



วารสารสมาคมพยาบาลฯ

สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ

JOURNAL OF NURSES' ASSOCIATION OF THAILAND, NORTH-EASTERN DIVISION

ที่ปรึกษา

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: somdae@kku.ac.th

บรรณาธิการผู้ช่วย

รศ.ดร.สุวรรณ บุญยะลีพรรณ
นางสาวกัสดาล สุวรรณรงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ดร.เพชรเมณี วิริยะสืบพงศ์
ดร.วารีวรรณ ศิริวานิชย์
รศ.ดร.ภารดี นานาศิลป์
รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รศ.ดร.พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเทียม
รศ.ดร.กฤตยา แสงเจริญ
รศ.ดร.อัมพรพรรณ อีรานุดร
รศ.ดร.วรรณชนก จันทชุม
รศ.สมพร วัฒนกุลเกียรติ
ผศ.ดร.จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร
ดร.ปัทมา วาจามัน
ดร.กุสุมาลี ไชยเมือง
อาจารย์รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ผศ.ดร.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
website: www.natne.or.th



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการทางการพยาบาลและพัฒนาพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าวิชาการเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ทางการพยาบาล
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ของพยาบาลในประเทศไทยและเผยแพร่ข่าวสารของสมาคมฯ
5. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ทางการพยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสมาคมฯ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใดๆ



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.วิภาพร วรหาญ
2. รศ.บุญศรี ปราภณศักดิ์
3. รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชีวะกุล
4. รศ.เพชรไสว ลิ่มตระกูล
5. ผศ.ดร.นิลุบล รุจิระประเสริฐ
6. อาจารย์ ดร.สมจิตร เมืองพิล
7. ผศ.ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์
8. ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน
9. รศ.ดร.เกษรวัลณ์ นิลวางกูร
10. รศ.ดร.วลัยพร นันทศุภวัฒน์
11. นางสาวสุจิตรา ล้อทิวส์สวัสดิ์
12. รศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา
13. รศ.ดร.จีรภา ศิริวัฒนาเมธานนท์
14. รศ.ดร.สรสา อภรณ์
15. ดร.เพลินพิศ สุวรรณอำไพ



บทบรรณาธิการ บทความวิชาการ

- | | | |
|--|---------------------|---|
| ❖ ผลกระทบของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการ
รับบริการสาธารณสุขต่อวิชาชีพพยาบาล | วันเพ็ญ รักษ์ป่วงชน | 5 |
|--|---------------------|---|

รายงานวิจัย

- | | | |
|--|--|----|
| ❖ มุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา
ต้านไวรัส: หน้าที่หรือความสุข | ดรณิ รุจกรกานต์ จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล
กนกจันทร์ เข้มข้นการ ประภาพร มีนา
สุวดี จันดีกระยอม ศุทธิณี ปิยะสุวรรณ
เกศมกดา จันทรศิริ | 12 |
| ❖ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล
ขอนแก่น | สวนิตย์ โพธิ์จันทร์ | 22 |
| ❖ สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสานวัยกลางคน: กรณีศึกษา
ชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง | จิราภรณ์ ชินโสม วิพร เสนารักษ์ | 31 |
| ❖ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ
ตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ ในผู้ป่วยกลุ่ม
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราช
นครราชสีมา | ทองทิพ แสงจอหอ อัมพร คำหล้า
สุปราณี พัฒนจิตวิไล | 41 |
| ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำ
การโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ | อรพิม พุทธวงษ์ มาริสา ไกรฤกษ์ | 51 |
| ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ
ครอบครัว กรณีศึกษาผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำ
ที่บ้าน | สุดา หันกลาง พิมพพรรณ ศิลปสุวรรณ
ปรารธนา สติยวิภาวี เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ | 59 |
| ❖ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาล
ที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 จากวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา | นุชมาศ แก้วกุลทล พิศมัย อุบลศรี
ผกาทิพย์ สิงห์คำ ปัทมาภรณ์ คงขุนทด
น้ำฝน ไวยวงค์กร | 68 |

อื่น ๆ

- ❖ คำแนะนำสำหรับผู้เขียน
- ❖ ใบแจ้งความลงโฆษณา
- ❖ อัตราค่าโฆษณา
- ❖ ใบสมัครสมาชิกวารสาร
- ❖ โฆษณา



Unบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ สมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกท่าน ฉบับนี้ขอนำเสนอบทความวิชาการ 1 เรื่อง และรายงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ได้แก่

บทความวิชาการเรื่อง ผลกระทบของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขต่อวิชาชีพพยาบาล มีความมุ่งหมายที่จะศึกษาสาระสำคัญของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งได้นำหลักการเยียวยาผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบมาใช้บังคับ นำเสนอเพื่อให้พยาบาลเห็นความสำคัญ

รายงานวิจัยเรื่องที่ 1 มุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส: หน้าที่หรือความสุข ซึ่งจะมีประโยชน์ในการให้คำปรึกษาในเรื่องการแต่งงานของผู้ติดเชื้อ และใช้ออกแบบการสร้างเครื่องมือต่อไป

รายงานวิจัยเรื่องที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันและประสานงานการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

รายงานวิจัยเรื่องที่ 3 สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสานวัยกลางคน: กรณีศึกษาชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในชุมชนเมืองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ การมีน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ผู้หญิงกลุ่มนี้รับรู้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตที่ต้องมีกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยง จำเป็นต้องคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขทางด้านวัฒนธรรมนี้ร่วมด้วย จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหา

รายงานวิจัยเรื่องที่ 3 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สะท้อนให้เห็นว่า ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ผลลัพธ์ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการและต่อระบบสุขภาพ

รายงานวิจัยเรื่องที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการพัฒนาและส่งเสริมภาวะผู้นำของตนเองให้ก้าวหน้าและเสริมสร้างกำลังใจให้แก่พยาบาลประจำการอย่างต่อเนื่อง

รายงานวิจัยเรื่องที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของครอบครัว กรณีศึกษาผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการประเมินและระบุปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวผู้รับงานไปทำที่บ้านโดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงให้ลักษณะงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัยแก่ภาวะสุขภาพของพนักงานและครอบครัว

รายงานวิจัยเรื่องที่ 7 ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแลตลอดจนครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มพูนความรู้ด้านโภชนาการให้เฉพาะเจาะจงกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละราย

ปี 2554 นี้ กองบรรณาธิการมีข่าวดีมาแจ้งว่า วารสารของเรามีค่า Impact Factors ได้อันดับที่ 1 เป็นปีที่ 4 เป็นผลจากการที่เราช่วยกันอ่านและอ้างอิง จึงขอเชิญทุกท่านอ่านทั้งแปดเรื่องฉบับนี้นะคะ แล้วอย่าลืมส่งต่อไปให้ผองเพื่อนและน้องพี่ของเราได้อ่านกันอย่างยิ่ง อย่าลืมร่วมสร้างสรรค์ผลงานและเสริมความเข้มแข็งให้วารสารได้รับความนิยม และช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรา เพื่อให้วารสารของเรามีค่า Impact Factors มากขึ้นนะคะ ในปีนี้เราพยายามนำวารสารของเราเข้าสู่ฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งจะทำให้วารสารเป็นที่รู้จักทั้งสากลและท้องถิ่น ขอให้สนับสนุนต่อเนื่อกะ

สมจิต แดนสีแก้ว

บรรณาธิการ



ผลกระทบของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ต่อวิชาชีพพยาบาล

The Impact of the Law Protecting Victims of Public Health Services to the Nursing Profession

วันเพ็ญ รักษ์ปวงชน พย.ม.*

Wanphen Rakpuangchon M.N.S.*

บทนำ

บทความเรื่องนี้มุ่งหมายที่จะศึกษาสาระสำคัญของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งได้นำหลักการเยียวยาผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ มาใช้บังคับ หลักดังกล่าวมีใช้บังคับในกฎหมายของหลายประเทศ สำหรับในประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นตอนของการนำเสนอและพิจารณาร่างกฎหมาย ซึ่งเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวของทั้งกลุ่มเห็นด้วยและกลุ่มคัดค้าน ผู้เขียนในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกฎหมายฉบับนี้ จึงเสนอให้ทุกฝ่ายทำการศึกษาค้นคว้าและหาสาระสำคัญของกฎหมายอย่างชัดเจน พร้อมทั้งจะรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างและร่วมกันเสนอความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติโดยรวม

คำสำคัญ: กฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ผลกระทบของกฎหมายต่อวิชาชีพพยาบาล

ความเป็นมา

ความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขย่อมเกิดขึ้นได้ทั้งโดยอุบัติเหตุและโดยความประมาทเลินเล่อของผู้ให้บริการสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการต้องได้รับความเจ็บป่วยหนักขึ้น หลายกรณีถึงกับบาดเจ็บสาหัสหรือถึงแก่ความตาย ผู้ให้บริการก็ถูกฟ้องคดีต่อศาล ทำให้เกิดปัญหาความเดือดร้อนต่อทั้งสองฝ่าย แต่เดิมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์แบบถ้อยทีถ้อยอาศัย โดยถือว่าแพทย์ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ เป็นผู้ให้ เปรียบเสมือนพระ ผู้ป่วยพร้อมมอบชีวิตให้ แม้การรักษาจจะผิดพลาดและจบลงด้วยญาติผู้ป่วยก็ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นผู้เสียหายที่จะฟ้องร้องแต่อย่างใด เมื่อวิทยาการทางด้านวิทยาศาสตร์ก้าวหน้ามากขึ้น ประกอบกับสังคมเริ่มมีความซับซ้อน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็เปลี่ยนไป กลายเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา ต่างฝ่ายต่างมีสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติต่อกัน เมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดกระทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกได้ว่าสิทธิของตนถูกรบกวน ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องใช้สิทธิฟ้องร้องยังศาล¹ ทั้งแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ ก็ถูกฟ้องร้องเป็นคดีสู่ศาลมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนใหญ่จะเป็นการฟ้องคดีแพ่ง เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพื่อเยียวยาความเสียหาย และมีไม่น้อยที่ฟ้องเป็นคดีอาญาในข้อหากระทำความผิดโดยประมาท จนเป็นข่าวครึกโครมทางหนังสือพิมพ์ ดังเช่น เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2554 ศาลอาญามีคำพิพากษาลงโทษแพทย์เจ้าของคลินิกย่านห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ให้ลงโทษจำคุก 1 ปี ปรับ 1 หมื่นบาท ในข้อหาประมาทเป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย เนื่องจากจัดยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยเกิดอาการชัก หัวใจหยุดเต้นเสียชีวิต ศาลให้รอลงอาญาหรือรอการลงโทษเป็นเวลา 2 ปี แทนการจำคุก และญาติผู้ป่วยยังยื่นฟ้องจำเลยเป็นคดีแพ่งเรียกค่าเสียหาย 10 ล้านบาท

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*Lecturer, Department of Maternal-Child Nursing and Midwifery Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University



เป็นค่าปลงศพและค่าขาดไร้อุปการะด้วย โดยจะเอาผลคดีอาญาไปนำสืบในคดีแพ่งต่อไป² และที่เป็นชาวสร้าง ความตื่นตระหนกเป็นอย่างมากในวงการสาธารณสุขก็คือ กรณีศาลจังหวัดทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีคำพิพากษาลงโทษแพทย์หญิงประจำโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งให้จำคุก 3 ปี โดยไม่รอลงอาญา เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2550 ในข้อหาประมาทเป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตายเนื่องจากได้ฉีดยาเข้าไขสันหลังในการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิต³

เพื่อการคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข จึงได้มีความพยายามของบุคคลหลายฝ่ายที่จะเสนอกฎหมายโดย นำหลักการคุ้มครองผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มาใช้บังคับตามแบบอย่างในต่างประเทศที่มีหลักกฎหมายดังกล่าวใช้บังคับอยู่แล้ว เช่น นิวซีแลนด์ มีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 สวีเดน มีแบบสมัครใจ ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1975 และบังคับทั้งหมดตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ฟินแลนด์ มีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 นอร์เวย์ มีแบบสมัครใจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 และออกเป็นกฎหมายตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 เดนมาร์ก มีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 ไชล์แลนด์ มีตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 เป็นต้น ประเทศไทยมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขผ่านรัฐสภา ถึง 7 ฉบับ เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง มีการเคลื่อนไหวของทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยและกลุ่มที่คัดค้าน ซึ่งก็เป็นปรากฏการณ์ธรรมดาในสังคมประชาธิปไตย แต่ก็มีหลายฝ่ายกังวลว่าความขัดแย้งเหล่านี้อาจเป็นประเด็นนำไปสู่ความแตกแยกในแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งการสาธารณสุขโดยรวมด้วย ผู้เขียนในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกฎหมายฉบับนี้ จึงเสนอให้ทุกฝ่ายทำการศึกษาหลักการและสาระสำคัญของกฎหมายอย่างถ่องแท้ก่อนที่จะมีความเห็นไม่ว่าจะเห็นด้วยหรือคัดค้านก็ตาม และพร้อมที่จะเปิดรับความคิดเห็นของผู้อื่น มิใช่เห็นด้วยหรือคัดค้านไปตามกระแส หรือตามกลุ่มพวกพ้องของตนโดยมิได้พิจารณาข้อเท็จจริงและเหตุผลตามที่ผู้เป็นบัณฑิตพึงกระทำ รวมทั้งร่วมกันแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่ข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุข ประชาชน และประเทศชาติโดยรวม

สาระสำคัญของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

กฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขนี้ ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติผ่านสำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร 7 ฉบับ ซึ่งมีสาระสำคัญไม่ต่างกันมากนัก โดยมีหลักการสำคัญในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ “ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินชดเชยจากกองทุนตามกฎหมายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ”

อย่างไรก็ดี หลักการคุ้มครองผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบดังกล่าว มิให้ใช้บังคับใน 3 กรณีดังต่อไปนี้ 1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ 3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในร่างกฎหมายดังกล่าวได้ชัดเจนขึ้น ในที่นี้จะได้เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของร่างกฎหมายแต่ละฉบับ ดังต่อไปนี้

1. ความเหมือนกันในสาระสำคัญของร่างกฎหมายแต่ละฉบับ มีดังนี้

- 1.1 มีหลักการคุ้มครองผู้เสียหายเช่นเดียวกัน กล่าวคือ บุคคลผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับการคุ้มครองโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ
- 1.2 ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินเพื่อเยียวยาความเสียหายใน 2 ประการ คือ สิทธิที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินชดเชยความเสียหาย
- 1.3 กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน แต่อาจจะเรียกชื่อแตกต่างกันออกไปโดยมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายกำกับดูแลและกำหนดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รวมทั้งมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชย และคณะอนุกรรมการอื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร
- 1.4 กำหนดให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธี



การอุทธรณ์ วิธีการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ตลอดจนพิจารณาและวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์ของผู้เสียหาย

1.5 กำหนดให้มีสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยมีฐานะเป็นนิติบุคคล เพื่อรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการอุทธรณ์ ตลอดจนบริหารจัดการสำนักงานให้เป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมาย

1.6 ให้จัดตั้งกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ให้ใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เงินชดเชย และเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนหรือส่งเสริมการดำเนินงานตามบทบัญญัติของกฎหมาย เงินกองทุนดังกล่าวประกอบด้วย เงินที่ได้รับจากงบประมาณประจำปี เพื่อเป็นเงินสมทบในส่วนสถานพยาบาลของรัฐและสภากาชาดไทย เงินสมทบของสถานพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขเอกชน เงินบริจาค เงินค่าปรับ ตลอดจนผลประโยชน์ที่เกิดจากทรัพย์สินของกองทุน

1.7 กำหนดให้มีมาตรการในการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายเช่นเดียวกัน

1.8 ในระหว่างการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือเงินชดเชย หรือกรณีที่ผู้ยื่นคำขอ (ผู้เสียหายหรือทายาท) ไม่ตกลงยินยอมรับเงินค่าชดเชย ผู้ยื่นคำขอมีสิทธิฟ้องคดีแพ่งต่อศาลเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนได้

2. ความแตกต่างกันในสาระสำคัญของร่างกฎหมายแต่ละฉบับ

2.1 กรณีผู้ยื่นคำขอ (ผู้เสียหายหรือทายาท) ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยก็ให้ทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ปรากฏอยู่ในร่างพระราชบัญญัติฉบับที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี ฉบับที่เสนอโดยนายประสิทธิ์ ชัยวิรัตน์ และคณะ ฉบับที่เสนอโดยนางอุดมลักษณ์ เพ็งนรพัฒน์ และคณะ ฉบับที่เสนอโดยนายบรรพต ดันธีรวงศ์ และคณะ ฉบับที่เสนอโดยนายสุทัศน์ เงินหมื่น และคณะ สำหรับร่างพระราชบัญญัติฯ อีก 2 ฉบับที่ให้สิทธิผู้ยื่นคำขอฟ้องคดีแพ่งต่อศาลเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนได้แม้ผู้ยื่นคำขอจะได้รับเงินชดเชยไปแล้ว หากผู้ยื่นคำขอขณะคดีให้ถือว่าเงินชดเชยที่ได้รับไป

แล้วเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน คือ ฉบับที่เสนอโดยประชาชน ผู้มีสิทธิเลือกตั้งและฉบับที่เสนอโดยนายเจริญ จรรย์โกมล และคณะ

2.2 กรณีกองทุนได้จ่ายเงินชดเชยแก่ผู้เสียหายแล้ว คณะกรรมการมีสิทธิเรียกให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขชดใช้เงินชดเชยคืนแก่กองทุนได้ หากผู้ให้บริการสาธารณสุขนั้นกระทำไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ซึ่งมีเฉพาะในร่างพระราชบัญญัติฉบับที่เสนอโดยนายสุทัศน์ เงินหมื่นและคณะเท่านั้น ส่วนฉบับอื่น ๆ หาได้บัญญัติถึงสิทธิในการไล่เบี้ยดังกล่าวไว้แต่ประการใด

2.3 กรณีผู้ให้บริการสาธารณสุขถูกฟ้องคดีอาญา ร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับที่เสนอโดยนายสุทัศน์ เงินหมื่น และคณะ กำหนดให้ยกเว้นความผิดสำหรับการกระทำโดยประมาทแต่การกระทำโดยเจตนา ยังคงเป็นความผิดตามบทบัญญัติของกฎหมาย

ร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี และฉบับที่เสนอโดยนายบรรพต ดันธีรวงศ์ และคณะ สำหรับการกระทำโดยประมาทนั้น ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นหรือไม่ลงโทษเลยก็ได้ โดยให้น้ำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ การใช้เยียวความเสียหาย การที่ผู้เสียหายไม่ตั้งใจให้จำเลยได้รับโทษ ตลอดจนเหตุผลอื่นอันสมควรมาพิจารณาประกอบ

ร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับที่เสนอโดย นางอุดมลักษณ์ เพ็งนรพัฒน์ และคณะ กำหนดให้ศาลอาจนำข้อเท็จจริงและพฤติการณ์อื่น ๆ ดังเช่นฉบับที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรีมาพิจารณาประกอบด้วยก็ได้ แต่มิได้บัญญัติให้ศาลใช้ดุลยพินิจลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้หรือไม่ลงโทษเลยก็ได้

ร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับที่เสนอโดยนายประสิทธิ์ ชัยวิรัตน์ และคณะ กำหนดให้ความผิดฐานหมิ่นประมาทตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 294 และ มาตรา 300 นั้นคือ ประมาทเป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตายหรือบาดเจ็บสาหัสเป็นความผิดอันยอม



ความกันได้ และหากจะดำเนินคดีผู้เสียหายต้องแจ้งความต่อเจ้าพนักงานเพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไปจะฟ้องคดีต่อศาลด้วยตนเองไม่ได้

สำหรับร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับที่เสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง และฉบับที่เสนอโดยนายเจริญ จรรย์โกมล และคณะ มิได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการฟ้องคดีอาญาแต่ประการใด คงเป็นไปตามหลักในประมวลกฎหมายอาญานั้นเอง

2.4 กรณีการไต่ถามถึง ร่างพระราชบัญญัติฯ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรีฉบับที่เสนอโดยนายสุทัศน์ เงินหมื่น และคณะ และฉบับที่เสนอโดย นายประสิทธิ์ ชัยวิรัตน์ และคณะ กำหนดให้มีกระบวนการไต่ถามถึง แต่ร่างพระราชบัญญัติอื่น ๆ มิได้กำหนดให้มีกระบวนการไต่ถามถึงแต่ประการใด

ผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการให้บริการทางสาธารณสุข โดยบทบาทของพยาบาลในฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวจึงอาจมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เพราะความผิดพลาดคลาดเคลื่อนอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทั้งโดยอุบัติเหตุหรือประมาทเลินเล่อ ตัวอย่างที่เคยเกิดเป็นคดี เช่น การติดชื้อผู้ป่วยผิดหรือติดสลับกัน ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาผิดพลาดไปด้วย แพทย์สั่งให้ผสมโพแทสเซียมคลอไรด์ (KCL) ในน้ำเกลือ พยาบาลนำไปฉีดเข้าเส้นเลือดโดยตรงทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กหุ่ยตายและเสียชีวิตในเวลาต่อมา⁴ พยาบาลป้อนนมเด็กอายุ 3 เดือน แต่ไม่ระมัดระวังถือขวดนมให้ติงเด็กสำลักและตกจากมือคนอุ้มเด็กหมดสติเลือดคั่งในสมอง หลังผ่าตัดกลายเป็นคนพิการทางสมอง เป็นต้น โดยเหตุดังกล่าวพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ถูกฟ้องศาลทั้งคดีแพ่งและคดีอาญา ตามสถิติตั้งแต่ปี 2539 ถึงพฤษภาคม 2551 พยาบาลถูกฟ้องคดีเป็นอันดับสองรองจากแพทย์ โดยแบ่งเป็นผู้ถูกฟ้องคดีแพ่ง แพทย์ 55 ราย พยาบาล 11 ราย ผู้ถูกฟ้องคดีอาญา แพทย์ 5 ราย พยาบาล 2 ราย

การฟ้องร้องคดีดังกล่าวเป็นไปตามมาตรการที่มี

อยู่ตามกฎหมายเดิม กล่าวคือ ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีสิทธิฟ้องผู้ให้บริการทั้งทางแพ่งและทางอาญา

สำหรับความรับผิดชอบในทางแพ่งนั้น ผู้เสียหายอาจฟ้องเรียกค่าเสียหายโดยตรงจากผู้ให้บริการ หรือฟ้องสถานพยาบาลเป็นจำเลยร่วมกันด้วยในความผิดฐานละเมิด⁵ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ดังนี้

“มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ตาม ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

คดีส่วนใหญ่ผู้เสียหายจะฟ้องสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่ทำการละเมิดเป็นจำเลยร่วมกัน เพื่อให้สถานพยาบาลในฐานะนายจ้างหรือตัวการเข้าชดใช้ค่าสินไหมทดแทน กรณีที่ผู้เสียหายชนะคดี โดยทั่วไปกรณีเอกชนสถานพยาบาลต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนไปก่อน แล้วใช้สิทธิไล่เบี้ยเอาจากผู้ให้บริการที่ทำการละเมิด แต่สำหรับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของรัฐนั้นใช้บังคับตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบในความเสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้ (มาตรา 5) จะฟ้องเจ้าหน้าที่โดยตรงได้เฉพาะในกรณีที่การกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่มิใช่การกระทำการปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น ซึ่งในกรณีหลังนี้จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้ (มาตรา 6) กรณีหน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ตามฟ้องนั้น หน่วยงานของรัฐมีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากเจ้าหน้าที่ผู้ทำการละเมิดได้ หากการละเมิดนั้นเจ้าหน้าที่ได้กระทำให้ด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (มาตรา 8)

ฉะนั้น กรณีที่เป็นสถานพยาบาลเอกชน เมื่อสถานพยาบาลชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายไปแล้ว ก็มีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากพยาบาลผู้ทำการละเมิดได้ และกรณีที่สถานพยาบาลของรัฐ เมื่อสถานพยาบาลชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายไปแล้ว จะมีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากพยาบาลผู้ทำการละเมิดได้ เฉพาะกรณีที่เจ้าหน้าที่ได้กระทำให้โดยจงใจ



หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น

การฟ้องร้องคดีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นคดีแพ่ง โดยมีประเด็นของคดีเป็นเรื่องของการทำการรักษาโดยประมาทเลินเล่อ ซึ่งการดำเนินคดีแพ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อการเยียวยาหรือชดเชยความเสียหายแก่โจทก์ ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลของคดีแพ่งที่ผ่านมา โจทก์มักเป็นฝ่ายแพ้คดีเนื่องจากประสบปัญหาความยากลำบากในการนำสืบพยานหลักฐานทางการแพทย์และการขาดแคลนทุนทรัพย์ในการดำเนินคดี

สำหรับคดีอาญานี้ โดยพื้นฐานของสังคมไทยนั้นมีความเชื่อว่าการกระทำการบาปดั่งรักษาของแพทย์พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขนั้น เป็นการกระทำที่มีจุดเริ่มต้นจากการมีเจตนาที่ดีและบริสุทธิ์ เพื่อมุ่งช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ห้ามเจตนาชั่วร้ายในการรักษาแต่อย่างใด (เว้นแต่เหตุการณ์พิเศษที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า มีเจตนากระทำผิด เช่น ลักลอบผ่าตัดไตข้างหนึ่งของผู้ป่วยซึ่งยังไม่เสียชีวิตไปให้ผู้ป่วยเป็นโรคไต เป็นต้น) ฉะนั้น การดำเนินคดีอาญาในทางสาธารณสุขจึงมักเป็นการฟ้องคดีในข้อหากระทำโดยประมาท⁶

การฟ้องคดีในข้อหากระทำโดยประมาทนี้ มักจะฟ้องในฐานความผิดประมาทเป็นเหตุให้ผู้ป่วยตายหรือได้รับอันตรายแก่กาย^{1,7} ซึ่งลักษณะของการกระทำโดยประมาทนั้นมีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสี่ ดังนี้

“การกระทำโดยประมาท ได้แก่ การกระทำผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

สำหรับฐานความผิดที่ฟ้องว่าเป็นการกระทำโดยประมาท ได้แก่ ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 291 ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส ตามมาตรา 300 และประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ตามมาตรา 390 ดังนี้

มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”

“มาตรา 300 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

“มาตรา 390 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

อย่างไรก็ดี โทษจำคุกดังกล่าวศาลอาจใช้ดุลพินิจรอลงอาญา หรือรอการลงโทษแทนจำคุกก็ได้ หากเข้าเงื่อนไขดังนี้ ศาลมีคำพิพากษาลงโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี ถ้าปรากฏว่าไม่เคยได้รับโทษจำคุกมาก่อน หรือเคยได้รับโทษจำคุกมาก่อนแต่เป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ เมื่อศาลได้คำนึงถึงอายุ ประวัติ ความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต นิสัย อาชีพ และสิ่งแวดล้อมของผู้นั้น หรือสภาพความผิด หรือเหตุอันอันควรปรานี เช่น มีการชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย เช่นนี้ศาลอาจระอการลงโทษไว้ภายในเวลาไม่เกิน 5 ปีก็ได้^{1,4,7,8}

หากกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขผ่านออกมาใช้บังคับก็ย่อมจะมีผลต่อการฟ้องร้องคดี ดังนี้

กรณีคดีแพ่ง เมื่อผู้เสียหายตกลงรับเงินชดเชยจากกองทุน ร่างพระราชบัญญัติฯ หลายฉบับกำหนดให้เมื่อรับเงินชดเชยแล้ว ให้ผู้เสียหายทำสัญญาประณอมยอมความ ซึ่งมีผลให้สิทธิในการนำคดีไปฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทนต่อศาลในทางแพ่งระงับลง เพราะคดีในทางแพ่งนั้นคู่กรณีมีสิทธิประนีประนอมยอมความกันได้อยู่แล้ว หากผู้เสียหายปฏิเสธการรับเงินชดเชย ก็มีสิทธินำคดีขึ้นสู่ศาลได้เช่นเดียวกันกับกรณีทั่วไป (มีร่างพระราชบัญญัติบางฉบับเท่านั้นที่ให้สิทธินำคดีฟ้องร้องทางแพ่งขึ้นสู่ศาลได้แม้จะได้รับเงินชดเชยไปแล้ว ดังกล่าวข้างต้น) กรณีเช่นนี้ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า จะมีผู้เสียหายจำนวนไม่น้อยที่จะประนีประนอมยอมความ



โดยรับเงินชดเชย ดีกว่าจะเสียเวลาดำเนินคดีทางศาล ซึ่งจะประสบปัญหาความยากลำบากในการนำสืบพยานหลักฐานทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี รวมทั้งเสี่ยงต่อการแพคดีดังกล่าวมาแล้ว โดยตรกระดังกล่าวยอมเห็นได้อย่างชัดเจนว่าสัดส่วนของผู้เสียหายที่จะนำคดีไปฟ้องร้องทางแพ่งย่อมจะลดลงโดยปริยาย

เมื่อกองทุนจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้เสียหายไปแล้ว ร่างพระราชบัญญัติฯ เกือบทุกฉบับก็ไม่ได้ให้สิทธิกองทุนจะไปไล่เบี้ยเรียกค่าเสียหายเอาจากผู้ให้บริการสาธารณสุขได้อีก ฉะนั้น กรณีคดีทางแพ่ง การใช้มาตรการตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข น่าจะมีผลกระทบที่เป็นคุณต่อวิชาชีพพยาบาลยิ่งกว่ามาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่เดิม

กรณีคดีอาญานั้น เมื่อได้รับเงินชดเชยตามมาตรการของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขแล้ว ผู้เขียนมีความเห็นว่าแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้เสียหายนำคดีไปฟ้องต่อศาลเพื่อให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขต้องติดคุกติดตารางนั้นน่าจะลดน้อยลงอย่างไรก็ดี แม้จะมีการนำคดีอาญาไปฟ้องต่อศาล แต่ร่างพระราชบัญญัติฯ หลายฉบับก็มีมาตรการลดหย่อนผ่อนโทษ เช่น กรณีการกระทำโดยประมาทเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงและพฤติการณ์อื่น ๆ ประกอบ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดเท่าใดก็ได้ หรือไม่ลงโทษเลยก็ได้ เป็นต้น เหล่านี้ย่อมเป็นคุณต่อวิชาชีพพยาบาลยิ่งกว่ามาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่เดิม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความคุ้มครองแก่ผู้เสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขด้วย เพราะผู้ให้บริการสาธารณสุขก็มีโอกาสที่จะได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขด้วย เช่น แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอาจจะติดเชื้อโรคร้ายแรงจากการปฏิบัติหน้าที่ เช่น โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบ ฯลฯ หรือถูกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอุบัติเหตุในการปฏิบัติหน้าที่จนได้รับบาดเจ็บ บาดเจ็บสาหัส หรือถึงแก่ความตายก็อาจเกิดขึ้นได้ เป็นต้น ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามหน้าที่ดังกล่าว ก็ควรที่จะได้รับความคุ้มครองโดยมีสิทธิได้รับเงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินชดเชยจากกองทุน ตามหลักที่ไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ เช่นเดียวกันกับผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

2. ผู้เสียหายจากการรับบริการหรือให้บริการสาธารณสุขเมื่อตกลงรับเงินชดเชยแล้วให้ทำหนังสือสัญญาประนีประนอมยอมความ ซึ่งจะส่งผลให้คดีไปฟ้องศาลเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งในความเสียหายเดิมอีกไม่ได้ หากประสงค์จะฟ้องคดีต่อศาลก็ต้องไม่รับเงินค่าชดเชย ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง เพราะหากได้รับเงินชดเชยแล้ว ยังมีสิทธิไปฟ้องศาลได้อีก ก็อาจจะเป็นช่องทางหรือเป็นการสนับสนุนให้ผู้เสียหายที่มีความโลภใช้เงินชดเชยดังกล่าวเป็นทุนในการฟ้องคดี ซึ่งหากแพคดีหรือชนะคดีแต่ได้รับค่าเสียหายตามคำพิพากษาน้อยกว่าเงินชดเชยก็ไม่ต้องคืนเงินชดเชยแต่ประการใด หากได้รับค่าเสียหายตามคำพิพากษามากกว่าเงินชดเชย ก็จะได้รับส่วนที่มากกว่า ซึ่งมีแต่ทางได้กับได้เท่านั้น จึงไม่น่าจะสอดคล้องกับหลักการใช้สิทธิโดยสุจริตแต่ประการใด

3. กรณีฟ้องคดีอาญากฎหมายกระทำโดยประมาทให้ศาลใช้ดุลพินิจจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นหรือไม่ลงโทษเลยก็ได้ กล่าวคือในกรณีที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญากฎหมายกระทำโดยประมาทเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการสาธารณสุข หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ให้ศาลนำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติกรรมแห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สึกสำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ การชดเชยเยียวยาความเสียหาย และการที่ผู้เสียหายไม่ตั้งใจให้จำเลยได้รับโทษ ตลอดจนเหตุผลอื่นอันสมควรมาพิจารณาประกอบด้วย ให้ศาลมีอำนาจใช้ดุลพินิจพิพากษาลงโทษจำเลยน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดหรือไม่ลงโทษก็ได้ เช่น ความผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 300 มีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี เช่นนี้ เมื่อศาลพิจารณาข้อเท็จจริงและพฤติการณ์ต่าง ๆ แล้วศาลจะมีคำพิพากษาไม่ลงโทษเลยก็ได้ เป็นต้น



4. คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียจากการให้บริการและรับบริการสาธารณสุข ควรมีตัวแทนจากวิชาชีพของผู้ให้บริการเป็นกรรมการด้วย ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะที่จะให้เข้าไปปกป้องวิชาชีพของผู้ให้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นมุมมองในด้านลบ หากแต่ให้มีกรรมการที่เป็นตัวแทนจากวิชาชีพเพื่อเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วม รวมทั้งเป็นการแสดงการให้เกียรติและให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพราะผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง หากตัดออกไปเสียก็ย่อมจะขัดต่อกระบวนการการมีส่วนร่วมอย่างแน่นอน ผู้เขียนจึงเสนอให้เพิ่มคณะกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนจากผู้มีวิชาชีพทางสาธารณสุข จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้แทนวิชาชีพแพทย์ 1 คน วิชาชีพพยาบาล 1 คน และวิชาชีพทางสาธารณสุขอื่น ๆ 1 คน

5. ให้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายจำนวน 5-7 คน ประกอบด้วยผู้แทนวิชาชีพแพทย์ 1 คน ผู้แทนวิชาชีพพยาบาล 1 คน และผู้แทนวิชาชีพทางสาธารณสุขอื่น ๆ 1 คน รวมทั้งผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่า ๆ กัน มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย เพราะระบบการพัฒนาดังกล่าวจะต้องตอบสนองวัตถุประสงค์ในเรื่องของความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งสอดคล้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพ จึงต้องให้มีผู้แทนวิชาชีพผู้ให้บริการสาธารณสุขเข้าไปมีส่วนร่วมโดยตรงในการเป็นคณะกรรมการ

6. ให้มีการทำประชาพิจารณ์เนื่องจากกฎหมายคุ้มครองผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับแพทย์ พยาบาล และผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ สถานพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจำนวนมากตลอดทั้งประเทศ นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นขัดแย้งกันอย่างกว้างขวาง มีทั้งกลุ่มผู้สนับสนุนและกลุ่มผู้คัดค้านอย่างหลากหลาย ฉะนั้น เพื่อให้กฎหมายเป็นประโยชน์สูงสุดแก่สังคม มีความเป็นธรรม และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าควรมีการทำประชาพิจารณ์อย่างกว้างขวางในหลักการหรือประเด็นที่เป็นสาระสำคัญอย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. สาโรจน์ เกษมถาวรศิลป์. ฟ้องหมอ (ให้ติดคุก) ทำไม? กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์บุ๊คส์; 2552.
2. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. ฉบับวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2554.
3. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. ฉบับวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2550.
4. แสง บุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2551.
5. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. กฎหมายการแพทย์ ความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2546.
6. ธัญญธร อินทร และคณะ. การดำเนินคดีทุเรศปฏิบัติที่เป็นคดีอาญาในประเทศไทย กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ: Thailand Criminal Malpractice Prosecution: A Comparative Study with The United States of America and England. ตุลาคม 2551; 55 (พ.ค. - ส.ค. 2551): 118.
7. พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, กรรณิกา คูประสิทธิ์, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม, ชัชวาล ศิลปะกิจ. ลักษณะงานความโกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(2): 5-13.
8. กนกกร ศรีทาโส, วรรณชนก จันทชุม. ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 66-73.



มุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส: หน้าที่หรือความสุข

ดร.ณิ รุจกรกานต์ Ed.D.*
ประภาพร มีนา พย.ม.**

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล พย.ม.**
สุวดี จันดีกระยอม พย.ม.**

กนกจันทร์ เขม้นการ พย.ม.**
ศุทธิณี ปิยะสุวรรณ พย.ม.**
เกศมุกดา จันทรศิริ พย.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังรับยาต้านไวรัส (ARV) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดเชื้อ 20 คน ที่มารับบริการที่คลินิกเอชไอวีแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกบันทึกเทปและถอดเทปคำต่อคำเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยชายมองว่าเพศสัมพันธ์เป็นหน้าที่ของสามีที่ดี ขณะที่ผู้หญิงมองว่าเป็นหน้าที่ของผู้หญิงที่จะตอบสนองความต้องการและความสุขทางเพศให้กับสามี ทั้งชายและหญิงอธิบายผลของยาต้านไวรัสเอดส์แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการใช้ยาที่มีผลในแต่ละบุคคล ผู้ติดเชื้อเชื่อว่ายามีผลโดยตรงต่อสุขภาพ ในกรณีที่ยาทำให้เหนื่อยง่ายสุขภาพอ่อนแอลงก็ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ยาทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นก็เชื่อว่ายาทำให้ความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น และในบางกรณีเชื่อว่ายาไม่ส่งผลใดๆ ต่อความต้องการทางเพศ ในประเด็นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของคู่สมรสหรือคู่นอนที่ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อหญิงมองว่าตนเองไม่สามารถปฏิเสธหรือตอรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัยได้ เพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องทำให้สามีพึงพอใจ ส่วนผู้ติดเชื้อชายยึดความสุขของตนเองเป็นสำคัญ โดยเลือกที่จะใช้หรือไม่ใช่ถุงยางอนามัยก็ได้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นมุมมองผู้ติดเชื้อเอดส์ในเรื่องอำนาจควบคุมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องการใช้ยาต้านไวรัสและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การศึกษานี้จะมีประโยชน์ในการให้คำปรึกษาในเรื่องการแต่งงานของผู้ติดเชื้อ และใช้ออกแบบการสร้างเครื่องมือในการวัดการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: มุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ เอดส์ ยาต้านไวรัส

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**อาจารย์หน่วยวิจัยเอดส์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานของสำนักโรคติดต่อควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานข้อมูลอย่างเป็นทางการของจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ว่ามีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 369,885 ราย เสียชีวิตแล้ว 98,151 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 20-44 ปี ร้อยละ 83 แบ่งเป็น อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 22 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 18 และ 40-44 ปี ร้อยละ 10 และ อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 8 และข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการคาดว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมถึงหนึ่งล้านคน¹

โดยกระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิด พร้อมกัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการผลิตยาต้านไวรัสโดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผลทำให้ราคายาถูกลง จนกระทั่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (โครงการ NAPHA) โดยปัจจุบันได้มีการกระจายพื้นที่การให้บริการยาต้านไวรัสในสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการฯ จนครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ 908 แห่งจากรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการ²

ผลจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น บวกกับประสิทธิภาพของยาและการดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้พัฒนาวิธีการที่จะรักษาดูแล เพื่อยืดระยะเวลา/ช่วยชีวิตผู้ติดเชื้อให้นานและมีคุณภาพมากขึ้น³ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ เช่น การใช้ยาต้านไวรัส และยาอื่น ๆ รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยเหลือนตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี⁴ ทำให้ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการของโรคปรากฏ ผู้ติดเชื้อบางรายจึงหันกลับไปใช้ชีวิตหรือดำเนินชีวิตแบบเดิม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้แก่ครอบครัวและสังคม⁵

การวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้รับยาต้านไวรัสสร้างความกังวลว่าผู้ติดเชื้อจะแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ไม่ติดเชื้อ รวมถึงการศึกษาพบว่า ชายที่ติดเชื้อหลังรับยาต้านไวรัสจำนวนมากว่าหนึ่งในสี่ไม่ได้สวมใส่ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในทุกโอกาสที่มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 25.1 ในกลุ่มตัวอย่างชายชาวบราซิล 545 คน ไม่มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 12 เดือน ที่ผ่านมามีอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยยังคงมีอยู่ในระดับสูงในกลุ่มผู้ติดเชื้อชายในหลาย ๆ ประเทศ⁶ ทำให้มีโอกาสแพร่กระจายไปยังชาย/หญิงคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อ รวมทั้งการทำให้เกิดการติดเชื้อของไวรัส⁷ ปัจจัยที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น ความไม่รู้ของคู่นอน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยา จำนวนคู่นอน เพศ และเชื้อชาติ⁸ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อที่มีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างมั่นคง (อยู่กินกัน) มากกว่าสองในสามไม่ทราบการติดเชื้อของคู่นอน ซึ่งทำให้มีโอกาสสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษา พบว่า ทั้งการใช้ยา จำนวนคู่นอน การมีคู่นอนถาวร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย⁶ และในยุโรปพบว่าชายและหญิงส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปี ในจำนวนนี้เกือบครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 45 มีความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{7,8}

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่าสาเหตุหลักในการติดเชื้อเป็นเรื่องของเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 83.6 นั่นคือผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์⁹ และผู้ติดเชื้อยังคงมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 64.3 โดยพบว่า มีผู้ติดเชื้อใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 46.7¹⁰ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันนี้จะเป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้มีการรับเชื้อใหม่เพิ่มขึ้นในผู้ติดเชื้อ หรือเกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของผู้ติดเชื้อนั้น นำมาสู่ข้อสงสัยว่า ผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ระหว่างการรับยาต้านไวรัสมีมุมมองอย่างไรต่อการมีเพศสัมพันธ์



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษามุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงที่ได้รับยาต้านไวรัส
2. เพื่อศึกษามุมมองในด้านผลของยาต้านไวรัสต่อเพศสัมพันธ์
3. เพื่อศึกษามุมมองพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที ผู้วิจัยจะแบ่งกันสัมภาษณ์คนละห้อง (กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นคู่นอนกัน) และนำข้อมูลของคู่นอนนั้นมาตรวจสอบความถูกต้องในภายหลัง การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้ห้องที่เป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยการสนทนาต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการจดและบันทึกเทปทุกครั้ง จนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation)

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

- 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งชายและหญิงที่เป็นคู่นอนกันในปัจจุบันและชายหรือหญิงที่มักเปลี่ยนคู่นอน
- 2) เป็นผู้สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินและการพูด และยินดีให้ความร่วมมือ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งชายและหญิงที่มารับบริการที่คลินิกติดเชื้อแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 คน เป็นชาย 10 คน และหญิง 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป และคำถามเกี่ยวกับมุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ การได้รับยาต้านไวรัสกับการมีเพศสัมพันธ์ และมุมมองพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเรียบร้อยแล้ว การเลือกผู้ให้

ข้อมูลเลือกตามความสมัครใจโดยกระบวนการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์และการนำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ที่ทำให้ทราบว่าเป็นบุคคลใดไม่ฝดผลกระทบใดๆ ต่อการรับการรักษาบริการของโรงพยาบาลตามปกติ สามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยมีการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทปการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ให้ข้อมูลนำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหาให้รหัสจัดประเภทและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ผู้ติดเชื้อทั้งหมด 20 คน เป็นผู้ติดเชื้อชาย 10 คน อายุระหว่าง 32-51 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ระยะเวลาที่ติดเชื้อ 4-17 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป 6 คน ว่างาน 3 คน ค้าขาย 1 คน ระยะเวลารับยาช่วง 1-5 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ ปวช. ผู้ติดเชื้อหญิงอายุระหว่าง 31-41 ปี สถานภาพคู่ ระยะเวลาที่ทราบติดเชื้อ 6 เดือน-13 ปี อาชีพทำนา 3 คน รับจ้างทั่วไป 3 คน ว่างาน 2 คน ค้าขาย 1 คน และขายบริการทางเพศ 1 คน ระยะเวลารับยาช่วง 6 เดือน-5 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่
2. มุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์: หน้าที่หรือความสุข มุมมองในเรื่องเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงที่ติดเชื้อขณะรับยาต้านไวรัสเอดส์ มีหลายประเด็น ทั้งที่มองจากตนเองและมุมมองของเพศตรงข้าม (ในกรณีที่ เป็นคู่นอนกัน)

ผู้ให้ข้อมูลชายและหญิงมีมุมมองเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันว่า ผู้ชายมีความต้องการทางเพศสูงกว่าผู้หญิงและผู้หญิงเองมองว่าผู้ชายมีความต้องการทางเพศสูงกว่าหญิงเช่นกัน ทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ผู้ชายจะเป็นฝ่ายเริ่มก่อน กิจกรรมทางเพศจะสิ้นสุดเมื่อผู้ชายถึงจุดสุดยอดไม่ว่าผู้หญิงจะถึงจุดสุดยอดหรือไม่ มุมมองที่ชายมองแตกต่างจากหญิง คือ ผู้ชายเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตคู่ เป็นการแสดงการทำหน้าที่ของชายที่ดีที่สมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างชายรู้สึกพึงพอใจกับการมีเพศสัมพันธ์ของตนและถึงจุดสุดยอดทุกครั้ง และคิดว่าผู้หญิงคงมีความสุขเช่นกัน โดยที่ผู้ชาย



ไม่ต้องถามคุณนอนของตนว่ามีความพึงพอใจหรือมีความสุขหรือไม่ มีเพียง 1-2 รายที่ถามฝ่ายหญิงเกี่ยวกับความสุขทางเพศ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างหญิงมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นหน้าที่ของผู้หญิงที่จะต้องตอบสนองความต้องการของชายที่เป็นสามีหรือคุณนอน เป็นการทำหน้าที่ของภรรยา นั่นคือ การทำให้ฝ่ายชายมีความสุข หญิงที่มีอาชีพให้บริการก็มีหน้าที่ให้ความสุขทางเพศกับแขกที่มาใช้บริการ ส่วนหญิงที่เป็นแม่บ้านและมีคุณนอนที่อยู่กินฉันท์สามีภรรยาก็ต้องทำหน้าที่ให้มีความสุขกับสามี โดยให้เหตุผลว่า สงสารสามี สามีมักมีอารมณ์ กลัวว่าสามีจะเบื่อและทิ้งตนไปถ้าไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ รวมถึงสามีเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว สามีเป็นคนดี ตอบแทนความดีของสามีโดยการดูแลและให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย ดังคำพูดดังนี้

“คิดว่าสามีพึงพอใจอยู่จำ เต็มร้อยหนูให้หมดเลยจำ ส่วนหนูก็ไม่พอใจ เพราะว่าคิดว่าสภาพร่างกายของตนจะทรุดหนักยิ่งไปกว่าเดิม เพราะบางทีเราให้มีความสุขกับเขามากเกินไป เราอาจจะตายก่อนเขาก็ได้คิดไปแบบนี้จำเวลาเขาอยากเขาก็จะอย่างนั้นอย่างนี้ บางทีก็นอนกอดเราบอกว่าขอหน่อยเราก็บอกว่าอ้อย ทำไมเบื้อจ้งเลย เอาบอยจ้งแล้วเวลามีอะไรกันเขาก็เสร็จทุกครั้งจำเราไม่จำ ไม่เคยเสร็จสักครั้ง ไม่มีความสุขร่วมด้วย บอกว่าเขาจะเอาอีกอ้อๆ ตามเขาให้มันเสร็จไป ในความรู้สึกของเรานะมันตายดำน มันชินชาไปแล้ว ในความคิดหนูถ้าไม่ให้มันเอา มันก็ทวนอยู่นั้นแหละ กวนทั้งคืนถึงเช้าโน่นแหละ กวนอยู่นั้นแหละ จนรำคาญ ขยี้ชายผ้าถุงไว้ก็ไม่อยู่ ปิดหัวปิดท้ายไว้ก็ไม่อยู่ คุณลากคุณดึงอยู่นั้นแหละ ก็เลยต้องยอมให้เอา ก็บอกว่าเอาๆ รีบเอา จะจบเวลานะ กำหนดไว้ 20 นาที ก็ต้อง 20 นาที ถ้าเกินระวังตกเตียงนะ” (ผู้ติดเชื้อเพศหญิงอายุ 35 ปี อาชีพรับจ้าง)

“หนูไม่รู้ว่าจะถึงหรือไม่ถึง พอเขาเสร็จเราเพิ่งจะรู้สึกว่ามีอารมณ์ เขาอยากให้เราทำให้เราก็กทำตามที่ต้องการ พอเราเริ่มมีอารมณ์เขาก็หลับเขานอนก็ต้องจบเราก็กถามเขาว่าเสร็จไม๊ ถ้าไม่เสร็จก็ทำให้ต่อ บางครั้งก็ไม่แน่ใจว่าเขาเสร็จไม่เสร็จ คือ สัญชาตญาณเราก็กู้ บางครั้งเราไม่รู้เราถามเขาเขาก็ไม่ตอบ กลางคืนก็ไม่มีไฟไม่รู้ว่ามีน้ำเขาพุ่งไม่เขาไม่เคยจบหนู” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 34 ปี อาชีพทำนาและรับจ้าง)

“ผมคิดว่าผมพอใจรับส่วนภรรยาไม่รู้รับไม่เคยถามเขา ไม่เคยสังเกตด้วยว่าถึงมัยแต่คิดว่าจะถึงผมเนี่ยถึงทุกครั้งผมเสร็จผมก็หยุด” (ผู้ติดเชื้อชาย อายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

“ก็มีความสุขกับเพศสัมพันธ์ทั้ง 2 ฝ่าย แต่แตกต่างกันที่สามีอายุน้อย แค่ 20 ปีมีความต้องการทางเพศทุกวันแต่บางทีตัวเองป่วยก็ไม่อยากทำแต่ต้องฝืนทำ “สามีต้องการมีเพศสัมพันธ์ ทุกวันเลยแต่บางครั้งตนเองไม่ต้องการ แต่ก็ต้องยอม ถ้าไม่ให้เขาทำก็ไม่แล้วกลัวเขาไปมีคนอื่น” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 38 ปี อาชีพขายบริการทางเพศ)

“ระหว่างที่กำลังมีอะไรกันเนี่ย ถ้าเราคิดไปถึงเรื่องเอดส์ มันก็ไม่เหมือนเดิม เรานึกถึงแบบแต่ก่อน มันยังไกลตัวเรา แต่ก่อนมีความสุขทั้งกายทั้งใจ บางครั้งมันเจ็บปวดใจ แบบไม่เคยคิดว่ามันจะเป็น บางครั้งมันก็คิดในระหว่างกำลังมีอะไรกัน แต่เป็นตัวเรานะคะ ไม่ใช่ตัวแฟน แฟนเขาก็มีความสุขของเขา ถ้าเราคิดจะไม่ถึงซักครั้ง เรานึกภาพ แต่เขาก็เสร็จแล้ว” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 38 ปี อาชีพขายบริการทางเพศ)

“ผิวเก่าหนู เขาไม่ใส่ใจหนูเลย มีแต่กินเหล้า เล่นไพ่ และเวลาเมาหรืออารมณ์ไม่ดีมาก็มาตบตีหนู หนูอยู่กับเขาหนูไม่มีความสุขเลย เข้ากันไม่ได้ เรื่อง Sex ไม่ดีเลย เราไม่อยากมีอะไรกับเขาหรอก เขารู้แต่เขาบังคับเราให้เรายอมเขา เราก็กยอม เพราะถ้าไม่ยอมก็โดนตบตีอีก หนูก็ทำ ๆ ไปให้มันเสร็จ ๆ ไม่มีอารมณ์ด้วยเลย เขาต้องการบ่อยมาก แต่เราเฉย ๆ ช่วงแรก ๆ ก็เกือบทุกวัน พอมีลูกก็ห่าง ๆ หน่อย แต่พอหลังคลอดเขาก็บังคับเรา เราไม่ยอมเพราะเราไม่อยากรับเชื้อเพิ่ม แต่เขาก็ใช้กำลังบังคับเรา และเขาฝังมูกที่อวัยวะเพศเขาด้วย เราเจ็บเวลามีอะไรกัน เราไม่อยากมีเราเบื่อหน่ายมาก แต่ก็ต้องยอม เพราะถ้าไม่ยอมเขาก็บังคับและใช้กำลังตบตี” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

3. มุมมองของการได้รับยาต้านไวรัสต่อเพศสัมพันธ์ มีทั้งเชื่อว่ายามีผลต่อเพศสัมพันธ์ในทางที่ดีขึ้น ในทางลดลง และไม่มีผลต่อเรื่องเพศสัมพันธ์เลย กรณีที่มองว่าการได้รับยาต้านไวรัสแล้วมีผลดีต่อสุขภาพทางเพศ อธิบายโดย ความรู้สึกทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น รับยาแล้วทำให้เต้านมขยายใหญ่ขึ้นในฝ่ายหญิงซึ่งทำให้



สามีชอบและฝ่ายชายมีความรู้สึกทางเพศมากขึ้น ส่วนมุมมองในแง่ที่ว่ายาต้านไวรัสส่งผลทำให้สุขภาพทางเพศลดลง ผู้ติดเชื้ออธิบายว่า ยาทำให้อ่อนเพลีย ง่วงนอน ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงหลังยาออกฤทธิ์ นอกจากนี้ก็ยังมองว่ายามีผลต่อระดับความคิดความรู้สึกตัวทำให้มีงง คิดไม่ค่อยออก หลงลืมง่าย ในด้านที่ว่ายาต้านไวรัสไม่มีผลต่อเพศสัมพันธ์นั้น เชื่อว่า การรับประทานยาไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในเรื่องเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงอยู่ที่จิตใจมากกว่า ว่าจะต้องการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

ผู้ติดเชื้อมีมุมมองต่อยาต้านไวรัสเอดส์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ยามีต่อร่างกาย จึงไม่สามารถสรุปมุมมองของยาต้านไวรัสต่อเพศสัมพันธ์เป็นลักษณะเดียวได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน

ตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ป่วย

อาการดีขึ้นต้องการมีเพศสัมพันธ์

“ตอนที่รู้ใหม่ๆ ว่าเป็นเอดส์ไม่กลัวมีเพศสัมพันธ์เลยเพราะกลัว ไม่รู้ว่าทำได้หรือไม่ ต่อมาเมื่ออาการและโรคเริ่มดีขึ้น ไม่มีความต้องการทางเพศเลย แต่เมื่อเราได้รับประทานยาอาการดีขึ้นเราก็มามีความต้องการทางเพศเช่นเดียวกันกับผู้ชายทั่วไปที่ต้องการมีพฤติกรรมทางเพศโดยตนเองเริ่มมีเพศสัมพันธ์ใหม่อีกครั้ง” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 38 อาชีพทํานา)

“ยาทำให้ผมใหญ่ขึ้นก็ดีค่ะ ชอบ ตอนแรกก็คิดว่าเรานมใหญ่อยู่คนเดียว พอถามคนอื่นเขาก็ถามใหญ่ขึ้นเหมือนกัน นมใหญ่ขึ้นก็กระตุ้นเช็กซ์ดีค่ะ ก็ดี ชอบ ช่องคลอดก็ดี ปกติดี สามี ผัวหนูก็ชอบนะค่ะ หนูก็มีความสุขดี รู้สึกคุณภาพชีวิตดีขึ้นพอร่างกายแข็งแรงขึ้น ก็ทำให้ความต้องการทางเพศเรามากขึ้น หนูก็พอใจ” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

ยาต้านไวรัสทำให้เพศสัมพันธ์ลดลง

ในมุมมองที่สะท้อนว่ายาต้านไวรัสมีผลทำให้การมีเพศสัมพันธ์ลดลงนั้น เนื่องจากมีความต้องการทางเพศลดลงจากร่างกายอ่อนเพลีย ตัวอย่างคำพูดของหญิงรายหนึ่ง กล่าวไว้

“กินยาแล้วก็ไม่อยากมีอะไรกับแฟน รู้สึกว่ายา มันทำให้รู้สึกเหนื่อย เมื่อยล้า ง่วงนอน กินแล้วอยากนอน

อย่างเดียว” (ผู้ติดเชื้อชายอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

นอกจากนี้ยังมีมุมมองที่เกิดจากประสบการณ์ส่วนตัวคือ การรับประทานยาต้านไวรัสมีผลทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง

“รู้สึกว่ายากินยาแล้ว มันจะไม่ค่อยแข็งตัว ผมก็สังเกตอยู่นะครับ ไม่รู้ว่าคิดเป็นหรือเปล่า แต่มันเป็นหลังจากกินยานะครับ ผมสังเกตดู” (ผู้ติดเชื้อชายอายุ 41 ปี อาชีพว่างงาน)

“กินยาแล้วรู้สึกว่าแตกต่างครับ เป็นแบบว่าอยู่ด้วยกันนะครับ ความต้องการทางเพศมันไม่ขึ้นนะครับ ของมันไม่ขึ้น” (ผู้ติดเชื้อชายอายุ 39 ปี)

ยาต้านไวรัสไม่มีผลต่อเพศสัมพันธ์

มุมมองในประเด็นนี้ค่อนข้างกว้างขวาง ทั้งหญิงและชายมองว่า การกินยาต้านไวรัสไม่มีผลทำให้พฤติกรรมทางเพศ/ สมรรถนะทางเพศ หรือ ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป แต่ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ และการปฏิบัติตัวต่อกันทั้งในยามปกติและไม่สบาย การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย เชื้อสู่ผู้อื่นเกิดจากการไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น

“หนูคิดว่าไม่เกี่ยวกันนะค่ะ ยาไม่เกี่ยวกับเช็กซ์เลยค่ะ เพราะอารมณ์ความต้องการหนูก็ปกติอยู่แต่คิดว่ายาจะมีผลต่อสมองค่ะ เพราะรู้สึกสมองเบลอๆ แต่ก่อนความคิดความจำดีอยู่แต่เดี๋ยวนี้พูดผิดบ่อยๆ เป็นบ๊องๆ เป็นเอ๋ๆ เบลอๆ สามีก็ว่าอยู่แต่ก็ยังดีที่ไม่ลืมกินยาเลย เพราะเขาจะถามบ่อยๆ ว่ากินยาหรือยัง เขาเอาใจใส่เราดีอยู่ คือ ยาจะทำให้ดีไปรื้อสูงขึ้น ยาไม่เกี่ยวกับเช็กซ์เลยค่ะ” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

“คิดว่ายาไม่น่าเกี่ยวนะ ไม่เกี่ยวกับยาจำ มันอยู่ที่ใจหนูมากกว่า หนูไม่มีอารมณ์” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 35 ปี อาชีพรับจ้าง)

“ยาต้านไวรัสไม่มีผลเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงหรอกค่ะ ไม่เกี่ยวค่ะ ขึ้นกับว่าเขาเล้าโลมไม่ ถ้าเล้าโลมก็โอเค เขาจะเริ่มเขาจะเป็นคนเริ่มก่อน เขาจะมากอด จะมาจับนม มาจับอวัยวะเพศ จากนั้นก็เป็นเราทำให้เขา พออวัยวะเพศเขาแข็งตัวเขาก็ให้เราทำต่อ” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 35 ปี อาชีพทํานา)



“ผมว่าไม่แตกต่างกันครับ เพราะว่าผมยังมีความต้องการสูงเหมือนเดิมนะ ก่อนกินยาที่ต้องการมากช่วงเป็นวัยรุ่นยังต้องการมาก หลังกินยาที่ต้องการมากอยู่เหมือนเดิม ผมคิดว่ายากี๋มีผลอยู่บ้างก็ตรงด้านความแข็งแรงของร่างกายไม่เหนียวง่ายเหมือนเดิมถ้าเราแข็งแรงดีเราจะต้องการเหมือนเดิม” (ผู้ติดเชื้อชายอายุ 38 ปี อาชีพทำนาและรับจ้าง)

4. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อชายมักจะเป็นผู้นำในการมีกิจกรรมทางเพศ เป็นผู้ควบคุมและตัดสินใจว่าเพศสัมพันธ์จะมีความปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติภูมิหลัง และความรู้สึกที่ค้างคาใจ ส่วนมากจะเกิดขึ้นอย่างตั้งใจ

4.1 การแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น พฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น จะเป็นทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการสวมถุงยางอนามัย การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ซึ่งมีหลากหลายตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมทางเพศของชายต่อการแพร่กระจายเชื้อขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อคู่นอนว่าเป็นคนไม่ตีสมควรรับเชื้อเพิ่ม ความโกรธแค้นที่ยังฝังอยู่ในใจของผู้ติดเชื้อชายที่ได้รับเชื้อมาจากหญิงบริการ ทำให้มีทัศนคติต่อหญิงบริการหรือหญิงที่“รักสนุก” ว่าเป็นคนไม่ดี สมควรได้รับเชื้อเอชไอวี

ตัวอย่างคำพูด

ความสนใจสำหรับคนไม่ดี

“เอาเข้าไปแล้วมีแต่ความสนใจ มีความสนใจหน้า ก็อีนั่น อีนีมันไม่ดี มันถึงมาขายตัว มันก็ไม่ได้เหมือนกัน ผมมีแต่ความสนใจที่ได้เอาเชื้อไปใส่เขา”

“ใส่กระโปรงสั้น ๆ เดี่ยวใจเย็น ๆ นะ ขอหนูกินเหล้าให้เมา ๆ ก่อน พวกพี่มีที่คั่น หนูรับได้หมดทุกคน ไม่ต้องห่วงว่าจะไม่ได้นอนกับหนู หนึ่งต่อห้า ต่อหก ต่อสิบ ก็เอานะ ผู้หญิงสมัยนี้ ก็นอนกับทุกคนนั่นแหละ ขอให้หนูได้กินเหล้า ให้หนูได้สนุกก่อน ขนาดนั้นเขียวนะครับ เขาเก่งขนาดนั้นเขียวนะผู้หญิงนี้ ก็เรียดิวกันมาเลย ผู้ชายจะใส่ถุงยาง ไม่ใส่ ก็แล้วแต่ เรื่องของผู้ชาย” (ผู้ติดเชื้อชายกล่าว)

ลองใจคู่นอน

“ผมอยากลองดูใจผู้หญิง เพราะว่าเขาก็รู้เหมือนกัน เขาก็เป็นอาสาสมัครเนี่ยแหละครับ ผมอยากทดสอบดู ตอนแรกเขาก็เป็น ชัด ๆ แต่ก็ยอม เขาบอกว่าเชื่อมั่นจะดีอย่า ผมก็บอกว่า อยากทดสอบดูใจเฉย ๆ ตอนนั้นก็มึนงงอยู่อย่างนั้น ตั้งใจไม่ใส่เองครับ” (ผู้ติดเชื้อชายอายุ 35 ปี)

ความเชื่อเก่าที่ไม่ใส่ถุงยางอนามัย

กลุ่มตัวอย่างชายหลายคนยังมีทัศนคติต่อการสวมถุงยางอนามัยว่าที่ไม่สวมนั้นต้องการความเป็นธรรมชาติในการร่วมเพศ โดยไม่มีถุงยางอนามัยมาขัดขวาง เช่น คำกล่าวของผู้ติดเชื้อชาย

“แต่สำหรับผม ๆ เป็นคนไม่ชอบใส่รู้สึกมันไม่มีรสชาติ ถึงแม้ว่าผมจะใส่ถุงยางอนามัยผมก็หยิกให้มันแตก ฉีกปลายถุงให้มันแตกออก ให้มันขาด”

“มันไม่ถนัด ไม่อยากใส่ถ้าเขาบอกให้ใส่ผมก็ใส่ เขาก็ตายใจ ผมก็จะฉีกปลายถุงยางให้มันแตกก่อนค่อยเอาผมก็แอบฉีกให้มันขาด เพราะผมไม่ถนัดนี้ครับ”

จะรับเชื้อหรือไม่ลูกคำตัดสินใจเอง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีอาชีพบริการจะไม่ปฏิเสธชายที่เลือกจะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และตนเองติดเชื่อแล้วจึงไม่มีความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ เพราะเมื่อแนะนำให้ “แขก” ใช้ถุงยางอนามัยแล้ว หากแขกตัดสินใจเองว่าไม่ใช้ก็จะไม่รู้สึกผิดหรือต้องรับผิดชอบ หากชายจะติดเชื้อจากตนเอง โดยจะไม่บอกแขกว่าตนเองติดเชื้อ

“หนูจะบังคับให้ผู้ใช้บริการใส่ถุงยางทุกครั้ง แต่หากผู้ใช้บริการไม่ยอมจริง ๆ ก็จะให้คนคุมหน้าห้องมาคุยกับผู้ใช้บริการว่าเป็นกฎที่ต้องใส่ถุงยางอนามัยจริงจะยอมให้ร่วมเพศ แต่ถ้าไม่ยอมจริง ๆ ก็ตามใจเขาเพราะเราอยากได้เงินโดยเฉลี่ยแล้วหากมีผู้ที่มาใช้บริการ 10 คน จะมีคนที่ไม่ยอมใส่ถุงยางประมาณ 2 คน”

“ถ้าจะบังคับให้เขาใส่จริง ๆ ก็ใส่ถุงยางก็ใส่เพื่อคุมกำเนิดช่วงแรกที่ขายบริการ แต่ตอนนี้ทำมันแล้ว ผู้รับบริการจะใส่หรือไม่ใส่ถุงยางอนามัยก็ได้ เพราะถ้าเข้ามา ๆ เขาจะสงสัยว่าเราติดเชื้อ”



“ไม่เคยบอกคุณอนคนไหนเลยว่าเราติดเชื้อเอดส์ เพราะเราหาเงินถ้าบอกเขาก็ไม่มาเที่ยว”

“ไม่กลัวว่าคนอื่นจะติดจากเราหรอกเพราะเราบังคับให้เขาใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง แต่ถ้าเขาไม่ยอมใส่ก็แล้วแต่เขาเพราะเราถือว่าได้บอกแล้ว แต่เขาไม่ยอมใส่เอง” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 38 ปี อาชีพขายบริการทางเพศ)

4.2 การรับเชื้อเพิ่ม สำหรับหญิงไทย ยังคงเป็นฝ่ายรองรับการกระทำและการตัดสินใจของชายที่จะใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ ผู้หญิงจะใช้อารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อชายเป็นเหตุผลที่สมยอมต่อการกระทำของชายไม่ว่าฝ่ายชายจะตัดสินใจอย่างไร ความรู้สึกของฝ่ายหญิงจึงมีทั้งเห็นใจ สงสาร อยากให้คู่สามีมีความสุข นอกจากความรู้สึกดังกล่าวแล้ว ฝ่ายหญิงก็ยังมีความหวาดกลัวว่าสามีจะทุบตีหรือจะโกรธและทำร้ายจิตใจด้วยคำพูดรวมถึงการยอมตามใจฝ่ายชายเพื่อให้เป็นที่พอใจของฝ่ายชาย ซึ่งทัศนคติดังกล่าวล้วนแต่ส่งผลต่อพฤติกรรมการได้รับเชื้อเพิ่มทั้งสิ้น

ตัวอย่างคำพูดของผู้ติดเชื้อหญิง

บังคับให้รับเชื้อเพิ่ม

“ถ้าไม่ยอมเขาก็ใช้กำลังบังคับ เราก็กู้เขาไม่ได้ก็ต้องยอมเขา” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

“ใส่ถุงยางอนามัยให้เขาโดยใส่เวลาแข็งตัวแต่สามีมักดึงออก” (อายุ 35 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป)

“พอหลังคลอดเขาก็บังคับเราไม่ยอมเพราะเราไม่ยอมรับเชื้อเพิ่ม แต่เขาก็ใช้กำลังบังคับเรา และเขาฝังมูกที่อวัยวะเพศเขาด้วย เราเจ็บเวลาจะมีอะไรกัน เราไม่ยอมมีเราเบื่อหน่ายมาก แต่ก็ต้องยอม เพราะถ้าไม่ยอมเขาก็บังคับและใช้กำลังตบตี (กับสามีเก่า)”

“(กับสามีเก่า) ไม่เคยใส่เลย เขาบอกไม่เกิดอารมณ์ จะใส่ไปทำไม เราก็บอกกลัวเขื่อนมันตื้อกัน เขาก็ไม่ฟัง ใช้แต่กำลังบังคับเราก็กู้เขาไม่ได้ก็ต้องยอมเขา แต่คนที่ 2 กับผัวใหม่หนู ใส่ถุงยางอยู่นะคะ เพราะไม่มั่นใจ กลัวมันกลายพันธุ์เป็นแบบอื่น และเขาก็ยังแข็งแรงอยู่ เขายังไม่ได้กินยาต้านเหมือนหนู ก็ป้องกันอยู่ค่ะ” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย)

เขาก็ต้องยอม

“จริง ๆ แล้วไม่เชิงว่าไม่ใช้ค่ะ คือแฟนแกเมา ค่ะ แล้วมันเสร็จยาก หนูใส่ให้ 3-4 ครั้งเขาก็ถอดออก

ถอดออก มีความรู้สึกว่ามันก็เท่ากับไม่ได้ใช้ ไม่ได้ใส่ถุงยางนะคะ สุดท้ายเขาก็เสร็จโดยไม่ใส่ถุงยางเลย โดยส่วนใหญ่สาเหตุมาจากเขาเสร็จยากเพราะเมาเหล้า แต่ถ้าหากไม่ได้เมาใช้ทุกครั้งคะ 10 ครั้งไม่ได้ใช้ซักประมาณ 3 ครั้ง ได้คะที่ไม่ได้ใช้”

รู้สึกน้อยใจที่บอกคู่สามีไม่ได้

“เวลาเขาถอดออกนี้ก็น้อยใจคะ เหมือนกับว่าเราเป็นผู้หญิงเราไม่มีสิทธิ์ต่อรองกับสามีเรื่องนี้ก็ทำอะไรไม่ได้ คือเราใส่ให้ก็ครั้งก็ถอดออก ก็ปล่อยเขาหนะคะ” (ผู้ติดเชื้อหญิงอายุ 34 ปี อาชีพทํานาน)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ยังคงมีความต้องการทางเพศ โดยเฉพาะเพศชายเมื่อมีความต้องการทางเพศแล้วต้องได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งจากคู่สามีที่เป็นหญิงจารและขาประจำ มุมมองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงมีความคล้ายคลึงกันที่มองว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นหน้าที่ของชายที่สมบูรณ์และเป็นหน้าที่ของหญิงที่เป็นภรรยาหรือคู่สามีที่จะต้องตอบสนองความต้องการของฝ่ายชายและทำหน้าที่อื่น ๆ ในฐานะของภรรยา โดยคำนึงถึงความสุขของฝ่ายชายเป็นหลัก แสดงให้เห็นถึงบทบาททางเพศของผู้หญิงไทยที่ยังอยู่ภายใต้อำนาจความเป็นเพศชายตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยส่วนหนึ่งมาจากในสภาพสังคมไทย ผู้หญิงยังอยู่ในฐานะภรรยาและแม่ซึ่งถูกคาดหวังโดยสังคมที่เกี่ยวกับการดูแล ปรนนิบัติสามีเพื่ออำนวยความสะดวก ความผาสุกของคนในครอบครัวจนบางครั้งไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของการช้เมฆภรรยาจากความไม่เท่าเทียมกันระหว่างอำนาจของสามีกับภรรยา^{12,13}

ประเด็นที่น่าสนใจคือแม้ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ทุกรายจะได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์โดยการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและการแลกเปลี่ยนเชื้อจนทำให้เพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และเกิดภาวะดื้อยาด้านไวรัสเอดส์ แต่กลับพบว่า มีผู้ติดเชื้อเพียง



ส่วนน้อยเท่านั้นที่ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และมีหลายคนที่ไม่ได้ใส่ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพราะมองว่ามีคู่ของคนเดียวคือสามี หรือภรรยา และหลายคนก็ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยกับทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาผู้ติดเชื้อมีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 45.7¹³ โดยการตัดสินใจที่จะใส่หรือไม่ใส่ถุงยางอนามัยนั้นเป็นอำนาจในการตัดสินใจของเพศชาย โดยเหตุผลที่เพศชายไม่ใส่ถุงยางอนามัย คือ ความเชื่อที่ว่า การใส่ถุงยางอนามัยทำให้ความพึงพอใจทางเพศลดน้อยลงกว่าการไม่ใส่ถุงยางอนามัย หรือการที่ต้องการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ให้แก่หญิงที่เขาคิดว่าเป็นคนไม่ดี เพศหญิงพบว่าพฤติกรรมทางเพศมักจะทำเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของคู่ของตนเพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี มีคนคอยดูแลปกป้อง แม้ว่าตนเองจะไม่มีความต้องการทางเพศก็ตามหรืออยู่ในช่วงที่ตนเจ็บป่วยหากคู่ของตนมีความต้องการก็จะต้องมีการตอบสนอง แม้ผู้ติดเชื้อหญิงทุกรายต้องการให้คู่ของตนใส่ถุงยางอนามัย แต่คู่ตนเองไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัยไม่สามารถต่อรองได้ เนื่องจากคู่ตนเองมักถอดถุงยางอนามัยกลางคัน โดยเฉพาะเวลาเมา ไม่กล้าที่จะต่อรองให้คู่ตนเองใส่ถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้แก่ครอบครัวและสังคม^{5,14,15,16}

ผลการวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแก่ผู้ติดเชื้อเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมด โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรค การดูแลสุขภาพ การป้องกัน/การใช้ถุงยางอนามัย และบางคนเป็นแกนนำในการให้ความรู้กับผู้ติดเชื้ออื่นด้วย ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีความรู้แต่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ อันเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเพศชายหลายคนมีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการใส่ถุงยางอนามัย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้มองเห็นภาพของทัศนคติและภูมิหลังที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ชัดเจน

สรุปจากผลการศึกษาสามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่มสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงผลกระทบของการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ยังเกิดขึ้นมากในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ถึงแม้ว่ามีการให้ความ

รู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยการรับประทานยาต้านไวรัส และการติดตามการรักษาที่ได้ผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่ยังมีความรู้บางด้าน โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ที่ให้ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมดทำให้การแพร่ระบาดก็สามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าสาเหตุหลักในการติดเชื้อเป็นเรื่องของเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.6¹⁰ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนารูปแบบในการลดพฤติกรรมดังกล่าวโดยต้องมีความร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายทั้งนี้เนื่องจากส่วนมากแล้วฝ่ายหญิงไม่มีอำนาจในการที่จะต่อรองการใส่หรือไม่ใส่ถุงยางอนามัยต้องเกิดจากทัศนคติที่ดีต่อการใส่ถุงยางอนามัยของทั้งสองฝ่าย ดังนั้นการพัฒนากลยุทธ์ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจึงควรเน้นการสร้างความเข้าใจระหว่างคู่ตนเอง และปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่มสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงผลกระทบของการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ยังเกิดขึ้นมากในกลุ่มผู้ติดเชื้อถึงแม้ว่ามีการให้ความรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยการรับประทานยาต้านไวรัส และการติดตามการรักษาที่ได้ผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่ยังมีความรู้บางด้าน โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ที่ให้ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมดทำให้การแพร่ระบาดก็สามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบในการลดพฤติกรรมดังกล่าวโดยต้องมีความร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายทั้งนี้เนื่องจากส่วนมากแล้วฝ่ายหญิงไม่มีอำนาจในการที่จะต่อรองการใส่หรือไม่ใส่ถุงยางอนามัยต้องเกิดจากทัศนคติที่ดีต่อการใส่ถุงยางอนามัยของทั้งสองฝ่าย ดังนั้นการพัฒนากลยุทธ์ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจึงควรเน้นการสร้าง ความเข้าใจระหว่างคู่ตนเอง และปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ติดเชื้อทุกคนที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าทางวิชาการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกติดเชื้อของโรงพยาบาลที่อำนวยความสะดวกในกระบวนการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ วันที่ 31 ตุลาคม 2553. [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2553]. จาก <http://203.153.220.217/aids/statistics>
2. สำนักงานโรคเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถิติผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 21 ตุลาคม 2552]. จาก <http://www.aidthai.org/arrv03.html>
3. Frank KO, Blundo R, Brabant S. HIV-Infected woman in Louisiana: psychosocial consideration. *AIDS Patients Care* 1995; 9(6): 111-120.
4. ภูริชญา บุรินทร์กุล, วารุณี ฟองแก้ว, พูนทรัพย์ โสภารัตน์. การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *พยาบาลสาร* 2550; 34(1): 143-153.
5. ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ. ชะตาชีวิตของผู้เป็นโรคเอดส์หญิง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดลสำนักพิมพ์แสงแดด; 2538.
6. Mark DC, Guimaraes, et al. Behavior Surveillance: Prevalence and Factors Associated with High-Risk Sexual Behavior Among HIV-Infected Men in Brazil in the Post-HAART Era. *AIDS Behavior* 2008; 12: 741-747.
7. Chin-Hong PV, Deeks SG, Liegler T, Hagos E, Krone MR, Grant RM, et al. High-risk sexual behavior in adults with genotypically proven antiretroviral-resistant HIV-infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 40: 463-71. doi: 10.1097/01.qai.0000162238.93988.0c.
8. Bouhnik A, Preau M, Lert F, Peretti-Watel P, Schiltz M, Obadia Y, et al. Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: Evidence from a large representative sample of individuals attending outpatient services in France (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007; 21: S57-S62.
9. UNAIDS/WHO. Worldwide HIV & AIDS Statistics. [online] 2006 [cite 2006 August 28]. Available from: <http://www.avert.org/worldstats.htm>
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์. [online] 2006 [cite 2006 August 28]. Available from: <http://www.epi.moph/epi32/aids.html>
11. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ผู้หญิงอีสานกับการเผชิญปัญหาเอดส์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ 13 มิถุนายน 2539 ณ โรงแรมเอสดีอเนวิว กรุงเทพฯ; 2539.
12. เกสร ศรีพิชญการ. การชมเชยภรรยา: ความอยู่ดีมีธรรมที่สตรีไทยเผชิญอยู่. *พยาบาลสาร* 2543; (4): 33-46.
13. ศิวิล แก้ววิจิตร. พฤติกรรมทางเพศและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ในจังหวัดนครราชสีมา (การศึกษากายวิภาค). *มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*; 2548.
14. Carlo Signorelli, et al. Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behavior in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *European Journal of Public Health* 2006; 16(5): 498-504.
15. นิภาพร หอมหวล, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. การจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2550; 25(3): 21-33.
16. สมพงษ์ โพธิ์บัด, พนิษฐา พานิชะวะกุล, ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2551; 26(1): 29-36.



Overviews on Sexual Intercourse of HIV Infected People Taking Anti-Retroviral Drugs: Duty or Happiness

Darunee Rujkorakarn Ed.D.*

Prapaporn Meena M.N.S.**

Jaruwan Kownaklai M.N.S.**

Suwadee Jandekrayom M.N.S.**

Kanokjan Khamenkhan M.N.S.**

Suttine Piyasuwan M.N.S.**

Katemukda Jansiri B.N.S.***

Abstract

This research concerned overviews on sexual intercourse of HIV infected people taking Anti-Retroviral drugs. Research was conducted by interview with 20 persons currently being treated in an HIV clinic in the northeastern region of Thailand. Interview data were tape recorded and verbatim transcribed for content analysis.

Research findings showed that men viewed a sexual intercourse as a good husband's duty while women viewed it as a wife's duty to fulfill her husband's sexual need and happiness. Effects of the ARV drugs differed between individuals. In some cases, those infected reported that the ARV drugs caused them to feel weaker and more tired and therefore less inclined to engage in sexual intercourse. On the other hand, some found that, through improving their general health, ARV drugs caused them to be more likely to engage in sexual intercourse. Some reported no effect on the desire for sexual intercourse. With regard to use of condoms, women considered that they could not refuse sexual intercourse irrespective on the use of condom, as sexual intercourse was their duty. On the contrary, men considered that the issue was their own happiness, whether or not a condom was used. The findings in this research demonstrate overviews of women and men on their own power control over sexual practice regardless of the use of ARV drugs and safe sex practice. This will be useful for married counseling and to design a safe sex practice measurement of HIV couples.

Keywords: sexual relation, AIDS, anti-retroviral drugs

*Associate Professor and Dean, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Lecturer, AIDS Unit Research, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Registered Nurses, Professional Level, Mahasarakham Hospital



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น

สุนิตย์ โพธิ์จันทร์ กศ.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ ทีมพัฒนาระบบการดูแลจำนวน 14 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 15 คน และกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 50 คน ดำเนินการวิจัยเริ่มตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2551 ถึง กุมภาพันธ์ 2553 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุปข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ผลวิจัยการพัฒนาก็ได้แนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับสูง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยได้แก่ ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงจาก 7.0 วัน เป็น 4.2 วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาด้วย Streptokinase จาก 126.0 นาที เป็น 29.0 นาที อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากร้อยละ 4.4 เป็น 0 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.0 เป็น 95.8 และจากการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายเมื่อครบ 1 เดือน พบว่า กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเล็กสุขุมบุรุษได้ทั้งหมด มีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น และมีระดับไขมันในเลือดลดลงได้ถึงร้อยละ 80.0 ปัจจัยของความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลแบบจัดการรายกรณี ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันและประสานงานการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI การจัดการรายกรณี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉินจากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ เป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹ จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยปี 2549 พบอุบัติการณ์ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคิดเป็น 232.68 ต่อประชากร 100,000 คน

และเพิ่มสูงเป็น 276.83 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2551 ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่ม ACS ทั้งหมดนี้พบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (S-T Elevated Myocardial Infraction) คิดเป็นร้อยละ 40.9 และพบจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 15.9²

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นโรคที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง³ เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคนี้คือผู้ป่วยระยะเฉียบพลันต้องได้รับยาละลาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น



ล้มเลือดภายใน 30 นาทีแรก เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาที ถึง 6 ชั่วโมงจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง และหากนานกว่า 6 ชั่วโมงโดยไม่ได้รับการรักษาเลยจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร³ ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้น ต้องการทีมดูแลรักษาที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นและปลอดภัยจากภาวะทุพพลภาพอันเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยที่สุด เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถช่วยเหลือตนเองเพื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ช่วยลดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และอาจลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ด้วย²

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับศูนย์ชั้นนำแห่งหนึ่งในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สำคัญคือ หน่วยบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านการบาดเจ็บ ระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรอดชีวิตหรือรอดจากความพิการจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548-2550 พบผู้ป่วยจำนวน 298; 286 และ 316 รายตามลำดับและพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 25, 20 และ 22 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลขอนแก่น) จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่ม STEMI มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเกิดขึ้นกับคนวัยทำงาน ผลลัพธ์ที่ตามมาจึงเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของคนวัยทำงาน ซึ่งส่งผลถึงสภาพเศรษฐกิจในระดับประเทศ ข้อมูลที่กล่าวมานี้ได้ส่งผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลมีการทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มเติม ซึ่งพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเดิมที่ดำเนินการอยู่นี้มีหลายจุดที่ต้อง

พัฒนาแก้ไขปัญหา อาทิ เช่น ระบบการดูแลและการจัดระบบบริการพยาบาล การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ อันส่งผลต่อคุณภาพของการบริการได้แก่ความล่าช้าของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดนับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Door to Needle Time) เท่ากับ 126 นาที ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่าผู้ป่วยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที³ และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 77 เท่านั้น

ความก้าวหน้าทางการพยาบาลของประเทศในเอเชียในปัจจุบันได้ส่งผลให้มีการพัฒนาการบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษายาบาลให้เหมาะสม มีการนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในคลินิกเพิ่มมากขึ้น⁴ แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการดูแลที่สำคัญที่จัดให้มีขึ้นในระบบบริการ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดการสูญเสียเปล่า มีค่าใช้จ่ายการรักษายาบาลที่เหมาะสม ระบบการจัดการรายกรณีมักจะนำมาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีความซับซ้อนในการบริหารจัดการ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่กระบวนการของการจัดระบบการจัดการรายกรณี จะต้องอาศัยแรงผลักดันและความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย^{5,6,7}

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และคุณภาพดีเยี่ยมในการบริการ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดได้ตระหนักถึงปัญหาและมองเห็นความสำคัญของคุณภาพการบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้ริเริ่ม จัดการและกำกับให้มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสานกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมุ่งพัฒนาการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีอัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายสูง อันจะนำ



ไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน เกิดความสมดุลระหว่างคุณภาพการดูแลกับค่าใช้จ่ายในการดูแล รวมทั้งความสมดุลระหว่างความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลขอนแก่น ในหน่วยบริการ 2 แห่ง ได้แก่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยระยะเวลาศึกษาวิจัยเริ่มตั้งแต่สิงหาคม 2551 ถึง กุมภาพันธ์ 2553 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 1 ปี 7 เดือน ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU) ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พยาบาลที่ได้รับคัดเลือกเป็นผู้จัดการรายกรณี พยาบาลระดับปฏิบัติการ เภสัชกร นักโภชนาการ และพยาบาลจิตเวช จำนวนทั้งสิ้น 14 คน ทำหน้าที่เป็นทีมพัฒนาระบบการดูแล
2. ผู้ร่วมวิจัยหลัก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การตรวจคลื่นหัวใจแสดงถึง ST Segment ยกสูง อย่างน้อย 2 Wave ใน 1 Lead และระดับ Cardiac Enzyme สูงกว่าปกติ จำนวน

15 คน และ 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจำนวนทั้งสิ้น 50 คน ทั้งสองกลุ่มมีส่วนร่วมในระบการทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การศึกษาประวัติข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียน การสอบถามด้วยแบบสอบถาม และวิธีการเชิงคุณภาพคือการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึ่งใช้โปรแกรม STEMI Registry Version 12 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลขอนแก่น 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยดัดแปลงจากแบบประเมินของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁸

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และได้รับการรักษาโดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการระหว่างสิงหาคมถึงธันวาคม 2551 โดยใช้การศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน จำนวน 72 ฉบับ การสนทนากลุ่มบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 10 คน นำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้นำในการจัดเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลการจัดการรายกรณีในระยะต่อไป

2. ระยะดำเนินการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2552 โดยมีการประชุมเพื่อ



สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ในผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย สรุปสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พร้อมทั้งระดมความคิดเห็นในการวางแผนออกแบบระบบการดูแลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดย 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase 3) จัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของทีม 4) กำหนดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานในทีม

3. **ระยะประเมินผล** มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการระหว่าง เดือน สิงหาคม 2552 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะและผลของการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามระยะต่าง ๆ ของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2550 จำนวน 72 ฉบับ พบว่า อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.7 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 4.4 ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอดโรงพยาบาลเท่ากับ 7 วัน ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งเท่ากับ 26,120 บาท ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ พบร้อยละ 12.5 ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase เท่ากับ 126 นาที และร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเท่ากับ 77 เพราะได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจในการให้ยา Streptokinase จากการวิเคราะห์ระบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase สามารถสรุปภาพรวมออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) **ด้านผู้ให้บริการ** พบว่าผู้ป่วยจะอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นหลัก ทีมวิชาชีพอื่น ๆ จะเข้ามามีส่วนร่วมเฉพาะในผู้ป่วยรายที่มีการส่งปรึกษาเท่านั้น ทำให้แต่ละวิชาชีพทำงานดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วน ทีมที่ให้การดูแลรักษามีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน และมีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์แตกต่างกัน มีภาระงานมาก ทำให้บางครั้งไม่สามารถเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีปัญหาของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ยังไม่เพียงพอ

2) **ด้านผู้ใช้บริการ** พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษาได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ครบถ้วน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค ขาดการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการล่าช้า

3) **ด้านการปฏิบัติการดูแล** พบว่า แนวทางการรักษามีความหลากหลาย แนวทางปฏิบัติขาดการกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจนของทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยมีระยะวันนอนที่แตกต่างกันตั้งแต่ 3 - 7 วัน จำนวนเตียงในหอผู้ป่วย CCU มีไม่เพียงพอ ไม่มีระบบการจัดการสำรองเตียง ขาดผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลหลัก ทำให้ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ อีกทั้งขาดความต่อเนื่องและไม่มีระบบเครือข่ายการดูแลชุมชน

การจัดเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย มีการดำเนินการ ดังนี้

1) **ผู้วิจัยและผู้บริหารโรงพยาบาล** ได้แก่ กรรมการบริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม ได้ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 และระดมสมอง ในที่สุดได้ข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี



2) แต่งตั้งทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ จุกเงิน พยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้จัดการรายกรณี พยาบาลระดับปฏิบัติการ เภสัชกร นักโภชนาการ และพยาบาลจิตเวช จำนวน 14 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ได้มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมพัฒนาระบบการดูแล มีการดำเนินงานเป็นวงรอบของการพัฒนา ประกอบด้วย การวางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวงรอบของการพัฒนามี 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

1) เตรียมความพร้อมของทีมและบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase และการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการจัดการรายกรณี จำนวน 2 ครั้ง

2) พัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline: CPG) ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่วินิจฉัยผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พัฒนาระบบบริหารจัดการทั้งด้านสถานที่ อุปกรณ์ และยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย กำหนดให้หอผู้ป่วยโรคหัวใจ (CCU) รับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ทุกราย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดระบบช่องทางด่วนในการดูแล การจัดระบบสำรองยา Streptokinase

3) กำหนดคุณสมบัติ คัดเลือกผู้จัดการรายกรณี และกำหนดบทบาทผู้จัดการรายกรณี ซึ่งในการศึกษานี้ ทีมพัฒนาระบบการดูแลได้ตกลงคัดเลือกผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ซึ่งมีประสบการณ์ทำงาน

ประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระบบที่พัฒนาขึ้น

4) การทดลองและประเมินระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยการนำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase จำนวน 5 คน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน ประเมินความแปรปรวน การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและระบบการจัดการดูแลในผู้ป่วยแต่ละราย

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาระบบการดูแลได้มีการประชุมร่วมกันและปรับระบบการดูแลรวมทั้งแนวปฏิบัติได้แก่ การทบทวนการอ่านผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้แก่ทีมแพทย์และพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจัดระบบส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแบบสายด่วนโดยใช้ระบบโทรสาร หรือส่งภาพผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผ่านเครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ปรับแนวปฏิบัติการพิจารณาให้ยา Streptokinase ปรับปรุงคู่มือเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ปรับเพิ่มกิจกรรมการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโทรศัพท์ติดตามอาการภายหลังจำหน่าย 7 วัน และติดตามประเมินผลลัพธ์เมื่อครบ 1 เดือน

จากนั้นได้นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่ ไปทดลองในผู้ป่วยอีก 10 ราย และติดตามประเมินผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้เกี่ยวข้องซึ่งนำไปสู่ข้อสรุปในระบบใหม่ และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase

ระยะที่ 3 การประเมินผล ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาล (วัน)	5.0	4.2
ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาด้วย Streptokinase (นาที)	30.0	29.0
อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ร้อยละ)	0	0
ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง (บาท)	26,000.00	27,495.00
ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (ร้อยละ)	90.0	95.8
ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ)	85.0	90.2

การอภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดลงจาก 7.0 วัน เป็น 4.2 วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาด้วย Streptokinase จาก 126.0 นาที เป็น 29.0 นาที อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากร้อยละ 4.4 เป็น 0 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.0 เป็น 95.8 และจากการโทรศัพท์ติดตามอาการและประเมินผลลัพธ์ภายหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ทุกคน และมีการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้นจนกระทั่งมีระดับไขมันในเลือดลดลงได้ถึงร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราศีสินะกุล และคณะ⁹ และสุจิตตรา แวทอง¹⁰ ที่พบว่า การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ประสานความดูแลให้เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการมากขึ้น และสามารถลดจำนวนวันนอนรักษา อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการศึกษานี้เกิดจากแพทย์ได้มีการกำหนดแผนการรักษา Antithrombotic therapy ตามมาตรฐานที่คณะอนุกรรมการโครงการต้นแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบครบวงจรจังหวัดขอนแก่น เพื่อช่วย

เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา รวมทั้งลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน เช่น recurrent myocardial infarction และการตีบซ้ำของหลอดเลือด

2. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยา Streptokinase โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ต่อการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพผลการวิจัยพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีการประสานความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกชั้นตอน มีระบบการสื่อสารและการประสานงานของทีมและผู้ป่วยที่ชัดเจนทุกฝ่ายสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ง่าย ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับพิไลวรรณ จันทรสุกรี และคณะ¹¹ ที่กล่าวว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในระดับสูง เนื่องจากทีมสุขภาพพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม และทั้ง 4 มิติของการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ศรีไชย¹² ที่ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า การจัดการรายกรณีส่งผลต่อกระบวนการทำงานเป็นทีมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพราะทีมได้มีการวางแผน



ล่วงหน้า การนำปัญหาามาปรึกษาพูดคุยกันอย่างเปิดเผย การหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน การทำงานร่วมกันมีความยืดหยุ่นในการทำงานส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น^{13,14}

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แม้ว่าผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาลจะไม่ได้ปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากเป็นผู้บริหารสูงสุดที่มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และคุณภาพดีเยี่ยมในการบริการ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด แต่ได้ตระหนักถึงปัญหาและมองเห็นความสำคัญของคุณภาพการบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้เป็นผู้นำในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการบริการ ซึ่งเป็นหัวใจหลักขององค์กร ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน นับได้ว่าบทบาทของหัวหน้าองค์กรนั้นต้องมีวิสัยทัศน์ในด้านการพัฒนาที่กว้างไกล เป็นผู้นำ ส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้นที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ขอนแก่น ดังนั้นควรมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายที่ร่วมดูแลสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ นำส่งต่อและรักษาเป็นไปอย่างมีคุณภาพ อันจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตภาวะแทรกซ้อน วันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดลวิวัฒน์ แสนโสม ผศ. ดร.วาสนา รวยสูงเนิน และ รศ.ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้ช่วยให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ดำรัส ตริสุโกศล. แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง. ใน เกรียงศักดิ์ งามแสงสิริ ทรัพย์,เกษม ตันติพานิช อีระกุล,พงษ์ศักดิ์ อินทรเพชร(บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการเทิดพระเกียรติ 12 สิงหาคมหาราชินี ประจำปี 2551.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551. หน้า 1-43.
2. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ.โครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
3. อภิชาติ สุนทรสรรพ. แนวทางการรักษา Acute ST-Elevation Myocardial Infarction.ในอภิชาติ สุนทรสรรพ (บรรณาธิการ). Practice Guidelines in Cardiology.เชียงใหม่: ทริค อินค์; 2552.
4. Powell SK. Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott; 2000.
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชชนสุนธี, ลัดดาวัลย์ ทัดศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. Quality in Nursing and Learning organization. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด; 2547.
6. ทองทิว แสงจอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปรานี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.
7. อัมพรพรรณ อีรานูตร, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 65-77.



8. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพานิชย์ จำกัด; 2549.
9. ราศี ลินะกุล, ทศนา บุญทอง, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วันเพ็ญ พิษิตพรชัย. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2549; 10: 120-32.
10. สุจิตตรา แวทอง. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 2551;35(3): 52-68.
11. พิไลวรรณ จันทรสุกรี, กัญญารัตน์ ผึ้งทหาร, หทัยรัตน์ จิรนนท์พิทธิ. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(1): 85-98.
12. จิราภรณ์ ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2543.
14. วิลาวลัย แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 33-40.
15. ขวัญเนตร เกษชุมพล, ชวนพิศ ทำนอง, นพพล บัวสี. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 30-39.



Development of a Case Management System for Patients with ST-elevated Myocardial Infarction in Khon Kaen Hospital

Suwanit Phochan M.Ed.,*

Abstract

This action research was conducted with the aim to develop a case management system for patients with ST-Elevated Myocardial Infarction (STEMI) in Khon Kaen Hospital. Two groups of participants were included in this study. The principal researcher group consisted of 14 health personnel who developed the case management system. The key informant group comprised of 15 patients with STEMI and 50 multidisciplinary health personnel who cared for these patients during hospital admission. The study was carried out during August 2008 to February 2010. Both quantitative and qualitative information were collected during the study period. Qualitative data were examined using content analysis to arrive at the summary. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data to obtain frequencies, percentages, and means.

Results indicated positive outcomes associated with the case management system and practice guideline developed to care for patients with STEMI. All health personnel were highly satisfied to participate in this project. In addition, all patients demonstrated desirable outcomes after implementing the case management system. Compared to the time before the project implementation, the average time of hospital stay decreased from 7.0 to 4.2 days. All patients received treatments with streptokinase within the recommended period with the average door-to-needle time decreased from 126.0 minutes to 29.0 minutes. The rate of re-admission with the same condition (within 28 days) also dropped from 4.4 percent to none. In addition, the average patient satisfaction with health services increased from 77.0 to 95.8 percents. In addition, home visits one month after discharge revealed that all patients had stopped smoking, increased regular exercise, and adopted better dietary control. Most patients (80%) had decreased levels of blood cholesterol. The success observed in this study in managing the care for patients with STEMI was attributable to the case management system that enabled continuing care, coordinative efforts among the interdisciplinary team members, effective communication and ongoing assessment and outcome evaluation. These in turn led to prompt and efficient management of the patients' problems and healthcare needs.

Keywords: ST-elevated Myocardial Infarction (STEMI), Case Management

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Nursing, Nursing Khon Kaen Hospital



สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสาน วัยกลางคน: กรณีศึกษาชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง

จิราภรณ์ ชิมโสม พย.ม.** วิพร เสนารักษ์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนแรกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสานวัยกลางคน โดยดำเนินการศึกษาร่วมกับผู้หญิงอีสานวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำนวน 19 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2550- มกราคม 2551 ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การประชุมกลุ่ม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนาตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่าในผู้ที่สมัครใจเข้ารับการสำรวจปัจจัยเสี่ยงเป็นผู้หญิงวัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปีจำนวน 42 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม² ขึ้นไปร้อยละ 88.09 เส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไปร้อยละ 85.71 อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.57 และมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 21.43 นอกจากนี้เมื่อประเมินในภาพรวมแล้ว พบว่า ผู้หญิงกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเกิดโรคเบาหวานภายใน 12 ปีข้างหน้าถึง 1 ใน 7 คน 1 ใน 4 คน และ 1 ใน 3 คน ร้อยละ 45.24, 21.43 และ 19.05 ตามลำดับ ผู้หญิงกลุ่มนี้รับรู้ภาวะเสี่ยงข้างต้นเกี่ยวข้องกับ เงื่อนไขการมีญาติเป็นโรคเบาหวานและภาวะอ้วนซึ่งประการหลังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ตนเองสามารถปรับเปลี่ยนได้เพราะเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ได้แก่ การมีชีวิตที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ไม่ชอบออกกำลังกาย จำเป็นต้องรับประทานอาหารกากใยน้อยตามความชอบของครอบครัวและในการเลี้ยงตามงานบุญ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในผู้หญิงกลุ่มนี้ควรคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขเหล่านี้ร่วมด้วย

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้หญิงอีสานวัยกลางคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีอัตราการความชุกของโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในอันดับที่ 4 ของบรรดาประเทศในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยโดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ. 2552² พบว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน โดยพบอัตราการความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.9 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยพบในกลุ่มคนอายุ

มาก มากกว่าคนอายุน้อย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบในเมืองมากกว่าในชนบทสำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(อีสาน)มีความชุกของโรคมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น พันธุกรรม ซึ่งพบว่าญาติสายตรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคชนิดนี้ประมาณร้อยละ 30-40^{3,4}

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การมีวิถีชีวิตที่ ออกแรงน้อย การขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด เรื้อรัง เส้นรอบเอวมากกว่าปกติ และที่สำคัญคือความ อ้วน โดยมีการศึกษาในคนไทยพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23 กก./ม² ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคนี้^{5,6,7,8}

จากการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวานในประชากรไทยพบว่าหญิงไทย มีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่าชายไทย โดยเฉพาะวัย ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปจนถึง 59 ปี ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้จึง ควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อให้ มีสุขภาพที่ดีส่งผลให้สามารถให้การดูแลทางด้านสุขภาพ แก่คนในครอบครัว ด้วยคนกลุ่มนี้เป็นผู้ดูแลสุขภาพนอก ระบบที่ช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ จากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันโรคเบาหวานที่ดี ที่สุดคือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการลดน้ำหนักของ ประชากรกลุ่มเสี่ยง^{9,10,11} โดยพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตด้วยการควบคุมน้ำหนัก อาหาร เพิ่มการออกกำลังกาย สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 58 และสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดีกว่าการป้องกันโดยใช้ยา^{11,12} ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้เสนอ ว่ากลยุทธ์ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การ ค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค (high-risk approach) และการพยายามลดปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุ ของการเกิดโรคในระดับชุมชน (population or public health approach) ซึ่ง Satterfield และคณะ¹³ ได้ทบทวน งานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยคำนึง ถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมร่วมด้วย (community-based lifestyle intervention) เพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า การ ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำวิจัยรวมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรู้หรือยอมรับ ในการออกกำลังกายดีขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสาน วัยกลางคนในชุมชนเมือง เพื่อนำมาวางแผน แก้ไขปัญหา และเลือกแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานโดย

เน้นให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้เข้ามามี ส่วนร่วมเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชนซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การเสี่ยงต่อการเกิดโรค เบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งเงื่อนไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่ง จะใช้เป็นพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการ พัฒนารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในชุมชนเทศบาลแห่ง หนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยใช้เป็น แนวทางในการกำหนดผู้ร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แนวคิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แนวคิดผู้หญิงอีสานวัยกลางคน แนวคิดโครงสร้างสังคม เมืองและวัฒนธรรม และแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงสาระใช้ร่วมกับแนวคิดเชิงกระบวนการ คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้น การร่วมมือในด้านเทคนิค (technical action research/ technical collaborative approach)¹⁴ ที่ชุมชนเมืองแห่ง หนึ่ง ในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา การลงมือปฏิบัติแก้ปัญหา และการประเมินผล การปฏิบัติแก้ปัญหา ซึ่งบทความนี้จะได้นำเสนอผลการ ศึกษาเฉพาะขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ที่ดำเนินการ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2550-เดือนมกราคม 2551 รวม 4 เดือน พอสรุปได้ดังนี้

ผู้ร่วมวิจัย (co-researchers) และผู้ให้ข้อมูล หลัก (participants) ใช้วิธีการเลือกอย่างเจาะจงทั้งหมด 66 คน ประกอบด้วย ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้หญิงวัย กลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 19 คน ในจำนวนนี้เป็นอาสา สัมครสาธารณสุข (อสส.) 8 คน คณะกรรมการชุมชน



1 คน และที่เหลือเป็นผู้อาศัยในชุมชนที่มีอาชีพหลักคือรับจ้าง นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นประชากรชายหญิง ที่สามารถให้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยอีกจำนวน 47 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับคนไทย¹⁵ เครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด แอคคิว-เช็ค แอดเวนเทจ) ส่วนเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลที่สังเกตได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ครอบคลุมถึง ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร กับใคร และทำไม นอกจากนี้ยังใช้กล้องบันทึกภาพในการรวบรวมข้อมูลร่วมกับการสังเกตด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทั้ง 19 คน ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเสี่ยง ได้แก่ จำนวนผู้ที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงโดยการสนทนากลุ่มผู้หญิงวัยกลางคน การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต การตรวจคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงสำหรับคนไทย¹⁵ ร่วมกับการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ จะถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูล โดยการทำดัชนีจัดหมวดหมู่¹⁶ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้วิธีการเขียน mapping ช่วยในการร้อยเรียงดัชนีเพื่อให้เห็นภาพหมวดหมู่ของประเด็นที่ได้ แล้วดำเนินการตีความและสรุปร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าตรงกับความเป็นจริงของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ผู้ร่วมวิจัยจะมีบทบาทเพียงตรวจสอบความครบถ้วนและการตีความผลการ

วิเคราะห์เท่านั้น

ความเชื่อถือได้และความเข้มงวดของการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวทางด้านเนื้อหาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้านทักษะและเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้รับคำแนะนำและฝึกปฏิบัติภายใต้การนิเทศของอาจารย์ที่ปรึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สถาบันวิจัยสังคมและประชากรศาสตร์เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำวิจัย 1 สัปดาห์ ส่วนด้านเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งได้มีการทบทวนวรรณกรรมและมีการทดลองใช้กับผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัยและนำมาปรับปรุงก่อนที่จะลงปฏิบัติในพื้นที่จริง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กระทำการตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีสามเส้า (triangulation) และนำข้อมูลที่ได้จากการตีความหรือสรุปความ ไปตรวจสอบกับเจ้าของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นและได้รับการรับรองให้ดำเนินการได้เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2550 พร้อมกันนี้ได้รับการยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าร่วมการศึกษานี้

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสานวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ในประเด็นเกี่ยวกับร้อยละของผู้ที่มีความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง มีดังนี้

1. บริบทชุมชน ชุมชนที่ศึกษาตั้งอยู่ใจกลางเมืองขอนแก่นมีความพร้อมทางด้านสาธารณูปโภคและง่ายต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ครอบคลุมในชุมชนนี้ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสมาชิก 3-5 คน ประชากรกลุ่มใหญ่ คือ ร้อยละ 30.52 อยู่ในวัยกลางคน มีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย ได้แก่ คำขายรับจ้าง รับราชการซึ่งส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่รีบเร่ง มีบริโภค



นิสัยที่เปลี่ยนจากอาหารอีสานไปรับประทานอาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง จากอาหารที่ปรุงสำเร็จที่สามารถหาซื้อได้อย่างสะดวกเนื่องจากไม่มีเวลา บางครอบครัวก็ปรุงอาหารรับประทานเองแต่ก็ยังมีส่วนประกอบของไขมันหรือกะทิเนื่องจากความชอบของสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่โดยเฉพาะที่มีอาชีพใช้แรงงานจะเน้นอาหารประเภทแป้งเนื่องจากทำให้อิ่มนานและสามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับอาหารประเภทเนื้อสัตว์

2. ผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการตรวจคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 40-60 ปีจำนวน 85 คน (คิดเป็นร้อยละ 86.75 ของผู้ที่อาศัยอยู่จริง) เป็นผู้ชาย 43 คน และผู้หญิง 42 คน (ตารางที่ 1) โดยพบว่าร้อยละ 45.24, 21.43 และ 19.05 ของผู้หญิง

วัยกลางคนที่มารับการตรวจคัดกรอง มีโอกาสที่จะเกิดโรคเบาหวานภายใน 12 ปีข้างหน้าถึง 1 ใน 7 คน 1 ใน 4 คน และ 1 ใน 3 คน ตามลำดับ ซึ่งวิชัย เอกพลากร¹⁵ กล่าวว่าในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงนั้นควรที่จะได้รับการแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งสามารถชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า การป้องกันโรคเบาหวานที่ดีที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและการลดน้ำหนักของประชากรกลุ่มเสี่ยง^{9,10,11} ดังนั้นผู้หญิงวัยกลางคนที่อาศัยในชุมชนเมืองแห่งนี้ควรที่จะมีโอกาสรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองและมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้หญิงวัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปี ที่มารับการคัดกรองจำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

จำนวน(ร้อยละ) ของผู้ที่มาคัดกรอง(n=42)	ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวาน ¹⁶	โอกาสที่จะเกิดโรคเบาหวาน ภายใน 12 ปีข้างหน้า
3(7.14)	ความเสี่ยงน้อย	1 ใน 20
3(7.14)	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	1 ใน 12
19(45.24)	ความเสี่ยงสูง	1 ใน 7
9(21.43)	ความเสี่ยงมาก	1 ใน 4
8(19.05)	ความเสี่ยงสูงมาก	1 ใน 3

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง¹⁵ ในผู้หญิงวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจำนวน 42 คน พบความถี่ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เรียงอันดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ การมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม² ขึ้นไป 37 คน (ร้อยละ 88.09) การมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไป 36 คน (ร้อยละ 85.71) การมีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป 33 คน (ร้อยละ 78.57) มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน 9 คน (ร้อยละ 21.43) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สอบถามพบว่า มีผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเลย 24 คน (ร้อยละ 57.14) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงข้างต้นมีผลทำให้

ผู้หญิงวัยกลางคนในชุมชนเมืองแห่งนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2^{6,7,8} และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้งปัจจัยทางเศรษฐฐานะ สังคมและปัจจัยทางชีวภาพ เพศ อายุ พื้นที่อยู่อาศัยในเมือง (เทศบาล) ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะลงพุง ระดับการศึกษาและรายได้รวมของครอบครัว พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัจจัยทางชีวภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้คือความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัวเกินและอ้วน



ลงพุง¹⁷ และการมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ม² และเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁵

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามการรับรู้ของผู้หญิงวัยกลางคน จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์พบว่าผู้หญิงวัยกลางคนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานรับรู้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

4.1 การมีค่าดัชนีมวลกายและหรือการมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ซึ่งผู้หญิงวัยกลางคนในชุมชนเรียกกรมนันว่าอ้วน โดยรับรู้ว่าการรับประทานอาหารชนิดที่ทำให้อ้วนและรับประทานอาหารมากซึ่งเกิดจากอุปนิสัยและเงื่อนไขต่าง ๆ ในบริบทชีวิตดังนี้

1) กินเมื่อหิวการกินอาหารในแต่ละมื้อทำไปตามนาฬิกาชีวิต (bio-clock) ไม่ใช่กินตามเวลา (time clock) กล่าวคือใช้การรับรู้ถึงความอยากอาหารหรือความหิวเมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นตัวบอกเวลาอาหารโดยมักจะรับประทานอาหารเช้าประมาณ 9.00-10.00 น. และอาหารเที่ยงประมาณ 14.00 น. ส่วนใหญ่จะรับประทานข้าวเป็นหลัก เมื่อนำมาประกอบกับการกินเมื่อหิว ทำให้กินเร็วและได้ปริมาณอาหารมาก จึงทำให้อ้วน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่มว่า “..คือกินอะไรก็ได้ขอให้มันเข้ากิน คือเราไม่กินอย่างอื่น พอหิวก็เอาข้าวมากิน กินครั้งละ 1 จานก็ประมาณ 2 ทัพพีเต็ม ๆ บางทีหิว ๆ นะก็กินเยอะกว่านั้นอีก เวลามันหิวแล้วมันควบคุมไม่ได้”

2) กินเพราะขาดไม่ได้ การได้รับประทานที่ตนเองติดใจในรสชาติและกลิ่นอาหาร ซึ่งกินแล้วทำให้มีความสุขหรือความรู้สึกดีขึ้น แม้จะรู้ว่าอาหารชนิดนั้นทำให้อ้วนไม่มีประโยชน์ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้หญิงวัยกลางคนในชุมชนเมืองแห่งนี้ว่า “พี่ชอบกินกาแฟไม่ได้กินเหมือนขาดอะไรสักอย่าง ไม่กินไม่ได้แล้ว พี่ชอบชงเองด้วยนะ กาแฟ 1 ช้อน คอฟฟี่เมท 5 ช้อน น้ำตาล 1 ช้อน” หรือ “...ถ้าไม่ได้กินนี่มันเป็นจิ้งจิดบู่อยู่ บางมื้อก็ 2 ขวด บางมื้อก็ 2 วันกินขวด ถ้าไม่กินก็ไม่ได้ เอาแนวอื่นมากินก็กับแซบ กินได้แต่โค้ก กินแล้วมีแรง ถ้าไม่ได้กินโค้กชืดหงืดอยู่ฮั่นละ”

3) กินฟรีตามงานต่างๆ เนื่องจากชุมชนนี้เกิดจากการตั้งรกรากของกลุ่มคนอีสาน ที่ยังมีผู้สืบทอดการปฏิบัติกิจกรรมตามฮีตสิบสอง ประกอบกับมีนโยบายของทางเทศบาลในด้านการทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม จึงส่งเสริมและให้งบประมาณจัดกิจกรรมตลอดปี เช่น เดือนเมษายนประเพณีสงกรานต์ เดือนกรกฎาคม ทำบุญเข้าพรรษาแห่เทียนพรรษา เดือนตุลาคมทำบุญวันออกพรรษา นอกจากนี้ยังมีงานบวช งานแต่งงาน งานศพ ของญาติพี่น้องที่คนอีสานมักมีการเลี้ยงอาหารที่ตักเน้นเนื้อสัตว์ที่ชาวบ้านส่วนใหญ่ชอบและมีปริมาณมาก ด้วยเชื่อว่าเมื่อทำบุญกับพระแล้วก็ต้องทำทานกับคนทั่วไป เวลาตักอาหารต้องตักจนเต็มถ้วยเต็มจาน เพื่อว่าตนเองและครอบครัวจะได้มีกินอย่างเหลือเฟือ จึงทำให้กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนที่มักเป็นตัวแทนครอบครัวไปร่วมงานต่างๆ ต้องกินอาหารมากเกือบตลอดปี ส่งผลให้มีน้ำหนักเกินดังกล่าวของผู้หญิงวัยกลางคนท่านหนึ่งว่า “มีงานตลอด ... ในงานจะมีอาหารเลี้ยงให้กินฟรี เลือกเอาจะกินอะไร ไปเอาก็ได้ เราที่กินจนอ้วนกันทุกคน ยิ่งพวกแม่ๆ ต้องช่วยทำงาน ทำไปกินไป”

4) กินข้าวเย็นร่วมกับครอบครัว วิถีชีวิตของผู้หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ในชุมชนจะมีเวลาร่วมกินอาหารพร้อมหน้ากับครอบครัวก็เฉพาะมื้อเย็น ซึ่งกลายเป็นมื้อหลักและปรุงอาหารเอง จำนวนอาหารมากกว่ามื้ออื่น ๆ การกินอาหารพร้อมหน้าหลายคนกินอาหารที่ถูกปากเพราะเป็นมื้อที่ปรุงเองทำให้กินอาหารได้มากและอาหารที่ปรุงมักจะเป็นอาหารที่บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะลูกๆ ที่เป็นคนรุ่นใหม่ที่ชอบอาหารประเภท ผัด ทอด แกงกะทิ ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “พี่ก็ต้องทำกับข้าวเฉพาะมื้อเย็นเพราะมื้อเที่ยงไม่มีใครอยู่ ตอนเย็นเตรียมให้เขา พอเตรียมให้เราก็ต้องกินด้วยเพราะมันเห็น เห็นแล้วก็หิว ทำให้กินได้เยอะ แล้วเราไปเน้นมื้อเย็นด้วย คือตอนเย็นมันครบทุกคน แล้วบ้านที่เขาก็กินอาหารอีสาน ปั่น แจ่ว ต้องเป็นผัด เป็นทอด ถึงจะกิน แล้วเราเป็นคนทำยิ่งกินเยอะกว่าเขาอีก” และ “...แต่ก็ต้องเป็นแกงกับผัดนี่ละเพราะกินข้าวจ้าวกัน ถ้าทำกับข้าวลาว ๆ เขาก็ไม่ชอบกัน ไม่กินเลย เราต้องทำอย่างที่เขาชอบถึงจะกิน เราก็กิน มันถึงอ้วน”



5) กินอาหารระหว่างการประชุม กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชน เช่น กรรมการฝ่ายสวัสดิการและสังคม กรรมการฝ่ายสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กรรมการฝ่ายพัฒนา และกรรมการฝ่ายการศึกษา นอกจากนั้นยังมีกลุ่มกองทุนหมู่บ้าน กองทุน SML ที่มีการประชุม อบรมการทำกิจกรรมทั้งในและนอกสถานที่เดือนละ 3-4 ครั้งซึ่งมักมีการเลี้ยงอาหารในระหว่างการประชุมทั้งอาหารว่าง อาหารกลางวันที่ส่วนใหญ่เป็นอาหารกล่องประเภท ผัด ทอด แกงกะทิ ซึ่งนอกจากการประชุมจะทำให้ต้องกินอาหารมากกว่าปกติแล้วยังทำให้ขาดการออกกำลังกายเพราะกว่าจะกลับจากประชุมก็ค่ำและเหนื่อย จึงต้องการพักผ่อนโดยผู้ร่วมวิจัยเล่าว่า “พี่ควบคุมอาหารไม่ได้คือ ออกงานเลี้ยงบ่อย ใต้เงินเยอะประชุมบ่อยบางทีไป 3-4 วันติดกัน มีแต่อาหารเบรกออาหารทอด ๆ มัน ๆ อาหารที่เราชอบกินอยู่แล้ว ก็ทำให้เรายิ่งกิน แล้วกินเยอะด้วย มันเลยจะคุมยาก” และ“ไปแต่ประชุมเดียวประธานก็บอกให้ออม ไปประชุมเดือนนี้ 3, 4 ครั้งแล้ว เวลาไปเขาให้กินข้าว จะเป็นข้าวกล่องมัน ๆ เป็นแกงกะทิ กว่าจะเลิกประชุมก็เย็นแล้ว กลับมาถึงบ้านบางทีเหนื่อย นิ่งพักแล้วก็ถึงเวลาทำกับข้าว.....”

6) กินด้วยความเสียดายของ บางคนกล่าวว่าที่ตนเองอ้วนนั้นมาจากความเสียดายอาหารที่บุคคลในครอบครัวรับประทานไม่หมด โดยเฉพาะที่มีอาชีพรับจ้าง รายได้น้อยจึงทำให้เสียดายของที่ซื้อมาด้วยเงินที่หามาได้ด้วยความยากลำบาก โดยเล่าว่า “พี่ว่าที่พี่น้ำหนักขึ้นเยอะเพราะว่า กินแต่ของหวาน ๆ นี่เป็นของเหลือจากหลาน เราเสียดาย..” ประกอบกับจากการศึกษาบริบทชีวิตพบว่าคนที่อาศัยอยู่ในบางพื้นที่ของชุมชน มีอาชีพรับจ้างรายได้น้อย จึงทำให้เสียดายของที่ซื้อมาด้วยเงินที่หามาได้ด้วยความยากลำบาก“แม่ว่าแม่เสียดายเพราะต้องกินมาก กินหวาน ก็หลานมันกินไม่หมดซื้อมาแล้วกินทิ้งกินขว้าง เราก็เสียดาย กว่าหาเงินได้เลยกินให้หมด มันเลยอ้วน”

7) กินคลายเครียดด้วยชีวิตในสังคมเมืองที่เร่งรีบทำให้เกิดความเครียดและมีคนส่วนหนึ่งใช้การกินอาหารเป็นวิธีคลายเครียด ดังนั้นจึงทำให้อ้วนดังคำกล่าวของผู้หญิงวัยกลางคนคนหนึ่งว่า“พี่ว่ามันอยู่

ที่นิสัยส่วนตัว เพราะอย่างตัวพี่เองนะ ไม่รู้เป็นอย่างไรเวลาที่พี่เครียดนะ พี่ชอบกิน ๆ กินแล้วมีความสุขมันเลยอ้วน คือ ไม่รู้จะไปบ่นกับใคร กินซะเลย ”

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ของผู้หญิงวัยกลางคน การกินเมื่อหิว กินเพราะขาดไม่ได้ กินฟรีตามเทศกาล การกินอาหารเย็นร่วมกับครอบครัว กินอาหารระหว่างการประชุม กินด้วยความเสียดายของและกินคลายเครียด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงวัยกลางคนที่อาศัยในชุมชนเมืองมีค่าดัชนีมวลกายและหรือมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงอีสานวัยกลางคนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในชนบท พบว่า การที่ผู้หญิงวัยกลางคนอ้วนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้กินข้าวมาก คือ กินยามนอยากหรือกินเมื่อหิว กินนำกินหรือกินข้าวกับครอบครัว¹⁸ แต่สำหรับผู้หญิงวัยกลางคนในชุมชนเมืองนั้นจะมีสาเหตุที่เพิ่มขึ้นมา คือ การกินระหว่างการประชุมเนื่องจากบริบทที่ศึกษาพบว่าผู้หญิงวัยกลางคนในชุมชนแห่งนี้ ที่ไม่ได้มีอาชีพทำงานนอกบ้านจะมีบทบาทเป็นตัวแทนของคนในชุมชนในการประชุมต่าง ๆ กับทางเทศบาล ซึ่งจากการสนทนากลุ่มพบว่า มีการประชุมทุกเดือน ๆ ละ 3-4 ครั้งเนื่องจากเป็นชุมชนเมืองที่มีหลายหน่วยงานเข้ามาขอความร่วมมือและเชิญไปประชุม อบรม สัมมา ทำให้ผู้หญิงวัยกลางคนแต่ละคนต้องไปประชุมบ่อยครั้ง

4.2 การไม่ออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในชุมชนเมืองรับรู้ว่าการไม่ออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขและปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1) ยากนาเวียก (ไม่มีเวลา) การทำงานอยู่อยู่ตลอดวันตั้งแต่เช้าจรดเย็น ทำให้ไม่มีเวลาว่างเป็นของตัวเอง รวมทั้งการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย จากคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่มที่ว่า“มันยากนาเวียกนั้นละ แต่ละวันเดียวไปโน่นเดียวไปนี่ตลอด นี่ยังไม่ับงานเจ้าของนะมันบ่พอมีเวลาออก”

2) ไม่มีที่ออกกำลังกาย พื้นที่ส่วนใหญ่ในชุมชนแห่งนี้จะใช้เป็นที่อยู่อาศัย และอยู่กัน



อย่างแออัดในบางซอย จึงทำให้ไม่มีพื้นที่ใช้สอยส่วนกลางมากนัก จะมีที่ว่างเฉพาะที่ติดกับที่ทำการชุมชน ถ้าต้องการออกกำลังกายต้องไปเที่ยวสวนสุขภาพที่อยู่นอกชุมชน กลายเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการไม่ออกกำลังกาย จากคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยเล่าว่า “ในชุมชนของเรามันไม่มีที่ออกกำลังกาย เวลานี้ก็จะออกก็ต้องไปโน้นบึงบาง หรือไปเที่ยวสวนสุขภาพที่พาน้องจิไปมันไกล ไม่สะดวกกว่าจะไปจะมา....”

3) ไม่ใส่ใจกับการออกกำลังกาย ผู้หญิงวัยกลางคนบางคนอธิบายเกี่ยวกับการไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเองว่า จะให้ออกกำลังกายนั้นสามารถทำได้ แต่ให้ความสนใจที่จะทำกิจกรรมอื่นมากกว่าเลยไม่ได้คิดในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง จากคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “ไม่ใช่ว่ามันออกไม่ได้หรอก แต่ที่ไม่ใส่ใจในการออกกำลังกายมากกว่า อันนี้ตรง ๆ เลยนะ ปัญหาของพี่ก็คือ พี่ไม่ใส่ใจไม่สนใจที่จะดูแลตนเองคือ ไปเที่ยวแต่อย่างอื่นทำแต่อย่างอื่น แค่เวลาครึ่งชั่วโมงที่พี่ทำได้ แต่พี่ไม่ค่อยสนใจที่จะทำตรงนั้น” และ “ใช้ส่วนมากเราไม่สนใจที่จะทำด้วย คือถ้าสนใจเนี่ย เราตื่นมาตีสี่ก็สามารถออกกำลังกายได้แล้ว”

จะเห็นได้ว่าสาเหตุหนึ่งของการไม่ออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายน้อยของผู้หญิงวัยกลางคนชุมชนเมืองแห่งนี้คือ การไม่มีเวลาเนื่องจากมีงานที่ต้องทำมากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบริบทชีวิตของผู้หญิงวัยกลางคนพบว่าแต่ละคนจะมีงานที่ได้รับมอบหมายทั้งที่เป็นส่วนรวมและส่วนตัว โดยส่วนตัวจะเป็นการประกอบอาชีพ บางคนไปรับจ้างข้างนอกบ้านเป็นแม่บ้านไปทำงานแต่เช้ากลับเย็น บางคนรับจ้างที่บ้าน เช่น เลี้ยงเด็ก ซักรีดผ้า ซึ่งทำทั้งวัน กว่าจะเสร็จก็มาถึงเวลาประกอบอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนแห่งนี้มีบ้านเรือนอยู่ติดกันไม่มีอาณาเขตชัดเจนหลังคาบ้านชนกันอยู่กันอย่างแออัด จึงไม่มีที่ว่างในการทำสถานที่ออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์พบว่าถ้าจะออกกำลังกายต้องไปตามสถานที่ที่ทางเทศบาลจัดให้ซึ่งไกลจากชุมชนจึงไม่สะดวกในการออกกำลังกายจึงมีผลให้ผู้หญิงวัยกลางคนในชุมชนเมืองแห่งนี้จึงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรือไม่ออกกำลังกาย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกายมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง

2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายหรือใช้แรงสม่ำเสมอ^{19,20,21}

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นผลการศึกษาที่สะท้อนภาพเงื่อนไขหรือปัจจัยที่มีผลต่อความอ้วนซึ่งบ่งชี้ด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ได้แก่ การกินมากและการมีกิจกรรมทางกายน้อย ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง ควรนำผลการศึกษาในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์นี้ที่ให้ความสำคัญกับทั้งข้อความรู้ที่ได้จากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในคนไทยที่พัฒนาจากงานวิจัยและข้อความรู้ที่ได้จากการรับรู้ของผู้หญิงวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามบริบทชีวิตของชุมชนเมืองไปพิจารณาประกอบรวมกับการปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบในการลดปัจจัยเสี่ยงในขั้นตอนต่อไป

ดังนั้นสถานการณ์การเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเงื่อนไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคเบาหวานของผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในชุมชนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้หญิงวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก/ม² ร้อยละ 88.10 เส้นรอบเอวมมากกว่า 80 ซม. ร้อยละ 85.71 และการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า มีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องต่อปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในผู้หญิงกลุ่มนี้ที่เป็นลักษณะเฉพาะของชุมชนเมือง คือ ปัจจัยการมีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องคือ กินเมื่อหิว กินเพราะขาดไม่ได้ กินฟรีตามงานต่าง ๆ กินข้าวเย็นร่วมกับครอบครัว กินอาหารระหว่างการประชุม กินด้วยความเสียดายของ กินคลายเครียด นอกจากนั้นยังพบปัจจัยด้านการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ที่มีเงื่อนไขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ มีงานมาก ไม่มีเวลาไม่มีที่ออกกำลังกายยิ่งไปกว่านั้นยังพบเงื่อนไขที่สำคัญอีกประการของผู้หญิงกลุ่มนี้คือ ไม่ใส่ใจกับการออกกำลังกาย ซึ่งที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในชุมชนเมืองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ การมี



น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ผู้หญิงกลุ่มนี้รับรู้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนวัยนี้ที่ต้องมีกิจกรรมทางสังคมที่มักมีการเลี้ยงอาหารร่วมด้วยโดยเฉพาะชุมชนอีสาน ดังนั้นการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวจำเป็นต้องคำนึงถึง การปรับเปลี่ยนเงื่อนไขทางด้านวัฒนธรรมนี้ร่วมด้วยจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหา

2. ในการดำเนินการศึกษาวิจัยร่วมกับคนในชุมชนโดยเฉพาะการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเมือง ซึ่งมีการคมนาคมที่สะดวกและเป็นพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติงานของสถาบันการศึกษาทางด้านสาธารณสุขหลายสถาบันทำให้ประชากรในชุมชนมีความเคยชินกับการมีนักศึกษาเข้ามาศึกษา และรับรู้ว่าการที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาในพื้นที่นั้นเป็นผลประโยชน์ของผู้วิจัยเองจึงไม่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาที่ต้องใช้เวลาและมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ดังนั้นในการเข้าไปดำเนินการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมเช่นนี้ ผู้วิจัยควรที่จะปรับวิธีการเข้าไปหาคนในชุมชนคือเข้าไปจับมือของชุมชน ไม่เร่งรัดเข้าไปเก็บข้อมูลอย่างเดียว ประเมินความพร้อมของผู้ร่วมวิจัยที่จะให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ซึ่งต้องใช้เวลา และผู้วิจัยต้องมีความเสียสละเวลา ความใจเย็น รู้จักการรอคอยเป็นผู้ฟังที่ดีจึงจะทำให้ได้มาซึ่งการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยในชุมชนทุกท่านและบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยและทุนในการนำเสนอผลงานวิจัย ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2009). Prevalence of diabetes worldwide. [online] 2009 [cite 2009 September 20]. Available from: www.WHO.Country and regional data.htm.
- วิชัย เอกพลากร.(บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- Harding AH, Griffin SJ, Wareham NJ. Population impact of strategies for identifying groups at high risk of type 2 diabetes. *Preventive Medicine* 2006; 42: 364-368.
- Murff HJ, Rothman RL, Byrne DW, Syngal S. The Impact of Family History of diabetes on Glucose Testing and Counseling Behavior in Primary Care. *Diabetes Care* 2004; 27(9): 2247-2248.
- World Health Organization. The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Western Pacific Region: WHO; 2000.
- Mokdad AH, et al. (2003). Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors, 2001. *JAMA* 2003; 289(1): 76-79.
- Burke JP, Williams K, Venkat KM, Leibson C, Haffner SM, Stern MP. A Population Perspective on Diabetes Prevention. *Diabetes Care* 2003; 2 (7).
- Livingston EH. Lower body subcutaneous fat accumulation and diabetes mellitus risk. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2006; 2: 362-368.
- Tuomilehto J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study Group: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 2001; 344: 1343-1350.
- Pan XR, et al. Effects of diet and exercise in preventing tolerance: the Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20: 537-544.



11. Knowler WC, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine* 2002; 346(6): 393-403.
12. Whittemore R, Bak PS, Melkus GE, Grey M. Promoting Lifestyle Change in the Prevention and Management of Type 2 Diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2003; 15(8): 341-349.
13. Satterfield DW, et al. Community-Based Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26 (9): 2643-2652.
14. เข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เพชรไสว ลิ้มตระกูล. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(1): 22-31.
15. อโนชา ศรีญาญาวัจน์, สุธิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(2): 41-46.
16. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์; 2549.
17. กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด, ธรณรุทธ์ บุตรแสนคม. การปรับเปลี่ยนแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(1): 33-40.
18. วิพร เสนารักษ์. (2549). การส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงอีสานวัยกลางคน. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
19. อุไรวรรณ สิงห์ยะเมือง, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(1): 56-63.
20. วิลาวณิชย์ ชมนิรัตน์, นิตย์ ทศนิยม. การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(3): 12-21.
21. สรียญา ปิ่นเพชร, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(3): 38-47.



Type 2 Diabetes Risk in Middle-Aged Isaan Women: A Case Study of Urban Community

Abstract

The study is the first phase of an action research. It aimed to study the situation and risk of Type 2 diabetes among middle-aged women in Northeastern Thailand. Nineteen at risk women acted as co-researchers during October 2550 – January 2551. Qualitative data were collected using focus group discussions, in-depth interviews, observations and group meetings while quantitative data were gathered using a survey. Data were analyzed using a content analysis approach and descriptive statistics. Forty-two women aged 40–60 years took part in the survey.

The results showed that risk factors for diabetes among these women included body mass index $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (88.09 percent), waist circumference $\geq 80 \text{ cm}$ (85.71 percent), ages 45 years or more (78.57 percent), and having a direct relative with diabetes (21.43 percent). When assessing the overall group it was found that, within 12 years, 1 in 7 women have a 45.24 percent chance of developing diabetes, 1 in 4 have a 21.24 percent chance, and 1 in 3 women have a 19.05 percent chance. These women understand that the above risks were associated with family history of diabetes, and obesity. The latter can be controlled since it involves their lifestyles such as a sedentary life, no exercise, eating low fiber foods, and not realizing the importance of reducing the risk of diabetes. Therefore, when carrying out activities to reduce the risk of diabetes in women of this group, the changes of lifestyles should be taken into account.

Keywords: Type 2 diabetes, middle aged– Isaan women, diabetes risk factor

* A part of Thesis of Master Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Nursing, Faculty of Nursing, Khon kaen University

** Professional Nurse, Buayai Hospital, Amphoe Buayai, Nakhon Ratchasima Hospital University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของ พยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์

อรพิม พุทธวงษ์ พย.ม.* มาริสา ไกรฤกษ์ PhD**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบการศึกษาสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการระดับวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร ชั้นกลางและชั้นต้นขึ้นไป จำนวน 205 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยและเครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด เท่ากับ 0.83 และ 0.81 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยรวม และในรายด้านอยู่ในระดับสูง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.51, P < .01$) ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการคือ ภาวะผู้นำด้านการเสริมสร้างกำลังใจ และด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ ได้ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการได้ร้อยละ 25.7 ของความแปรปรวนสมการพยากรณ์ ได้แก่ $Z^{sat} = .315$ การเสริมสร้างกำลังใจ + .242 การทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ (สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการพัฒนาและส่งเสริมภาวะผู้นำของตนเองให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง และ เสริมสร้างกำลังใจให้แก่พยาบาลประจำการเพื่อสร้างความพึงพอใจให้พวกเขามีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและเป็นผลดีต่อหน่วยงานและองค์กรต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ ความพึงพอใจในงาน

* พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะบริหารงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพได้จะต้องมีคุณสมบัติพิเศษประการหนึ่งคือสามารถระดมพลังของผู้ปฏิบัติงานฝ่ายต่างๆ เข้ามาร่วมงานกัน การที่จะใช้ความสามารถในการนำผู้อื่นให้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ดังกล่าวได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นกับตนเองก่อนที่จะนำผู้อื่น¹ ซึ่งภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สำคัญ ดังที่คูสส์ และพอสนเนอร์^{2,3} ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะผู้นำสามารถเรียนรู้และสังเกตเห็นได้ นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ภาวะผู้นำเป็นกิจวัตรของทุกคนที่จะเรียนรู้และใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และองค์กร เพราะภาวะผู้นำเป็นศิลปะของการกระตุ้นหรือชักจูงผู้อื่นให้เกิดความพยายามทุ่มเทในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันโดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการให้ผู้ที่บังคับบัญชาเกิดความพึงพอใจในงานได้จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องเห็นว่าผู้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคปัจจุบันต้องรู้ในด้านการเป็นผู้นำควบคู่ไปกับการบริหารเพราะต่างมีความสำคัญและจำเป็นต้ององค์กรโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยบริหารจัดการตามแนวคิดเดมั้นนั้นจะไม่ช่วยให้องค์กรสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มารับบริการต่อพนักงาน และบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่องค์กรในปัจจุบันต้องการหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำที่เข้มแข็งในการสร้างวิสัยทัศน์ สามารถสร้างแรงจูงใจ และความพึงพอใจในงานได้ดี รวมทั้งนำองค์กรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องต่อสภาพการใหม่ นอกจากนั้นแนวโน้มของกระแสที่มุ่งเรื่องการกระจายอำนาจความรับผิดชอบในการตัดสินใจที่มีมากขึ้นเป็นเครื่องบ่งชี้ทิศทางใหม่ของวิธีการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการร่วมมือกันมากกว่าการมุ่งแข่งขัน และ สร้างความขัดแย้ง⁴

ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติบทบาททางด้านภาวะผู้นำภายใต้ผู้บังคับบัญชาที่มีความพึงพอใจในการทำงานน้อยให้พยาบาลประจำการเกิดความพึงพอใจในงานและปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดและให้ทุกคนบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงานอย่างพึงพอใจตลอดไปและพบว่ายังไม่พบผู้ที่ศึกษาวิจัยแนวคิดนี้ในการปฏิบัติบทบาทภาวะผู้นำของหัวหน้า

หอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์กลาง นครหลวงเวียงจันทน์ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจะเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติบทบาทของภาวะผู้นำได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจในงานให้แก่พยาบาลประจำการและส่งผลให้พยาบาลประจำการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้มารับบริการและสำเร็จตามเป้าหมายหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงในประเทศลาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย
4. เพื่อศึกษาการพยากรณ์ของภาวะผู้นำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำของ Kouzes & Posner² มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์กลาง นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว กล่าวโดยสรุปคือ พยาบาลประจำการซึ่งมีลักษณะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะบริหารงานให้เกิดความพึงพอใจในงานและบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งผู้บริหารการพยาบาลที่ใช้หลักการบริหารแบบกระจายอำนาจเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกภาคภูมิใจในควมมีคุณค่าของตนเองและมีความพึงพอใจในงาน จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจใน



งานของผู้ปฏิบัติงาน⁵ การบริหารงานที่ให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเองและทุ่มเทกำลังในการปฏิบัติงานซึ่งมีผลทำให้ผลผลิตมีคุณภาพเพิ่มขึ้นและหากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้อิสระในการตัดสินใจแก่พยาบาลจะทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ซึ่งพบว่า หากพยาบาลได้รับอิสระในการตัดสินใจในงานที่รับผิดชอบจะทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและผลงานมีคุณภาพ ซึ่งการแสดงภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่สมควรเป็นแบบอย่างตามลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการท้าทายกระบวนการ 2) ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วม 3) ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ 4) ด้านการทำตนให้เป็นแบบอย่าง 5) ด้านการเสริมสร้างกำลังใจ ส่วนความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการนั้นผู้วิจัยใช้ความพึงพอใจในงานตามกรอบแนวคิดของ Stamps & Piedmonte⁶ ประกอบด้วย ปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพการทำงาน 2) ด้านความเป็นอิสระ 3) ด้านความต้องการในงาน 4) ด้านนโยบายขององค์กร 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์และ 6) ด้านสภาพของวิชาชีพ³

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Descriptive Correlation Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการระดับวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร ชั้นกลางและชั้นต้น ขึ้นไป ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆของโรงพยาบาลศูนย์ก่งกลางนครหลวงเวียงจันทน์ สปป ลาว จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลมิตรภาพ โรงพยาบาลเชษฐาธิราช และโรงพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 720 คน กำหนดขนาดตัวอย่างจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยเก่าที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้โดยมีค่า $r = 0.36$ กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และค่า power $(1 - \beta)$ เท่ากับ .99 เปิดตารางจะได้จำนวนตัวอย่างที่ควรสุ่มเท่ากับ 205 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ดังนี้ แบ่งโรงพยาบาลศูนย์ก่งกลาง

นครหลวงเวียงจันทน์ สปป ลาว ออกเป็น 4 ชั้นภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลมิตรภาพ โรงพยาบาลเชษฐาธิราช และโรงพยาบาลแม่และเด็ก เมื่อแบ่งเป็นชั้นภูมิแล้วได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละแผนกการพยาบาล หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากซึ่งก่อนจับสลากได้ จัดทำบัญชีรายชื่อของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์จนได้ครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละชั้นภูมิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบสอบถามข้อความถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลประจำการ และข้อมูลเกี่ยวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่พยาบาลประจำการปฏิบัติงานอยู่ด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลประจำการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ข้อมูลเกี่ยวกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารหรือภาวะผู้นำ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการซึ่งผู้วิจัยปรับข้อความ และตัดบางข้อความเพื่อให้เหมาะสมสภาพทาง สปป ลาว ประกอบด้วย ลักษณะ 5 ด้าน คือ 1) การท้าทายกระบวนการ 2) การมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วม 3) การให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ 4) การทำตนเป็นแบบอย่าง และ 5) การเสริมสร้างกำลังใจ มีข้อความถามรวมทั้งสิ้น 44 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าให้ผู้เลือกตอบได้ 5 ระดับคะแนน แต่ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและแปลความหมายของคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย



อยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.50- 2.49 หมายถึง ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำมาก

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำการและแบบสอบถามโดยปรับปรุงข้อความ และตัดบางข้อความเพื่อให้เหมาะกับสภาพทางสปปลาวจากเครื่องมือดัชนีความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) สภาพการทำงาน 2) ความเป็นอิสระ 3) เงื่อนไขของงาน 4) นโยบายขององค์กร 5) การมีปฏิสัมพันธ์ 6) สถานภาพของวิชาชีพ มีข้อความรวมทั้งสิ้น 41 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าให้ผู้เลือกตอบได้ 5 ระดับคะแนน แต่ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและแปลความหมายของคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 ความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.50- 2.49 หมายถึงความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึงความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3. การหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงและความตรงดังนี้โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามนำไปทดลองเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของประเทศที่ผู้วิจัยศึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านผู้ทรงคุณวุฒิประเทศไทย 3 ท่านและประเทศลาว 2 ท่าน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการพยาบาลเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำมาหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการจำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำปาสัก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง 0.83

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นและทางสาธารณสุข ประชาธิปไตย ประชาชน

ลาว เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลมัตราภาพ โรงพยาบาลเซษฐาธิราช และโรงพยาบาลแม่และเด็ก ประเทศ สปป ลาว เพื่อขอจำนวนตัวเลขของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกพยาบาลโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และทำกล่องปิดผนึกนำไปไว้ที่แผนกพยาบาล เพื่อให้พยาบาลส่งแบบสอบถามกลับคืน โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม และการส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้เปิดกล่องด้วยตนเองเพื่อเก็บรวบรวมและตรวจสอบแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเอง จนครบถ้วน นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW Version 11.5 ในการประมวลผลข้อมูลดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรด้วยค่าความถี่ ร้อยละ

2) วิเคราะห์ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกเป็นรายชื่อ รายด้านและโดยรวม

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสร้างสมการพยากรณ์ความพึงพอใจในงานจากตัวแปรภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็น



ขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยมีตัวแปรพยากรณ์เป็นตัวแปรทำนายตัวแปรเกณฑ์ / ตัวแปรตามทีละอันดับนัยสำคัญทางสถิติที่.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลประจำการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 186 คน ร้อยละ 90.7 โดยมีอายุต่ำกว่า 30 ปี มากที่สุด จำนวน 72 คน ร้อยละ 35.1 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด 110 คน ร้อยละ 53.7 วุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่สำเร็จชั้นกลาง 163 คน ร้อยละ 79.5 ประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 6-10 ปี 59 คน ร้อยละ 28.8 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่แผนกศัลยกรรม 56 คน ร้อยละ 27.3 ระดับชั้นตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับชั้นกลาง 162 คน ร้อยละ 79.0 ระดับการศึกษาของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นชั้นกลาง 140 เป็นร้อยละ 68.3 อายุของหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 41-45 ปี 79 คน ร้อยละ 38.5 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารหรือภาวะผู้นำ 182 คน ร้อยละ 88.8

2. ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.82$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.79$) รองลงมา คือ ด้านการทำทนายกระบวนการ ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.77$) และด้านการเสริมสร้างกำลังใจมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.90$)

3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, $SD = 0.76$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับมากทุกข้อ พบว่าด้านความต้องการในงานและด้านสถานภาพของวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.64$) ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.65$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านสภาพการทำงาน ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.82$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของ

พยาบาลประจำการ ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.51 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการทำทนายกระบวนการ ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วม ด้านการทำให้ผู้อื่นแสดงความสามารถด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง ด้านการเสริมสร้างกำลังใจ พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.36, 0.34, 0.36, 0.37 และ 0.37 ตามลำดับ ($P < 0.01$)

5. การพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน พบว่า การเสริมสร้างกำลังใจสามารถอธิบายความแปรปรวนความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .230 และเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถเข้าไปค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 25.7 ($R^2 = .257$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้ ($P < 0.05$)

การอภิปรายผล

ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.89 เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า ด้านการเสริมสร้างกำลังใจข้อ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยให้รางวัลและยกย่องท่านหรือผู้ร่วมงานที่ได้ปฏิบัติงานอย่างทุ่มเทและเสียสละเพื่อหน่วยงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่นและข้ออื่นๆ อยู่ในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้คงเนื่องมาจากว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยได้เปิดโอกาสให้พยาบาลประจำการแสวงหาโอกาสในการทำงานที่ท้าทาย ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์การและให้โอกาสพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองาน สร้างทีมงานรับฟังความคิดเห็น ให้ทางเลือกที่ดี มอบหมายงานที่สำคัญและพร้อมที่จะช่วยเหลือ



สนับสนุนให้โอกาสในการตัดสินใจ ให้ความอิสระในการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลรู้สึกมีความสามารถและตั้งใจทำงานให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด^{7,8,9} หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องประพฤติตนและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้ร่วมงาน ใฝ่เรียนรู้ก้าวหน้าทันต่อสังคม มีความรู้ความสามารถที่จะจูงใจผู้ร่วมงานให้เกิดการยอมรับในตนและมีความคงเส้นคงวชัดเจนในหลักการต่างๆ แต่ยังคงพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมองข้ามความสำคัญของแรงจูงใจที่มีให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าหน่วยงานให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยให้แก่บุคคลและเป็นในบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมการยกย่องต่อหน้าจะมีน้อยมาก ดังนั้นหัวหน้าหน่วยงานจะต้องตระหนักถึงความสำเร็จของบุคลากรทุกคนและหาวิธีการในการเฉลิมฉลองในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นการเสริมแรง ทำให้ทุกคนมีคุณค่าและเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ทุกคนในองค์กรและพร้อมจะปฏิบัติงานให้เกิดความพึงพอใจขึ้น

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($X = 3.90$, $SD = 0.76$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า พยาบาลประจำการที่มีความพึงพอใจในงานในระดับมากก็จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานสูงเนื่องจากความพึงพอใจในงานเป็นความสุขที่เกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลตอบแทนทำให้เกิดความกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่น มีขวัญและกำลังใจส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน รวมทั้งส่งผลต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร^{10,11}

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $R = 0.51$ ($r = 0.51$, $P\text{-value} < 0.01$) อธิบายได้ว่า วิชาชีพการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีภาวะผู้นำที่เหมาะสมเพราะผู้นำทางการพยาบาลนั้นจะต้องปฏิบัติงานเพื่อชี้นำ ส่งเสริมและช่วยเหลือผู้อื่นให้ทำงานด้วยความเหมาะสมถูกต้อง กระตือรือร้นและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

ภาวะผู้นำที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงาน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) พบว่า ภาวะผู้นำที่ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงาน ได้แก่ การเสริมสร้างกำลังใจ และการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ โดยตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวสามารถอธิบายความผันแปรความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการได้ ร้อยละ 26.4 ($R\text{ change} = .264$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในครั้งนี้ พบว่า มีปัจจัยด้านการเสริมสร้างกำลังใจ เป็นปัจจัยพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการได้ดีกว่าปัจจัยด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะภาวะผู้นำด้านการเสริมสร้างกำลังใจทำให้ผู้นำสามารถสร้างสรรค์และประคับประคอง ความมีน้ำใจ ความร่วมใจของทีมงาน^{12,13} สนับสนุนจุดสนใจของทีม มีการค้นหาวิธีการเฉลิมฉลองในรูปแบบต่างๆ มากมาย เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการเสริมแรงและทำให้ทุกคนมีคุณค่าและเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ทุกคนในองค์กรและพร้อมจะปฏิบัติงานให้เกิดความพึงพอใจขึ้นในหน่วยงานและองค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้นโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรตระหนักและให้ความสำคัญเพื่อพัฒนาตนเองให้สามารถแสดงภาวะผู้นำทางด้านนี้ให้เพิ่มมากขึ้นโดยพยายามค้นหาความต้องการของพยาบาลประจำการแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสม สร้างบรรยากาศการสื่อสารที่ดี แสดงออกถึงความเอื้ออาทร เสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่พยาบาลประจำการโดยการให้กำลังใจเมื่อเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายในการทำงาน ให้อิสระในการปฏิบัติงานไม่เข้มงวดจนเกินไปเพื่อให้พวกเขามีขวัญและกำลังใจและให้บริการอย่างมีคุณภาพสูงและควรมีการให้รางวัลและการยกย่องชมเชยเมื่อสามารถปฏิบัติงานได้ดี เพื่อให้เกิดความภูมิใจในการปฏิบัติงานซึ่งจะเป็นผลดีต่อหน่วยงานและองค์กรและเป็นข้อมูลในการเตรียมพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถมีภาวะผู้นำใน



การที่จะขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

2. พยาบาลประจำการควรได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสศึกษาในระดับที่สูงขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและนำไปปฏิบัติงานต่อผู้มาใช้บริการให้เกิดประโยชน์และเกิดความพึงพอใจให้แก่บุคคลและสังคมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง ขอขอบพระคุณสำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (สพร) ไทย – ลาว และสำนักงาน TICA ที่ได้มอบทุนการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการต่างประเทศ สปป.ลาว หัวหน้ากรมและพนักงานในกรมการแพทย์ (กรมปศุสัตว์) กระทรวงสาธารณสุขตลอดจนการจัดตั้งทุก ๆ องค์การ

เอกสารอ้างอิง

1. ฟาริดา อิบราฮิม. สารการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สานเจริญพานิช; 2537.
2. Kouzes JM, Posner BZ. The Leadership Challenge. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
3. เพทาย นานุเคราะห์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
4. สมชาย สัมฤทธิ์ทรัพย์. ผู้นำเหนือผู้นำ. กรุงเทพฯ: เออาร์ บิซิเนส เพรส; 2542.
5. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อินเตอร์- เทค พรินต์; 2547.
6. Stamps PL, Piedmonte EB. Nurses and work satisfaction: An index for measurement. Michigan: Health Administration Press; 1986.

7. มาริสา ไกรฤกษ์. ภาวะผู้นำทางการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนาวิทยา; 2548.
8. วรณชนก จันทุม, บุญทิพย์ นิมสะอาด, วรณภา นิวาสะวัต. การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติบทบาททางการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2551; 26(4): 23-31.
9. อรทัย นนทเกท. พฤติกรรมความเป็นผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
10. ธนิตา นิมวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
11. กระทรวงสาธารณสุข. ร่างการพรรณละนาตำแหน่งงานพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์กลาง ส.ป.ป.ลาว. นครหลวงเวียงจันทน์: การพัฒนาพนักงานสาธารณสุขร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก; 2000.
12. อภิญา จำปามูล. ผู้บริหารการพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 24-32.
13. พรทิพย์ หอมเพชร, อภิญา จำปามูล. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลและอัตราการจัดซื้อในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 12-22.



The Relationship between Head Nurse's Leadership with Job Satisfaction of Staff Nurse in Vientiane Capital Centre Hospital

Olaphim Phouthavong M.N.S.* Marisa Krairiksh Ph.D.**

Abstract

The purpose of this descriptive and predictive research was to study the relationship between head nurse's leadership and job satisfaction of staff nurses working in Vientiane capital center hospitals in Lao People's Democratic Republic. A random sample of 205 registered nurses who graduated Bachelor degree or Certificate in Middle and First level of nursing education and working in 4 hospitals participated in this study. Head nurse's leadership and job satisfaction were measured by a questionnaire. The reliability coefficients of the two questionnaires were 0.83 and 0.81, respectively. Frequency, percentage, mean and standard deviation calculations and Pearson correlation and stepwise regression analysis were used to assess research data.

The results of the present research showed that head nurses' leadership in overall and in each perspective perceived by registered nurses were in high level. Registered nurses' job satisfactions in overall and in each perspective were in high level. An analysis of relationships between head nurses' leadership behaviors and job satisfaction revealed significant positive relationships ($r = .051$) at ($P < .01$). A stepwise regression analysis demonstrated that two perspectives of leadership including *encouraging the heart* and *enabling others to act* positively influenced job satisfaction and accounted for 25.7 percent of the variances. A standardized regression function derived from the analysis was: $Z_{\text{sat}} = .315 \text{ encouraging the heart} + .242 \text{ enabling others to act}$

Suggestions from this study focus on head nurses' roles of encouraging nurses to work effectively and enabling nurses to act by performing their competencies. These will enhance nurses' satisfaction in work and stay in the organization.

Keywords: leadership, job's satisfaction

* Master Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Associate Professor, Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของครอบครัว กรณีศึกษาผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน

สุดา หันกลาง M.Sc.*
ปรารถนา สติยวิภาวี PhD***

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ Ed.D.**
เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ Dr.P.H.***

บทคัดย่อ

ครอบครัวแรงงานนอกระบบในกลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้านได้เผชิญกับสิ่งคุกคามทางสุขภาพและขาดหลักประกันความมั่นคงในงาน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพรรณนาและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะสุขภาพครอบครัวจากผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้านจำนวน 211 ครอบครัว ตำบลโดนด อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม และประเมินสิ่งแวดล้อมการทำงาน การวิเคราะห์ทางสถิติใช้สถิติพรรณนา การทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพครอบครัวโดยสมการถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 70.6 มีคะแนนภาวะสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับสูง ลักษณะงานมีการยกแบก จุกกลางของหนัก ร้อยละ 48 ของคนงานใช้เวลาทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 82.9) ความเพียงพอของรายได้ และสวัสดิการสุขภาพที่ต่างกันจะมีภาวะสุขภาพครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ จำนวนสมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ได้แก่ ระยะเวลาทำงานต่อวัน และพบว่าสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพครอบครัวได้ดีที่สุด ร่วมกับด้านจิตสังคม ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาทำงานต่อวัน สามารถทำนายภาวะสุขภาพครอบครัวผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้านได้ ร้อยละ 39

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประเมินและระบุปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวผู้รับงานไปทำที่บ้านโดยพยาบาล สาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงให้ลักษณะงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัยแก่ภาวะสุขภาพของพนักงานและครอบครัว

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพครอบครัว แนวคิดทฤษฎีของไฟรด์แมน การรับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

*นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แรงงานนอกระบบ คือ แรงงานที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการ เป็นผู้ไม่มีสัญญาจ้างและไม่ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายแรงงาน ตลอดจนไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน^{1,2} จำนวนแรงงานนอกระบบ ทั่วโลกมีมากถึง 1.8 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60 ของแรงงานทั้งหมด³ ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมทั้งในประเทศไทย⁴

ประเทศไทย พบว่า มีแรงงานนอกระบบอยู่ถึง 24.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63.4 และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น 1.8 ล้านคน⁵ คาดว่าในอนาคตแรงงานนอกระบบจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอีก⁶

การรับงานไปทำที่บ้านจัดอยู่ในเศรษฐกิจนอกระบบ⁶ ปี พ.ศ. 2550 สํารวจพบว่า จำนวนครัวเรือนผู้รับงานไปทำที่บ้านมีประมาณ 294,290 ครัวเรือนทั่วประเทศ พบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 80,771 ครัวเรือน⁷ และในจังหวัดนครราชสีมาที่มีประชากรมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยคาดว่าจำนวนครัวเรือนที่รับงานไปทำที่บ้านจำนวนมากและจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ งานประเภทอุตสาหกรรมหัตถกรรม นิยมรับมาทำที่บ้านมากที่สุด⁸ รวมไปถึงงานตัดเหล็กเส้น ในอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา กำลังขยายตัวมากตามความต้องการของอุตสาหกรรมก่อสร้าง ครอบครัวยุคใหม่ที่รับงานตัดเหล็กเส้นมาทำที่บ้านต้องดัดแปลงบางบริเวณในบ้านให้เป็นที่ทำงาน

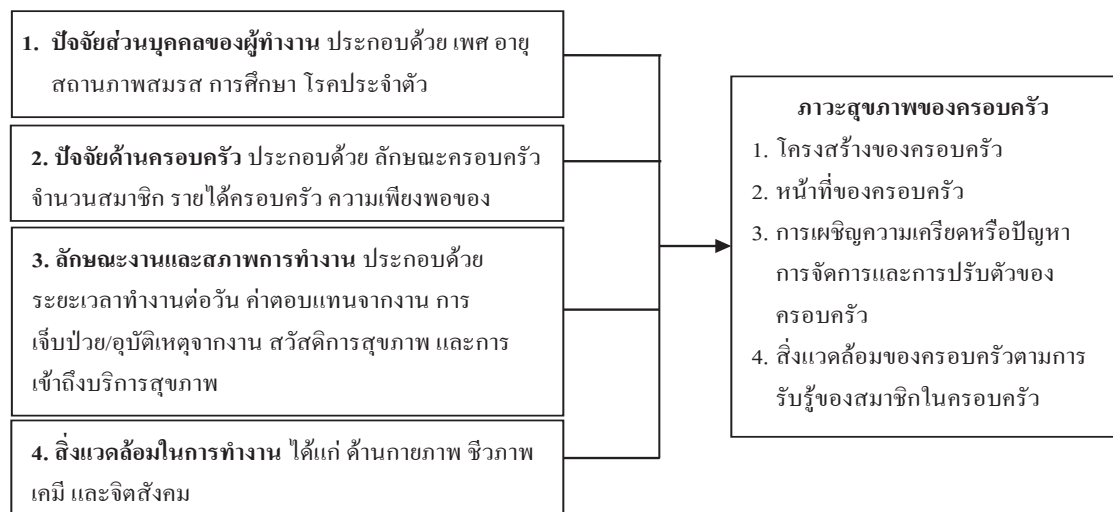
บางกรณีการดัดแปลงบ้านซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยมาเป็นทำงานโดยขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน สภาพการทำงานไม่เป็นตามมาตรฐาน⁹ ก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น โรคทางเดินหายใจ อาการแพ้ทางผิวหนัง⁹ โรคกระเพาะอาหาร¹⁰ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และอุบัติเหตุจากเครื่องมือในการผลิต¹¹ เช่นเดียวกับงานตัดเหล็กเส้นที่บ้าน ผู้วิจัยพบว่า ผู้รับงานตัดเหล็กเส้นและครอบครัวต้องเผชิญกับลักษณะงาน สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในงาน ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงหลายด้านต่อสุขภาพของผู้ทำงานและครอบครัวจึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ลักษณะงาน สภาพการทำงานสิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวกับภาวะสุขภาพครอบครัวผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้นำแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ของครอบครัว แนวคิดทางด้านวิทยาการระบาด องค์ความรู้ด้านอาชีวอนามัย มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้นิรนัยทฤษฎีมาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ดังนี้





วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Analysis Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวแทนสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ครอบครัวละ 1 คน ทั้งหมด 211 ครอบครัว ตำบลโตนดอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและครอบครัว สภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ปัจจัยด้านลักษณะงานและสภาพการทำงาน จำนวน 13 ข้อ ภาวะสุขภาพครอบครัวจำนวน 40 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.90 หลังนำไปและวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.91

2) แบบประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี จิตสังคม จำนวน 12 ข้อ โดยการสังเกตของผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมและผู้วิจัยหลังนำไปทดลองใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Interrater Reliability) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานจากการสังเกต โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใบอนุญาตรหัสโครงการ IRB No.MU 2011-007 เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 211 ครอบครัว ตำบลโตนดอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2554 และตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา การหาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพครอบครัว ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ตัวแทนครอบครัวส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 74.9 อายุเฉลี่ย 49 ปี การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.5 ครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ร้อยละ 55.9 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ร้อยละ 76.3 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 59.7

ด้านลักษณะงานและสภาพการทำงาน ครอบครัวใช้บริเวณบ้านเป็นสถานที่ทำงาน ทำงานในทำนอง ไม่จำกัดปริมาณงานและเวลาในการทำงาน ผู้ทำงานเกือบครึ่ง ทำงานมากเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ค่าตอบแทน (5,000-10,000 บาท/เดือน) ยก/แบก/หาม/จูง/ลากของหนักเกือบทุกคน ส่งผลให้ปวดกล้ามเนื้อและข้อปวดหลัง และได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บจากงาน

ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัว สิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ส่วนใหญ่มีระดับความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.9 ต่ำที่สุด คือ ด้านเคมี ($\bar{X} = 1.33$, S.D. = 0.56)

ด้านภาวะสุขภาพของครอบครัว ระดับภาวะสุขภาพของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.6 หมายถึง ครอบครัวมีความสมดุลเป็นปกติดี ทั้งด้านโครงสร้าง หน้าที่ สิ่งแวดล้อม และการเผชิญปัญหาปรับตัวของครอบครัวให้เหมาะสมกับการรับงานมาทำที่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($r = 0.138$, $P\text{-value} < 0.05$) และรายได้ครอบครัว ($r = 0.331$, $P\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่แตกต่างกันมีคะแนนภาวะสุขภาพครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.215$, $p\text{-value} = 0.001$)

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพครอบครัว ($r = -0.205$, $p\text{-value} = 0.003$) การมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) จะมีคะแนนภาวะสุขภาพครอบครัวต่ำกว่าผู้รับงานตัดเหล็กเส้นที่มีบัตรประกันสุขภาพอื่นๆ



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.308$, $p\text{-value} = 0.001$)

สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ เคมี และด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก

กับภาวะสุขภาพครอบครัวของผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.543$, $r = 0.309$ และ $r = 0.403$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัว กับภาวะสุขภาพครอบครัวของผู้รับงานตัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพครอบครัว		
	Co-efficient correlation (r)	T(F)-value	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
- เพศ	-	1.078	>0.05
- อายุ	0.048	-	>0.05
- สถานภาพสมรส	-	-0.457	>0.05
- ระดับการศึกษา	-	-0.828	>0.05
- โรคประจำตัว	-	0.885	>0.05
ปัจจัยครอบครัว			
- ลักษณะครอบครัว	-	-0.777	>0.05
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.138*	-	<0.05
- รายได้ครอบครัว	0.331**	-	<0.01
- ความเพียงพอของรายได้	-	(10.215)	<0.01
สภาพการทำงาน			
- ระยะเวลาในการทำงาน/วัน	-0.205**	-	<0.01
- ค่าตอบแทนในการทำงาน	0.071	-	>0.05
- การเจ็บป่วย/อุบัติเหตุจากงาน	-	-0.789	>0.05
- สวัสดิการทางสุขภาพ	-	-3.308	<0.01
- การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-	0.909	>0.05
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน			
- ด้านกายภาพ	0.543**	-	<0.001
- ด้านชีวภาพ/เคมี	0.309**	-	<0.001
- ด้านจิตสังคม	0.403**	-	<0.001

* Statistical Significance 0.05

** Statistical Significance 0.01



ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายภาวะสุขภาพครอบครัว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพครอบครัวของผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน และสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพครอบครัวได้ร้อยละ 39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ เขียนเป็นสมการทำนายภาวะสุขภาพครอบครัวแทนค่าได้ดังนี้

$$\text{ภาวะสุขภาพครอบครัว} = 60.3 + 2.6 (\text{สิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ}) + 1.8$$

(สิ่งแวดล้อมการทำงานด้านจิตสังคม) + 4.3 (ความเพียงพอของรายได้) - 2.7 (ระยะเวลาการทำงานต่อวัน)

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพครอบครัวมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 2.6 รองลงมา คือ สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการทำงานต่อวัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเป็น 1.8, 4.3 และ 2.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับภาวะสุขภาพครอบครัวโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	R ² change	b	Beta	T	p- value
สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ	0.294	2.614	0.412	6.92	<0.001
สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม	0.051	1.757	0.229	3.91	<0.001
ความเพียงพอของรายได้	0.029	4.325	0.161	2.87	< 0.005
ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน	0.017	-2.725	-0.133	-2.41	0.017

Constant = 60.33, R² = 0.39, Adjust R² = 0.38

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพครอบครัวของผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ส่วนใหญ่ครอบครัวผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้านมีระดับคะแนนภาวะสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับสูง เพราะครอบครัวไทยหากต้องเผชิญสิ่งคุกคามจะมีความเข้มแข็งในแง่ของเครือข่ายและชุมชนซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมของครอบครัว¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไป พบว่า มีการทำหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับไม่มีปัญหา^{13,14}

ลักษณะงานและสภาพการทำงานของผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ลักษณะงานดัดเหล็กเป็นโครงสร้างเหล็กไม่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ คนงานใช้เวลาทำงานเฉลี่ย 6 - 8 ชั่วโมง/วัน สูงสุด 18 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ทำงานมีการยก/แบก/หามเหล็กที่หนัก สอดคล้องกับผลสำรวจแรงงานนอกระบบ พบปัญหาการทำงานหนักถึงร้อยละ 19 ค่าตอบแทนจากการทำงานน้อย (ร้อยละ 49.3) เช่นเดียวกับแรงงานนอกระบบถึง 2.6 ล้านคนที่

ได้รับค่าตอบแทนน้อย⁵ มีสวัสดิการด้านสุขภาพส่วนใหญ่คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเสียค่าใช้จ่ายเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุสันทา ยิ้มแย้ม และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์¹¹ พบว่า แรงงานนอกระบบไม่ได้รับสวัสดิการและการคุ้มครองแรงงาน เมื่อได้รับอุบัติเหตุจากงานจะเข้ารักษาพยาบาลที่สถานบริการของรัฐ¹⁵

สิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงานส่วนใหญ่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ สิ่งแวดล้อมในบ้านทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี จิตสังคม มีผลต่อสุขภาพของสมาชิกครอบครัวทั้งหมด¹⁶ การเฝ้าระวังทางสุขภาพในงานพยาบาลสาธารณสุขเน้นที่การระบุปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ บ้านมีความสำคัญต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์จึงควรมีสภาพที่จะส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้อาศัย^{17,18} ดังนั้น สิ่งแวดล้อมการทำงานครอบครัวผู้รับงานดัดเหล็กเส้นจึงควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ลักษณะงาน สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับภาวะสุขภาพครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพครอบครัว สมาชิกครอบครัวที่มีคุณภาพ มีการจัดการในครอบครัวเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวมีสุขภาพดี ส่วนรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพครอบครัว แสดงให้เห็นว่ารายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพครอบครัว ส่วนลักษณะงานพบว่า ระยะเวลาทำงานต่อวันสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพครอบครัว การจัดการเวลาการทำงานไม่ดีจะกระทบเป็นปัญหาในครอบครัวได้¹⁶ มีการศึกษาพบว่าการทำงานที่บ้านทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว^{19,20} การมีหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลต่อความสุขของครอบครัว²¹ แรงงานนอกระบบยังขาดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและบริการอาชีวอนามัย^{22,23} เช่นเดียวกันสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพครอบครัว ดังนั้น สิ่งแวดล้อมของผู้รับงานดัดเหล็กเส้นที่มีความปลอดภัยต่ำ ควรปรับปรุง เพราะบ้านควรเหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว^{16,24,25}

ความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพครอบครัวผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพครอบครัวของผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน สิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อมในการทำงานของครอบครัวด้านจิตสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของไฟรด์แมน¹⁶ ที่ระบุว่า ภาวะสุขภาพครอบครัวจะดีมีพื้นฐานจากการมีสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่ดีทั้งทางกายภาพ จิตสังคม จัดสรรเวลาในครอบครัวให้เหมาะสม มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ

จุดเด่น-จุดด้อยของงานวิจัย การประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานใช้ทั้งการสัมภาษณ์และสังเกตสิ่งแวดล้อมในบ้านโดยตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้วิจัย ข้อมูลจึงถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

แต่สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวของไฟรด์แมนทั้ง 4 มิติ รูปแบบค่อนข้างยาก ใช้เวลาสัมภาษณ์นาน ส่งผลต่อความถูกต้องของคำตอบ และ

แนวคิดต่างประเทศที่ปรับมาใช้อาจมีมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่ไม่ได้สะท้อนความเป็นจริงของครอบครัวไทยได้ครบถ้วน การศึกษานี้ได้ยืนยันแนวคิดทฤษฎีของไฟรด์แมนในการประเมินภาวะสุขภาพครอบครัว ที่ว่า ภาวะสุขภาพครอบครัวที่ดีต้องมีความสมดุลกันของมิติทั้ง 4 ด้าน ขณะเดียวกันยังได้ขยายแนวคิดของไฟรด์แมนที่เน้นการประเมินและดูแลครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นโรค แต่ไม่ได้เน้นการประเมินครอบครัวที่มีสิ่งก่ออันตรายต่อปัญหาสุขภาพของครอบครัวเช่นการนำงานเข้ามาทำที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีนโยบาย/แผนงานจัดระบบการเยี่ยมบ้านและประสานงานให้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และรัฐบาลควรจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบการดูแลสุขภาพผู้รับงานไปทำที่บ้านโดยตรง ผู้ให้บริการทางสุขภาพควรร่วมกันประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานของผู้รับงานมาทำที่บ้านเพื่อให้สามารถระบุความเสี่ยงและจัดการเชิงรุกยิ่งขึ้น และหลักสูตรการสอนควรเพิ่มเนื้อหาการฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้านกรณีที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างผู้รับงานไปทำที่บ้าน

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวคิดของภาวะสุขภาพครอบครัวที่ดีในมิติของคนไทย และศึกษาแบบติดตามผลลัพธ์แบบไปข้างหน้า (Cohort study) หรือการศึกษาแบบย้อนกลับ (Retrospective study) ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. ILO. Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture. In: sector E, editor.: International Labour Office Geneva; 2002.
2. กลุ่มสถิติแรงงาน. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2552. In: สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม, editor. : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553.
3. Johannes PJ, Juan RL. Forgotten workers?. Organisation for Economic Cooperation and Development 2009; 274 (ABI/INFORM Global).



4. Valentina F. Improvement of working conditions and environment in the informal sector through safety & health measures. In: Branch OSAH, editor: International Labour Office; 1999.
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ ปี พ.ศ. 2553. In: กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, editor; 2553.
6. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. สภาพการจ้างงานและการทำงานของลูกจ้างในงานที่รับไปทำที่บ้านและงานเกษตรกรรม. In: จำกิต สบป, editor; 2549.
7. ศูนย์ยุทธศาสตร์วิชาการแรงงานนอกระบบ. สสำรวจครัวเรือนที่รับงานมาทำที่บ้าน 2554: [ออนไลน์] 2554 [อ้างเมื่อ 21 มีนาคม 2554]. จาก <http://www.infolabour.com/>
8. พูลทรัพย์ สวนเมือง ตูลาพันธุ์. ปัญหาสุขภาพอนามัย ความปลอดภัยในการทำงานและสิ่งแวดล้อมของผู้ทำการผลิตที่บ้านในประเทศไทย; 2010.
9. เบญจา จิรภัทรภิมล, กรรณิการ์ เล็กบุญญาสิน, นลินี ตันธวนิตย์, มาลี สิทธิประเสริฐ, บุญสม น้ำสมบูรณ์. สภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ: กรณีศึกษาการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
10. ปณิตดา ใจเอื้อ. สภาพปัญหาและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้รับงานไปทำที่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้รับงานไปทำที่บ้านในกิจการเย็บผ้า เขตสายไหม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2543.
11. สุธันหา ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานไม้แกะสลัก. พยาบาลสาร. 2550; 34(4): 68-79.
12. พิทยา จารุพูนผล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. การพัฒนาตัวชี้วัดด้านครอบครัวเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ครอบครัวไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6 “ครอบครัวไทย: ความหลากหลายสู่ความสมดุล สุข และความเข้มแข็ง; ตุลาคม, 2552; ณ ห้องกาญจนาภิเษก บอลรูม โรงแรมรอยัลริเวอร์ บางพลัด กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. วราภรณ์ ทุมแก้ว. การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปกับครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาในตำบลหนองกุง ธนสาร อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
14. วิมลพรรณ บัวขาว. การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปกับครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาการหารุนแรง: กรณีศึกษาใน ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
15. อนิรุจน์ มะโนธรรม. การศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2548.
16. Friedman MM, Bowden VR, Jones GE. Family Nursing: Research, Theory, and Practice. Upper Saddle River, New Jersey, 07458: Pearson Education, Inc.; 2003.
17. Stanhope M, Lancaster J. Community Public Health Nursing. 5th editor. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc; 2000.
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาผลการวิจัยและแนวทางการเสริมสร้างครอบครัวที่พึงประสงค์ของไทย 2540. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2540.



19. อัญชลี ศรีนิลงาม. ผลจากการปรับตัวด้านอาชีพของผู้รับงานไปทำที่บ้านกิจการเหวอน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
20. วิชัย ผลิตนันทเกียรติ, เสกสรร อรรถวาไรย์. การจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงาน จากอุตสาหกรรมขนาดเล็กในชนบทกรณีศึกษาโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2(5): 1295-304.
21. จรยพร สุภาพ. ครอบครัวไทย: ความหลากหลายสู่ความสมดุล ความสุข และความเข้มแข็ง. การประชุมวิชาการอนามัยครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ครอบครัวไทย สุขภาพ ความเข้มแข็งตุลาคม, 2552; ณ ห้องภาณุรังสี บอลรูมโรงแรมรอยัลริเวอร์ บางพลัด กรุงเทพมหานคร.
22. สุวิทย์ อินนามมา. แรงงานนอกระบบ: วิถีชีวิตสภาพการทำงาน การดูแลสุขภาพและสังคม กรณีศึกษากลุ่มเย็บผ้า ตำบลบ้านเม็ง อ.หนองเรือ จ.ขอนแก่น 2551. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 21 มีนาคม 2551]. จาก: <http://hdl.handle.net/123456789/2198>.
23. สมพรพัฒน์กุลเกียรติ, สมจิต แดนสีแก้ว, รัตน์ดา-วรรณ คลังกลาง. การบริโภคและการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 41-51.
24. ประภารัตน์ ณ พัทลุง, เกษราวัลณ์ นิลวางกูร. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของคนทำงานวัยกลางคน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 22-29.
25. สุนทรี แจ่มแสง, ดารุณี จงอุดมการณ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวตำบลพังแดง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 5-11.



Factors Associated with Family Health Status: A Case Study of Steel Pipe Home-Based Workers

Suda Hanklang M.Sc.*
Pratana Satitvipawee Ph.D.***

Pimpan Silpasuwan Ed.D.**
Chaermchai Chaikittiporn Dr.P.H.****

Abstract

Informal workers's families, especially home-base workers, face many health hazards and are lacking in work related social security. This research was undertaken to describe and study family health status and related factors among home-based steel pipe workers and their families. Data was collected from 211 families in Tambon Tanod, Nonsung district, Nakhonratchasima province during February 2011. Data was collected via interview and questionnaires and an additional work environment assessment was done. The statistical analysis was performed using descriptive statistics, Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients and Multiple Regression Analysis.

The results showed that 70.6% of family health status scores were at a high level. Work involved frequent lifting, carrying, towing, and dragging of heavy items. 48% of workers worked more than 8 hours per day. Most (82.9 %) of the home-based working environments had a low level of safety. Adequacy of income, health and welfare affected family health status with statistical significance (p -value <0.05). Factors that were positively related to family health status with statistically significant (p -value <0.05) include number of family members, family income, and working environment. Number of hours worked per day was negatively correlated with family health status with statistical significance (p -value <0.05). It was found that physical environment offers the best explanation of variance of the family health status. Psychosocial environment, adequacy of income, and number of hours worked per day can jointly predict the family health status of home-based steel pipe worker by about 39%.

These findings suggest that home-based work environments should be assessed for risks by public health nurses and multidisciplinary personnel. Identification of risks and subsequent interventions can improve home-based works and working environments, which in turn could result in better health for home-based workers and their families.

Keywords: family health status, Friedman's concept theory, home-based steel pipe work, working environment

* Student of Master of Science Program, Public Health Nursing Faculty of Public Health Mahidol University.

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

*** Associate Professor, Department of Statistic, Faculty of Public Health Mahidol University.

**** Associate Professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health Mahidol University.



ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

นุชมาศ แก้วกุลทล พย.ม.*

พิศมัย อุลศรี พย.ม.*

ผูกทิพย์ สิงห์คำ พย.ม.*

ปัทมาภรณ์ คงขุนทด พย.ม.*

น้ำฝน ไวยวงศ์กร พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง/ต่อเนื่องและหลักสูตรภาคพิเศษ) ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2550 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ใน 6 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิต 1 คน และเพื่อนร่วมงานของบัณฑิต 2 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 600 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของอนาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตที่มีต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 รายด้านและโดยรวมอยู่ระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{x} = 4.37$, $SD = .50$) ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{x} = 3.83$, $SD = .60$) ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานบัณฑิต ใน 6 ด้านและโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ การปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สาขาพยาบาลศาสตร์เป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่ อย่างเอื้ออาทร จึงจำเป็นต้องใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักการและทักษะการปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ใช้บริการที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในทุกภาวะสุขภาพ ทุกวัย และหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย จัดการและตัดสินใจกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่าง

เหมาะสม การจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต และคุณค่าของชีวิตมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างบัณฑิตให้มีความรู้ มีทักษะทางปัญญา มีความรับผิดชอบ และสามารถสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีทักษะการคิดวิเคราะห์ ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ¹

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาได้ดำเนินการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับหลักการจัดการศึกษาของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2545 โดยคำนึงถึงแนวนโยบายที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรฐานการจัดการศึกษาไปสู่การปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษา และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ ใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ สำหรับในปีพ.ศ.2550 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาได้มีผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 49 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) รุ่นที่ 20 และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่องภาคพิเศษ) รุ่นที่ 2 จำนวน 3 รุ่น นักศึกษาจำนวนรวม 200 คน

การติดตามประเมินผลผู้สำเร็จการศึกษา ในระบบการประกันคุณภาพการศึกษาจะสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ด้านคุณภาพบัณฑิต ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาจึงได้ทำการสำรวจระดับความพึงพอใจของนายจ้าง ผู้ประกอบการและผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (TQF) ในบัณฑิตที่ได้ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1-3 ปี เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลและเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร จัดทำแผนการศึกษา พัฒนาการจัดการเรียนการสอน และปรับปรุงคุณภาพบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมต่อไป

ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 ได้กำหนดจุดมุ่งหมายของการจัดการศึกษาไว้ว่าต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ดังนั้น เพื่อให้การจัดการศึกษาบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ในหมวด 6 ว่า

ด้วยมาตรฐานและการประกันคุณภาพและมาตรฐานทุกระดับ ในสาขาพยาบาลศาสตร์ได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้านที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF: HED) และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ผู้ใช้บัณฑิตพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต

จากคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ ได้มีผู้วิจัยและรายงานไว้ดังนี้ จีรภา นะแสง และคณะ² ได้ทำวิจัยเรื่องคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลาตามความคิดเห็นของตนเอง ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยความสามารถทางวิชาการ ในด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ และด้านคุณธรรม จริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับอัจฉริยา วัชรวิวัฒน์และคณะ³ ที่ได้ศึกษาติดตามผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษามีความสามารถพื้นฐานอยู่ในระดับมาก ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถเชิงวิชาชีพในเรื่องกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก มีบุคลิกภาพและความประพฤติอยู่ในระดับดี มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ส่วนวราพร ตันทะสุวรรณ และคณะ⁴ ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2546 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ต่อมาอีก 1 ปีก็พบคุณลักษณะเช่นเดียวกับการศึกษาของอุไรรักษ์ คัมภีรานนท์ และคณะ⁵ ได้ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 46 และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) รุ่นที่ 17 ปีการศึกษา 2547 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกันคือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใช้บริการ รายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมากและ



ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตโดยรวมและด้านวิชาการ/การปฏิบัติงานทางวิชาชีพด้านความสามารถพื้นฐานที่ส่งผลต่อการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตแตกต่างจากผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ($P < .05$) โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงกว่าผู้บังคับบัญชา และอีก 5 ปีต่อมา นุชมาศ แก้วกุลทล และคณะ⁶ ได้ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาใน ปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่า ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2548 มีค่าเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2549 มีค่าเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง/ต่อเนื่องภาคพิเศษ) ด้านความสามารถทางวิชาการ ด้านความรู้ความสามารถพื้นฐาน ด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณของวิชาชีพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับวิทยาลัยภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเช่นอรัญญิกแก้วมหากาฬและพนัสยาบรรณวิไล⁷ ได้การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2550 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ คุณธรรมจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือความสามารถพื้นฐาน ส่วนค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือความสามารถเชิงวิชาชีพ นอกจากนี้ ความสามารถเชิงวิชาชีพในด้านวิจัยได้ค่าเฉลี่ยต่ำ สอดคล้องกับจากรูวรรณ ศุภศรี และศศิธร คำพันธ์⁸ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการติดตามผลบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2545, 2546 และ 2547 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้บังคับบัญชาระดับต้นเกี่ยวกับความสามารถเชิงวิชาชีพ

จรรยาวิชาชีพ และความสามารถพื้นฐานของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) ที่สำเร็จการศึกษาปี พ.ศ. 2545, 2546 และ 2547 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง พบว่า ผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิตพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อความสามารถของบัณฑิตพยาบาลทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านจรรยาวิชาชีพ และต่ำสุดด้านการวิจัย

เพื่อให้การพัฒนาหลักสูตรมีความสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและคงมาตรฐาน ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตสะท้อนถึงสิ่งที่ควรพัฒนาให้ตอบสนองปัญหาสุขภาพของชาติและแนวทางการจัดการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ.2550 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจระหว่างผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ.2550 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 ตามการประเมินของผู้ใช้บัณฑิต (ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน) โดยมีลำดับขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ใช้บัณฑิต ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของบัณฑิตที่ได้ร่วมปฏิบัติงานกับบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ.2550 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 49 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) รุ่นที่ 20 และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่องภาคพิเศษ) รุ่นที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน



ทั้งหมด 600 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1) ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิต หมายถึง นายจ้าง ผู้ประกอบการ หรือหัวหน้างานที่ปฏิบัติงานร่วมกับบัณฑิตในหน่วยงานเดียวกัน อาจดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ชำนาญการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือผู้อำนวยการ ซึ่งมีหน้าที่มอบหมายติดตาม ควบคุมดูแล และประเมินผลการปฏิบัติงานของบัณฑิตโดยตรง โดยเลือกผู้บังคับบัญชา 1 คน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต จำนวน 200 คน

2) เพื่อนร่วมงาน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และ/หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพเดียวกันกับบัณฑิต โดยเลือกเพื่อนร่วมงาน 2 คน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวทางจากกรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้านที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติและลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตมีทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นรายด้านดังนี้ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านความรู้ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านทักษะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านสัมพันธระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 6 ข้อ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพจำนวน 7 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย คือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่สร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดความเหมาะสมของภาษา โดยยึดถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ของความเห็นตรงกันใน

แต่ละข้อคำถาม และนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 40 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficiency) ได้ค่าเที่ยงของเครื่องมือ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตรวจสอบรายชื่อบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง/ต่อเนื่องภาคพิเศษ) ที่สำเร็จการศึกษา ปีพ.ศ.2550 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เกี่ยวกับหน่วยงานต้นสังกัด ที่อยู่อาศัยที่สามารถติดต่อได้

2. ออกหนังสือราชการไปยังบัณฑิต เพื่อให้บัณฑิตแต่ละคน ขออนุญาตให้ผู้บังคับบัญชา 1 คน และเพื่อนร่วมงาน 2 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แล้วส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ ใช้เวลาในการในการเก็บข้อมูล 8 สัปดาห์ได้แบบสอบถามกลับ รวมจำนวน 222 ชุด

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสอบถามทั้งหมด ได้แบบสอบถามที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 37 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด กำหนดรหัสของแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูลทั้งหมด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ใช้การวิเคราะห์ ตามการประเมินของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน โดยการหาเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตระหว่างผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานที่มีต่อบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test



ผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 ทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = .43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.37$, S.D. = .50) ส่วนด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = .60) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่อง ประพฤติตนอยู่ในหลักศีลธรรมอันดี ($\bar{x} = 4.49$, S.D. = .62) ส่วนความสามารถใช้ภาษาอังกฤษในงานได้อย่างเหมาะสม มีความพึงพอใจต่ำสุด ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = .77)

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 ระหว่างผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานของบัณฑิต พบว่า ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานโดยรวมทุกด้านของบัณฑิตทุกหลักสูตรอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, S.D.=.43) สำหรับรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{X} = 4.37$, S.D.=.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X} = 3.83$, S.D.=.60)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ. 2550 ระหว่างผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน พบว่า ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณลักษณะแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

สำหรับผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิต โดยผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ในด้านคุณธรรม จริยธรรม และในรายข้อ ประพฤติตนอยู่ในหลักศีลธรรมอันดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้เนื่องจากบัณฑิตพยาบาลได้รับการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เพราะงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติกับชีวิตมนุษย์ ดังนั้นการปฏิบัติงานพยาบาลจึงต้องยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม ประพฤติตนอยู่ในหลักศีลธรรมอันดี เป็นสำคัญ^{2,3}

ส่วนด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และในรายข้อความสามารถใช้ภาษาอังกฤษในงานได้อย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป จำนวนหน่วยกิตรวม ไม่น้อยกว่า 30 หน่วยกิต ซึ่งกลุ่มวิชาภาษาอังกฤษ 1,2,3,4 มีจำนวน 12 หน่วยกิต สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) และพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 3 ปี) มีโครงสร้างหลักสูตรในกลุ่มวิชาภาษาอังกฤษมีจำนวนเพียง 3 หน่วยกิต ซึ่งจะเห็นว่าบัณฑิตอาจมีความสามารถทางภาษาอังกฤษต่ำกว่าความจำเป็นที่ต้องใช้ในงาน สอดคล้องกับผลการติดตามบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2544 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ของปราโมทย์ ทองสุข และคณะ⁹ ที่พบว่า ควรสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ ทั้งด้านการอ่าน การฟัง การพูด และการเขียนในระดับมาก ส่วนความจำเป็นของการใช้ทักษะภาษาอังกฤษในงาน โอกาสได้ใช้ในงานและระดับความสามารถของบัณฑิตอยู่ในระดับปานกลาง

สถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ต้องสามารถประกันคุณภาพหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนที่จะทำให้บัณฑิตมีคุณภาพ ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งลักษณะของการจัดการเรียนการสอนของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ทั้ง 3 หลักสูตร ได้มุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ



มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและคุณค่าของชีวิตมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ต้องมีความสอดคล้องกัน จึงจะช่วยผู้เรียนให้สามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติได้ ดังนั้นการเรียนภาคทฤษฎี การเรียนในห้องปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง และการปฏิบัติในสถานการณ์จริง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างบัณฑิตให้มีความรู้มีทักษะทางปัญญา มีความรับผิดชอบ และสามารถสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีทักษะการคิดวิเคราะห์ ตลอดจนจนปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของอังกรียา วัชรวิวัฒน์ และพิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก¹⁰ ที่พบว่า คุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของปราโมทย์ ทองสุข และคณะ⁹ จากการติดตามบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2544 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้บังคับบัญชากับเพื่อนร่วมงานประเมินความสามารถพื้นฐานของบัณฑิตไม่แตกต่างกัน

การศึกษาวิชาชีพพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา มี 3 หลักสูตร คือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ใช้เวลาศึกษา 4 ปี ส่วนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) และพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่องภาคพิเศษ) ทั้ง 2 หลักสูตรนี้จะเหมือนกัน แตกต่างกันเพียงการกำหนดโปรแกรมการศึกษาเท่านั้น บัณฑิตทุกหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ได้รับการรับรองให้มีศักดิ์และสิทธิ์เทียบเท่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และในการจัดการเรียนการสอนของทุกหลักสูตร จะอยู่ภายใต้ปรัชญาเดียวกันของทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ที่ว่าบัณฑิตจากสถาบันแห่งนี้จะมีความรู้ความสามารถประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟู

สภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการแบบองค์รวม เน้นการดูแลตนเองและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน เป็นผู้นำทางการพยาบาลด้วยการศึกษาค้นคว้าวิจัย และนำผลการวิจัยและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนางาน ใฝ่รู้และมีทัศนคติที่ดี ยึดมั่นในคุณธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประกาศนโยบายประกันคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541 โดยกำหนดให้วิทยาลัยในสังกัด จัดให้มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการศึกษาในวิทยาลัย เพื่อเป็นหลักประกันในการผลิตบุคลากรให้มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การให้บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน^{11,12}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านความสามารถการใช้ภาษาอังกฤษ เช่น สนับสนุนให้มีการเข้าค่ายฝึกทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ กิจกรรมชมรมภาษาอังกฤษ ฯ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ด้านการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการใช้คอมพิวเตอร์ ด้านความสามารถในการวิเคราะห์ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วนทุกมิติ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการวิจัยเกี่ยวกับการค้นหาคำตอบในประเด็นปัญหา หรือข้อสงสัย และการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้สำเร็จการศึกษาใน 6 ด้านตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษามาตรฐานสถาบันอุดมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ.2550 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ซึ่งได้กรุณาให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม



เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอุดมศึกษา. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2552 และแนวทางปฏิบัติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
2. จีระภา นะแสง และ คณะ. สมรรถนะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ของผู้ที่สำเร็จการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ปีการศึกษา 2547 ตามความเห็นของตนเอง ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา; 2548.
3. อัจริยา วัชรวิวัฒน์ และ คณะ. การศึกษาติดตามผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี. สราษฏร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี; 2548.
4. วราพร ตันทะสุวรรณ และคณะ. ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2546 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาและผู้สำเร็จการศึกษา. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา; 2548.
5. อุไรรักษ์ คัมภีรานนท์ และ คณะ. การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) รุ่นที่ 17 ปีการศึกษา 2547 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา; 2549.
6. นุชมาศ แก้วกุลทล และคณะ. ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีพ.ศ. 2548 และปีพ.ศ. 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข; 2552.
7. อรทัย แก้วมหากาฬ และพนัสยา วรรณวิไล. ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2550 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. สงขลา: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
8. จารุวรรณ ศุภศรี, ศศิธร คำพันธ์. การติดตามผลบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาพ.ศ. 2545, 2546 และ 2547 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา; 2549.
9. ปราโมทย์ ทองสุข. การติดตามผลบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2544 ของคณะพยาบาลศาสตร์ และสถาบันสมทบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2549.
10. อัจริยา วัชรวิวัฒน์ และ พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก. คุณภาพผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) ปีการศึกษา 2543 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี. สราษฏร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี; 2546.
11. อภิวันท์ ไทงามศิลป์, วรรณชนก จันทุม. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 40-47.
12. ฟองทิพย์ สิ้นแสง, อภิญา จำปามูล. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 48-55.



The Study of Working Performance Satisfaction on the Graduate Nurses in 2007 from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Nuchamart Gaewgoontol M.N.S*

Pitsamai Ubonsri M.N.S*

Pakatip Singkarm M.N.S*

Pattamaporn Khongkhoontot M.N.S*

Namfon Waithayawongkorn M.N.S*

Abstract

The purpose of this research was to study and compare levels of from supervisors' and colleagues' satisfaction with working performance on a new nurse who from three nursing programs of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. Those programs are Bachelor of Nursing Science from class 49th (a 4-year program), Diploma in Nursing Science from class 20th (a 2-years program), and Diploma in Nursing Science from class 2nd (a 3-years program). Participants were purposively recruited by selecting one supervisor and two colleagues for each graduate nurse. The total number of participants was 600.

Data was collected by using a six-dimension Likert scale of working performance, which consists of 40 behaviors grouped into six performance subscales with five Likert scales for each item. Those subscales are ethics and moral, knowledge, cognitive skills, interpersonal skill and responsibility, numerical analysis, communication and information technology skill, and nursing professional skill. Developed by the research team, the scale is shown to be highly reliable (Cronbach's alpha = 0.96). The collected data was analyzed using percentage, means, standard deviations, and t-test.

The results of this study showed that; 1) The supervisors and colleagues were satisfied with the new graduate's nursing performance who graduated in 2007 at a high level both in the combined six subscales and in each subscale. The ethics and moral subscale has the highest mean of satisfaction level. ($\bar{x} = 4.37$, $SD. = .50$) 2) When compared levels of satisfaction from supervisors and colleagues, on a new graduate's nursing performance, there was no statistical difference both in the combined six subscales and in each subscale ($p = 0.5$).

Keywords: satisfaction, work performance, graduate nurses

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้ แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ทองทิพ แสงจอหอ ป.พย.บ. (ชั้นสูง)* อัมพร คำหล้า ป.พย.บ. (ชั้นสูง)* สุปราณี พัฒนจิตวิไล ส.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา *มีวัตถุประสงค์* เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วิธีการวิจัยมี 4 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ 4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 – กันยายน 2552 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 143 คนแบ่งเป็น 1) กลุ่มช่วยเหลือคือผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 19 คน 2) กลุ่มเสี่ยง จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ 2) หนังสือความรู้เรื่องโรคหัวใจกับการรักษา 3) แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 4) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองสุขภาพตนเอง 5) แบบสอบถามความพึงพอใจ 6) แบบวัดคุณภาพชีวิต 7) RAMA-EGAT SCORE เก็บข้อมูลโดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สถิติที่ใช้ ร้อยละ และ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ การคัดเลือกสมาชิก กำหนดบทบาทของสมาชิก กำหนดรูปแบบกิจกรรม กำหนดขนาดของกลุ่ม/ระยะเวลาแต่ละกิจกรรม / ความถี่และจำนวนครั้ง/การจัดสถานที่/วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ 2) ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า รูปแบบที่กำหนดขึ้นดำเนินการกระบวนการได้ตามที่กำหนด และมีการยืดหยุ่นตามความต้องการของกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความพึงพอใจจึงเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ผลการประเมิน RAMA-EGAT SCORE หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือนพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง จาก 22 คนลดเหลือ 6 คน ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในบทบาทเนื่องจากเป็นงานบริการเชิงรุกและได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพตนเอง

สรุปการใช้กลุ่มช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ผลลัพธ์ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการและต่อระบบสุขภาพ เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วยและชุมชนเอง เกิดชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชและมีการสร้างเครือข่ายชัดเจนขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยผ่าตัดหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 16.6 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 3 ของการตายทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี 2565 โลกจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน¹ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของประเทศไทย²ติดต่อกัน 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 โดยอัตราการตายจากโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นเกือบสิบเท่า จากอัตรา 3.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2540 เป็น 28.96 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2552³ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นทุกปีจากสถิติ 3 ปี จำนวน 9,115; 8,840 และ 9,331 มากกว่าร้อยละ 80 ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลจำนวน 8,468; 8,785; 9,024 ครั้งในปี 2551; 2552 และ 2553 ตามลำดับ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้พัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจและหน่วยผ่าตัดหัวใจมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าสถิติผู้เข้ารับบริการผ่าตัดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีจาก 416 รายในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 540; 564 และ 614 ราย ในปี 2551; 2552 และ 2553 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 44.5 ถึง 56.4 วัน และมีค่าใช้จ่ายสูงหนึ่งแสนห้าหมื่นถึงห้าแสนบาท ผู้ป่วยโรคหัวใจนอกจากจะต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติอีกด้วย ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหัวใจในประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงน่าจะเป็นแนวทางที่ดีที่สุด การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราตายลดลงจาก 260 คน เหลือเพียง 120 คนในผู้ป่วย 100,000 ราย เคล็ดลับความสำเร็จคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการศึกษา พบว่า การรักษาทางยาและการผ่าตัด สามารถต่ออายุคนไข้เพิ่มมากขึ้นกว่า 4 เท่า โดยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเฉลี่ย 7.5 ปี แต่หากผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มด้วย จะมีชีวิตอยู่จนถึง 20 ปี และหากยิ่งเริ่มตั้งแต่อายุน้อยๆ จำนวนปีชีวิตยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย¹ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า การ

พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นการตั้งรับ ไม่ได้แก้ปัญหาเชิงรุกที่นับวันจะมีผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเข้ามารักษา บางรายเข้าถึงบริการช้าทำให้โรครุนแรงผลการรักษาไม่ดี ผู้ป่วยรายเก่ากลับเข้ามารักษาซ้ำจากการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือ (support group) เป็นแนวคิดที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง⁴

ในฐานะผู้บริหารรณรงค์รพยบาลเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จึงนำแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ มาจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ คาดว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งอาจลดโอกาสที่จะเกิดโรค หัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยรายเก่าไม่กลับเป็นซ้ำสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการเสริมพลังอำนาจสร้างคุณค่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจากมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคหัวใจในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ถือเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืนอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเหล่านี้ โดยการสมัครใจเข้าเป็นกลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้ป่วย

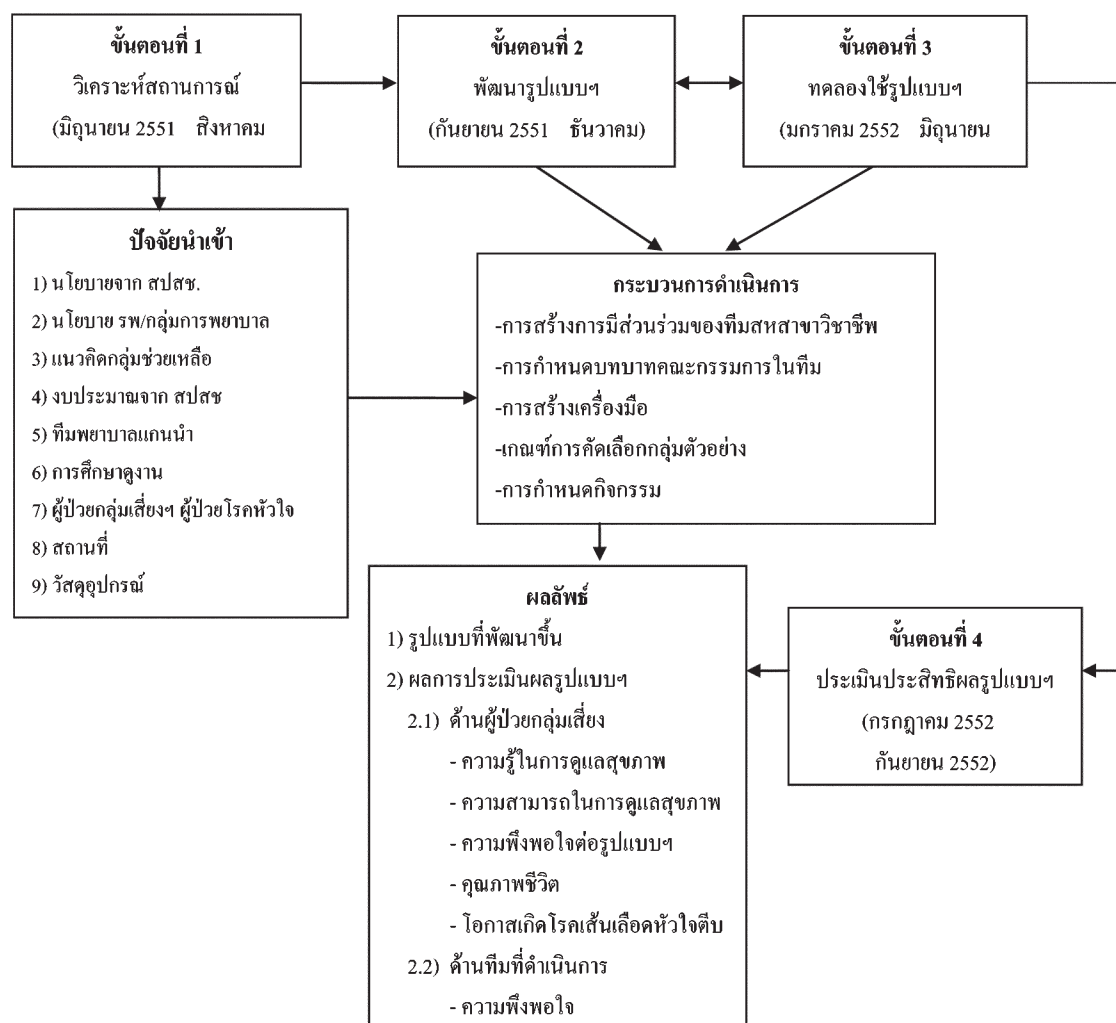


กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคไขมันในเลือดสูง/โรคอ้วน และประชาชนทั่วไปที่มีพันธุกรรมเป็นโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง / โรคอ้วน / โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ / อัมพาต / อัมพฤกษ์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า รวมจำนวนทั้งสิ้น 143 คน ระยะเวลาดำเนินการ 1 มิถุนายน 2551 – 31 กันยายน 2553

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Von Bertalanffy⁵ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ หมายถึง นโยบาย งบประมาณ คน ทรัพยากร 2) กระบวนการดำเนินการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 2.1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2.2) พัฒนารูปแบบฯ 2.3) ทดลองใช้รูปแบบฯ 2.4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ และ 3) ผลลัพธ์ที่ได้ ประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองและประสิทธิผลของรูปแบบฯ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยและขั้นตอนการศึกษา





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และประชาชนทั่วไปที่มีพันธุกรรมโรคกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกจากประชากรอย่างเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารได้ 2) ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง /โรคอ้วน แต่ยังไม่ได้เป็นโรคหัวใจ 3) ผู้ที่มีพันธุกรรมที่เป็นโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง/ โรคอ้วน/ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ/ อัมพาต/ อัมพฤกษ์ 4) ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

เกณฑ์การคัดออก จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ยังไม่มีภาวะเสี่ยง ตามข้อที่ 2 และ 3

กลุ่มตัวอย่างแบ่ง 2 ส่วน คือ 1) กลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือ จำนวน 19 คน 2) กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเป็นสมาชิกจากชมรมเบาหวาน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมข้าราชการมหาดไทย ผู้ป่วยโรคหัวใจ และญาติผู้ป่วย จำนวน 124 คน

ระยะเวลาดำเนินการ มิถุนายน 2551 - กันยายน 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ

2) หนังสือความรู้เรื่องโรคหัวใจกับการรักษา

3) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านวิถีชีวิต เครียด ด้านการใช้ยา และด้านการพยาบาลโรคหัวใจ จำนวน 15 ข้อ มีค่าระหว่าง 0-15 แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

4) แบบทดสอบความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน เหมือนแบบทดสอบความรู้จำนวน 15 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 0- 30 คะแนน แบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

ทั้งแบบทดสอบความรู้และแบบทดสอบความสามารถ สร้างโดยทีมวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละสาขารวมทั้งสิ้น 7 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือทั้งชุด 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ

5) แบบวัดความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการจัดอบรมด้านวิทยาการ ด้านความพึงพอใจโดยรวม เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบแสดงความคิดเห็นต่อการจัดโครงการเป็นปลายเปิด

6) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อแบบภาษาไทย WHOQOL- BREF - THAI พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทาง และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมรวม 26 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด คือ 1) คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 2) คุณภาพชีวิตปานกลาง และ 3) คุณภาพชีวิตที่ดี

7) แบบประเมินการตรวจวัดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ RAMA-EGAT SCORE พัฒนาโดยสถาบันโรคทรวงอกแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ความดันโลหิต ตั้งแต่ 140/90 ขึ้นไป รอบพุง ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม. คะแนนความเสี่ยงมีค่า -2 ถึง 16 นำค่าคะแนนความเสี่ยงมาเทียบกับตารางความเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยดำเนินการประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจชี้แจง การใช้แบบทดสอบทั้งหมด 2) ผู้วิจัยควบคุมกำกับการทดสอบความรู้ ความสามารถ ก่อนและหลังการอบรม การวัดคุณภาพชีวิต โดยวัดเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป การประเมินการตรวจวัดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ RAMA-EGAT SCORE เมื่อเข้าร่วมโครงการผ่านไปเดือนที่ 3 เก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินซ้ำในเดือนที่ 6 จากนั้นนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ pair t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test



ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ มีแนวโน้มสูงขึ้น การผ่าตัดโรคหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองและไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสาเหตุให้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยครอบครัวและโรงพยาบาล จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาในรูปแบบคณะทำงาน ประกอบด้วย ทีมที่ปรึกษา ทีมพยาบาลแกนนำ ทีมพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 6 คน ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ จำนวน 15 คน

2. พัฒนารูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ หนังสือความรู้เรื่องโรคหัวใจกับการรักษา แบบทดสอบความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และแบบวัดความพึงพอใจ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ทีมคณะทำงาน มีทีมพยาบาลพี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานอำนวยความสะดวกและทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในช่วงแรกต่อจากนั้นสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอง ส่วนทีมดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ตลอดจนการเป็นวิทยากรในโครงการฯ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมโครงการ กำหนดบทบาทของสมาชิก กำหนดรูปแบบกิจกรรม กำหนดขนาดของกลุ่มในแต่ละกิจกรรม ระยะเวลาแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมเสริมพลังความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ใช้เวลาประมาณ 45- 60 นาที หัวข้อขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกในกลุ่ม 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย อาสาสมัครนำ

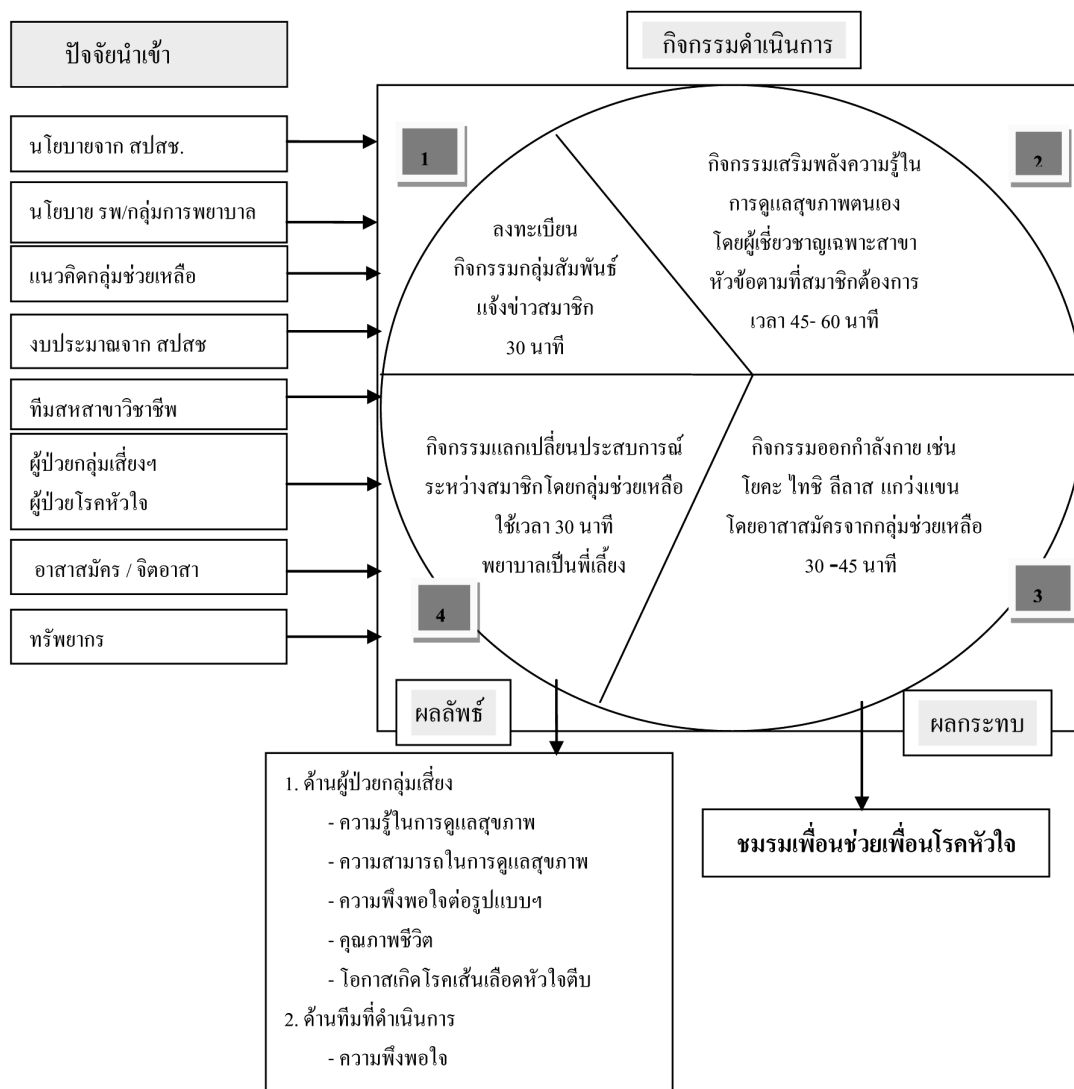
กลุ่มออกกำลังกายที่เหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 3) กิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มช่วยเหลือคือผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาสาสมัครเป็นวิทยากรใช้เวลาประมาณ 30 นาที กำหนดตารางเวลาการทำกิจกรรม จัดให้มีทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง ทุกศุกร์ที่ 4 ของทุกเดือน กำหนดสถานที่จัดกิจกรรม รูปแบบการจัดสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

3. การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (แผนภูมิที่ 2)

4. การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ พบว่า ในระยะแรกมีความไม่คล่องตัวในการดำเนินงาน สรุปปัญหาอุปสรรค 1) การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง 2) การประสานงานระหว่างทีมงาน 3) กิจกรรมไม่ตรงกับความต้องการของกลุ่ม 4) ลำดับกิจกรรม ได้ทดลองปรับเปลี่ยนหลายรูปแบบตามความต้องการของสมาชิก จนสมาชิกพอใจและมีช่องทางติดต่อสื่อสารมากขึ้น การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.4 เพศชายร้อยละ 33.6 อายุมากกว่า 54 ปี ร้อยละ 84.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.9 ระดับการศึกษา ประถมร้อยละ 43.8 อาชีพว่างงาน/ไม่มีงานทำร้อยละ 39.4 และพบว่า เบาหวานเป็นโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ร้อยละ 17.3, 14.9 ตามลำดับ 2) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.4 เป็นร้อยละ 79.0 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร.พ. มหาราช นครราชสีมา



ตารางที่ 1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง (N=143)

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำ	30	20.97	0	0	
ปานกลาง	71	49.65	30	20.90	77.357**
ดี	42	29.38	113	79.03	
รวม	143	100.00	143	100.00	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



3) ด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 65.0

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง (N=143)

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำ	34	23.77	15	10.48	3.769**
ปานกลาง	81	56.64	35	24.47	
ดี	28	19.59	93	65.05	
รวม	143	100.00	143	100.00	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) ด้านความพึงพอใจต่อโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการในระดับมากที่สุดร้อยละ 65 ความพึงพอใจด้านบุคลากรระดับมากที่สุดร้อยละ 61.4 ความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุดร้อยละ 54.3

6) ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.33 โดยมีคะแนนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุดร้อยละ 71.32 ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดี สูงสุดในด้านร่างกายร้อยละ 37.06 รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 34.26 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม (N=143)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง		ระดับคุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	90	62.93	53	37.06
ด้านจิตใจ	98	68.53	45	31.46
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	102	71.32	41	28.67
ด้านสิ่งแวดล้อม	94	65.73	49	34.26
คุณภาพชีวิตโดยรวม	92	64.33	51	35.66

7) ผลการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (RAMA EGAT SCORE) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผลการวัดครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง ในเวลา 10 ปี สูงสุดร้อยละ 12 จำนวน 22 คน หลังการเข้าร่วมโครงการ

อย่างต่อเนื่องสามเดือน พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งมีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงร้อยละ 12 ลดลงจาก 22 คน เหลือเพียง 6 คน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ร้อยละโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โดยใช้ RAMA-EGAT SCORE ประเมินเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 (N=143)

โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง		ผลการประเมินความเสี่ยงตามมาตรฐานแบบประเมิน			
ในเวลา 10 ปี		เดือนที่ 3		เดือนที่ 6	
คะแนนความเสี่ยง	ร้อยละโอกาสเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
-2 ถึง 0	0	0	0	0	0
1 - 5	1	64	44.75	67	46.85
6 - 8	2	57	39.86	60	41.95
9	3	0	0	0	0
10 - 11	4	0	0	0	0
12	5	0	0	0	0
13	6	0	0	0	0
14	8	0	0	0	0
15	10	0	0	0	0
16	12	22	15.38	6	4.19

8) ด้านปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีปัญหาอุปสรรคด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านงบประมาณสนับสนุนได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค่อนข้างล่าช้าไม่ทันกับการจัดกิจกรรมของโครงการ ด้านบุคลากร ส่วนมากพยาบาลแกนนำมีภาระงานมาก ต้องเสียสละใช้เวลานอกราชการมาจัดทำเอกสารรายงาน

การอภิปรายผล

การใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจลดลง เกิดจากการที่สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้จากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนในการปรับตัวแก้

ปัญหาและการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นโดยเลือกวิถีที่เหมาะสมกับตนเอง^{6,7} สอดคล้องกับงานวิจัย “กระบวนการทัศนใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” ซึ่งสรุปว่ากิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อต่อการสื่อสารสองทางแบบมีส่วนร่วม เช่น การประชุมกลุ่มย่อย เสวนา ประชาพิชญ์ กิจกรรมพบปะสร้างความสัมพันธ์ ควรนำมาใช้อย่างผสมผสานเพื่อสร้างความสนใจ ความตระหนักนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป^{8,9,10} ฤทธิ์ไพธองแก้ว¹¹ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ Tucker & Oei¹² เปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับรายบุคคล พบว่า การบำบัดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ากว่าการบำบัดราย



บุคคลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัครโดยการจัดตั้งกลุ่มภายใต้ชื่อ “ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา” โดยมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นคณะกรรมการและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาดำเนินงานภายใน หาเงินสนับสนุนเองด้วยการรับบริจาคและหารายได้จนสามารถเลี้ยงตัวเองได้ แม้ว่าจะไม่ได้งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วก็ตาม มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในหลากหลายรูปแบบ มีการสร้างเครือข่ายกับชมรมอื่นๆ ทั้งในจังหวัดและระดับภาค คือ เป็นการสร้างความยั่งยืนของรูปแบบการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรประกาศนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแผนยุทธศาสตร์
2. พัฒนาต่อเนื่องให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหัวใจเชื่อมโยงกันทั้งหน่วยบริการ ครอบคลุมและชุมชน ทั้งในระดับจังหวัดนครราชสีมาและระดับเขต
3. ขยายผลการดำเนินงานลงสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
4. จัดการสอนและฝึกปฏิบัติการทำกระบวนการกลุ่ม สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้าจัดการระบบข้อมูล เพื่อให้ง่ายต่อการจัดเก็บสืบค้นข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายสามารถนำมาศึกษาวิจัยต่อได้

เอกสารอ้างอิง

1. สุขุม กาญจนพิมาย. พิทยา พิทยา ไร้โรค. เอกสารประกอบการบรรยายโครงการให้ความรู้ประชาชน 27 กรกฎาคม 2550. (ม.ป.พ.: ม.ป.ท.); 2550.
2. เอี่ยมพร สกุลแก้ว. 5 โรคภัย คร่าชีวิตคนไทย: โรคหัวใจ 2. กรุงเทพฯ: ไกลหมอ; 2550.

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] 2554 [อ้างเมื่อ 12 เมษายน 2554]. จาก www.related:bps.ops.moph.go.th:
4. ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง: ทางเลือกหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. (ม.ป.พ.: ม.ป.ท.); 2550.
5. Von Bertalanffy. [online] 2001 [cite 2001 April 12]. Available from: www.panarchy.org/vonbertalanffy/systems.1968.html :
6. ทองทิพ แจกอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปราณี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.
7. ดรุณี ชูณหวัด. การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางสุขภาพ วารสารพยาบาล 2546; 52: 16-24.
8. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับผลการหลอดเลือดหัวใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 33-40.
9. ขวัญเนตร เกษชุมพล, ชวนพิศ ทำนอง, นพพล บัวสี. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 30-39.
10. รังสิมานี โลบล. กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. อรทิพย์ เ่งอ้วน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.
12. Tucker, Oei PS. Is group more cost effective than individual cognitive behavior therapy. The evidence is not solid yet. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2006; 35(8): 77-91.



The Development of Self Health Promotion by Support Group Model in the Risk Group of Heart Disease, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Tongtew Sharejoho B.N.S*

Amporn Khamla B.N.S*

Supranee Pattanajid vilai M.P.H.**

Abstracts

This research and development aimed to develop a model of self health promotion by using a support group concept in the risk group of heart disease, Maharat Nakhon Ratchasima hospital. The study composed of four stages: 1) situation analysis; 2) developing a model and tool; 3) application model; 4) evaluation effectiveness included process and outcome assessment. The purposive random sampling technique was used and gathered 143 samples. Those were divided into two groups: 1) 19 persons of support group; and 2) 124 persons of the risk group. The instruments used for collecting data were: 1) self care handbook; 2) the knowledge of heart disease and treatment knowledge handbook; 3) knowledge on self care test; 4) the ability on self care test; 5) satisfaction questionnaire; 6) Thai QOL questionnaire; and 7) RAMA-EGAT SCORE. Data were collected from June 2008 to September 2009. Statistics used for analysis were percentage, average, the standard of deviation, and pair t-test.

The research findings revealed that:

- 1) The initiated self health promotion model composed of establishing roles of multi- disciplinary and members ; forming activities, group size, duration and frequency of activities, place and materials.
- 2) The developed model fit and responded to the group's needs. The risk group was satisfied with the model.

After completely the program, the result showed that the member's knowledge. the risk group's RAMA-EGAT SCORE after participating in the model for three months was decreased from 22 to be 6 people. The health care team was very satisfied with this model because it was a proactive work and self- development.

The study findings mean to the health care executive team in terms of organizing the support group to be sustainable, which will lead to self- care group networks for heart disease patients as well as for community.

Keywords: Self health promotion, model, the risk group of heart disease, support group

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Nursing, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

**Registered Nurses, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

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

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้า และการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่าง ๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่าง ๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางการพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่น เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจ่างและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้น ๆ
4. เรื่องอื่น ๆ 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 และควรมีชื่อตำแหน่ง สถานที่ทำงานภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co - worker) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้เขียนพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรณของหน้าแรก
2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
 - 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้น ๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง
 - 2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อเหนือเชิงบรรณ (Foot note)
 - 2.4 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้น ๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ท่าย่างย่อ ๆ 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 กรณีรูปภาพใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ คออธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป
 - 2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น และสรุปอย่างย่อ ๆ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะการอ้างให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยัก หมายถึงลำดับที่ของการเรียบเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่างการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น¹²³

เอกสารอ้างอิงเป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสารประกอบด้วยหมายเลขลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1-6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่าง

1. อนงค์ นันทสมบุรณ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงกลยุทธ์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2) : 60-69.
2. สุจิตราชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1) : 52-59.

3. ญัฏฐวรรร เหมือนชู. นนทรีร์ บ่อเพ็ชร, สัจจชวนชื่น, ศุภวดี ธิมปพานนท์. ผลการจัดการบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2) : 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำราประกอบด้วยหมายเลขลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อตำรา. เมืองที่พิมพ์: โรงพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

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

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกรายการเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ในทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว กองบรรณาธิการวารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 362012, 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 084-0344940 E-mail : somdae@kku.ac.th.
2. ดร.วราวรรณ ศิริวัฒนชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรรณทิพา แก้วมัตย วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 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.....

● อัตราค่าโฆษณาวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ●
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกละเกินกว่า 1 สีขึ้นไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความโฆษณามีภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณาไปด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16 x 24 ซม.
- 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 200 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 400 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 55 บาท วันที่.....

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2553-2555

นายกกิตติมศักดิ์

นางอรรณณ เมฆวิชัย

กรรมการกิตติมศักดิ์

นางรัตนา ทองสวัสดิ์

นางสาววิภา เพ็งแสงี่ยม

นางเบญจา รัตนกร

รศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา

นางสาวลำพูน สุวรรณบุญ

รศ.ดร.ดร.ณัฐ รุจกรกานต์

กรรมการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สายหยุด นิยมวิภาต

นางสาวจินตนา เขาวนวิทยา

นางบัวทอง ชินอ่อน

ผศ.ดร.เสาวมาศ เกื่อนนาดี

นางอภิญา อินทรกำแหง

นางสุพัชรี โสใหญ่

นางสุดาพร กุมพล

นางปาริชาติ มาลัย

นางประภาศรี สุขิลวรรณ

นางภัทรนธิ์ หิมะมาน

นางลำภา อุกการกุล

นางพันธุ์เรือง ทวีวัฒน์

นางสุดใจ มนุญปิฏ

นางวันเพ็ญ เขาว์เซิง

นางสาวเยาวลักษณ์ หาญวิชพงศ์

นางสาวพรรณทิพา แก้วมาตย์

คณะกรรมการอำนวยการ

นางนวลจันทร์ ปะเคนรี

นางปริญนันท์ พุดเขียว

นางชูศรี คูชัยสิทธิ์

นางวงเดือน ฤชา

นางสาวนภดล คำเต็ม

นางสาวสุวรรณา ธาดาพิพัฒน์*

นางศรีสะอาด ศรีสุรินทร์*

นางสาวนุจชรี ไสยสมบัติ*

นางสาวสะอาดศรี ชารีรัตน์

นางทองสมัย ยूरชัย*

นางศิริยุพา จะสุวรรณ*

นางพิมพ์พันธ์ เจริญศรี*

นางสาวอรชร มาลาหอม*

นางอรพิน นวพงศกร

นางประภารัตน์ ประยูรพรหม*

นางลดา สรณารักษ์

ดร.สุพัฒนา ศักดิฐานนท์*

นางสาวศศิธร ขำณูผล

ผศ.ดร.ชนิษฐา วรพงศ์ชัย*

นางพริดา แพะขุนทด

นางสาววราทิพย์ แก่นการ*

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว*

ดร.เยาวดี สุวรรณนาคะ

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

นางวันเพ็ญ ดวงมาละ*

นางนวลจันทร์ พูลสมบัติ*

นางเดือนใจ สุขเกษม

ผศ.ดร.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์

นางสาววรรณเพ็ญ พรพาณิชย์พงศ์

นางสาววาสนา อุปสาร*

นางอังสนา วงศ์ศิริ

นางรัตจนา สิงห์คำมา

นางอุไร เจนวิทยา

นางทองทิว แซ่จอหอ*

นางสาววิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ

นางวิไลวรรณ ชมาฤกษ์*

นายกสมาคม

อุปนายกสมาคมฯ เขตอุบลราชธานี

อุปนายกสมาคมฯ เขตขอนแก่น

อุปนายกสมาคมฯ เขตนครราชสีมา

เลขาธิการสมาคมฯ

ผู้ช่วยเลขาธิการ เขตขอนแก่น

ผู้ช่วยเลขาธิการ เขตนครราชสีมา

ผู้ช่วยเลขาธิการ เขตอุบลราชธานี

เหรัญญิก

ผู้ช่วยเหรัญญิก เขตขอนแก่น

ผู้ช่วยเหรัญญิก เขตนครราชสีมา

ผู้ช่วยเหรัญญิก เขตอุบลราชธานี

ประธานฝ่ายวิชาการ

ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ เขตขอนแก่น

ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ เขตนครราชสีมา

ประธานฝ่ายวิจัย

ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตนครราชสีมา

ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตอุบลราชธานี

ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ประธานร่วมฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ เขตนครราชสีมา

ประธานร่วมฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ เขตอุบลราชธานี

ประธานฝ่ายวารสาร

ประธานร่วมฝ่ายวารสาร เขตนครราชสีมา

ประธานร่วมฝ่ายวารสาร เขตอุบลราชธานี

ประธานฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล

ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและการบริการพยาบาล เขตขอนแก่น

ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและการบริการพยาบาล เขตนครราชสีมา

ประธานฝ่ายทะเบียน

ประธานร่วมฝ่ายทะเบียน เขตนครราชสีมา

ประธานร่วมฝ่ายทะเบียน เขตอุบลราชธานี

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ เขตขอนแก่น

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ เขตอุบลราชธานี

ประธานฝ่ายสวัสดิการและหารายได้

ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตขอนแก่น

ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตอุบลราชธานี

หมายเหตุ* หมายถึง กรรมการที่มาจากการแต่งตั้ง