ่มความสดชื่นเจริญอาหารกินข้าวอร่อย หลับสบาย ส่วนก่อนและระหว่างทำงานไม่ตี๋มเพราะทุกคนถูกสอนให้ระวังอุบัติเหตุจึงเป็นข้อตกลงระหว่างผู้รับเหมาและคนงานว่าห้ามตี๋ม และคนงานทุกคนเห็นด้วยกับเหตุผลนี้ จึงอาศัยการสูบบุหรี่ข่มใจให้สู้งานหนักทั้งเช้า เที่ยง เย็น

“เหนื่อย หนัก ร้อน เครียดครับขอสูบ ขอตี๋มหน่อยเออะจะได้กำลัง นอนหลับกินอร่อย” (สัมภาษณ์หนุ่มโสด 22 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 2 ปีแล้ว)

2.3 คนงานก่อสร้างมีชีวิตที่ฝืนตามความเป็นธรรมชาติก่อสร้างในเมืองและชีวิตคนจนในชนบทจึงมีการล้างานและสังสรรค์ในวันบุญประเพณีของหมู่บ้าน เนื่องจากคนงานก่อสร้างส่วนมากอาศัยอยู่บ้านของตนเองที่ชนบทแต่มาทำงานในเมือง ออกจากบ้านเช้า 07.00 น. ทำงาน 8.00 น. จนเย็นประมาณ 16.30 – 17.00 น. จึงได้เลิกงาน และกว่าจะเดินทางกลับถึงบ้านก็ได้เวลาอาหารเย็น ทำให้คนงานก่อสร้างไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวในการหุงหาอาหารส่วนมากจะหิวอาหารสำเร็จรูปกลับบ้าน จึงเป็นชีวิตที่ฝืนตามธรรมชาติทั้งในเมืองที่รีบเร่งและชีวิตชนบทที่ไม่กระตือรือร้นกินอยู่สบายง่าย ๆ ซ้อมากิน แล้วก็นอน เข้าไปทำงาน วันไหนมีบุญประเพณี

ก็หยุดไปร่วมทำบุญในหมู่บ้าน บ่ายสังสรรค์กันจึงตี๋มกันหนัก ดังนั้นการมาเป็นคนงานก่อสร้างต้องปรับตัวให้เกิดความเหมาะสมกับเวลาที่เร่งรีบ

“เข้ากินกาแฟ บางวันไม่กิน บางวันข้าวเหนียวหมูปิ้ง สายแล้ววิ่งลูกเดียว..ออกแต่เช้าไม่มีเวลาดูแลงานบ้านและดูแลลูก สามีกี่ไปด้วย เที่ยงก็ซื้อกินเลย ข้าวแกงจานด่วน หรือ ก๋วยเตี๋ยว (รถมอเตอร์ไซด์ลากก๋วยเตี๋ยวมายาให้) เย็นมาก็ซื้อมา รับประทานนอนไม่ฝันจะเปลี่ย ไม่มีเวลามานั่งตี๋มหรืออก ผู้ชายเขาก็กินคนละก๊ับ บางทีก็แบ่งให้ผู้หญิง ซื้อหงส์ขวดหนึ่ง (สุราขาว 40 ดีกรี) ก็แบ่งชายหญิงทั้งรถ” (สัมภาษณ์สตรี 37 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 5 ปีแล้ว)

2.4 คนงานก่อสร้างกลับบ้านมีดีพร้อมอาหารถุงและเหล้าขาวหนึ่งจอก จากการสังเกตระหว่างที่คนงานสตรีซื้อกับข้าวก่อนขึ้นรถกลับบ้านพบว่าคนงานชายแวะซื้อเหล้าขาว (สุราสี่ลิบดีกรี) ตี๋มคนละ 1-2 แก้วเล็ก ๆ คนงานเรียกจอกหรือ เป๊ก ๆ ละ 30 ซีซี มีบางรายตี๋มผสมกับเครื่องตี๋มชุกกำลัง เช่น กระทิงแดง เอ็มร้อย เป็นต้น ซึ่งคนงานเชื่อว่าจะช่วยให้รับประทานอาหารให้อร่อยและนอนหลับสนิทจะได้มีแรงทำงานในวันต่อไป

“ทุกคนต้องกินอาหารถุงเพื่อพุงเศรษฐกิจ แต่ชีวิตจะแข็งแรงต้องตี๋มบ้าง..หัวเราะ..(ตี๋มสุรา) เพื่อเจริญอาหารและนอนดี เหล้าขาวนี่ละ ไม่กินหรือกเบียร์..แพง.. เหล้าสี่ลิบไม่ต้องพุดถึงแพงมากไม่ต้องแสวงหา ถ้าเปลี่ยมากก็ตี๋มเอ็มร้อย ลิโพ กระทิงแดงไปด้วยแล้วก็หลับดี นี่เพื่อนแท้ของคนชายแรง” (สัมภาษณ์ชาย 42 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 10 ปีแล้ว)

2.5 คนงานก่อสร้างมีสองอาชีพหลัก คือ เกษตรกรและกรรมกร คือ 1) ทำนาของตนเอง หรือขอทำร่วมกับญาติและรับจ้างทำนา 2) รับจ้างก่อสร้าง จึงพบว่า บางช่วงคนงานก่อสร้างมีการลาหยุดงานก่อสร้างไปทำนา หรือไปเกี่ยวข้าว พอว่างจากฤดูทำนาจึงมารับจ้างก่อสร้าง มีคนงานก่อสร้างบางส่วนที่เลือกไปรับจ้างเกี่ยวข้าวแทนการรับจ้างก่อสร้าง กลุ่มนี้เป็นสตรีรักสนุกได้ตี๋มได้กิน (ตี๋มสุรา) ไปเกี่ยวข้าวมีเพื่อนงานไม่หนักมาก และเป็นกลุ่มที่ไม่มีฝีมือด้านใดเฉพาะส่วนช่างผู้ชายมีฝีมือเฉพาะส่วนมากยังต้องทำงาน



ก่อสร้างช่วยผู้รับเหมา ไม่เลือกการหยุดไปทำนาช่วยครอบครัวมากนัก

“รับจ้างเกี่ยวข้าวมันสนุกกว่ามาหิ้วกระป๋องปูนทรายขึ้นลง พอหน้าทำนาก็ไปดำนา พอช่วงเกี่ยวข้าวก็ไปเกี่ยว มีหลาย ๆ คนสนุกกว่า ได้ต้ม ได้กิน (ต้มสุรา) เจ้าของนาเลี้ยง ก่อสร้างผู้รับเหมาที่เลี้ยงนะ แต่นาน ๆ ครั้งต้องนั่งร่วมวงตอนเลิกงานวันไหนกินก็เสียเวลาเย็น ๆ กลับบ้านดีกว่า (สัมภาษณ์สตรี 42 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 3 ปี)

2.6 สัมพันธภาพของคนงาน คนคุมงาน ผู้รับเหมา มีการอุปถัมภ์เป็นญาติและเปรียบเหมือนเป็นญาติกันมานาน จึงร่วมฉลองกันบ่อยเมื่อได้รับเงินและรับงานใหม่ คนงานก่อสร้างส่วนมากเป็นคนในหมู่บ้านเดียวกัน เป็นญาติเป็นเพื่อนกันมาตั้งแต่เล็ก มีความสนิทสนมกับผู้รับเหมาและคนคุมงาน หัวหน้าคนงาน จึงรับและชวนกันมาทำงานด้วย ซึ่งมีความเกรงใจ ความเคารพ และความไว้วางใจกัน แม้ว่าจะเป็งานที่ไม่มีสัญญาจ้าง ไม่มีการบังคับหรือสัญญาว่าจะทำงานด้วยกันนานเท่าไร แต่กลุ่มนี้จะห่วงใย อาหารต่อกัน จึงไม่หวาดระแวงว่าจะมีการโกงค่าแรง หรือการประท้วงหยุดงานไม่ทำงาน แต่ความไม่แน่นอนที่เกิดกับเขาทั้งหลาย คือ เจ้าของกิจการหรืออาคารที่เป็นคนจ้างให้ไปก่อสร้างว่าจะโกงเขาหรือไม่ และความไม่แน่นอนที่ทุกคนไม่รู้อนาคตที่ชัดเจน คือ ความต่อเนื่องของงาน ว่าเสร็จงานนี้แล้วผู้รับเหมาจะได้งานอีกหรือไม่ มีความมั่นคงเพียงใด ดังนั้นเมื่อผู้รับเหมาได้เงินมาจึงรีบจ่ายค่าแรง และเมื่อมีงานรับเหมาใหม่ต่อจากงานเดิมจึงถือว่าสองอย่างนี้เป็นข่าวดีสำหรับเครือข่ายหรือองค์กรแรงงานที่ไม่เป็นทางการนี้ ดังนั้นจึงมีการฉลองกันอย่างมีความสุขกับข่าวดีดังกล่าว และการฉลองนั้นจะมีการดื่มสังสรรค์กันโดยผู้รับเหมาเป็นเจ้าภาพทุกครั้ง จึงเป็นความดีที่เกื้อหนุนจนองค์กรนี้อยู่ได้ด้วยระบบอุปถัมภ์ที่เกิดตามธรรมชาติ ไม่ได้ก่อสร้างขึ้นเป็นทางการ

“อาชีพกรรมกรก่อสร้างมีความไม่แน่นอน เพราะบางครั้งคนจ้างเขาก็ให้เงินช้า ให้เงินน้อยกว่าที่ตกลงกันไว้ และเราก็มิงานไม่ต่อเนื่อง แต่เราก็มาร่วมกันทำเกือบจะว่าเป็นบริษัทนั่นละ เพราะเราอยู่กันมานานเป็นพี่น้องญาติกัน เป็นเพื่อนมาจากบ้านเดียวกัน รับกันมาเป็นหมู่บ้าน ก็รักกันครับ ไม่โกงกันหรอก เราได้เงิน ได้งาน

ก็ดีใจ ฉลอง ๆ...ก็ดื่มครับ สูบครับ ก็ฉลองครับ” (สัมภาษณ์ชาย 52 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 12 ปี)

2.7 กลุ่มคนงานก่อสร้างที่เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันการตกงาน จึงมีความเครียดทั้งงานและรายจ่ายส่วนครอบครัวซึ่งเป็นสาเหตุให้ใช้สารเสพติดเพื่อคลายเครียด กลุ่มคนงานก่อสร้างเป็นแรงงานนอกระบบ ที่ไม่มีบริษัทก่อสร้างสังกัดที่แน่นอน แต่กลุ่มคนทั้ง 100 คน ยังมีเครือข่ายกันที่แน่นแฟ้น และส่งคนงานให้กัน เกื้อหนุนเป็นองค์กรนอกระบบที่ราชการไม่ได้เข้ามาดูแล กลุ่มนี้จึงไม่มีสวัสดิการการกักขัง จึงต้องต่อสู้กับภาวะเศรษฐกิจด้วยตนเองในการหารายได้ มีการทำงานนอกเวลาตามที่ผู้รับเหมาต้องการระดมกำลัง ทั้งนี้เพื่อหาเงินให้มากขึ้นด้วย โดยเฉพาะช่วงที่ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ช่วงเปิดภาคเรียนของบุตร คนงานก่อสร้างจึงพึ่งสารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่ประชื้อว่าบุหรี่ปริช่วยเพิ่มแรงเพิ่มกำลัง ทำงานทน แต่อย่างไรก็ตามมีคนงานบางส่วนที่ประหยัดเพื่อครอบครัวจึงจำกัดการใช้สารเสพติดดังกล่าวทั้งนี้คนงานให้เหตุผลว่าต้องช่วยครอบครัวประหยัด

“เครียดครับ ทำงานหนักก็เครียดอยู่แล้ว ต้องทำล่วงเวลา หาเงิน และบางทีค่าใช้จ่ายก็มาก ยิ่งช่วงลูกเปิดเรียน ก็คิดมาก บุหรี่ปริก็ช่วยได้บ้างนะ ผมไม่ดื่มมากหรอก นิดหน่อยเวลาหัวหน้าเลี้ยง เพราะต้องให้เงินกับครอบครัว” (สัมภาษณ์ชาย 38 ปี มาทำงานก่อสร้างกับผู้รับเหมารายนี้ 5 ปี มีลูกเรียนมัธยม 2 คน)

3. สถานการณ์การใช้สารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง ได้อธิบายผ่านพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดอื่นของคนงานก่อสร้าง สถานที่ในการใช้สารเสพติด ผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเสพติดของคนงานก่อสร้าง ดังนี้

3.1 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของคนงานก่อสร้าง พบว่า 1) อัตราการบริโภคสารเสพติด ปัจจุบันคนงานก่อสร้างมีการบริโภคสารเสพติด 3 ชนิด ได้แก่ สุรา บุหรี่ และเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มสุรา ร้อยละ 81.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.0 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 52.0 ในปัจจุบันไม่มีการใช้สารเสพติดอย่างอื่น 2) ปัจจัยกระตุ้นให้ใช้สารเสพติด คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ระบุว่า



ปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความอยากใช้สารเสพติด คือ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 58.0 3) การบริโภคสารเสพติดครั้งแรกของคนงานก่อสร้าง พบว่า คนงานก่อสร้างใช้สารเสพติดครั้งแรกส่วนใหญ่ คือ สุรา ร้อยละ 56.7 บุหรี่ ร้อยละ 43.3 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกอยู่ระหว่าง 12-14 ปี ร้อยละ 61.1 4) แบบแผนการบริโภคสารเสพติด คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ดื่มสุราในบุญประเพณี ร้อยละ 39.5 การสูบบุหรี่ พบว่า สูบทุกวันในเวลาทำงาน ร้อยละ 47.1 และพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มชูกำลัง คือ ดื่มทุกวัน ร้อยละ 82.7 นอกจากนี้คนงานก่อสร้างเคยใช้ยาบ้าถึงร้อยละ 35 ขณะนี้เลิกได้แล้วอย่างสิ้นเชิง

พฤติกรรมการดื่มสุราของคนงานก่อสร้างมีความคล้ายคลึงกัน จนเป็นลักษณะเฉพาะของกลุ่มที่นิยมดื่ม คือ 1) ประเภทของสุราที่นิยมดื่ม ได้แก่ เบียร์และเหล้าขาว 40 ดีกรีผสมกระเทียมแดง นอกจากนี้คนงานก่อสร้างบางกลุ่มได้กลับมาที่บ้านและชวนกันนั่งดื่มเหล้าก่อนที่จะกลับบ้าน เพื่อช่วยให้หายเหนื่อย ส่วนคนงานก่อสร้างที่เป็นเพศหญิงนิยมดื่มเบียร์ในวันหยุดงาน เพื่อสังสรรค์ ผ่อนคลายความตึงเครียด 2) เวลาที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ ยามเย็นหลังเลิกงาน มีการรวมกลุ่มกันดื่มสุราที่หน้างาน ขณะรอรถมารับ บางคนที่อยู่ไกลประมาณในการดื่มเหล้าก็จะดื่มไม่มาก ทำให้ไม่เมา มีบางคนที่ตั้งใจจะมา เพื่อนคนงานต้องนำขึ้นรถพาลกลับบ้าน บางคนเมาจนวันต่อมาไม่สามารถมาทำงานได้ บางคนขาดงานไปหลายวัน ใช้เงินหมดค่อยกลับมารับจ้างใหม่ สำหรับบุหรี่ มีการสูบในช่วงที่ว่างจากการทำงาน

3.2 ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด จากผู้ใช้สารเสพติดอยู่ ณ ปัจจุบัน มีคนงานก่อสร้างที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวถึงร้อยละ 49.2 มีผู้ที่น้ำหนักลดลง ร้อยละ 43.2 สมรรถภาพทางเพศเสื่อมลง ร้อยละ 38.3 สมรรถภาพของร่างกาย ประกอบอาชีพได้น้อยลง ร้อยละ 41.9 สภาพอารมณ์ขณะที่ใช้สารเสพติดอ่อนไหวง่าย ร้อยละ 39.5 และมีคนงานก่อสร้างมีรายได้แต่ละเดือนไม่ค่อยพอใช้ ร้อยละ 38.8 ส่งผลให้มีหนี้ ร้อยละ 49.0 เคยได้รับอุบัติเหตุจากงานก่อสร้าง ร้อยละ 43.2 และในรอบปีที่ผ่านมาเคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานก่อสร้าง ร้อยละ 37.0

4. ประสบการณ์และความต้องการลด ละ เลิก การบริโภคสารเสพติด พบว่า คนงานส่วนมากมีความประสงค์อยากเลิกใช้สารเสพติดทุกชนิด จากความต้องการลดค่าใช้จ่ายเพื่อการประหยัดเงินในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ โดยมีรายละเอียดข้อค้นพบดังนี้

4.1 ประสบการณ์การลด ละ เลิก การบริโภคสารเสพติด พบว่า คนงานก่อสร้างที่เคยใช้กัญชา 2 คน สามารถเลิกได้เป็นระยะเวลา 20 ปีแล้ว ซึ่งคนงานก่อสร้างกลุ่มนี้มีความตั้งใจในการลดการใช้สารเสพติดเนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเสพติด ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยลองเลิกสารเสพติด ซึ่งผู้วิจัยประเมินการเลิกที่ระยะเวลา 1 เดือน และพบว่า มีคนงานก่อสร้างที่สามารถเลิกใช้สารเสพติดและไม่กลับไปใช้อีก

คนงานก่อสร้างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ครั้งที่ 1 ได้นาน เกิน 1 เดือน ร้อยละ 37.1 แต่เกือบทั้งหมดกลับมาใช้อีก และมี ผู้ที่พยายามเลิกอีกในครั้งที่ 2 ร้อยละ 30.0 ได้นานมากกว่า 1 เดือนอีก แต่ยังไม่ได้อีกจึงพยายามเลิกครั้งที่ 3 ร้อยละ 18.6 สุดท้ายพบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรี่ ได้สำเร็จ 9 คน ร้อยละ 12.9 เป็นการเลิกได้โดยไม่กลับมาสูบอีก อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ที่ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 50.0 คนงานก่อสร้างที่เคยดื่มสุรา 89 คน เคยพยายามเลิกดื่มครั้งที่ 1 ได้นานเกิน 1 เดือน จำนวน 26 คน ร้อยละ 29.2 แต่เกือบทั้งหมดกลับมาใช้อีก และมีผู้ที่พยายามเลิกอีกในครั้งที่ 2 ร้อยละ 23.6 ได้นานเกิน 1 เดือนอีก แต่ยังไม่ได้จึงพยายามเลิกครั้งที่ 3 ได้นาน 1 เดือน ร้อยละ 12.4 สุดท้ายพบว่า มีผู้ที่เลิกดื่มสุราได้สำเร็จ 8 คน เป็นการเลิกได้โดยไม่กลับมาดื่มอีก ร้อยละ 9.0 อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ที่ไม่เคยเลิกดื่มสุราเลย ร้อยละ 61.8 มีผู้ที่เคยใช้ยาบ้า 35 คน กลุ่มนี้เลิกได้โดยสิ้นเชิงโดยการเอาชนะใจตนเอง เลิกโดยทันที ไม่มีการลดขนาด แต่หยุดเลยหรือที่เรียกว่า “การหักดิบ” คนงานก่อสร้างให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เดิมยาบ้าเคยหาได้ง่าย คนงานก่อสร้างต้องทำงานล่วงเวลาบ่อย การใช้ยาบ้าผสมน้ำดื่มและดื่มด้วยกันหลาย ๆ คน จึงเป็นเรื่องที่เคยทำ ทำเพื่อให้ทำงานหนัก อดทน ทำนานได้ แต่เมื่อมีการปราบปรามอย่างจริงจังและมีการฆ่าตัดตอนด้วย คนงานก่อสร้างจึงต้องเลิกใช้ เพราะอันตรายอาจถึงตัว



4.2 เหตุจูงใจหรือเงื่อนไขที่ทำให้เลิกสารเสพติดได้สำเร็จ คนงานก่อสร้าง 100 คน ผู้ที่เคยใช้และเลิกได้สำเร็จโดยไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด 36 คน ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจหลาย ๆ ด้านผสมผสานกัน โดยระบุว่าทั้งหมดอาศัยแรงจูงใจที่เกิดจากการได้รับการขอร้องจากคนรัก ร้อยละ 31.0 ต้องการการประหยัดเงินในการใช้ซื้อสารเสพติด ร้อยละ 30.0 ตั้งใจเลิกเอง ร้อยละ 18.0 ความศรัทธาในศาสนา ร้อยละ 17.0

4.3 ความต้องการลด ละ เลิก การบริโภคสารเสพติด คนงานก่อสร้างมีความต้องการลดละเลิกสารเสพติดทุกชนิด แต่ทำไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าสารเสพติดทุกชนิดเลิกได้ด้วยใจ และมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า การบริโภคสารเสพติดทุกชนิดเป็นการเสียเงินเปล่า ควรเลิก จะเป็นผลดีกับตนเองและเป็นตัวอย่างแก่บุตรหลาน ซึ่งเหตุผลที่ยอมแพ้การเลิก คือ การใจอ่อน เลิกไม่ได้ คนงานก่อสร้างจึงต้องการการสนับสนุนในการเลิกใช้สารเสพติดให้ได้ โดยต้องการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่

1) กลุ่มคนงานก่อสร้างด้วยกัน คนงานก่อสร้างให้ข้อคิดเห็นในการประชุมตรงกันว่า กลุ่มคนงานก่อสร้างด้วยกันเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุด จะต้องพัฒนาให้กลุ่มนี้ซึ่งเป็นครอบครัวเดียวกัน คือ บางครอบครัวมาทำงานก่อสร้างด้วยกันทั้งสามีและภรรยา บางครอบครัวมีบุตรมาด้วย นอกนั้นก็เป็นผู้เป็นญาติ เป็นเพื่อน เคยเรียนมาด้วยกัน ซึ่งส่วนมากเป็นคนหมู่บ้านเดียวกัน รวมทั้งหัวหน้างานหรือผู้คุมงานและผู้รับเหมา จนเป็นเสมือนญาติกัน เดิมทีที่ชวนกันบริโภคนั้นเนื่องด้วยความสนิทสนมกันจึงชักชวน หรือ นำมาฝากกัน แบ่งกันบริโภคสารเสพติด เช่น สุราเมื่อซื้อเหล้าขาว 40 ดีกรี ต้องมีการแบ่งกันดื่ม ดังนั้นจึงควรปรับเปลี่ยนจากกลุ่มนี้เลย

“เวลาเราศูกันทุกคนก็อยากเลิกนะ คนงานผู้หญิง นี้อยากให้เลิกมาก เขาหมิ่น ต่อไปเราก็คูยกัน สัญญากัน บอกกัน เตือนกัน แม้ว่าตอนนี้เรายังไม่มีใครเคยได้รับการอบรม เราฟังคนที่เลิกได้ เราก้เห็นแล้วว่ามีความหวัง สอนกันจากการกระทำนี้ละ เราก้อายุมากขึ้น ร่วมมือเตือนกันให้เลิก ลูกหลานที่มันมาทำงานกับเรา มันจะได้ไม่มีตัวอย่าง จะได้เก็บเงินได้มาก ไม่ลำบาก เอาเงินใส่ขวดเหล้าเหมือนพวกเรา” (ประชุมเครือข่าย 12/8/50)

2) การสร้างกลุ่มเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคนงานก่อสร้างด้วยกัน ข้อเท็จจริงประเด็นนี้เกิดขึ้นแล้วตามธรรมชาติ เนื่องจากคนงานก่อสร้างกลุ่มนี้เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่มีสัญญาจ้าง ไม่ต้องเขียนใบสมัครหรือใบลาออก ใบลางาน ไม่มีสวัสดิการจากรัฐ ไม่มีคนของรัฐเข้ามาดูแล แต่กลุ่มนี้มีเครือข่ายกันจากสายเลือด สายเพื่อน และเป็นคนบ้านเดียวกัน ความสัมพันธ์จึงเป็นเช่นองค์กร แต่เป็นองค์กรที่อิสระมีการจดทะเบียน มีความเอื้ออาทร เกื้อหนุนกัน ตามประเพณีอีสาน มีการหยุดพักงานตามสภาพภูมิอากาศ เช่น หยุดดำนานาเมื่อฝนมามาก หยุดตามบุญประเพณี เพื่อไปทำหน้าที่สมาชิกหมู่บ้าน ดังนั้นกลุ่มนี้จึงพร้อมที่จะดูแลกัน หากเปลี่ยนทิศทางจากเป็นกลุ่มชวนกันบริโภคมาเป็นกลุ่มเฝ้าระวัง ป้องกันและต่อสู้กับสารเสพติดแทน

การสร้างเครือข่ายดูแลกัน ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอบรมให้ความรู้เรื่องสารเสพติดแก่คนงานก่อสร้าง และเชื่อมการประสานความช่วยเหลือ เช่น เมื่อมีประเด็นปัญหาเมื่อเลิกใช้ หรือการชดเชยเวลาว่างหากไม่ร่วมวงกันดื่ม เป็นต้น

“กลุ่มคนงานก่อสร้างส่วนมากเป็นญาติ เป็นเพื่อน เป็นคนบ้านเดียวกัน นุ่งรถมาคันเดียวกัน ถ้าได้คุยกันเรื่องนี้จะดี พอเราฟังกันก็เห็นว่าคนที่เลิกได้ นี้เขาสู้นะ เราเจอปัญหาเหมือนกันนั่นละ เปลืองเงิน เพื่อนญาติก็ต้องเตือนกัน เพราะมันก็อันตรายจริง ๆ ตกลงชั้นสองนี่ก็ตายได้” (สนทนากลุ่ม 12/8/50)

3) ครอบครัว คนงานก่อสร้างบางส่วนที่ครอบครัวไม่ได้มาทำงานก่อสร้างด้วย มีความต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลิกบริโภคสารเสพติด เพราะจากตัวอย่างของคนงานก่อสร้างที่เลิกได้ พบว่า มีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางจิตใจที่ดีมากครอบครัวเป็นทั้งเหตุปัจจัยให้อยากเลิก ทั้งความต้องการส่งเสริมด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว อย่างไรก็ตาม คนงานก่อสร้างมีข้อกังวลใจเรื่องคู่สมรสขาดทักษะการให้กำลังใจส่วนมากสิ่งที่ได้รับเป็นการว่ากล่าว ดุ ต่ำ คาดโทษการไม่ให้ใช้เงินทั้ง ๆ ที่เป็นคนหาเงิน แต่ด้วยความจำเป็นของครอบครัว จึงหลงโทษที่คนงานใช้เงินไปกับการเสพยา บุหรี่และหาเงินให้ครอบครัวน้อย โดยเฉพาะรายที่มีปัญหาเมา



ประจำจนต้องลางาน พบว่า ครอบครัวยุคใหม่ไม่เคยใช้การให้กำลังใจ

“ครอบครัวต้องการให้เราลดนะ ถ้าจะเลิกเลยดูเขาคงจะดีใจ แต่ห่วงอยู่ว่า ต่อกันตลอดนี้จะเอาอะไรมาเป็นกำลังใจให้คนเลิก เพราะจากที่ฟังคนเลิกได้นี้ครอบครัวเขารักกัน” (ชายวัย 43 ปี ทำงานก่อสร้าง 8 ปี สิบบุหรีเมื่อมีเพื่อน ต้มสุราก่อนนอน เล็กน้อย)

4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนงานก่อสร้างให้ข้อคิดเห็นในการประชุมตรงกันว่าอยากเลิกแต่ไม่เคยได้รับความรู้ที่แท้จริง ที่สำคัญคือการรักษาเป็นอีกประเด็นที่คนงานก่อสร้างต้องการ ประกอบกับการได้รับความรู้ที่ชัดเจน และอธิบายให้เชื่อมั่นว่าจะไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังเลิกใช้บุหรีและสุรา ประเด็นปัญหา คือ กลุ่มคนงานก่อสร้างกลุ่มนี้เป็นแรงงานนอกระบบ ไม่มีสวัสดิการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มีแต่บัตรทองที่ต้องไปศูนย์สุขภาพชุมชนที่บ้าน ซึ่งจะเสียเวลามาทำงานดีกว่า จึงไม่มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเลย ดังนั้นจึงต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การเยี่ยมเยียนคนงานก่อสร้างที่หน้างาน ไม่ได้อบรมแต่ก็ควรหาเอกสารหรือไปแนะนำสั้น ๆ ได้ ทั้งนี้คนงานก่อสร้างต้องการความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด การเลิก โทษของสารเสพติดแต่ละประเภท และควรสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ร่วมกันกับผู้นำชุมชนผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุทัศน์ คู่มือที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น และคนงานก่อสร้างยังมีต้องการให้หน่วยงานด้านสุขภาพตรวจสุขภาพเบื้องต้น

“ทุกคนต้องการการรักษาที่ถูกต้อง เพราะรู้ว่าเราติดแล้ว จริง ๆ ประโยชน์ก็มีน้อยกว่าโทษนะ หากมียา มีวิธีการใดกินแล้วหายเลยจะดีที่สุด ผมขอคนแรกเลย และเชื่อว่าเพื่อน ๆ ที่ไม่ได้มาก็ต้องการให้จ่ายเงินก็ได้นะ เพราะที่ซื้อกินหมดไปมากแล้ว”

5) กลุ่มผู้รับเหมาและหัวหน้าผู้คุมงานก่อสร้าง คนงานก่อสร้างส่วนมากมีความสัมพันธ์แนบแน่นประหนึ่งญาติกับผู้รับเหมาและหัวหน้าผู้คุมงานก่อสร้าง ทั้งความนับถือ เคารพ เกรงกลัว เกรงใจ เพราะเคยให้งานทำเมื่อว่างงาน ให้เงินล่วงหน้าเวลาจำเป็น ซึ่งเป็นสิ่งเพิ่มเติมจากสัมพันธ์ภาพเดิมที่เป็นคนจากหมู่บ้านเดียวกัน เป็นญาติกัน ความสัมพันธ์ระหว่าง

กลุ่มคนงานก่อสร้างและผู้รับเหมารวมถึงหัวหน้าผู้คุมงานก่อสร้างจึงเป็นองค์การธรรมชาติที่เกิดขึ้นและคงอยู่ด้วยระบบอุปถัมภ์ ดังนั้นคนงานก่อสร้างจึงได้รับการเอาใจใส่จากผู้รับเหมาและหัวหน้าผู้คุมงานก่อสร้าง จากความเคารพ เกรงใจ และมีความเกรงกลัวด้วย แต่ปัจจุบันกลุ่มนี้ก็ยังขาดความรู้ด้านการเลิกสุรา บุหรี เช่นเดียวกับคนงานก่อสร้าง ดังนั้นคนงานก่อสร้างจึงระบุว่าผู้รับเหมาและหัวหน้าผู้คุมงานก่อสร้างเป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับความรู้ หากกลุ่มนี้มีความรู้ด้านผลเสียทางสุขภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และกระตุ้นเตือนคนงาน หรือคิดหาแนวทางการป้องกัน การลดการบริโภคสารเสพติดจะเป็นสิ่งที่คนงานก่อสร้างต้องฟังและทำตามได้

“ผู้รับเหมา เป็นคนจ่ายงานให้พวกเราทุกวัน เขาจะดูว่าคนงานมีการเมาสารเสพติดอะไร ถ้ามีจะแยกให้มาทำงานชั้นล่าง จะแยกมาทำงานที่ปลอดภัย ป้องกันการตกตก ถ้าเมาเขาจะเตือน หรือหาข้อมูลมาให้ก็มีคนเชื่อเจ้านายนะ จึงคิดว่ากลุ่มนี้สำคัญ ถ้ากลุ่มนี้สนใจคนงานก็สนใจ ถ้ากลุ่มนี้เลี้ยงสังสรรค์และมีเหล้ามาคนงานก็เมาบ่อย” (ประชุมเครือข่าย 12/8/50)

6) กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มนี้มีความสำคัญในการให้ความรู้แก่ประชาชน ให้มีความรู้ด้านการป้องกันสารเสพติดโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว คู่มือที่เข้าใจง่ายๆ ให้ผู้นำชุมชนแจกประชาชน ซึ่งส่วนมากคนเข้าประชุมและคนรับฟังหอกระจายข่าว ส่วนมากไม่ใช้คนงานก่อสร้างเพราะกลุ่มคนงานก่อสร้างจะเหนื่อยไม่ได้ฟังข่าวสารที่เผยแพร่ทางหอกระจายข่าว ไม่ได้ไปร่วมประชุม แต่กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ร่วมรับทราบดังกล่าว เป็นญาติผู้ให้การดูแลช่วยเหลือแก่คนงานก่อสร้าง จึงควรให้เขาเป็นทูตนำสื่อเอกสารมาแจกนำความห่วงใยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปฝากนำความรู้ไปเผยแพร่ ดังนั้น กลุ่มผู้นำจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดการบริโภคสารเสพติดต่อไป

“ผู้นำชุมชนนี้ สำคัญ พวกเราเป็นชาวบ้านอาศัยในชุมชนมีความเกรงใจ ผู้นำ ต้องมีวิธีการมาช่วย.. ประชาสัมพันธ์.. พวกเราชอบเมาในงานบุญ ประเพณี คนที่จะต้องเตือนให้เราเลิก ต้ม ให้เราทำงานปลอดภัย มีเงินเก็บให้ครอบครัว ควรเป็นคนในชุมชนผู้นำต้องเป็นพลังที่สำคัญในการต่อสู้จนสำเร็จ” (สนทนา)



กลุ่ม 12/8/50)

5. แนวทางการลดการบริโภคสารเสพติดตาม มุมมองของคณาจารย์ก่อสร้าง คณาจารย์ก่อสร้างได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน นอกเหนือทั้งด้านการเพิ่มพูนความรู้ การเข้าถึงสื่อสาธารณะ การสร้างเสริมแรงจูงใจ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และให้กำลังใจกัน รวมถึงการร่วมเรียนรู้กับกลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1) การพัฒนาศักยภาพคณาจารย์ก่อสร้างเสนอแนะให้มีการเสริมสร้างความรู้ด้านโทษและการเลิกใช้สารเสพติดและพัฒนาศักยภาพคณาจารย์ด้านการสร้างแรงจูงใจ ให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างค่านิยมใหม่ให้คณาจารย์ก่อสร้างมีความรู้ ความตระหนักในการเลิกใช้สารเสพติด สิ่งที่คณาจารย์ก่อสร้างต้องการ คือ วิธีการในการเลิกใช้สารเสพติด

2) การเผยแพร่สื่อให้คณาจารย์เข้าถึง คณาจารย์ก่อสร้างเสนอแนะให้มีสื่อที่หลากหลาย ต้องการสื่อให้ความรู้ คือ สื่อหมอลำ หรือเพลง หรือละคร หรือสรภัญญ์ สื่ออื่น ๆ ที่เปิดทางวิทยุกระจายเสียงได้ จะได้นำไปเปิดฟังในขณะที่ทำงานไปได้ทั้งการคลายเครียดจากการสัมภาษณ์คณาจารย์ก่อสร้างเรื่องนี้ คือ ต้องการได้สื่อเผยแพร่ความรู้ ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ คู่มือ ร้อยละ 26.0 คณาจารย์ก่อสร้างต้องการได้รับข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับสารเสพติด จากสื่อมวลชนประเภทโทรทัศน์ค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีโฆษณา แต่ไม่บอกถึงโทษหรือวิธีการเลิกใช้สารเสพติด จึงอยากให้สื่อที่สามารถเปิดอ่านหรือเปิดดูและสามารถพกพาได้

3) การเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการเลิกใช้สารเสพติดที่ต้องการการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้มแข็งและต่อเนื่อง กลุ่มคณาจารย์ก่อสร้างจึงต้องการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยสมาชิกครอบครัว/ญาติพี่น้อง ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ แรงจูงใจด้วยตนเอง ร้อยละ 38.0 นอกจากนี้คณาจารย์ก่อสร้างยังต้องการให้ครอบครัวเป็นหลักในการช่วยป้องกันและลดการใช้สารเสพติดให้แก่ตนเอง เพราะต้องการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อต้องการอยู่กับครอบครัวและบุคคลที่ตนเองรัก *“ฝึกให้ครอบครัวรู้จักชมเชย ให้กำลังใจ และดูแลช่วยให้การรักษาได้ผลที่ดี”* *“ลูกและเมียเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องได้รับรู้และเป็นที่กำลังใจให้ หากจะเลิก”*

4) การสร้างแรงจูงใจจากสื่อโฆษณาและนโยบายของรัฐบาล ผู้เลิกสุราให้ข้อมูลว่า ได้เห็นโทษและผลกระทบของการดื่มสุราจากการดูสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์แล้วเกิดความรู้สึกกลัวถึงผลที่จะตามมาจากการดื่มสุราของตน หรือแม้แต่นโยบายของรัฐบาลที่นำลงสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จนได้ผลระดับหนึ่ง ทำให้เห็นความตั้งใจจริงจากทุกภาคส่วนในการร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราในฐานะที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความรู้สึกอยากร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองนโยบายรัฐบาล

5) ความต้องการสร้างเครือข่ายเลิกใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ส่วนใหญ่ต้องการสร้างเครือข่ายเลิกใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน คณาจารย์ก่อสร้างได้เสนอแนะแนวทางในการเลิกใช้สารเสพติด คือ ต้องการให้มีกลุ่มเพื่อนคอยตักเตือนไม่ให้ใช้สารเสพติด เพราะการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่จะมีเพื่อนชวนให้กิน ดังนั้นการเลิกใช้สารเสพติดในกลุ่มคณาจารย์ก่อสร้าง ควรจะมีการสร้างกลุ่มเพื่อนให้คอยตักเตือนกัน

6) ความต้องการสร้างเครือข่ายเลิกใช้สารเสพติดร่วมกับผู้ใช้แรงงานประเภทอื่น คือ กลุ่มที่คณาจารย์ก่อสร้างต้องการมีเวทีเรียนรู้เพื่อสร้างเครือข่ายกันได้แก่ เจ้าของธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง หัวหน้าคณาจารย์ของสถานที่ก่อสร้าง ผู้นำในพื้นที่ที่มีกรอก่อสร้าง ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอแนะแนวทางว่า ต้องการสร้างกลุ่มให้ความช่วยเหลือกันและกันกับผู้ใช้แรงงานก่อสร้างด้วยกัน กลุ่มก่อสร้างที่เป็นบริษัทมีประกันภัยที่ถูกต้องตามกฎหมาย หากเชื่อมโยงกันได้ อาจจะนำมาซึ่งการเชื่อมโยงความช่วยเหลือ หรือสร้างความเข้าใจที่หลากหลายขึ้น จะทำให้การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกับแรงงานกลุ่มอื่น เกิดผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งน่าจะช่วยให้การใช้สารเสพติดในหมู่ผู้ใช้แรงงานลดลงได้ และคณาจารย์ก่อสร้างยังมองว่าจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

6. การสร้างเครือข่ายการป้องกันการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคณาจารย์ก่อสร้าง การวิจัยครั้งนี้ได้มีการขยายวงสนทนาจากระดับบุคคล จากการสัมภาษณ์เดี่ยวไปเป็นการคุยกลุ่มเล็ก ๆ 2-3 คน เป็นสนทนากลุ่ม 10 คน จนใช้เป็นการสนทนากลุ่มที่เชื่อมโยงเครือข่ายได้ระหว่างหมู่บ้านในตำบลนั้น และทำงานกับผู้รับเหมา 3 กลุ่มที่



ทำงานก่อสร้างในเมืองขอนแก่น และผู้รับเหมารูจักกัน และเคยขอระดมคนงานช่วยเหลือกัน จึงเกิดเวทีคนงานก่อสร้างนอกระบบที่รัฐยังไม่ได้ยื่นความช่วยเหลือเข้าไป ถึง และยังมีประกันสังคมในการเป็นผู้ใช้แรงงาน แต่เป็นองค์กรธรรมชาติในระบบอุปถัมภ์นายจ้างและคนงานต่างรู้จักกันและเอื้ออาทร จุนเจือ ช่วยเหลือแบ่งทุกแบ่งสุขและร่วมสังสรรค์กันบ่อยๆ เมื่อเงินค่าแรงออกและได้การรับเหมาต่อเนื่อง จึงมีเวทีประชุมครั้งที่ 1 มีกลุ่มเรียนรู้ที่รวมนายจ้างหรือผู้รับเหมา ผู้คุมงาน หัวหน้าคนงาน คนงานก่อสร้างและสมาชิกครอบครัว จึงเป็นเวทีที่เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยกัน ดังนี้

1) การสร้างข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายคนงานก่อสร้าง คนงานก่อสร้างมีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด “การสร้างสัญญาใจร่วมกัน” จึงเป็นวิธีการที่ที่ประชุมหวังว่าจะเป็นแรงจูงใจ เป็นเรื่องยึดเหนี่ยว เป็นแรงบันดาลใจช่วยทำให้คนงานก่อสร้างลดการบริโภคสารเสพติดได้ในอนาคต โดยที่สมาชิกที่ร่วมประชุมจะร่วมให้กำลังใจและคอยตักเตือนต่อไป

2) เพื่อนเตือนเพื่อน “เพื่อนคนงานก่อสร้างร่วมกันเตือนเพื่อน” เป็นวิธีการที่น่าจะสามารถทำได้หลายลักษณะ แต่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนงานก่อสร้าง ได้แก่ ลักษณะเครือข่าย “เพื่อนเตือนเพื่อน” 1) กลุ่มผู้เลิกเสพยาช่วยเพื่อน 2) เพื่อนคนงานก่อสร้างในหมู่บ้านเดียวกันเตือนกันลดบริโภคสารเสพติด 3) เพื่อนคนงานก่อสร้างที่หน้างาน 4) เพื่อนเตือนเพื่อน 5) เพื่อนช่วยแก้ปัญหาให้เพื่อน

3) เครือข่ายครอบครัวช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาจากการบริโภคสารเสพติด ครอบครัวได้ร่วมเป็นเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการสนับสนุนให้คนงานก่อสร้างเลิกการบริโภคสารเสพติด

4) หากิจกรรมทดแทนการแก้เหงาด้วยสารเสพติด คนงานก่อสร้างควรหันมาหาสิ่งอื่นชดเชยพลังงานและผ่อนคลายความตึงเครียด ความปวดเมื่อยและลดความเหงา

5) ผู้นำชุมชนหรือผู้รับเหมาประชาสัมพันธ์ให้คนงานเห็นถึงโทษของสารเสพติด ถ้าคนงานก่อสร้างได้รับทราบถึงผลเสีย ทราบถึงความหวังโยที่พวกเขาทั้ง หลายอยากให้แก่กัน จะทำให้คนงาน

ก่อสร้างไม่ไปใช้สารเสพติดเพราะไม่เห็นประโยชน์ของการใช้สารเสพติดแต่เห็นผลเสียจากการใช้สารเสพติดมากกว่า

6) ปรับเปลี่ยนค่านิยมใหม่ที่คนใช้แรงงานแต่ไม่ใช้สารเสพติด คนงานก่อสร้างส่วนมากเห็นประโยชน์ของการใช้สารเสพติด และมีค่านิยมทางบวกต่อสารเสพติด

อย่างไรก็ตามกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ได้สนับสนุนให้มีการจัดเวทีให้กลุ่มคนงานก่อสร้างเข้าร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง ได้ร่วมกันวิเคราะห์และหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนในกลุ่มคนงานก่อสร้างและผู้ที่เกี่ยวข้องให้เกิดกระบวนการและเครือข่ายการลดการบริโภคสารเสพติด ทำให้กลุ่มคนงานก่อสร้าง ได้รับรู้ถึงปัญหา ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การระดมสมอง การวางแผนพัฒนาเครือข่ายร่วมกัน เกิดการการผลักดันให้มีการนำแนวทางที่พวกกลุ่มคนงานก่อสร้างได้ร่วมกันคิดขึ้นมานั้นไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม

การอภิปรายผล

บริบทและวิถีชีวิตของคนงานก่อสร้างที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด พบว่า คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเพศชาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท การเดินทางไปทำงานคนงานก่อสร้างเดินทางไปกลับทุกวันจากบ้านถึงที่ก่อสร้างในเมืองโดยมีบุหรีและเหล่า คือ เครื่องชูกำลังก่อนและหลังการทำงาน เหตุผลที่ให้สำหรับการใช้บุหรีและเครื่องดื่มชูกำลังระหว่างทาง คือ เพื่อผ่อนคลายและเพิ่มพลังในการทำงาน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งมีความสามารถในงานก่อสร้างเฉพาะด้าน ทำให้ค่าแรงของชายและหญิงต่างกัน และผู้ชายมีร่างกายที่แข็งแรง จึงทำให้เป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานที่ต้องใช้กำลังมาก ซึ่งคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยแรงงานตอนปลาย จึงมีสถานภาพสมรสคู่ส่วนมาก คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาอยู่ในระดับที่ไม่สูง เนื่องจากมีฐานะยากจน^{3,6} จะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตของคน



งานก่อสร้างมีโอกาสใช้สารเสพติดที่เป็นสุรา บุหรี่และเครื่องดื่มชูกำลังเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจส่งผลให้คนงานก่อสร้างมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดสุราได้ ดังนั้นควรมีการหาแนวทางในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ เพราะถือว่าคนงานก่อสร้างเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ

สถานการณ์การใช้สารเสพติดของคนงานก่อสร้างพบว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของคนงานก่อสร้างสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การใช้สารเสพติดที่เป็นสุราและบุหรี่เมื่อติดต้องแล้วต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ และหยุดเสพไม่ได้ ทำให้ต้องเสียเงินในการซื้อบุหรี่และสุรามาบริโภค ส่งผลให้มีหนี้สิน^{9,10} จะเห็นได้ว่าการใช้สารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้างหลากหลายรูปแบบ การใช้สารเสพติดทั้งในเวลาทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และหลักเล็กลงงานเพื่อคลายความเครียด และการใช้สารเสพติดเพื่อรอรอการ ใช้สารเสพติดในระยะแรกอาจไม่มีผลกระทบมากนัก แต่เมื่อคนงานก่อสร้างอายุมากขึ้นผลกระทบจากการใช้สารเสพติดอาจทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตทั้งจากการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยได้

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด คนงานก่อสร้างชายจำนวนมากที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งมักนำไปสู่ปัญหาทะเลาะวิวาทและปัญหาครอบครัว สังคม และรวมถึงปัญหาสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนงานก่อสร้างชายโสดและแรงงานก่อสร้างชายที่สมรสแล้ว มีโอกาสนำโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ไปสู่ภรรยา⁶ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อสร้าง เช่น การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังในเวลาทำงานก่อสร้าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาทำงานก่อสร้าง เป็นต้น¹¹ จะเห็นได้ว่าการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่และสุรา ไม่ค่อยพบผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะสั้น แต่มักพบผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว

ประสบการณ์และความต้องการลด ละ เลิก การบริโภคสารเสพติด การเลิกใช้สารเสพติดทั้งสุราและบุหรี่ มาจากการสร้างแรงจูงใจที่มีความหลากหลายและผสมผสานกัน ความสำคัญของแรงจูงใจ ขึ้นอยู่กับตัวแปรต่างๆ สิ่งสำคัญที่ช่วยในการกระตุ้นให้บุคคล

เพิ่มความพยายามในการปฏิบัติตนเพื่อการใช้สารเสพติดคือ บุคคลที่มีแรงจูงใจจะมีแนวทางการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและแน่นอน วิธีการสร้างแรงจูงใจในการลดการบริโภคสารเสพติดเป็นองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลเป็นอย่างยิ่ง เพราะองค์ความรู้ที่ได้เป็นการหยั่งรู้ได้ด้วยตัวผู้ที่ใช้สารเสพติด เกิดการรวมกลุ่มผู้สมัครใจที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าและเป็นประโยชน์แก่ชุมชน ซึ่งทั้งบุคคลที่เป็นกลุ่มแกนนำ และองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ออกมาได้ ถือเป็นทุนทางสังคมที่มีค่าอย่างยิ่ง

ความต้องการลด ละ เลิก การบริโภคสารเสพติด ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มคนงานก่อสร้างมีความตั้งใจจริงในการที่จะเลิกใช้สารเสพติด แต่เนื่องจากความพร้อมทางด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลให้เลิกได้ไม่สำเร็จหรือไม่สามารถเลิกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ใช้สารเสพติดหรือไม่ใช้สารเสพติด อันดับแรกคือสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือ ครอบครัว ชุมชน สื่อมวลชน และสื่อบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ใช้สารเสพติด คือการใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียด รองลงมาได้แก่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติต้องใช้แรงงานมาก เพื่อนแนะนำ และคนในครอบครัวเป็นแบบอย่าง⁵

แนวทางการลดการบริโภคสารเสพติดตามมุมมองของคนงานก่อสร้าง พบว่า แนวทางในการป้องกันสารเสพติด อันดับแรก คือ ครอบครัวควรเป็นหลักในการช่วยป้องกันสารเสพติดให้แก่บุคคลในครอบครัว รองลงมา คือ การอบรมให้ความรู้เรื่องสารเสพติดแก่ประชาชนในชุมชน และสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ความรู้ด้านการป้องกันสารเสพติดโดยผ่านสื่อโทรทัศน์มากขึ้น⁵

การสร้างเครือข่ายการป้องกันการ ใช้สารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง สอดคล้องกับการพัฒนานโยบายและมาตรการในการลดการบริโภคสารเสพติด รวมทั้งการลดอันตรายและผลกระทบของรัฐ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนชุมชนที่กลุ่มคนงานก่อสร้างอาศัยอยู่ จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ รอบด้าน บูรณาการจริงจัง ต่อเนื่อง ค่อยเป็นค่อยไป และสอดคล้องกับบริบทในกลุ่มคนงานก่อสร้าง^{8,12,13} สะท้อนให้เห็นว่า



การสร้างเครือข่ายการป้องกันการใช้สารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง จำเป็นต้องสร้างให้คนงานก่อสร้างมีความรู้และสร้างความตระหนัก ซึ่งการวิจัยนี้ทำให้กลุ่มคนงานก่อสร้างเกิดกระบวนการเรียนรู้ ตระหนักถึงปัญหาและหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองตามศักยภาพของคนงานก่อสร้างที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาและความต้องการของคนงานก่อสร้าง เพื่อเกิดแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดแก่คนงานก่อสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สนับสนุนการนำแนวทางการควบคุมป้องกันการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมของคนงานก่อสร้างไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นตามประสบการณ์จริงของเจ้าของปัญหา

1.2 สนับสนุนการนำวิธีการที่งานก่อสร้างเสนอไปพัฒนาต่อให้เป็นรูปธรรม เช่น การใช้วิทยากรในกลุ่มคนงานก่อสร้างและการผลิตสื่อตามที่ต้องการได้แก่ คู่มือ วีซีดีหมอลำ สรภัญญะ จากชีวิตจริงของคนงานก่อสร้าง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการสร้างแกนนำให้เป็นวิทยากรกระบวนการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนกันระหว่างเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดภาคี เครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.2 การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ในกลุ่มคนงานก่อสร้างหรือถอดบทเรียนจากประสบการณ์การใช้สารเสพติดและนำผลการถอดบทเรียนไปเผยแพร่อย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

- ศิริชัย มุ่งวิริยะ. การศึกษาสภาพและความต้องการของคนงานก่อสร้าง ในงานก่อสร้างประเภทอาคารสูง เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.); 2542.
- นภาพร มัทย์พงษ์ถาวร. การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของคนงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2543.

- คมสันต์ ธงชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการประสบอันตรายหรือบาดเจ็บจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.]; 2549.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (August 23, 2007). The NSDUH Report: Worker Substance Use, by Industry Category. Rockville, MD.
- บุญศรี พรหมมาพันธุ์ และคณะ. การศึกษาปัญหาสารเสพติดในกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2542.
- ศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ. ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างไทย (การศึกษาเชิงคุณภาพ). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
- ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และคณะ. การบริโภคเครื่องดื่มให้พลังงานในคนงานก่อสร้างชาย จังหวัดชลบุรี. J Med Assoc Thai 2547; 87(12): 1454-1458.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ. รายงานผลการสำรวจปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างในประเทศไทย พ.ศ. 2538. นนทบุรี: สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข; 2542.
- ภาวิณี อยู่ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขยายเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2541.
- ฉิรพงษ์ ฉิรมนัส และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี; 2544.
- หทัยชนก บัวเจริญ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของเด็กวัยรุ่นในชุมชนแออัดกรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งเขตเทศบาลนครขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
- ราตรี ศรีล้อม. การสังเคราะห์ภูมิปัญญาชุมชนในการเลิกบริโภคสุรา. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 44-52.



การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วม
อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา*
Development of Participatory Practice Guideline for Tuberculosis
Controlat Soongnern District, Nakhon Ratchasima Province*

มณีนรัตน์ อวยสวัสดิ์ พย.ม.** เพชรไสว ลิ้มตระกูล วท.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค และพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วมของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรค 29 คน ผู้ป่วยวัณโรค 18 ราย พี่เลี้ยง 9 ราย และองค์กรในชุมชน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนและรายงานที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการจดบันทึก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คือแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม การวิจัย มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 ร่วมวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

ผลการวิจัย พบประเด็นปัญหา ได้แก่ แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคไม่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน ไม่มีแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้จัดเวทีเสวนาวางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา จัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและประชุมพิจารณาปรับแนวทางการดำเนินงานโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้แนวทางการดำเนินงาน 5 แนวทางดังนี้ 1) แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล พบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้รับข้อมูลครบถ้วน การประสานงานเป็นระบบชัดเจน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้ มีความพึงพอใจ 2) แนวทางค้นหาผู้ป่วยวัณโรค พบว่า แนวทางชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย สำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุข และร่วมกันพัฒนาแบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 3) แนวทางการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค พบว่า มีการดำเนินการทั้งใน สถานบริการและขณะเยี่ยมบ้าน ได้เน้นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเกิดความตระหนักและมาติดตามการรักษาครบตามกำหนด 4) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พบว่ามีการพิจารณาเลือกพี่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารับยาเอง จึงมีพี่เลี้ยงยังไม่ครอบคลุม ส่วนผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนและมาติดตามการรักษาตามนัดเพิ่มขึ้น 5) แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมีความเข้าใจการรักษาวัณโรค ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจ การวิจัยนี้จึงเสนอแนะให้ผู้บริหารสนับสนุนการให้ความรู้ งบประมาณ และให้กำลังใจทั้งแก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลเพื่อให้มีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค การมีส่วนร่วม

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

The action research was conducted with the aims to investigate the current tuberculosis control situation and develop a contextually appropriate tuberculosis control practice guideline with the participation in Soongnern District, Nakhon Ratchasima Province. Research participants included 29 healthcare providers responsible for tuberculosis control, 18 tuberculosis patients, 9 care takers, and 10 community organization members. Data were collected from patients' medical records, tuberculosis control reports, interviews, focus group discussions, observations and field notes. Research instruments included protocols for informant interview and focus group discussion. The study was divided into four phases. Phase I was undertaken to assess and analyze problems related to tuberculosis control. Phase II was conducted with participatory efforts from all participants to construct the contextually appropriate tuberculosis control practice guideline. Phase III was the implementation of the practice guideline and reflection of outcomes. Phase IV evaluated the project results using both process and outcome evaluations. Data was analyzed using content analysis, frequencies and percentages. Research findings revealed several problems related to tuberculosis control. The referral of patient information was not properly coordinated along the healthcare continuum. Tuberculosis care lacked of participation from the community and there was no practice guideline for continuing tuberculosis care in the community. The researcher and all research participants organized meetings to create the tuberculosis control plan, explore possible solutions and develop a practice guideline for tuberculosis control. The guideline was then reviewed and revised by an expert panel to enhance its precision and compatibility with the community context.

The tuberculosis control practice guideline comprised of 5 components: 1) A guideline for patient information referral. After the implementation, healthcare providers received more complete patient information, had systematic care coordination, were able to utilize the information in visiting patients at home and were satisfied with the guideline. 2) A guideline to locate tuberculosis patients. The guideline was found to be user-friendly, easy to understand and time-saving for both healthcare providers and health volunteers. Both groups of users also developed additional guideline to locate new patients in high-risk groups. 3) A guideline for tuberculosis health education. Health education took place both in the health service centers and at homes during home visits. Home health education aimed to increase the awareness of patients and their care takers in the importance of drug adherence and treatment follow-ups. 4) A DOTS tuberculosis guideline. Selection of care takers was done together with the patients. Although most patients came to receive the medicines alone which reflected the inadequacy of available care takers, however, the patients reported a high level of adherence. The follow-up rates also increased. 5) A home visit guideline. Patients received adequate home visits and continuing care. They reported better understanding about tuberculosis treatment and were satisfied with the home visits. All these were congruent with the Provincial tuberculosis control policy. It could be recommended from the results of this study that administrators should provide academic, financial, and motivational supports for both healthcare providers and the patients in controlling tuberculosis.

Keywords: practice guideline for tuberculosis control, participation



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลกที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จากปัญหาแนวโน้มการดื้อยาและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินระดับสากล^{1,2} ในประเทศไทยวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคเอดส์⁴ ซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่มากเป็นอันดับที่ 17 ใน 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรคอยู่ในขั้นรุนแรง^{3,5,6} แม้มีระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สอดคล้องกับแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติและองค์การอนามัยโลก โดยนำกลยุทธ์การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) มาใช้ มีรายงานว่าประสบความสำเร็จในหลายพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามียางพื้นที่อัตราการรักษาหายยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด¹

จังหวัดนครราชสีมาประสบกับปัญหาการควบคุมวัณโรค แม้ได้ดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยใช้แนวทางการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงครอบคลุมทุกพื้นที่^{7,8} แต่พบแนวโน้มการกลับมาระบาดซ้ำของวัณโรคสูงขึ้น อัตราผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคและอัตราการรักษาหาย ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ส่วนอัตราการขาดการรักษาสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 อำเภอสูงเนิน เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2548-2550 มีผู้ป่วยวัณโรค 67, 77, 64 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นวัณโรค 5, 8, 9 ราย อัตราผลสำเร็จในการรักษาและอัตราการรักษาหายคิดเป็นร้อยละ 71.4, 80.4, 78.7 และ 64.9, 80.4, 78.7⁹ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และอยู่ใน 10 อำเภอแรกของจังหวัดที่มีอัตราการรักษาหายต่ำ^{7,8} อัตราการขาดการรักษา คิดเป็นร้อยละ 6.0, 19.0, 22.0 สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ยังพบปัญหา การขาดความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการ มีข้อจำกัดด้านบุคลากร¹⁰ แม้พบว่าการค้นหาโดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีที่รวดเร็ว สะดวกและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย¹¹ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบ DOTS พบว่าผลงานของหน่วยงานที่

ดำเนินงานด้วยวิธี DOTS สูงกว่าหน่วยงานที่ไม่ได้ดำเนินงาน DOTS¹² และมีการศึกษาพบว่าประเภทของพี่เลี้ยงไม่มีผลต่อการรักษา¹³ ซึ่งผู้ป่วยเห็นว่าการให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นพี่เลี้ยงไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยมีเวลาและผู้ป่วยไม่สะดวก¹⁴ นอกจากนี้สิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยคือการศึกษา ซึ่งจากการศึกษาการให้สุขศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{15,16,17} สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาศึกษาสภาพการณ์ วางแผน การดำเนินการ การประเมินผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอสูงเนิน เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอสูงเนิน และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอสูงเนิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา หัวหน้างานวัณโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่ชันสูตรโรค เภสัชกร พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยง นายกองการบริหารส่วนตำบลสมาชิกเทศบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2550 - กันยายน 2551



ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมโรคระดับจังหวัดอำเภอและตำบล 29 คน ผู้ป่วยโรค 18 ราย พี่เลี้ยง 9 รายและองค์กรในชุมชน 10 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง 4 ชุด สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมโรค เจ้าหน้าที่คลินิกโรค องค์กรในชุมชน ผู้ป่วยโรคปอดที่ขาดการรักษาเกิน 2 เดือน ก่อนครบกำหนดและพี่เลี้ยงและแนวทางการสนทนากลุ่ม 3 ชุด จัดสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคของศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดที่ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและกลุ่มพี่เลี้ยง

วิธีการดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรค

1) เตรียมข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการรวบรวมเอกสาร ทะเบียนรายงาน สถิติ นำมาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาและวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมโรคทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเตรียมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอผู้ร่วมวิจัยและวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงาน

2) สังเกตและจดบันทึก เพื่อประเมินผู้ร่วมวิจัยในระหว่างการให้สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาและจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรค

1) จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอปัญหา แนวทางการแก้ไขและจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรค

2) สรุปแนวทางการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น

3) สังเกตและจดบันทึกการร่วมแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย

4) พิจารณาปรับแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้ และสะท้อนผลการปฏิบัติ

1) ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนนำแนวทางการดำเนินงานไปใช้

2) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคที่จัดทำขึ้นไปใช้

3) ร่วมสะท้อนการปฏิบัติ โดยการเสวนาร่วมกันเป็นระยะทุกขั้นตอน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องในการแก้ไขปัญหาและนำไปปฏิบัติใหม่

4) สังเกตและจดบันทึก การปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรค และการสะท้อนผลการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล จัดเวทีประเมินผล โดยประเมินร่วมกันในทุกขั้นตอนระหว่างดำเนินการของผู้ร่วมวิจัยโดยประเมินจาก

1) ประเมินกระบวนการ ในการมีส่วนร่วมจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยโรค พี่เลี้ยงและองค์กรในชุมชน

2) ประเมินผลลัพธ์ คือได้แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์จากการนำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคไปใช้ คือ อัตราผลสำเร็จในการรักษา อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ อัตราการรักษาหายและอัตราการขาดการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณในรูปของร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. สภาพการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรค สรุปได้ดังนี้

1.1 สภาพปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรค เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับอำเภอและตำบลส่วนใหญ่เห็นว่าโรคเป็นปัญหาที่สำคัญของอำเภอ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคที่เพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นโรคจำนวนหนึ่ง



เสียชีวิตก่อนที่จะรักษาครบกำหนด ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาเพิ่มขึ้น และขาดการประสานงานในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ โดยให้เหตุผลดังนี้

1) ผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนมากขึ้นจากการเพิ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยด้านความรู้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ครบ ขาดยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคร่วมด้วยมีอาการรุนแรง บางรายเสียชีวิตก่อนการรักษาครบ

2) ผู้ป่วยวัณโรคขาดการติดตามการรักษาจนครบกำหนด รักษาไม่ต่อเนื่องไปทำงานที่อื่นแล้วไม่มารับการรักษา มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ บ้านอยู่ไกลเดินทางไม่สะดวก อาการดีขึ้นหรือบางรายมีอาการข้างเคียงของยาจึงหยุดยาเอง

3) มีแนวทางการติดตามผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคจัดทำขึ้น แต่รายละเอียดของแนวทางการติดตามยังไม่ชัดเจน ขาดการประสานงานในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคมากขึ้น ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องและการดำเนินงานควบคุมวัณโรคไม่มีประสิทธิภาพ

1.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพบว่าองค์กรในชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานควบคุมวัณโรคและขาดการประสานงานจากเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยงทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการรักษา ร่วมกับเจ้าหน้าที่

2. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค จากการจัดเวทีเสวนาระดมสมอง ผู้ร่วมวิจัยได้เสนอประเด็นปัญหา ร่วมวางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาและร่วมจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งสรุปประเด็นปัญหาที่เลือกจากการจัดเวทีเสวนาและดำเนินการดังนี้

2.1 แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลไม่ชัดเจน ผู้ร่วมเสวนาได้เสนอแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลและการแก้ไขปัญหาโดยจัดทำเป็นรายชื่อผู้ประสานงานวัณโรคระดับตำบลและอำเภอ เจ้าหน้าที่คลินิกตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันส่งให้ศูนย์สุขภาพชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและประสานงาน ผลจากการนำแนวทางไปใช้ พบว่า มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างคลินิกวัณโรคกับศูนย์สุขภาพชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน มีช่องทางการประสานงานที่สะดวก โดยการประสานทางโทรศัพท์ จัดหมายอิเล็กทรอนิกส์และรูปแบบเอกสารผ่านที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ กำหนดเป็นวาระในการติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอ ผลการประสานงานส่งต่อข้อมูลทำให้ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับข้อมูลที่ต้อง ครอบคลุม มีความพึงพอใจ ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน ผู้ร่วมเสวนาเสนอแผนพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ ตำบล องค์กรในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ร่วมจัดทำแนวทาง การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคทั้งในสถานบริการและในชุมชน แนวทางค้นหาผู้ป่วยวัณโรคพัฒนาและจัดทำแบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง โดยให้องค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วย ผลการนำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยไปใช้พบว่า กลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการระบุประเภทผู้รับการค้นหาครบถ้วน กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเพื่อตรวจวินิจฉัย 14 ราย ผลการตรวจเสมหะเป็นลบทั้ง 14 ราย ซึ่งการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ที่มีอาการสงสัยเป็นวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เร็วขึ้นและเป็นการตัดวงจรการเกิดวัณโรคในพื้นที่ ส่วนการให้สุขศึกษาพบว่า ผู้ป่วย พี่เลี้ยงให้ความสนใจ มีส่วนร่วมเสนอแนะในการรักษาและดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่มั่นใจจะติดตามการรักษาครบตามกำหนด องค์กรในชุมชนยินดีร่วมมือให้ความรู้แก่ประชาชน



2.3 ไม่มีแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วย วัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ร่วมเสวนาเสนอให้องค์กรในชุมชนได้มีส่วนร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS ปรับปรุงและจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค และจัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างเนื่อง ผลจากการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบDOTSไปใช้พบว่า มีการพิจารณาเลือกพี่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วย แต่ไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารักษาเอง จึงเน้นให้ความรู้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติติดตามเยี่ยมที่บ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเข้าใจบทบาทมากขึ้น ให้คำแนะนำเน้นการรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยงและบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ส่วนการเยี่ยมบ้านพบว่าการปรับให้แยกประเภทผู้ป่วยวัณโรค ระยะเข้มข้น 2 สัปดาห์แรก เยี่ยม 2 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง ในช่วง 3 สัปดาห์-2 เดือน เยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ระยะต่อเนื่อง เดือนที่ 3-6 เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน มีความเข้าใจในการรักษาวัณโรคมากขึ้น มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและพบอัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 0

จากการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและนำแนวทางไปใช้ มีความสนใจในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินการวิจัย ส่วนผลลัพธ์พบว่าอัตราการสำเร็จในการรักษาร้อยละ 78.57 อัตราการรักษาหาย ร้อยละ 78.57 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ ร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อัตราการขาดการรักษาตลอดเหลือร้อยละ 0

การอภิปรายผล

1. การประสานงานส่งต่อข้อมูล จากการศึกษาสภาพการณ์ พบว่า ขาดการประสานงานส่งต่อและส่งกลับของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างคลินิกวัณโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงองค์กรในชุมชน ซึ่งจากการจัดเวทีเสวนาระดม

สมอง ผู้ร่วมเสวนาได้เสนอจัดทำแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ประสานงานวัณโรคของอำเภอ เจ้าหน้าที่คลินิกตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ส่งให้ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและประชุมปรับแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล พบว่า มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างคลินิกวัณโรคกับศูนย์สุขภาพชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน มีช่องทางการประสานส่งต่อข้อมูลที่สะดวก โดยการประสานทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบเอกสารผ่านที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอและกำหนดเป็นวาระในการติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอ ผลการประสานงานส่งต่อข้อมูลทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน มีความพึงพอใจผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ซึ่งการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องมีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง¹⁸ และ สนับสนุนการดูแลในหน่วยบริการและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้รับบริการไปรับบริการยังหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ที่ดีของสถานบริการแต่ละระดับในการรับส่งผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารทั้งไปและกลับ¹⁹

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบและเห็นความสำคัญของปัญหาในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคองค์กรในชุมชนยังไม่ได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคและในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่ ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากไม่ตระหนักและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวัณโรคของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ขาดการบูรณาการในการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ขาดการบูรณาการร่วมกับชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานไม่สม่ำเสมอ

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เห็นกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาเริ่มจากร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยใช้เวทีเสวนาเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยน



เรียนรู้ ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรคและประชุมร่วมกันเพื่อปรับแนวทางการดำเนินงาน ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีความชัดเจนยิ่งขึ้น มีส่วนร่วมในการนำแนวทางไปใช้ ในส่วนของการ ประสานงานส่งต่อข้อมูลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง

ผลจากการนำแนวทางการดำเนินงานไปใช้ พบว่า กลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการระบุ ประเภทผู้รับการค้นหาครบถ้วน กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่ง เพื่อตรวจวินิจฉัย 14 ราย ผลการตรวจเสมหะเป็นลบทั้ง 14 ราย ไม่พบปัญหาในการส่งเสมหะตรวจเนื่องจาก อยู่ใกล้โรงพยาบาลและสะดวก ผู้ที่มีอาการสงสัยเป็น วัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เร็วขึ้น เป็นการตัดวงจร การเกิดวัณโรคในพื้นที่ ส่วนการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับ วัณโรคได้มีการนำไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วย 15 ราย ที่คลินิกวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่คลินิก และในการเยี่ยม บ้านผู้ป่วย 9 รายโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและอาสา สมัคธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเปิดโอกาส ให้ซักถาม ผลจากการนำแนวทางไปใช้ พบว่า ผู้ป่วย และพี่เลี้ยงให้ความสนใจและมีส่วนร่วมเสนอแนะใน การรักษาและดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ มั่นใจว่าจะ ติดตามการรักษาครบตามกำหนด ส่วนการให้ความรู้ เกี่ยวกับวัณโรคแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชนโดยองค์กร ในชุมชนนั้น แม้ยังไม่ได้นำดำเนินการแต่องค์กรในชุมชน ยินดีร่วมให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้เข้าใจและ เกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคอย่าง ทัวถึงต่อเนื่องและครอบคลุมในชุมชน ทำให้เห็นถึง ความตั้งใจและศักยภาพขององค์กรในชุมชนที่มีความ พร้อมในการร่วมดำเนินงานควบคุมวัณโรค

จากเวทีเสวนาประเมินผล พบว่า ผู้ร่วมวิจัย มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนเป็นอย่างดีรู้สึก ภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุม วัณโรค มีความพึงพอใจกับผลที่เกิดขึ้น การดำเนินงาน มีแนวทางเป็นรูปธรรมและเป็นระบบมากขึ้นสอดคล้อง กับความต้องการของชุมชน และการให้ชุมชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่ รับผิดชอบร่วมกันส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรค ของอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากกระบวนการที่

ทำให้มองเห็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยการพัฒนาศักยภาพ ของคน ได้เห็นกระบวนการเรียนรู้จากการกระทำ การใช้ ประสบการณ์ตรงที่ได้ร่วมกันแก้ไขปัญหา จะทำให้คน เข้าใจสถานการณ์ของปัญหา ได้ฝึกคิดวิเคราะห์ ใช้ความรู้ ความสามารถของตนเอง ได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะใน การแก้ไขปัญหาพร้อมกัน มีความมั่นใจและภูมิใจในตนเอง รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจในตนเองที่สามารถเป็นส่วน หนึ่งในการแก้ไขปัญหา ดังแนวคิดการมีส่วนร่วมคือ การสร้างพลังอำนาจ สิ่งสำคัญเริ่มจากบุคคลได้ร่วมใน กิจกรรม ได้มีโอกาสวิเคราะห์ตนเอง ได้รู้จักตนเองนำ ไปสู่การยอมรับพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถ ควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองเกี่ยวข้องได้ ช่วยให้บุคคล มีการเปลี่ยนแปลงวิถีของความคิดของตนเอง เพิ่ม ความมั่นใจในตนเองอันเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่บุคคลในที่สุด²⁰

3. การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน จากการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรคตามระบบ DOTS ไปใช้ พบว่า มีการพิจารณา เลือกพี่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารักษาเอง จึงเน้นให้ความรู้ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติติดตามเยี่ยมที่บ้าน อธิบาย ให้ผู้ป่วย พี่เลี้ยงเข้าใจบทบาทมากขึ้น ให้คำแนะนำเน้น การต่อหน้าพี่เลี้ยงและบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยจาก การให้บริการพบว่าอัตราผลสำเร็จในการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 78.5 อัตราการรักษาหายคิดเป็นร้อยละ 78.5 และเมื่อเทียบกับปี 2549, 2550 ที่มีอัตราผลสำเร็จ ในการรักษา ร้อยละ 80.4, 78.7 และอัตราการรักษาหาย ร้อยละ 80.4 และ 78.7 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือมากกว่าร้อยละ 85 สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากในปี 2551 มีจำนวนผู้ป่วย วัณโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุเสียชีวิต ในระหว่างการรักษาจำนวน 3 ราย ซึ่งคาดว่าเมื่อมีการ นำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคไปใช้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและต่อเนื่อง อัตราผลสำเร็จในการ รักษา อัตราการรักษาหายน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วน อัตราการเปลี่ยนของเสมหะคิดเป็นร้อยละ 85 ผ่าน เกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เมื่อเทียบกับปี 2549, 2550 ที่มีอัตราการเปลี่ยนของเสมหะ ร้อยละ



89.87, 89.87 ตามลำดับ พบว่า แม้อัตราการเปลี่ยนของเสมหะลดลงจากปีก่อนแต่ผู้ป่วยยังให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการเปลี่ยนของเสมหะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนอัตราการขาดการรักษา คิดเป็นร้อยละ 0 เมื่อเทียบปี 2549 และ 2550 ที่มีอัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 19.0 และ 22.0 ตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราการขาดการรักษาในปี 2551 มีแนวโน้มดีขึ้น คาดว่าจากการที่นำแนวทางการดำเนินงานมาใช้ ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเข้าใจและให้ความร่วมมือในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องได้เห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาจึงทำให้ผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จ

จากการนำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคไปใช้พบว่าได้มีการปรับให้แยกประเภทผู้ป่วยวัณโรคและกำหนดระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมยิ่งขึ้น จากการประเมินผลการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS และแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องครบถ้วนและมาติดตามการรักษาตามนัด มีความพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านและมีความเข้าใจในการรักษาวัณโรคที่ดีขึ้น มั่นใจที่จะติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง อัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 0

การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยมีญาติเป็นที่เลี้ยงและการกำกับโดยเจ้าหน้าที่ ส่วนแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่า ในการใช้แนวทางผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ในคลินิกวัณโรคจนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งแนวคิดการดูแลต่อเนื่องไม่เพียงเป็นการดูแลติดตามผู้ป่วยเป็นเวลานานเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการจัดระบบการให้บริการที่เหมาะสม เป็นองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย²¹ การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงบริการระหว่างสถานบริการกับบ้านหรือชุมชน การให้บริการสุขภาพต่อเนื่องกันไปตลอดทุกระยะของโรคโดย

ไม่ขาดตอนนั้น ถือได้ว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบและเป็นเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพ²²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ ตำบลและองค์กรในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค และบูรณาการกับแนวทางการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชนภายหลังการจัดอบรม เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพ

2. ผู้บังคับบัญชาทุกระดับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการงบประมาณ แรงจูงใจสำหรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและติดตามการดำเนินงานทุกเดือน มีเวทีเสวนาระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและผู้บริหาร ในการวางแผนปรับแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการค้นหาลูกป่วยวัณโรครายใหม่ ตามนโยบายการเร่งรัดงานวัณโรคของจังหวัด สร้างทีมงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปแบบการมีส่วนร่วมพิจารณาเพิ่มบุคลากรช่วยบริหารจัดการคลินิกวัณโรค ที่เอื้อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรติดตามเยี่ยมบ้านโดยไม่นัดหมายในกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลกำกับกับการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือตัวผู้ป่วยเองให้กำลังใจและประเมินปัญหาอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงนิลเนตร วีระสมบัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ชุมชนุเมสกรรมกรเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.



2. World Health Organization. World Health Statistics 2007. Geneva: WHO; 2007.
3. World Health Organization. World Health Statistics 2008. Geneva: WHO; 2008.
4. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์; 2543.
5. Stefan HE, Kaufmann, Helmut Hahn. Mycobacteria and TB: Issue in Infectious Diseases. Switzerland: Reinhardt Druck; 2003.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารจัดการโรค วัณโรค แบบครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2550. [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 24 มกราคม 2551]. จาก http://www.searo.who.int/LinkFiles/CDS_Full_reportTB_July07.pdf.
7. กลุ่มงานวัณโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานประจำปี. นครราชสีมา: สำนักงาน; 2550.
8. กลุ่มงานวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. รายงานประจำปี. นครราชสีมา: สำนักงาน; 2550.
9. ฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค โรงพยาบาลสูงเนิน. รายงานประจำปี. นครราชสีมา: โรงพยาบาล; 2550.
10. ไพบูลย์ เอี่ยมอินทร์. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตามกลยุทธ์DOTSแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของผู้ให้บริการทางสุขภาพในจังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
11. เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอย่างรวดเร็ว: การศึกษารูปแบบที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วม. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2536.
12. นัยนา ศิริวัฒน์, นิรัช หุ่นดี. การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้วยวิธี DOTS ของจังหวัดในสาธารณสุข เขต 9 ปี 2541. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 1 2542; 3(1): 57-60.
13. สมศักดิ์ อรรถศิลป์, นุมนวล คลังสุวรรณ, อุทัย จิตตะนาดี. โครงการ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง. (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2543.
14. เพชรไสว ลี้มตระกูล, พนิษฐา พานิชชาชีวะกุล, อัมพร เจริญชัย, ประสพสุข ศรีแสนปาง, สมพงษ์ ศรีแสนปาง. การวิเคราะห์สถานการณ์ควบคุมวัณโรคด้วยกลวิธีตามระบบDOTS. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
15. Morisky DE, Nyamathi A, Sneed CD, Liu KY. Health education improves tuberculosis control in county health clinics. [online] 1998 [cited 2008 March 17]. Available from: <http://www.gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102236449.html>.
16. พูนศรี นิธากรณ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
17. นิธิวดี วัฒนะภาราดา. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2543.
18. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างองค์รวมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน: ชูชัย ศรีขำนิ, สรภกิจ ภาคีชีพ, บรรณธิการ. การบริหารจัดการโรคเรื้อรังโรคค่าใช้จ่ายสูง. นนทบุรี: ส.พิจิตรการพิมพ์; 2550.
19. สำเร็จ แหียงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: บริษัทสมบูรณการพิมพ์; 2545.
20. นิตย ทัศนียม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ: แนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
20. Connie J. Evashwick. The Cotinuum of Long-Term Care. 3rd edition. USA: Maxwell Drive, Clifton Park, NY; 2005.
21. อุษาวดี อัครวิเศษ. การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) [ออนไลน์] 2548 [อ้างเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2551]. จาก <http://www.dh.gov.uk/>



**การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้
รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**
**Psychodynamic Supportive Psychotherapy for Schizophrenia
in Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital**

ไพศรี ขำคม* กฤตยา แสงเจริญ** มานิดา สิงห์ขริต***

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2549 ถึง มกราคม 2550 จำนวน 11 คน โดยกำหนดรูปแบบการทำจิตบำบัดระดับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำวันเว้นวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดอาการทางจิต มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อตนเองและมีการปรับตัวที่ดีขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS) แบบประเมินการแก้ปัญหาและแบบประเมินสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการประเมินพบว่า การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบ จิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจกระบวนการเกิดปัญหาในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองและวิธีแก้ปัญหาเปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยพบว่าอาการทางจิตจากแบบประเมิน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ลดลงทั้ง 11 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 8 คน ระดับความรุนแรงของโรคลดลงจากสูงกว่าเกณฑ์เป็นอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย และมีปริมาณการใช้ยาทางจิตเวชของผู้ป่วยลดลงจากเดิมจำนวน 4 คน สัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองมีค่าคะแนนสัมพันธภาพเพิ่มขึ้นตามขั้นตอนการบำบัดและผู้ป่วยจำนวน 9 คน มีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

จากผลการวิจัยเสนอแนะได้ว่าพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำวิธีการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบจิตพลวัตไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบจิตพลวัต ผู้ป่วยจิตเภท

* พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

** รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



Abstract

This quasi experimental study aimed to examine the effectiveness of psychodynamic supportive psychotherapy for schizophrenia. The sample consisted of 11 patients admitted to men psychiatric ward in Prasimahabodi Psychiatric Hospital, between October 2006 and January 2007. Six sessions of psychodynamic supportive psychotherapy were conducted (three in a week and every other day). Each session lasted 30 minutes to one hour. The purposes of the therapy were to reduce psychotic symptoms of the patients, improve their interpersonal relationships, their sense of self-worth and coping. The study instruments included the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Assessment Forms on Problem Solving Inventory and Interpersonal Relationship during the Therapy. Data were analyzed using descriptive statistics in terms of frequency and means. Content analysis was also used.

The results of the study revealed that psychodynamic supportive psychotherapy has helped the patients to better understand the process of the problems that occurred to them. It also helped to improve the patient's relationships with others, positive feeling towards self and appropriate problem solving strategies. The study also showed that all participated patients had a reduction in psychotic symptoms according to the PANSS. Of these, 8 patients had a decrease in the severity of the illness from a level of higher than average to a level of slightly lower than average. Four patients had required less amount of prescribed medications. All patients had increased relationship scores in each phase of the therapy. Nine patients showed improved scores in problem solving ability.

The findings of the study suggest that psychiatric and mental health nurses can carry out psychodynamic supportive psychotherapy in helping patients with mental health and psychiatric problems to cope better changes their self.

Keywords: psychodynamic supportive psychotherapy, schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการคิด การรับรู้ และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อหิวระเริ่มมีอาการมักจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและส่วนมากพบว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น เมื่อเริ่มป่วยมักแยกตัวเอง (Schizoid Trait) ไม่เข้าสังคมและมีความเสื่อมถอยด้านต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการทําทบเทาหน้าทีทางสังคม และเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันเกิดความเครียดได้ง่าย จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งถือว่าเป็น

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทําทบเทาหน้าทีได้ไม่ที การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จะใช้วิธีการรักษาหลายวิธีผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้านจิตสังคม และนิเวศน์บำบัด ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เกือบครึ่งหนึ่งประมาณ ร้อยละ 48.16 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไปเนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่บ้านมีปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น เกิดจากตัวผู้ป่วยเองขาดความกระตือรือร้นหรือท้อแท้ หมกมัวลังใจ รู้สึกเป็นปมด้อยที่ต้องรับประทานยาต้านโรคจิตตลอดเวลา ทำให้



ขาดความตระหนักในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เป็นภาระของผู้ดูแลในการควบคุมการรับประทานยา รวมทั้งการกลับไปใช้เครื่องที่มีแอลกอฮอล์และสารกระตุ้นประสาทอีก นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เนื่องจากพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหา ดังกล่าวได้ ทำให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง มีการแสดงออกทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป เนื่องจากการทำหน้าที่ของ ego บกพร่องไป จึงทำให้ไม่สามารถใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense) เข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหาคือเหมือนคนปกติ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกออกว่าอะไรเป็นสภาวะความเป็นจริง และอะไรเป็นจินตนาการหรือความเพ้อฝัน² จากข้อจำกัดดังกล่าว การทำจิตบำบัดประคับประคองจึงเหมาะที่จะนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการทำจิตบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษา แก้ไขปรับปรุงจิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ความสัมพันธ์ในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยเป็นเครื่องมือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมอย่างยั่งยืน³ ซึ่งการรักษามีรูปแบบเป็นทางการโดยมีบทบาทและจุดมุ่งหมายทั้งฝ่าย ผู้ป่วยและฝ่ายผู้รักษามีความชัดเจน และเป็นการพูดคุยที่ต้องมีพื้นฐานและหลักการในด้านความรู้และทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นแนวทางในขบวนการรักษาเป็น อย่างมีระบบสามารถวิเคราะห์ อธิบายถึงสาเหตุของปัญหาทางจิตใจ พฤติกรรมของผู้ป่วยได้⁴ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหาทางเอาชนะอุปสรรค รู้สึกผ่อนคลาย จากความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน⁵

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ามา รับการรักษาและผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับไว้รักษาจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท บทบาทของพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจะใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเน้นที่การให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการทางอารมณ์และวุฒิภาวะโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือให้

ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาอิสระ ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำ จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic) ที่ประยุกต์ หลักการจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ผู้ศึกษาอาศัย การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และใช้เทคนิคการ สำรวจทางจิตพลวัต (Psychodynamic exploration) ใน การค้นหาเรื่องราวภายนอกตัวผู้ป่วยและเป็นเรื่องราวที่ อยู่ในจิตสำนึกหรือจิตก่อนสำนึก ซึ่งให้ความสำคัญใน เหตุการณ์เป็นจริง ความขัดแย้งและจิตพลศาสตร์ในช่วง ที่ผ่านมาไม่นาน ตามแนวทางการสัมภาษณ์และประเมิน ปัญหาผู้ป่วยของรูปแบบการทำจิตพลวัต (Psychody- namic model) ของ Carson & Arnold⁶ แล้วนำมาอธิบาย ถึงประเด็นที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย กลไกป้องกันทาง จิตที่ผู้ป่วยนำมาใช้พฤติกรรมแสดงออก ตลอดจน วิธีการปรับตัวของผู้ป่วย แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย เพื่อให้สำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง เรียนรู้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ช่วยเสริมกลไกการป้องกัน ทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเป็น จริงได้ พื้นฟูสภาพสมดุลทางจิตใจให้กลับคืนมา เพิ่ม ประสิทธิภาพทางจิตที่มีอยู่เดิมให้คงอยู่และเข้มแข็งขึ้น จนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองดีขึ้นและสามารถเผชิญปัญหาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi experimental study) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย โรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย จำนวน 11 คน ที่มีอายุระหว่าง 20-55 ปี สามารถสื่อความหมาย และเข้าใจภาษาไทย อาการทางจิตจากการประเมิน PANSS กลุ่มอาการด้านบวกทุกตัว ไม่เกินระดับมี



อาการเล็กน้อย คือ ค่าคะแนนไม่เกิน 3 คะแนน และกลุ่มอาการด้านลบทุกตัว ไม่เกินระดับอาการค่อนข้างรุนแรง คือ ค่าคะแนนไม่เกิน 5 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีความบกพร่องในด้านสัมพันธภาพและ/หรือบกพร่องด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองและ/หรือบกพร่องด้านการเผชิญปัญหา ซึ่งไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือภายหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้าครบจำนวนครั้ง อย่างน้อย 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : Thai) ได้พัฒนา PANSS ฉบับภาษาไทยโดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 33 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ 1-7 คะแนน⁷

2. แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory) เป็นแบบประเมินใช้สำหรับการค้นหาวิธีเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งพัฒนาโดย Hoppner & Peterson และแปลเป็นภาษาไทย มีทั้งหมด 35 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนเป็นช่วง 1-6 คะแนน⁸

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ศึกษาได้ใช้แนวทางการประเมินของ Agnew relationship measure⁹ ที่มีองค์ประกอบ 5 ด้าน 1) ความรู้สึกผูกพัน (Bond) 2) การเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) 3) ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Confidence) 4) ความจริงใจ (Openness) 5) ผู้รับบริการริเริ่มการสนทนา (Client initiative) มีทั้งหมด 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนเป็นช่วง 1-10 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึงระดับสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองดีกว่า

การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินกลุ่มเป้าหมายได้รับการชี้แจงและผ่านการทำจิตบำบัด โดยผู้ศึกษาได้กำหนดรูปแบบการทำจิตบำบัดระดับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 1¹/₂ - 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำวันเว้นวัน และในแต่ละครั้งมีขั้นตอนและวัตถุประสงค์ดังนี้

ครั้งที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ (ระยะเริ่มต้น) วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้บำบัด

ครั้งที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประวัติ (ระยะเริ่มต้น) วัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจพลวัตการเกิดปัญหาทางจิตของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 ขั้นตอนการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย (ระยะทำงาน) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับข้อมูลได้อย่างเป็นระบบระเบียบและช่วยลดอาการทางจิตให้อยู่ในสภาวะที่สามารถทดสอบความเป็นจริงด้วยตนเองได้

ครั้งที่ 4 ขั้นตอนการแก้ปัญหา (ระยะทำงาน) วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา (ระยะทำงาน) วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 6 ขั้นตอนการทบทวนและประเมินผลการรักษา (ระยะยุติการรักษา) วัตถุประสงค์เพื่อจบการรักษาและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลผู้ป่วยในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองวิเคราะห์ตามโครงสร้างการบำบัด สรุปขั้นตอนการทำจิตบำบัดระดับประคองของผู้ป่วยแต่ละคนและสรุปการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละด้าน และเทคนิคที่พยาบาลใช้ในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ผลของการบำบัด ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามรูปแบบการประเมินก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง ใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

3. ผลของการบำบัด ความสามารถในการแก้ปัญหา ตามรูปแบบการประเมินก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง ใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ศึกษาในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองใน



แต่ละครั้งใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนสัมพันธภาพของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน PANSS จากการประเมินคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ารับการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยจำนวนทั้ง 11 คน อาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 8 คน ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย แต่มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน ระดับความรุนแรงของโรคอยู่สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยขึ้นไป และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจำนวน 10 คนมีค่าลดลง ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยคนที่ 3 คนที่ 4 คนที่ 9 และคนที่ 11 มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนเข้ารับการทำจิตบำบัดระดับความรุนแรงของโรคสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยคนที่ 2 มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่าเดิม (ตารางที่ 1)

2. การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้ารับการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง ตามความสามารถในการแก้ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 9 คน หลังทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง คะแนนการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีผู้ป่วยเพียงสองคนเท่านั้นที่ความสามารถในการแก้ปัญหาไม่ดีขึ้น

คะแนนเฉลี่ยรายด้านการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ด้านความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา ด้านวิธีการเข้าถึง/หลีกเลี่ยงปัญหา ด้านการควบคุมตนเอง คะแนนที่น้อยลง หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้นและคะแนนโดยภาพรวมของผู้ป่วยทั้ง 11 คน หลังทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งแสดงว่าโดยภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (ตารางที่ 2)

3. การประเมินสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง พบว่า คะแนนสัมพันธภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพัน การเป็นหุ้นส่วน ความ

รู้สึกเชื่อมั่น ความจริงใจ และการที่ผู้รับบริการริเริ่มการสนทนา ตั้งแต่การทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 มีคะแนนสัมพันธภาพเพิ่มขึ้นตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

จากการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบจิตพลวัตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านสัมพันธภาพด้าน ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและด้านการเผชิญปัญหาจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเข้ากระบวนการทำจิตบำบัดทำให้ผู้ศึกษา พบว่า ลักษณะของผู้ป่วย อาการทางจิตและลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน มีผลต่อกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแตกต่างกัน จะเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นคนช่างพูด จะมีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือ ทำให้กระบวนการทำจิตบำบัดดำเนินไปได้ด้วยดี ตั้งแต่ครั้งที่ 1 สามารถเข้าสู่ขั้นตอนการทำจิตบำบัดในครั้งที่ 2 ได้ในบางประเด็น ระดับการศึกษา และระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต พบว่า สามารถใช้กระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบเดียวกันได้ แม้ว่าผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย อาการทางจิตยังไม่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการด้วยยาได้ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำจิตบำบัดในแต่ละครั้งซึ่งสอดคล้องกับโยธิน สันสนยยุทธ และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่า ลักษณะของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดที่ดีที่สุดของประสิทธิภาพของการบำบัด ดังนั้นผู้ศึกษาได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สำรวจและทำความเข้าใจปัญหาทางจิตพลวัตเกี่ยวกับตนเอง ด้านสภาพแวดล้อมในชีวิต พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ได้จากประวัติซึ่งมีความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ป่วยแล้วทำหน้าที่ประมวลจิตพลวัตให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยอาศัยเทคนิคการสำรวจทางจิตพลวัตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านอาการทางจิต สัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และการปรับตัวที่ดีขึ้น

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ศึกษาในกระบวนการทำจิตบำบัดพบว่า เกิดจากการที่ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษา



กิจกรรมการสนับสนุนและการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย มาใช้ในกระบวนการทำจิตบำบัด ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 6 ดังจะเห็นได้จากการสังเกต ภาษาพูดและภาษาท่าทาง และคำคะแนนสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัด ประคับประคองในแต่ละครั้งที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ แม้ว่าในกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ผู้ป่วยคนที่ 5 ในครั้งที่ 4 ผู้ศึกษาสังเกตพบว่า ผู้ป่วยดูสีหน้าไม่สดชื่น ท่าทีอึดอัด พูดน้อยลง นั่งตัวเกร็ง ผู้ศึกษาแสดงถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและย้ำเรื่องการรักษา ความลับและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการรักษา ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลายขึ้น มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ศึกษา กล้าเปิดเผยข้อมูล ทำให้กระบวนการทำจิตบำบัด ประคับประคองดำเนินต่อไปด้วยดีจนยุติการบำบัดใน ครั้งนั้นและครบกระบวนการบำบัดทั้ง 6 ครั้ง และเทคนิค การสำรวจทางจิตพลวัต ใช้ในการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตพลวัตของผู้ป่วยตลอดกระบวนการทำ จิตบำบัดประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ในการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย แต่ละคน โดยเฉพาะผู้ป่วยคนที่ 2 และผู้ป่วยคนที่ 10 เนื่องจากผู้ป่วยคนที่ 2 อุปนิสัยเดิม เป็นคนไม่ค่อยพูด ไม่ชอบสูงลิ้งกับคนอื่น ไม่กล้าแสดงออก มีการเจ็บป่วย ตั้งแต่อายุ 18 ปี ทำให้การสนทนาระหว่าง ผู้ศึกษากับ ผู้ป่วยเป็นลักษณะถามคำตอบคำ พูดเสียงเบา ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ใน ครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 4 มากกว่าที่กำหนด และ ผู้ป่วยคนที่ 10 การทำจิตบำบัดครั้งที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประวัติ ระยะที่ใช้มากที่สุด 1 ชั่วโมง 22 นาที เนื่องจากผู้ป่วย ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ใช้กลไกทางจิตแบบโทษคนอื่นและการใช้เหตุผล ทำให้ผู้ศึกษาต้องใช้เทคนิคการ สำรวจทางจิตพลวัตในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองในแง่มุมต่างๆ ทั้งใน ด้านเนื้อหาและความรู้สึกมากกว่าคนอื่น ๆ ดังนั้นผู้ ศึกษาจึงต้องรักษาความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษา เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Hartman & Lazarus¹¹ ที่กล่าวว่าผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิค การสำรวจทางจิตพลวัต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้าน ความคิด ความสัมพันธ์และการประคับประคองจิตใจ ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน แต่คงไว้ซึ่งความ

สัมพันธ์ที่ดีเป็นพื้นฐานของการทำจิตบำบัดและมีความ สอดคล้องกับ Leonard et al.¹² ที่พบว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างทักษะในการสำรวจทางจิตพลวัตของผู้บำบัด และกลุ่มอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทมีพัฒนาการใน ทางที่ดีขึ้น

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ารับการทำ จิตบำบัด พบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับข้อมูลได้อย่าง เป็นระบบระเบียบสามารถแยกแยะและทดสอบสภาวะ ที่เป็นจริงได้ด้วยตนเองเช่นผู้ป่วยคนที่ 5 และคนที่ 6 ที่มีอาการหลงผิดและจากการประเมินอาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมิน PANSS พบว่า อาการ ทางจิตของผู้ป่วยลดลง มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน อาการ ทางจิตระดับความรุนแรงของโรคอยู่สูงกว่าเกณฑ์ที่ยัง ไม่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการด้วยยาให้สงบลง ได้ มีผู้ป่วยจำนวน 8 คน การทำจิตบำบัดไม่สามารถ ยืนยันได้ว่าทำให้อาการทางจิตลดลงได้ เนื่องจากผู้ป่วย ทั้ง 11 คน ยังอยู่ในการดูแลของแพทย์ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะต้องมีการควบคุมเรื่องยา และการติดตามผลการ รักษาด้วยยา ให้คงขนาดยาที่พอเพียงในการควบคุม อาการให้สงบลง เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์¹³ และ จากแบบประเมิน PANSS พบว่ามีค่าคะแนนภาวะซึม เศร้าของผู้ป่วยลดลง จำนวน 10 คน ยกเว้นผู้ป่วยคนที่ 2 ที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่าเดิมและผู้ป่วยที่มี ภาวะซึมเศร้าม่าคะแนน ระดับความรุนแรงของโรค อยู่ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยจำนวน 4 คน และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวน 3 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant) ร่วมด้วย ยกเว้นผู้ป่วยคนที่ 4 ซึ่งมีค่าคะแนนภาวะซึม เศร้าลดลงไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเศร้า ทำให้เห็นว่าการทำจิตบำบัดประคับประคองมีผลต่อ การทำให้ความรู้สึกต่อตนเองด้านลบดีขึ้นแม้จะไม่ได้ รับยาด้านเศราก็ตามโดยอาศัยผู้ศึกษาใช้เทคนิคการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษาและการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจหรือไม่สบายใจออกมา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้นภาวะซึมเศร่าลดลง ซึ่ง สอดคล้องกับ Barber et al.¹⁴ ที่พบว่า การทำจิตบำบัด แบบ Supportive expressive dynamic psychotherapy ในผู้ป่วยซึมเศร่าเรื้อรังว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ บำบัดกับผู้ป่วยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงถึงผล การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร่าได้



หลังเข้ารับการทำจิตบำบัดมีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่มีปริมาณการใช้ยาลดลง สำหรับผู้ป่วยจำนวน 7 คน ยังได้รับยาปริมาณเท่าเดิม ผู้ป่วยคนที่ 3 มีปริมาณการได้รับยาลดลง ในกลุ่มยาคลายกังวล (Antianxiety drug) ซึ่งการรักษาต้องการใช้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในการทำให้ผู้ป่วยง่วงและหลับเท่านั้น ผู้ป่วยคนที่ 4 มีปริมาณการได้รับยาลดลงในกลุ่มยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (Anticholinergics drug) และผู้ป่วยคนที่ 6 มีปริมาณการได้รับยาลดลงในกลุ่มยาต้านโรคจิตและยาคลายกังวล และผู้ป่วยคนที่ 7 แม้ว่าปริมาณการได้รับยาลดลงในกลุ่มยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทานและยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่มีการออกฤทธิ์ระยะยาว แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าปริมาณการใช้ยาลดลงเป็นผลมาจากการทำจิตบำบัดระดับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 11 คน ยังมีอยู่ในการดูแลของแพทย์ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะต้องมีการควบคุมเรื่องยา และการติดตามผลการรักษาด้วยยา ให้ขนาดยาที่พอเพียงในการควบคุมอาการให้สงบลง เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์¹³

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยหลังเข้ารับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบจิตพลวัต ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการสำรวจและทำความเข้าใจพลวัตการเกิดปัญหาทางจิตของตนเอง การทำจิตบำบัดในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 5 ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยมองว่ามีสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยเองที่รับภาระการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาและไปดื่มสุรา ทำให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อตนเองและคนอื่น สาเหตุทำให้คนอื่นขาดความไว้วางใจ ระแวง กลัวตนเองส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับและปฏิเสธผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Leonard et al.¹² ที่พบว่าสิ่งที่ปรากฏใน ทักษะการสำรวจทางจิตพลวัตเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดการปฏิเสธการเจ็บป่วย และจากแบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา หลังทำจิตบำบัดระดับประคองพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 9 คน ใน 11 คน มีความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจำนวน 2 คน ค่าคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาไม่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยคนที่ 8 ยังอยู่ในภาวะที่ยังจะต้องพึ่งพิง

พี่สาว เพราะมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย แขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและอยู่ระหว่างการฝึกทำกายภาพบำบัด สำหรับผู้ป่วยคนที่ 9 มีพื้นฐานบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและมีอารมณ์แบบหุนหันพลันแล่นมักจะชอบใช้กำลังในการแก้ปัญหา แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 คน ก็มีแนวทางในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นให้เหมาะสมขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้การรักษา จะต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านจิตวิเคราะห์ มีความสนใจและชอบศึกษาเรื่องของการดำรงชีวิต ความรู้สึก ความคิด และจินตนาการ เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับบุคคลโดยไม่มีเงื่อนไข และผู้ให้การรักษาคควรมีความเป็นตัวเอง มีอิสระไม่ถูกจำกัดด้วยค่านิยมที่ตื่น ๆ หรือไม่ถูกต้องของสังคม มีความอยากรู้ที่มีความเมตตากรุณา เสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ และผู้อื่นสามารถให้ความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ซึ่งผู้ให้การรักษาคควรได้ฝึกวิธีการเข้าใจคนอื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา ตระหนักรู้ในตนเอง และได้รับการฝึกทักษะเพื่อให้มีประสบการณ์โดยมีผู้เชี่ยวชาญช่วยให้คำปรึกษา ชี้แนะในการวิเคราะห์กระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองจากเทปบันทึกเสียงในผู้รับการรักษาแต่ละคน

2. ใช้กระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองให้ครบทั้ง 6 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง บรรลุตามวัตถุประสงค์ในแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความชัดเจนในประเด็นปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและผู้อื่นดีขึ้น และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมขึ้น รวมทั้งให้เกิดความมั่นใจในการจะกลับไปเผชิญปัญหาเดิมหลังจากโรงพยาบาล

3. เสนอทำเป็นงานวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย และมีการนัดติดตามผลทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน



เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2539.
2. ปราโมทย์ ชาวศิลป์. จิตบำบัดทางการแพทย์ (ชนิดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2528.
3. สมพร บุษราทิจ, ศุภโชค สิงห์กันต์, สนทรรศ บุษราทิจ. จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีวิเคราะห์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วโรงพิมพ์; 2544.
4. จันทิมา องค์กรโฆสิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2545.
5. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
6. Carson VB, Arnold EN. Mental Health Nursing: The Nurse-Patient journey. Philadelphia Pennsylvania: W.B. Saunders Company; 1996.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
8. เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สุธีรา ภัทรายุทธวรรณ์, มาลัย เฉลิมชัยนุกูล. ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45:59-70.
9. Wermen DS. The Practice of Supportive psychotherapy. New York: Brunner/Mazal; 1984.
10. โยธิน คั่นสนยุทธ และคณะ. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533.
11. Hartman C, Lazarus LW. Psychotherapy with elderly depressed patients. Chin Geriatr Med 1992; 8(2): 355-362.
12. Leonard LG, Haward MK, Robert DS, Peter HK, Arlen FF, John GG. Psychotherapy of Schizophrenia: An Empirical Investigation of the Relationship of process to Outcome. American Journal of psychiatry, 1989; 146(5): 603-608.
13. จำลอง ดิษยวนิช และคณะ. (2544). เอกสารแนวทางการรักษาโรคจิตเภท. ใน ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และพิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). แนวทางการรักษาโรคจิตเวช 2544. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
14. Barber JP, Connolly BM, Crits-Christoph P, Gladis L, Squealed L. Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptom. Consult Clin Psychol 2000; 69(6): 1027-1032.



ตารางที่ 1 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยคนที่	ก่อน หลัง	P	N	G	S	D	คะแนน รวม	ระดับความรุนแรงของโรค	อาการ ทางจิต
1	ก่อน	16	14	30	6	8	66	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	ดีขึ้น
	หลัง	9	10	21	3	5	43	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
2	ก่อน	13	24	37	5	9	79	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	13	18	29	3	9	63	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
3	ก่อน	11	19	45	8	14	83	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	8	11	24	3	7	46	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	
4	ก่อน	17	9	32	5	12	63	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	8	7	18	3	6	36	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
5	ก่อน	8	9	28	3	9	48	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	7	8	20	3	5	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
6	ก่อน	16	21	37	5	10	79	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	14	16	30	6	7	66	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	
7	ก่อน	18	11	36	8	11	73	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	8	9	21	3	5	41	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
8	ก่อน	10	16	34	3	9	63	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	9	8	23	3	6	43	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
9	ก่อน	14	11	31	6	12	62	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	8	7	19	3	6	37	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
10	ก่อน	14	13	38	3	11	68	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	ดีขึ้น
	หลัง	11	12	32	3	8	58	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
11	ก่อน	9	24	31	3	12	67	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	ดีขึ้น
	หลัง	7	12	18	3	5	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	



ตารางที่ 2 ประเมินการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทำจิตบำบัดประคับประคอง(N=11)

ผู้ป่วย คนที่	คะแนนการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา								ความ สามารถใน การแก้ปัญหา
	ความเชื่อมั่นในการ แก้ปัญหา		วิธีการเข้าถึง/ หลีกเลี่ยงปัญหา		การควบคุมตนเอง		คะแนนรวม		
	ก่อนทำ	หลังทำ	ก่อนทำ	หลังทำ	ก่อนทำ	หลังทำ	ก่อนทำ	หลังทำ	
1	42	34	50	47	29	17	121	98	ดีขึ้น
2	31	32	58	52	21	17	110	101	ดีขึ้น
3	32	24	51	51	21	13	104	88	ดีขึ้น
4	24	20	42	40	27	24	93	84	ดีขึ้น
5	34	20	52	42	18	18	104	80	ดีขึ้น
6	31	30	43	45	25	22	99	97	ดีขึ้น
7	19	11	51	36	23	5	93	52	ดีขึ้น
8	18	33	53	49	24	18	95	100	ไม่ดีขึ้น
9	16	19	49	45	19	24	84	88	ไม่ดีขึ้น
10	28	26	50	40	17	15	95	81	ดีขึ้น
11	42	34	66	64	18	11	126	109	ดีขึ้น
คะแนน เฉลี่ย	28.82	25.73	51.36	46.45	22	16.73	102.18	88.91	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการและการส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเข้าใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เป็นอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ อยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้า และการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่างๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่น เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจ่างและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้นๆ
4. เรื่องอื่นๆ ที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เช่น ข่าวสารที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และบุคคลในวิชาชีพ เป็นต้น

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ต้นฉบับ พิมพ์ส่ง 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยแล้วไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ diskette ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับครบถ้วน

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

1. บทความ ควรเรียงลำดับดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรก และควรมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-worker) ชื่อผู้เขียนพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน ควรพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ
2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย สถานที่ทำงาน วุฒิการศึกษาสูงสุด เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
 - 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง
 - 2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่ควรเกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อเหนือเชิงอรรถ (Foot note)
 - 2.4 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้นๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ท้ออย่างย่อๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย
 - 2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Research design) ให้กล่าวถึงชนิดของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Materials and Methods) วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย
 - 2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้งบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อ ๆ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาค้นคว้าต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวทึบ หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลข ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่างการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น¹²³

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1 – 6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่าง

1. อนงค์ นันทสมบุรณ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงกลยุทธ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 60-69.
2. สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 52-59.

3. ญัฎฐ์รัฐวารุณ เหมือนชู, นนทรีร์ บ่อเพชร, สัตถ์ชวนชั้น, ศุภวดี ลิ้มปพานนท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย หมายเลขลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อตำรา. เมืองที่พิมพ์: โรงพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Stamford Connecticut: Appleton & Lange; 1996.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว กองบรรณาธิการวารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 362012, 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 084-0344940 E-mail: somdae@kku.ac.th.
2. อาจารย์นภาดล สีหพันธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก 90/6 ถ.ศรีธรรมไตรปิฎก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 โทร. (055) 219041 โทรสาร (055) 259410
3. อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ ถนนพลแพน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803



ใบแจ้งความลงโฆษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บริษัท ห้างร้าน.....

ที่อยู่.....

มีความประสงค์จะลงโฆษณาแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโฆษณา
เป็นเงิน.....บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้โฆษณา

หมายเหตุ เริ่มลงโฆษณาตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....
ถึงฉบับที่.....ปีที่.....เป็นเวลา.....ปี
รวม.....ฉบับ

(ลงนาม).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
บริษัท, ห้างร้าน.....

● อัตราค่าโฆษณาวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ●
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปกหลังด้านในเต็มหน้า	4,000.- บาท/	3	ฉบับ
ใบแทรกเต็มหน้า	2,000.- บาท/	3	ฉบับ
ใบแทรกครึ่งหน้า	1,000.- บาท/	3	ฉบับ

หมายเหตุ

1. ถ้าบล็อกรวมเกินกว่า 1 สีขึ้นไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
2. ถ้าข้อความโฆษณามีภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณามาด้วย
3. ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16x24 ซม.
4. จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลฯ

สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

..... โทร.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”

ตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....จนถึงฉบับที่.....ปีที่.....รวม.....ฉบับ

พร้อมนี้ได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....)

โดยส่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

ส่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ ค่าบำรุงสมาชิก : 1 ปี 160 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 300 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 45 บาท วันที่.....