



วารสารพยาบาล  
ของ  
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  
ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

**NURSING JOURNAL**

Of

The Nurses Association of Thailand

Under the Royal Patronage of Her Royal Highness the Princess Mother

**จุดประสงค์**

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางการพยาบาล
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ

**Objectives**

1. To distribute knowledge
2. To develop nursing activities
3. To increase creative thinking
4. To establish good relationship among the professional member

**กำหนดออกวารสาร :** ทุก ๆ 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

มกราคม - มีนาคม      เมษายน - มิถุนายน  
กรกฎาคม - กันยายน      ตุลาคม - ธันวาคม

**Quarterly Issue :**

January - March      April - June  
July - September      October - December

**สำนักงาน :** สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 0-2354-1801 - 2  
โทรสาร 0-2245-0148

**Office :** The Nurses' Association of Thailand

21/12 Rang Nam Rd. Rajtevi Dusit  
Bangkok, 10400 Thailand  
Tel. 0-2354-1801 - 2  
Fax. 0-2245-0148

**พิมพ์ที่ :** โรงพิมพ์ บริษัท เบญจผล จำกัด

2229/26 ถนนรามคำแหง หัวหมาก บางกะปิ กทม. 10240  
โทรศัพท์/โทรสาร 0-2318-0557, 0-2718-9225 - 6

## วารสารพยาบาล

เจ้าของ	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี	
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	ขัมภลิจิต
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. รุจา รองศาสตราจารย์ ดร. สุนทรวาดี รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬาลักษณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกวรรณ ดร. ลิลลี่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วงเดือน	ภูไพบูลย์ เฉียวพิเชษฐ ชาวลิต บารมี สุวรรณปฏิกรณ์ ศิริพร ตากวิริยนันท์ สุวรรณศิริ
ผู้จัดการ	นางสาววิริยา	ภูทอง
ฝ่ายจัดการ	นางสาวรุจิราภรณ์ นางสาวโสภิตา	มหานิล เนื่อกล้า
อัตราค่าสมัคร	ในประเทศไทย 1 ปี 280 บาท	

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารพยาบาลถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน  
วารสารพยาบาล หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

## สารบัญ

---

วารสารพยาบาล

ปีที่ 57 ฉบับที่ 1-2 มกราคม - มิถุนายน 2551

Thai Journal of nursing

Vol. 57 No. 1-2 January - June 2008

---

### บรรณาธิการแถลง

Word from the editor

---

วิจัย : คณะกรรมการจริยธรรมทางการพยาบาล ตามความคิดเห็นของ ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ภาคใต้	: โกสุมภ์	หม่อมจรรยาพันธ์	1
Nursing Ethics Committee : Opinions of Nurse Administrators and Staff Nurses in the University Hospital,Southern Thailand	: Kosum	Mookachornpunt	
	: Arunya	Chaowalit	
	: Nongnuch	Boonyoung	

---

วิจัย : การจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปกปิดความลับผู้ป่วย ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จังหวัดสงขลา	: ภมร	แช่มรักษา	11
Head Nurse' Management in Maintaining Confidentiality of Hospitalized Patients in Secondary and Tertiary Hospitals, Songkhla Province	: Pamorn	Chamraksa	
	: Arunya	Chaowalit	
	: Tassanee	Nasae	

---

วิจัย : ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบ ธรณีพิบัติภัยในภาคใต้	: อุมภาพร	อินทวงศ์	24
Ethical Dilemmas and Ethical Decision Making Experienced by Nurses in Providing Care for Patient During the Tsunami Disaster, Southen Thailand	: Umaporn	Intawong	
	: Arunya	Chaowalit	
	: Wandee	Suttharangsee	

---

วิจัย : ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก	: ชุติมา	จันทรประทีน	37
ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ : การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ	: อรุณญา	เชาวลิต	
	: อุทัยวรรณ	พุทธรัตน์	
Nurses' Ethical Dilemmas in Providing Care for Pediatric	: Chutima	Jantarapratin	
Patients in Regional Hospitals, Southern Thailand	: Arunya	Chaowalit	
Critical Incidents Analysis	: Uthaiwan	Buddharat	

---

วิจัย : การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่	: ดรุณี	ตันติเจริญวิวัฒน์	48
แทนผู้ป่วยจิตเวช	: อรุณญา	เชาวลิต	
	: วันดี	สุทธรังษี	
Nurses' Ethical Decision Making in Advocating for Psychiatric Patients	: Darunee	Tanticharoenwivat	
	: Arunya	Chaowalit	
	: Wandee	Suttharangsee	

---

วิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ	: อุ๋นจิตร์	คุณารักษ์	58
ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	: นภา	เจริญรัตน์	
The Objective of this retrospective factors influencing suicidal attempt in	: Unjit	Khunarak	
Somdetchaopraya Institute of Psychiatry	: Napa	Jareonrat	

---

วิจัย : ห่วงโซ่สุขภาพ : การเพิ่มมูลค่าทุนทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบ	: สายฝน	เอกวารงกูร	72
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช	: นัยนา	หนูนิล	
Healthcare Systems for the Aging Resource Value for	: Saifon	Aekwarangkoon	
Developing Community	: Naiyana	Noonil	

---

## บรรณาธิการแถลง

จริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคน ในการที่จะทำให้แต่ละคนปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยดี จริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลทุกคน เพราะพยาบาลมีโอกาสที่จะทำให้เกิดผลเสียกับผู้ใช้บริการได้ โดยที่ผู้ใช้บริการไม่ทราบ หรือทราบว่าเกิดผลเสียกับตน ปัจจุบันผู้ใช้บริการมีความรู้มากขึ้น เข้าใจในสิทธิของตนในการรับการรักษาพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองในกรณีที่มีประเด็นทางจริยธรรมในการรักษาพยาบาล และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ของความขัดแย้ง ในวารสารฉบับนี้จะมีบทความทางด้านจริยธรรมหลายเรื่องที่จะทำให้พยาบาลเข้าใจประเด็นความขัดแย้งได้ดีขึ้น รวมทั้งเรื่องคณะกรรมการจริยธรรม ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานควรมีกรรมการจริยธรรมที่เข้มแข็งเพื่อช่วยเหลือพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจดีขึ้นในประเด็นจริยธรรมและช่วยแก้ไขปัญหาของบรรณาธิการยินดีรับบทความทั่วไป ประสบการณ์ในประเด็นจริยธรรม และวิจัยในด้านนี้ให้มากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานของพี่น้องพยาบาลทุกคน

บรรณาธิการ

## รายงานการวิจัย

### คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ ตามความคิดเห็นของผู้บริหาร ทางการแพทย์และพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาคใต้

โกสุมภ์ หมู่จอร์พันธ์\*

อรัญญา เชาวลิติ\*\*

นงนุช บุญยั้ง\*\*\*

Mookachornpant, K.; Chaowalit, A.; Boonyoung, N.

Nursing Ethics Committee: Opinions of Nurse Administrators and Staff Nurses in the University Hospital, Southern Thailand

TJN : (2008) : (1-2) : 1-10

Key words : Nursing Ethics Committee, Nurse Administrators, Staff Nurses

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาลประจำการต่อองค์ประกอบ คุณสมบัติ และหน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม กลุ่มละ 44 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อองค์ประกอบ คุณสมบัติ และหน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ (Chi-square) และทดสอบค่าทีอิสระ (Independent t-test) ผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็นของ

กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ กับความคิดเห็นของกลุ่มพยาบาลประจำการ พบว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการและนักกฎหมาย สำหรับคุณสมบัติของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ 3 อันดับแรก ประกอบด้วย ความยุติธรรม ไม่ลำเอียง การเป็นแบบอย่าง ที่ดีด้านจริยธรรม และมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีจริยธรรม ความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเห็นว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) และหน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรม ทางทางการแพทย์

\* ผู้ตรวจการพยาบาล 8 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาระดับปริญญาตรีและการบริการทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาระดับปริญญาตรีและการบริการทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3 อันดับแรกประกอบด้วย ด้านนโยบาย เกี่ยวกับจริยธรรมของพยาบาล ด้านการให้ความรู้ทางจริยศาสตร์ของพยาบาล และด้านการทำวิจัยเกี่ยวกับ

จริยธรรมของพยาบาล ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เห็นว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ )

### Abstract

This descriptive research aimed to study the opinions of nurse administrators and staff nurses toward the components, qualifications and functions of the nursing ethics committee. The sample comprised two groups: 44 nurse administrators and 44 staff nurses working in the university hospital in the south of Thailand, obtained by simple random sampling. Data were collected by interviewing with questionnaires. The instruments of this study consisted for demographic data questionnaires of opinions toward the components, the qualifications the functions of the nursing ethics committee. Data were analyzed by frequency, percent, mean and standard deviation, chi-square, and independent t-test. Results showed that there was no statistically significant difference in the percentages of the opinions toward these components of the nursing ethics committee between nurse administrators and staff nurses ( $p>0.05$ ) were as follows: director of nursing, nursing supervisor, head nurse, staff nurses and lawyer. There was no statistically significant difference in the mean score of the opinions toward the top-three qualifications of the nursing ethics committee between the two groups ( $p > 0.05$ ). were as follows: maintaining justice, being an ethical role model and being focused on ethical practice. And there was no statistically significant difference in the mean score of the opinions toward the top-three functions of the nursing ethics committee between the two groups ( $p>0.05$ ) were as follows: policy related to ethics in nursing, knowledge related to ethics in nursing and research related to ethics in nursing.

### ความสำคัญของปัญหา

จริยธรรมมีความสำคัญต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน การป้องกันโรค การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ โดยการเคารพในเกียรติศักดิ์ศรีคุณค่าและสิทธิของความเป็นมนุษย์ โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ลัทธิ ศาสนา วรรณะ เพศ วัย ลัทธิ การเมืองฐานะและสถานภาพบุคคลในสังคม (สิวลี, 2537; อุไร, 2537) การปฏิบัติการพยาบาลที่มีจริยธรรมจะส่งผลดีให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย บ่งบอกถึงการสร้างคุณภาพและแนวทางในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล (ลออ, 2536) หากพยาบาลเป็น

ผู้ที่ไม่มีจริยธรรม (unethical) หรือไม่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายวิชาชีพพยาบาลก็จะประสบปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาล ในการปฏิบัติงาน จึงมักเห็นได้จากข้อร้องเรียนที่สภาการพยาบาลได้รับเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการเกี่ยวกับ มารยาท กริยา วาจา ภาษาพูด การสื่อสาร การให้ข้อมูล และเทคนิคบริการพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาทางด้านจริยธรรม เนื่องมาจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น (สภาการพยาบาล, 2545)

นอกจากพยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพแล้ว พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการที่ซับซ้อนรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองทำให้พยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานแต่ละวันอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และนับวันประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยิ่งมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีพันธกิจหลายด้าน ทั้งด้านการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาคใต้ เป็นโรงพยาบาลที่มีพันธกิจในการเรียนการสอน การวิจัย และการรักษาพยาบาล เพื่อผลิตบัณฑิตในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มุ่งพัฒนาสู่ความเป็นเลิศทางด้านวิชาการ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการการรักษาโรคได้ทุกสาขาครอบคลุมการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ มีการนำเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วยในการรักษา รับผิดชอบดำเนินการศึกษาอบรมแก่นักศึกษาระดับ การบริหารบุคลากรและงาน มีความซับซ้อน และการบริการที่เน้นคุณภาพที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้สามารถคงสถานภาพของโรงพยาบาล ที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) ด้วยลักษณะของระบบบริการ การดูแลผู้ป่วย และระบบบริหารงานที่ซับซ้อน อาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการปฏิบัติงานท่ามกลางบรรยากาศดังกล่าว ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยที่ซับซ้อน การทำวิจัยแบบแอบแฝงในรูปของการทำการรักษากับผู้ป่วย

ความฟุ่มเฟือย ในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาจเกิดความทุกข์ เจ็บป่วยซ้ำซ้อน และเสียค่าใช้จ่ายสูง การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีระบบ และขั้นตอนการรักษาซับซ้อน ต้องผ่านการตรวจจากแพทย์ฝึกหัด แพทย์ใช้ทุน ก่อนจะได้รับ การรักษากับอาจารย์แพทย์ อีกทั้งจากการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การบริหารจัดการเตียงทรัพยากรต่างๆ มีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้บริหารทั้งแพทย์และพยาบาลต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรม จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการสุ่มสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน อายุงาน มากกว่า 10 ปี พบว่า เกิดปัญหาและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมากมายเช่น การยึดซีวิต การรักษาผู้ป่วย การไม่คำนึงถึงสิทธิคนไข้ การรักษาเกินความจำเป็น การบริหารจัดการเตียงเป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์ และความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาคใต้ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็ นหนทางไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์ และความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์และความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์



## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลประจำการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งไม่น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มละ 44 คน รวมทั้งสิ้น 88 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 องค์ประกอบ ส่วนที่ 3 คุณสมบัติน ส่วนที่ 4 หน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ ซิงค์และทิตัส (Zink & Titus, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน้าที่มานานมากกว่า 5 ปี จบการศึกษาปริญญาโท มีความรู้ทางด้านจริยศาสตร์ ปรับปรุงเนื้อหาแบบสอบถาม แล้วนำเครื่องมือทั้งหมดไปหาความเที่ยง ส่วนที่ 2 ใช้ คูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson = KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 และ 0.96 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังหัวหน้าโรงพยาบาลที่ศึกษาและทำหนังสือ

ขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมในการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ศึกษาเมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูล ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและส่งคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ด้วยสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ และค่าทีอิสระ

### ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ มีอายุเฉลี่ย 49.3 ปี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ เฉลี่ย 26.57 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์ เฉลี่ย 15.18 ปี ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ด้านจริยธรรมทางการแพทย์ร้อยละ 77.3 อบรมในหัวข้อจริยธรรมทางการแพทย์ ร้อยละ 71.4 จริยธรรมกับกฎหมาย ร้อยละ 54.5 และด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการแพทย์ ร้อยละ 47.7

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลประจำการ มีอายุเฉลี่ย 32.84 ปี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ เฉลี่ย 9.98 ปี ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ด้านจริยธรรมทางการแพทย์ร้อยละ 36.4 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 18.2 อบรมในด้านจริยธรรมกับกฎหมาย ร้อยละ 15.9

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลระหว่างผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลและพยาบาลประจำการ

องค์ประกอบ ของ คณะกรรมการ จริยธรรม ทางการแพทย์พยาบาล	ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล (n = 44)		พยาบาลประจำการ (n = 44)		รวม		$\chi^2$
	ไม่ควร มี	ควร มี	ไม่ควร มี	ควร มี	ไม่ควร มี	ควร มี	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
1. หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล	7(15.9)	37(84.1)	2(4.5)	42(95.5)	9(10.2)	79(89.8)	3.09
2. ผู้ตรวจการพยาบาล	3(6.8)	41(93.2)	1(2.3)	42(97.7)	4(4.6)	83(95.4)	1.00
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	2(4.5)	42(95.5)	3(7.0)	40(93.0)	5(5.7)	82(94.3)	0.24
4. พยาบาลประจำการ	5(11.4)	39(88.6)	1(2.3)	43(97.7)	6(6.8)	82(93.2)	2.86
5. นักกฎหมาย	6(13.6)	38(86.4)	5(11.4)	39(88.6)	11(12.5)	77(87.5)	0.10
6. นักจริยศาสตร์	12(27.3)	32(72.7)	2(4.5)	42(95.5)	14(15.9)	74(84.1)	8.49*

\* $p < 0.05$

2) องค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลประจำการมีความเห็นร่วมกันมากกว่าร้อยละ 85 ควรประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล (ร้อยละ 95.4) รองลงมา คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน (ร้อยละ 94.3) พยาบาลประจำการ (ร้อยละ 93.2) หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล (ร้อยละ 89.8) และนักกฎหมาย (ร้อยละ 87.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลมากกว่าร้อยละ 84 เห็นว่าองค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลควรประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน (ร้อยละ 95.5) รองลงมาคือ ผู้ตรวจการพยาบาล (ร้อยละ 93.2) พยาบาลประจำการ (ร้อยละ 88.6) นักกฎหมาย (ร้อยละ 86.4) และหัวหน้า

ฝ่ายบริการพยาบาล (ร้อยละ 84.1) ส่วนพยาบาลประจำการมากกว่าร้อยละ 91 เห็นว่าองค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ควรประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล (ร้อยละ 97.7) พยาบาลประจำการ (ร้อยละ 97.7) หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล (ร้อยละ 95.5) นักจริยศาสตร์ (ร้อยละ 95.5) และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน (ร้อยละ 93.0) เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลประจำการมากกว่าร้อยละ 85 พบว่าความคิดเห็นต่อองค์ประกอบที่เป็นบุคคลในวิชาชีพพยาบาลได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ และนักกฎหมาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ยกเว้นนักจริยศาสตร์ (ตาราง 1)

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณสมบัติของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล และของพยาบาลประจำการ จำแนกรายข้อและโดยรวม

คุณสมบัติของคณะกรรมการ จริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล	ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล			พยาบาลประจำการ			t
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
1. มุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ อย่างมีจริยธรรม	4.66	0.48	มาก	4.61	0.58	มาก	.40
2. กล้าตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้อง โดยไม่ถูกครอบงำจากผู้มีอำนาจ	4.61	0.49	มาก	4.57	0.70	มาก	.35
3. มีความยุติธรรมไม่ลำเอียง	4.61	0.49	มาก	4.73	0.54	มาก	-1.03
4. เป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรม	4.61	0.49	มาก	4.64	0.61	มาก	-.19

3) คุณสมบัติของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล และพยาบาลประจำการ 3 อันดับแรก ประกอบด้วย ความยุติธรรม ไม่ลำเอียง ( $\bar{X} = 4.61$ ,  $SD = 0.49$  และ  $\bar{X} = 4.73$ ,  $SD = 0.54$ ) มุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีจริยธรรม ( $\bar{X} = 4.66$ ,  $SD = 0.48$

และ  $\bar{X} = 4.61$ ,  $SD = 0.58$ ) การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรม ( $\bar{X} = 4.61$ ,  $SD = 0.49$  และ  $\bar{X} = 4.64$ ,  $SD = 0.61$ ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล และพยาบาลประจำการ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ตาราง 2)

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อหน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและของพยาบาลประจำการ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

หน้าที่ของคณะกรรมการ จริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล	ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล			พยาบาลประจำการ			t
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
1. ด้านนโยบาย	4.34	.42	มาก	4.32	.53	มาก	.20
2. ด้านการให้ความรู้ ทางจริยศาสตร์	4.12	.50	มาก	4.16	.53	มาก	-.28
3. ด้านการวิจัย	3.81	.61	มาก	4.00	.55	มาก	-1.55
4. ด้านการเป็นแหล่งข้อมูล	3.97	.57	มาก	4.26	.73	มาก	-2.15
5. ด้านการเป็นที่ปรึกษาทางจริยธรรม	3.70	.57	มาก	4.09	.61	มาก	-3.09**
<b>รวม</b>	<b>4.03</b>	<b>.40</b>	<b>มาก</b>	<b>4.16</b>	<b>.49</b>	<b>มาก</b>	<b>-1.32</b>

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

4) หน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลประจำการ รายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = 0.40$  และ  $\bar{X} = 4.16$ ,  $SD = 0.49$ ) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ด้าน คือ ด้านนโยบาย ด้านให้ความรู้ทางจริยศาสตร์ และด้านการวิจัย (ตาราง 3) โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ด้านนโยบาย พบว่า ด้านนโยบายมีความสำคัญอยู่ในระดับมากทุกข้อ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อหน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลในด้านนโยบาย พบว่า ทุกข้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) และข้อที่มีความเห็นสอดคล้องในลำดับต้นๆ คือ การให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและพระราชบัญญัติวิชาชีพ และการจัดการความเสี่ยงทางจริยธรรม

4.2 ด้านการให้ความรู้ทางจริยศาสตร์ พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลประจำการมีความเห็นสอดคล้องกันว่า คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลควรจะมีหน้าที่ให้ความรู้ทางจริยศาสตร์ในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4.3 ด้านการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลประจำการมีความเห็นสอดคล้องกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การส่งเสริมการนำผลการวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล และเผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารการพยาบาล

## อภิปรายผล

1. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลมีความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ควรประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ตรวจการพยาบาล พยาบาลประจำการ นักกฎหมาย และหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลมีแนวคิดในการบริหารองค์การพยาบาล โดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Marquis & Huston, 2000) โดยใช้รูปแบบของคณะกรรมการ ซึ่งบุคคลผู้ที่เป็นกรรมการจะต้องมีความรู้ความสามารถในการแสดงออกถึงความเชี่ยวชาญในการแนะนำ แก้ไขปัญหา การตัดสินใจทางจริยธรรม ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาเฉพาะวิชาชีพพยาบาล สำหรับพยาบาลประจำการมีความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลควรประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล นักจริยศาสตร์ พยาบาลประจำการ และหัวหน้าหอผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าในมุมมองของพยาบาลประจำการผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลเป็นผู้มีคุณวุฒิสูง มีอำนาจโดยตำแหน่งในการตัดสินใจ และจากการที่พยาบาลประจำการมีจำนวนน้อยที่มีการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ด้านจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล จึงทำให้พยาบาลประจำการต้องการผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นนักจริยศาสตร์มาให้คำปรึกษาปัญหาทางจริยธรรมต่างๆ อีกทั้งการที่มีพยาบาลประจำการเป็นหนึ่งในคณะกรรมการจริยธรรม ปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจะสามารถนำเสนอหรือหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นหัวข้อในการประชุมได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม (Erlen, 1997) และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลในวิชาชีพพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน พยาบาลประจำการ หัวหน้า

ฝ่ายบริการพยาบาล แสดงว่าการมีคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพน่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุดที่จะช่วยแก้ปัญหาจริยธรรมที่พยาบาลเผชิญพบในการปฏิบัติงาน ช่วยให้พยาบาลเข้าใจบทบาท และหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลกับจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งจะสะท้อนถึงคุณค่าความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาลที่จะสามารถดูแล ควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ (Erlan, 1997) ส่วนองค์ประกอบที่เป็นนักกฎหมายมีความสำคัญเนื่องจาก ขณะนี้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ มีรายละเอียดมาก เช่น กฎหมายเกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย สิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพ การมีนักกฎหมายมาช่วยให้คำปรึกษา แนะนำเรื่องกฎหมาย การระมัดระวังในการใช้คำพูด การเขียนประเด็นปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมต่างๆ ให้ถูกต้อง ชัดเจนครบถ้วน ก็จะทำให้เกิดผลดีทั้งผู้รับบริการและให้บริการ

2. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลมีความคิดเห็นต่อคุณสมบัติของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล คือ การเป็นที่ยอมรับจากเพื่อนร่วมวิชาชีพในการมีคุณธรรม จริยธรรม มุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีจริยธรรม กล้าตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้องโดยไม่ถูกครอบงำจากผู้มีอำนาจ มีความยุติธรรม ไม่ลำเอียง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรม แสดงว่าหากคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลมีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น จะทำให้เกิดการยอมรับในการทำหน้าที่ ก่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจในการแก้ปัญหาจริยธรรม สร้างความเข้มแข็งให้กับวิชาชีพพยาบาล สำหรับพยาบาลประจำการมีความคิดเห็นต่อคุณสมบัติของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล คือ มีความยุติธรรม ไม่ลำเอียง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรม และมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีจริยธรรม แสดงถึง พยาบาลให้ความสำคัญกับความเป็นคนดี จากคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล อีกทั้งการที่คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล

มาช่วยให้คำแนะนำ ปฎิบัติกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่พยาบาลเผชิญอยู่ทุกวันจะเป็นประสบการณ์ตรงที่พยาบาลประจำการ นำไปเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานที่จะเผชิญการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม ก่อนที่จะเป็นปัญหาลุกลามไปจนเกิดการร้องเรียน/ฟ้องร้อง และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มต่อคุณสมบัติของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีความยุติธรรม ไม่ลำเอียง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรม และมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีจริยธรรมแสดงว่า บุคคลที่เป็นคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ถือเป็นตัวแทนของบุคคลที่มีความประพฤติที่ดีงาม มีภาพลักษณ์ที่ดี น่าเชื่อถือ ศรัทธาใน ความมีคุณธรรมจริยธรรม เป็นแบบอย่างที่ดี มีความยุติธรรมในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางจริยธรรม ถ้ากรรมการยุติธรรมจะเกิดผลกระทบต่อผู้อื่นได้ สอดคล้องกับ โดโนวอน (Donovon, 1983) ฟรอมเมอร์ (Fromer, 1982) ฟาวเลอร์ (Fowler, 1988) และ เอ็ดเวิร์ด และฮัดดัด (Edwards & Haddad, 1988) ที่กล่าวว่า คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล ทำหน้าที่ให้ครบถ้วน มีอุปนิสัยดีเยี่ยม สามารถทำงานเป็นทีม เป็นตัวอย่างที่ดีเห็นความสำคัญของคนไข้ มุ่งเน้นให้คำปรึกษาและแนะนำ และคณะกรรมการจริยธรรมต้องเป็นบุคคลที่ได้รับการนับถือจากเพื่อนร่วมงาน (Jonsen, Siegler, Winslade, 2002)

3. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลประจำการมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อหน้าที่ของคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สำคัญในระดับมาก และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านนโยบาย ด้านการให้ความรู้ทางจริยศาสตร์ ด้านการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ด้านนโยบายพบว่า ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ต้องการให้คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล กำหนด

นโยบายให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพ และพระราชบัญญัติวิชาชีพ ซึ่งหากพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วจะเป็นสิ่งที่ทำให้โอกาสการเกิดความเสียหายลดน้อยลง ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพที่ดีในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย/ญาติ และความรู้สึที่ดีของพยาบาล (Erlen, 1993) สำหรับการให้ความรู้ทางจิตศาสตร์กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นว่า คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ควรให้ความรู้ในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติ การพยาบาล จริยธรรมทางการแพทย์และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแครกก์ (Cragg, 1989) ที่กล่าวไว้ว่า พยาบาลควรมีการศึกษาต่อเนื่อง ในรูปแบบของการประชุม/อบรม/สัมมนา หรือประชุมเชิงปฏิบัติการ จะช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์จะช่วยให้ การศึกษาด้านจิตศาสตร์ ให้คำปรึกษาแนะนำ และสามารถนำไปใช้ได้จริง (Erlen, 1997) สำหรับด้านการ วิจัยสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของการปฏิบัติการ พยาบาลมีการทำวิจัยน้อย (ฤดี, 2548) ดังนั้น คณะ กรรมการจริยธรรมทางการแพทย์จะต้องเป็นหลัก ในการส่งเสริมในการทำวิจัยทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ ในหลายๆ ประเด็นเพิ่มมากขึ้น เพื่อแสดงออก ถึงความเป็นผู้รู้ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพการพยาบาล

(Boyer, 1996 อ้างในพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2545) ซึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า คณะกรรมการ จริยธรรมทางการแพทย์มีหน้าที่ คือ การส่งเสริมการ นำผลการวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมไปใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาล เผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมที่เป็น ประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลและเผยแพร่ งาน วิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารการ พยาบาลตามลำดับ

#### ข้อเสนอแนะ

1. การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ ควรมียุติบัตรประกอบ คุณสมบัติ และ หน้าที่ที่ชัดเจน และพัฒนาความรู้/ทักษะ คณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ ให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรได้เข้าร่วมกิจกรรม ประชุม/อบรม/สัมมนา ด้านจริยธรรม ทางทางการแพทย์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง
3. จัดประชุมนิเทศพยาบาลใหม่โดยมีหัวข้อ จริยธรรมทางการแพทย์สอดแทรกเนื้อหา ในการอบรม
4. ควรมีการขยายผลในการทำวิจัยในโรง พยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

- พวงรัตน์ บุญญานุกักรษ์. (2545). กลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 10, 32-47.
- ฤดี บุญรัตน์ไมตรี. (2548). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา.
- ลลอบ หุตางกูร. (2536). จริยธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. **วารสารสภาพพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 5, 1-10.
- สิวลี ศิริไล. (2537). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2545). **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ศิริยอดการพิมพ์.
- Cragg, C.E.(1989). Continuing education in ethics: A must for nurses. **American Association of Nurse Journal**, 50, 1308-1311.
- Donovan, C. (1983). Toward a nursing ethics program in an acute care setting. **Topics in Clinical Nursing**, 5, 55-62.
- Edwards, B., & Haddad, A. (1988). Establishing a nursing bioethics committee. **Journal of Nursing Administration**, 18, 30-33.
- Erlen, J. A. (1993). Empowerin nurses through nursing ethics committees. **Orthopaedic Nursing**, 2, 69-72.
- Erlen, J. A. (1997). Are Nursing Ethics Committees Necessary?. **HEC Forum: An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues**, 9, 55-67.
- Fowler, M. (1988). Nursing ethics committees. **Heart & Lung**, 17, 718-719.
- Fromer, M. (1982). Solving ethical dilemmas in nursing practice. **Topics in Clinical Nursing**, 4, 49-56.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., & Winslade, W.J. (2002). **Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine** (5<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Marquis, B. L., & Huston, C. S. (2000). **Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application** (3<sup>rd</sup> ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Zink, M. R; & Titus, L. (1997). **Nursing ethics committees: Do we need them?** In J.C. McCloskey, & M.K. Grace, (Eds.), **Current issues in nursing** (pp. 640-646). St. Louis, MO: Mosby.

## รายงานการวิจัย

### การจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปกปิดความลับผู้ป่วยขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จังหวัดสงขลา

ภามร แซ่มรักษา\*  
อรัญญา ชาวลิต\*\*  
ทัศนีย์ นะแส\*\*\*

Chamraksa, P; Chaowalit, A; Nasae, T.  
Head Nurses' Management in Maintaining Confidentiality of Hospitalized  
Patients in Secondary and Tertiary Hospitals, Songkhla Province  
TJN : (2008) : (1-2) : 11-23  
Key words: Head Nurses' Management , Confidentiality, Hospitalized Patients

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปกปิดความลับผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จังหวัดสงขลา โดยประชากรกลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการในการปกปิดความลับผู้ป่วยตามวงจรเดมมิง (ระดับการจัดการ 0-5) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปกปิดความลับ และการจัดการตามวงจรเดมมิงอันได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการดำเนินการ

ให้เหมาะสม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยง 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการโดยรวมในการปกปิดความลับผู้ป่วยขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.14$ ) เมื่อแจกแจงตามขั้นตอนพบว่าขั้นปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.78$ ,  $SD = 0.96$ ) ส่วนขั้นอื่นการจัดการอยู่ในระดับปานกลางคือ ขั้นตรวจสอบ ( $\bar{X} = 2.98$ ,  $SD = 1.25$ ) ขั้นวางแผน ( $\bar{X} = 2.70$ ,  $SD = 1.31$ ) และขั้นดำเนินการให้เหมาะสม ( $\bar{X} = 2.47$ ,  $SD = 1.6$ )

\* พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกในชั้นวางแผนและอยู่ในระดับมากได้แก่ จัดเตรียมสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการอภิปราย/ปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสพาดพิงถึงข้อมูลที่เป็นความลับ ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD = 1.38$ ) และกำหนดแนวปฏิบัติกรให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อรักษาความลับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.62$ ,  $SD = 1.58$ )

ค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกในชั้นปฏิบัติอยู่และอยู่ในระดับมากได้แก่ ให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงต่อการถูกเปิดเผยความลับ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยโดนข่มขืน เป็นต้น ( $\bar{X} = 4.40$ ,  $SD = 0.93$ ) และไม่อนุญาตให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ( $\bar{X} = 4.31$ ,  $SD = 1.16$ )

ค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกในชั้นตรวจสอบและ

อยู่ในระดับมากได้แก่ สังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับผู้ป่วยของบุคลากรในหอผู้ป่วยในการสนทนากับ ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = 1.14$ ) และ สังเกตพฤติกรรมของบุคลากรในหอผู้ป่วยที่อาจทำให้ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผยในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์แก่ผู้อื่น ( $\bar{X} = 3.66$ ,  $SD = 1.30$ )

ค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกในชั้นดำเนินการให้เหมาะสมและอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อรักษาความลับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.77$ ) นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการรับ-ส่งเวรเพื่อป้องกันความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย ( $\bar{X} = 2.90$ ,  $SD = 1.75$ )

### Abstract

This descriptive research aimed to study head nurses' management in maintaining confidentiality of hospitalized patients. The sample comprised 100 head nurses who worked in secondary and tertiary hospitals, Songkhla province. The research tool consisted of 2 parts: (1) the Demographic Data Questionnaire and (2) the Head Nurses' Management Questionnaire (scale 0-5). Content validity of the tool was assessed by three experts. The reliability of Head Nurses' Management Questionnaire was tested by using Cronbach's alpha coefficient and its yielded a value of 0.94. Data were analyzed by frequency distribution, mean score and standard deviation.

The results showed that the mean total score of head nurses' management in maintaining confidentiality was at a moderate level ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.14$ ). When considering each step of management, it was found that the step of "do" was at a high level ( $\bar{X} = 3.78$ ,  $SD = 0.96$ ), and the other steps were at a moderate level as follows: "check" ( $\bar{X} = 2.98$ ,  $SD = 1.25$ ), "plan" ( $\bar{X} = 2.70$ ,  $SD = 1.31$ ) and "act" ( $\bar{X} = 2.47$ ,  $SD = 1.6$ ).

When considering each item, the two highest mean scores of head nurses' management in maintaining confidentiality in the step of "plan" were at a high level: preparing the place for conference/counseling to care for the patients who are at risk for breaching confidentiality. ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD = 1.38$ ) and developing a guideline for providing information by phone ( $\bar{X} = 3.62$ ,  $SD = 1.58$ ).

The two highest mean scores of head nurses' management in maintaining confidentiality in the step of "do" were at a high level: being careful for high risk patients, such as patients with HIV, criminal, patients who were raped etc. ( $\bar{X} = 4.40$ ,  $SD = 0.93$ ) and not allowing the unauthorized person to access the patients' data ( $\bar{X} = 4.31$ ,  $SD = 1.16$ ).

The two highest mean scores of head nurses' management in maintaining confidentiality in the step of "check" were at a high level: observing conversation between nurses and the others about the patients' data. ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = 1.14$ ) and observing conversation by telephone between nurses and the others about the patients' confidential data ( $\bar{X} = 3.66$ ,  $SD = 1.30$ ).

The two highest mean scores of head nurses' management in maintaining confidentiality in the step of "act" were at a moderate level: using evaluation results to develop/improve the guideline for providing information by phone ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.77$ ) and using evaluation results to develop/improve the guideline for pre-post conference to prevent breaching confidentiality ( $\bar{X} = 2.9$ ,  $SD = 1.75$ ).

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปกปิดความลับของผู้ป่วยทำให้พยาบาลได้รับความไว้วางใจ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะบอกข้อมูลที่เป็นความลับของตน ทำให้พยาบาลสามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมบัติ, 2532; ชนุตรา, 2541; อรัญญา, 2548) อย่างไรก็ตามโอกาสที่พยาบาลจะทำผิดทั้งทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมาย ในเรื่องของการรักษาความลับผู้ป่วยมีมากทั้งโดยตั้งใจ หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่นในระหว่างการรับส่งเวร การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ การบันทึกและจัดเก็บข้อมูล เป็นต้น การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือได้รับความเสียหาย เจตคติของผู้อื่น และสังคมที่มีต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเช่นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น เมื่อไรก็ตามที่ความลับถูกเปิดเผยอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจในตัวพยาบาล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดี และอาจจะมี ความรุนแรงจนถึงขั้นฟ้องร้อง เป็นคดีความทางกฎหมายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่เชื่อถือและหน่วยงาน/องค์การเสียชื่อเสียง ก่อให้เกิดความเสียหายต่อพยาบาลและภาพพจน์ของวิชาชีพ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิมีหน้าที่หลักในการให้บริการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนภายใต้มาตรฐานการบริการระดับสูงทั้งด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย (สำนักการแพทย์, 2545) ปัจจุบันมีการนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในการเก็บและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น ถึงแม้ว่าการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทำให้ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการจัดเก็บอย่างสะดวก รวดเร็ว ง่ายต่อการค้นคว้าแล้วเข้าถึงข้อมูลและลดการบันทึกโดยใช้เอกสาร แต่การที่ข้อมูลถูกจัดกระทำหรือถูกเรียกใช้โดยบุคคลหลายฝ่ายทำให้เกิดปัญหาจริยธรรมในประเด็นรุกรานข้อมูลส่วนบุคคล และความปลอดภัยของข้อมูล อนึ่งแม้ปัจจุบันจะมีพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการที่ให้หน่วยงานของรัฐเปิดเผยข้อมูลให้แก่ประชาชนที่ต้องการทราบ แต่ในกรณีที่เป็นประวัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตามกฎหมายถือเป็นข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่ต้องปกปิด (แสวง, 2546)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การปกปิดความลับเป็นเรื่องที่สำคัญควรมีกลไกที่จะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น

ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บริหารทุกระดับและผู้ปฏิบัติ เพื่อให้การปฏิบัติงาน บรรลุผลตามเป้าหมายได้เร็วขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยถือเป็น บุคคลสำคัญในการพัฒนาและนำผลสำเร็จสู่องค์กร เพราะเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่าง ผู้บริหารระดับสูงกับระดับปฏิบัติการ เพื่อนำนโยบายไปสู่ การปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และต้อง รับผิดชอบหน่วยงานที่เป็นหัวใจของโรงพยาบาล (กุลยา, 2539; พวงรัตน์, 2546) รวมทั้งบทบาทหนึ่งที่สำคัญยิ่ง ของหัวหน้าหอผู้ป่วยคือ เป็นผู้นำและเป็นแบบอย่าง ในการควบคุมและปฏิบัติตามมาตรฐานจรรยาบรรณ เจริญวิชาชีพ มีการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจะ เห็นว่าการปกปิดความลับเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม ที่สำคัญของวิชาชีพและเป็นปัญหาที่ยังคงได้แย้งกัน ในปัจจุบันเนื่องจากทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมและมีความอึดอัดใจในการปฏิบัติว่าจะปกปิด หรือเปิดเผยความลับผู้ป่วย (กาญจนา, 2543; กฤษณา, 2545; พจนา, 2545; วณิชชาและสมพร, 2548) จากเงื่อนไข ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงโอกาสที่จะทำให้เกิดการตีความ การพิจารณาปฏิบัติและการตัดสินใจกระทำในการ เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยแตกต่างกันไป นอกจากนี้พบว่า มีการบัญญัติหน้าที่ให้บุคลากรด้านสุขภาพ บอกกล่าว ทางเวชปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทั้งในกฎหมายอาญา กฎหมาย แพ่งรวมทั้งกฎหมายควบคุมวิชาชีพ (แสง, 2546; สภา การพยาบาล, 2546) ในเรื่องสิทธิที่จะได้รับการปกปิด หรือรักษาความลับผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวมร่วมกับสิทธิผู้ป่วย เนื่องจากการปกปิดความลับเป็นหนึ่งในคำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงการจัดการ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปกปิดความลับผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษา ที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างมาตรฐาน หรือ

พัฒนารูปแบบการปฏิบัติในการปกปิดความลับแก่ผู้ป่วย สำหรับพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการ ปกปิดความลับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพทุกวัย ซึ่งปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิและตติยภูมิในจังหวัดสงขลา มีประสบการณ์ใน ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 100 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการจัดการ ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการปกปิดความลับผู้ป่วย ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปกปิด ความลับ (กองการพยาบาล, 2541; วรวรรณ, 2541; จินตนาและสาธิต, 2544; ชนุตรา, 2541; สภาการพยาบาล, 2545; Badzek, Mitchell, Marra, & Bower, 1998; Colorado Society of Clinical Specialist in Psychiatric Nursing, 1999) ตามวงจรมิง (Deming, 1950) 4 ชั้น ได้แก่ ชั้นวางแผน ชั้นปฏิบัติ ชั้นตรวจสอบ และ ชั้นดำเนินการให้เหมาะสม รวมทั้งหมดจำนวน 49 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนตัวเลข (numeric scale) 6 ระดับ ซึ่งได้กำหนด ค่าคะแนนการปฏิบัติและ ความหมายไว้ดังนี้

0 1 2 3 4 5  
ไม่ตรงเลย ตรงมากที่สุด  
ในการศึกษาคั้งนี้คะแนนเฉลี่ยระดับการจัดการ  
มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนนและได้เกณฑ์  
การให้คะแนนในแต่ละระดับดังนี้

คะแนน 0-1.67 คะแนน หมายถึง  
การจัดการอยู่ในระดับน้อย  
คะแนน 1.68-3.35 คะแนน หมายถึง  
การจัดการอยู่ในระดับปานกลาง  
คะแนน 3.36-5.00 คะแนน หมายถึง  
การจัดการอยู่ในระดับมาก  
สำหรับข้อที่ไม่มีเหตุการณ์ไม่ได้นำมาคิดคะแนน  
นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปหาความตรงตามเนื้อหา  
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้กับหัวหน้า  
หอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน  
20 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง  
ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ  
ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง  
ของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.94

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่จบ  
ปริญญาโททางการพยาบาลและมีความรู้ด้านวิจัยเป็นผู้  
เก็บข้อมูล ในอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ ส่วนอำเภอ

อื่นๆ ในจังหวัดสงขลา ติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล  
โรงพยาบาลนั้นๆ ด้วยโทรศัพท์ก่อนส่งแบบสอบถาม  
ลงทะเบียนทางไปรษณีย์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ  
แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการจัดการปกปิดความลับ  
ผู้ป่วย วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ผลการวิจัย

การจัดการโดยรวมในการปกปิดความลับผู้ป่วย  
ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการโดยรวมในการปกปิด  
ความลับผู้ป่วย ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลใน  
ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.14$ ) และเมื่อ  
แจกแจงตามขั้นตอนพบว่าการจัดการขั้นปฏิบัติอยู่ใน  
ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.78$ ,  $SD = 0.96$ ) ส่วนขั้นตอนอื่นการ  
ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คือขั้นตรวจสอบ ( $\bar{X} = 2.98$ ,  
 $SD = 1.25$ ) ขั้นวางแผน ( $\bar{X} = 2.7$ ,  $SD = 1.31$ ) และ  
ขั้นการดำเนินการให้เหมาะสม ( $\bar{X} = 2.47$ ,  $SD = 1.60$ )  
ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและตาม ขั้นตอนในการ  
ปกปิดความลับผู้ป่วย ( N = 100 )

การจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการปกปิดความลับผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. ขั้นวางแผน	2.70	1.31	ปานกลาง
2. ขั้นปฏิบัติ	3.78	0.96	มาก
3. ขั้นตรวจสอบ	2.98	1.25	ปานกลาง
4. ขั้นดำเนินการให้เหมาะสม	2.47	1.60	ปานกลาง
รวม	3.00	1.14	ปานกลาง

การจัดการชั้นวางแผนในการปกปิดความลับ  
ผู้ป่วย ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ค่าเฉลี่ยการจัดการ ในชั้นวางแผนสูงสุด  
2 อันดับแรก และอยู่ในในระดับมาก คือจัดเตรียม  
สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการอภิปราย / ปรึกษา

หรือเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ที่มีโอกาสพาดพิง  
ถึงข้อมูล ที่เป็นความลับ (  $\bar{X} = 3.84, SD = 1.38$ )  
และกำหนดแนวปฏิบัติกรให้ข้อมูลทางโทรศัพท์  
เพื่อรักษาความลับผู้ป่วย (  $\bar{X} = 3.62, SD = 1.58$ )  
(ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการในชั้นวางแผน  
( N = 100 )

ชั้นวางแผน	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. จัดเตรียมสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการอภิปราย/ ปรึกษาหรือเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาส พาดพิงถึงข้อมูลที่เป็นความลับ	3.84	1.38	มาก
2. กำหนดแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อ รักษาความลับผู้ป่วย	3.62	1.58	มาก
3. กำหนดแนวปฏิบัติการรับ-ส่งเวรเพื่อป้องกัน ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย	3.18	1.67	ปานกลาง
4. ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยประเมินข้อมูลที่สำคัญ ของผู้ป่วยที่ต้องปกปิดเป็นความลับโดยการประเมิน จากคุณค่าความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง	3.15	1.54	ปานกลาง
5. กำหนดเงื่อนไขและแนวปฏิบัติในกรณีที่ต้องเปิดเผย ความลับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล เช่น การเปิดเผยความลับผู้ป่วยแก่ครอบครัว	2.94	1.76	ปานกลาง
6. กำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่มีสิทธิในการเข้าถึง ข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วย	2.86	1.8	ปานกลาง
7. กำหนดแนวปฏิบัติ การเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะเพื่อ ป้องกันความลับของผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยไม่ได้ตั้งใจ	2.85	1.66	ปานกลาง
8. ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาและ สาเหตุของการเปิดเผย ความลับผู้ป่วย	2.82	1.65	ปานกลาง

ตาราง 2 (ต่อ)

ชั้นวางแผน	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
9. กำหนดแนวปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปกปิดความลับผู้ป่วย	2.79	1.65	ปานกลาง
10. ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยวิเคราะห์ และกำหนดประเภทของข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย	2.89	1.73	ปานกลาง
11. กำหนดแนวปฏิบัติในการบันทึกหรือการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์เพื่อไม่ให้สามารถเข้าถึงความลับของผู้ป่วย	2.69	1.88	ปานกลาง
12. ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงของการเปิดเผยความลับผู้ป่วย	2.12	1.93	ปานกลาง
13. กำหนดแนวปฏิบัติ การทำวิจัยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย	2.11	1.94	ปานกลาง
14. กำหนดให้บุคลากรในหอผู้ป่วยประเมินตนเองในการปกปิดความลับของผู้ป่วย	2.04	1.82	ปานกลาง
15. กำหนดแนวทางในการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการปกปิดความลับผู้ป่วย	1.98	1.72	ปานกลาง
16. ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยสร้างเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับผู้ป่วย	1.37	1.63	น้อย

การจัดการชั้นปฏิบัติในการปกปิดความลับผู้ป่วย  
ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ค่าเฉลี่ยการจัดการ ในชั้นปฏิบัติสูงสุด 2 อันดับแรก  
และอยู่ในระดับมาก คือ ให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ

ต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงต่อการถูกเปิดเผยความลับ เช่น  
ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยโดนข่มขืน เป็นต้น ( $\bar{X} = 4.40$ ,  
SD = 0.93) และไม่อนุญาตให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง  
เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ( $\bar{X} = 4.31$ , SD = 1.16) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการในชั้นปฏิบัติ ( N = 100 )

ชั้นปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. ให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงต่อการถูกเปิดเผยความลับ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยโดนข่มขืน เป็นต้น	4.40	0.93	มาก
2. ไม่อนุญาตให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	4.31	1.16	มาก
3. ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการปกปิดความลับของผู้ป่วย เช่น ปฏิบัติตามนโยบายและแนวปฏิบัติในการปกปิดความลับของหอผู้ป่วย	4.29	1.09	มาก
4. ตักเตือนเมื่อพบเห็นการกระทำที่เปิดเผยความลับ/เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย	4.27	1.09	มาก
5. พึงกษัตริย์ของผู้ป่วยโดย ไม่ให้ทีมสุขภาพ และบุคลากรอื่นๆ นำข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผย	4.19	1.13	มาก
6. กำกับ ดูแลให้บุคลากรในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามนโยบาย และแนวปฏิบัติในการปกปิดความลับผู้ป่วย	3.81	1.29	มาก
7. สอดแทรกประเด็นเกี่ยวกับการปกปิดความลับของผู้ป่วย ในการประชุมปรึกษาก่อน/หลังการปฏิบัติงาน	3.79	1.30	มาก
8. จัดเก็บข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยไว้ในที่ที่ปลอดภัย	3.71	1.39	มาก
9. สอบถามผู้ป่วย/ครอบครัวถึงความต้องการในการปกปิดความลับ	3.66	1.49	มาก
10. แจ้งบุคลากรในหอผู้ป่วยให้ทราบถึงนโยบาย ระบบกลไก และแนวปฏิบัติในการปกปิดความลับผู้ป่วย	3.54	1.31	มาก
11. เตรียมความพร้อมบุคลากรโดยจัดอบรมให้มีความรู้ และตระหนักในความสำคัญของการปกปิดความลับผู้ป่วย	2.65	1.67	ปานกลาง
12. ประมุขนิเทศผู้ป่วยใหม่/ญาติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ในการปกปิดความลับ	2.45	1.84	ปานกลาง

### การจัดการชั้นตรวจสอบในการปกปิดความลับ ผู้ป่วยขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ค่าเฉลี่ยการจัดการชั้นตรวจสอบสูงสุด 2 อันดับแรก และอยู่ในระดับมาก คือ สังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับผู้ป่วยของบุคลากรในหอผู้ป่วยในการ

สนทนากับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = 1.14$ ) และสังเกตพฤติกรรมของบุคลากรในหอผู้ป่วยที่อาจทำให้ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผยในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์แก่ผู้อื่น ( $\bar{X} = 3.66$ ,  $SD = 1.30$ ) (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการในชั้นตรวจสอบ (N = 100)

ชั้นตรวจสอบ	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. สังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับผู้ป่วยของบุคลากรในหอผู้ป่วยในการสนทนากับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วย	3.85	1.14	มาก
2. สังเกตพฤติกรรมของบุคลากรในหอผู้ป่วยที่อาจทำให้ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผยในการให้ข้อมูลของผู้ป่วย ทางโทรศัพท์แก่ผู้อื่น	3.66	1.30	มาก
3. สังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับผู้ป่วยของบุคลากรในหอผู้ป่วยในการสนทนาเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วยในที่สาธารณะ เช่น ห้องอาหาร ห้องประชุม ใน ลิฟต์ เป็นต้น	3.56	1.26	มาก
4. ตรวจสอบความเสี่ยงต่อการรักษาความลับผู้ป่วยจากการบันทึกข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย	3.33	1.53	ปานกลาง
5. รวบรวมข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย	3.31	1.66	ปานกลาง
6. ประเมินพฤติกรรมของตนเอง ที่เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับ/เปิดเผยความลับของผู้ป่วย	3.06	1.65	ปานกลาง
7. ประเมินความสามารถของตนเองในการปกปิดความลับผู้ป่วย	2.98	1.71	ปานกลาง
8. รวบรวมข้อมูลจากการบอกเล่าของบุคลากรถึงพฤติกรรมตนเองในการเปิดเผย/เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับผู้ป่วย โดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ	2.37	1.7	ปานกลาง
9. ประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการปกปิดความลับของผู้ป่วยจากการสอบถามบุคลากรในหอผู้ป่วย	2.29	1.69	ปานกลาง
10. ติดตามการประเมินตนเองของบุคลากรในหอผู้ป่วย เกี่ยวกับการปกปิดความลับของผู้ป่วย	2.10	1.87	ปานกลาง
11. สํารวจความพึงพอใจผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการจัดการของหอผู้ป่วยในการปกปิดความลับผู้ป่วย	2.02	1.9	ปานกลาง



### การจัดการชั้นดำเนินการที่เหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างจัดการในชั้นดำเนินการที่เหมาะสมในระดับปานกลางทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 ลำดับแรกคือ นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อรักษา

ความลับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.77$ ) และนำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการ รับ-ส่งเวร เพื่อป้องกันความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย ( $\bar{X} = 2.90$ ,  $SD = 1.75$ ) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการในชั้นดำเนินการที่เหมาะสม (N = 100)

ชั้นดำเนินการที่เหมาะสม	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อรักษาความลับผู้ป่วย	3.0	1.77	ปานกลาง
2. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการรับ-ส่งเวรเพื่อป้องกันความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย	2.9	1.75	ปานกลาง
3. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะเพื่อป้องกันความลับของผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยไม่ได้ตั้งใจ	2.58	1.78	ปานกลาง
4. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปกปิดความลับผู้ป่วย	2.57	1.79	ปานกลาง
5. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการถูกเปิดเผย	2.57	1.79	ปานกลาง
6. นำผลการประเมินมากำหนดนโยบายของหอผู้ป่วยในการปกปิดความลับของผู้ป่วย	2.46	1.69	ปานกลาง
7. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการบันทึกหรือการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์เพื่อไม่ให้สามารถเข้าถึงความลับของผู้ป่วย	2.42	1.8	ปานกลาง
8. นำผลการประเมินมาสร้าง/ปรับปรุงเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น	2.0	1.76	ปานกลาง
9. นำผลการประเมินมากำหนด/ปรับปรุงแนวทางในการทำวิจัยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย	1.84	1.82	ปานกลาง

## การอภิปรายผล

การจัดการโดยรวมในการปกปิดความลับ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.0$ ,  $SD = 1.14$ ) เนื่องจากมีปัจจัยที่ส่งเสริม ให้มีการจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย

### ปัจจัยที่ส่งเสริมการจัดการ ได้แก่

1. นโยบายด้านสิทธิผู้ป่วยและการประเมินจากองค์กรภายนอก กระตุ้นและผลักดันองค์กรมีการประกาศใช้สิทธิผู้ป่วยซึ่งการปกปิดความลับผู้ป่วยเป็นหนึ่งในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้องอันจะนำมาซึ่งความเสียหาย เสียชื่อเสียงต่อองค์กรพร้อมทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติในการปกปิดความลับผู้ป่วย และได้จัดเรื่องการปกปิดความลับผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงทางสังคมในบัญชีความเสี่ยงขององค์กร รวมถึงมีกลไกสำคัญของการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากองค์กรภายนอก เป็นตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. อายุ และประสบการณ์ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี (ร้อยละ 62) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 21-30 ปี (ร้อยละ 63) สามารถวิเคราะห์และสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ทำงาน ดังนั้นจึงมีประสบการณ์ในด้าน การปกปิดความลับ และสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้ามีการเปิดเผยความลับ

3. การศึกษา กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 52) (โดยแยกเป็นปริญญาโทสาขาการพยาบาล (ร้อยละ 26) ปริญญาโทสาขาอื่นๆ (ร้อยละ 26) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีทักษะในการวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี และกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาล (ร้อยละ 90) ทำให้สามารถมองเห็นปัญหา

ที่เกิดขึ้นหากมีการเปิดเผยความลับโดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการฟ้องร้องที่มรสุม และมีความโน้มเอียงว่าจะมีมากขึ้นในอนาคต

4. การอบรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมหลังจบการศึกษา (ร้อยละ 89) อบรมเกี่ยวกับจริยธรรมการพยาบาล (ร้อยละ 79) อบรมเกี่ยวกับการปกปิดความลับ (ร้อยละ 45) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญ มีความตระหนัก และรับทราบว่าการเปิดเผยความลับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย ตนเองและองค์กร

### ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการ ได้แก่

1. การกำหนดเชิงนโยบาย องค์กรไม่ได้นำเรื่องการปกปิดความลับซึ่งเป็นความเสี่ยงทางสังคมมากำหนดในเชิงนโยบาย มีการจัดไว้ในบัญชีความเสี่ยงกล่าวถึงในภาพรวมกว้างๆ แต่ไม่มีรายละเอียดที่อธิบายถึงความหมาย และขอบเขตการปกปิดความลับที่ชัดเจน

2. แนวปฏิบัติในการนำไปใช้ ไม่ครอบคลุม องค์กรไม่มีแนวทาง/คู่มือในการปฏิบัติเกี่ยวกับการปกปิดความลับผู้ป่วยที่ครอบคลุมเป็นลายลักษณ์อักษร มีแนวปฏิบัติเฉพาะเรื่อง ซึ่งองค์กรพิจารณาแล้วว่ามีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องสูง เช่นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การบันทึกและกำหนดผู้เข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยสู่สาธารณะ เป็นต้น

3. ด้านประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1-5 ปี (ร้อยละ 34) อยู่ในช่วงการเรียนรู้ในบทบาทใหม่ ดังนั้นการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติทักษะในการจัดการยังมีน้อยประสบการณ์ 1-5 ปี อยู่ในระดับเริ่มต้นก้าวหน้า (advance beginner) เป็นผู้ที่เริ่มมีประสบการณ์พอที่จะเข้าใจสถานการณ์ แต่ต้องการประสบการณ์ในการจำแนกบริบทและสถานการณ์

4. การอบรม กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 45 ได้รับการอบรมจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปกปิดความลับ อบรมสิทธิผู้ป่วย (ร้อยละ7) ดังนั้นความรู้ในเรื่องการปกปิดความลับผู้ป่วยไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำให้ขาดความไวต่อปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น

5. บริบทของหอผู้ป่วย การจัดการและความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในเรื่องนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของหอผู้ป่วยที่ตนเองดูแล บางหอผู้ป่วยไม่มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเปิดเผยความลับหรือมีน้อย บางหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเปิดเผยความลับ เช่นผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องขัง เป็นต้น ดังนั้นจึงทำให้ประสบการณ์ของการจัดการ และความตระหนักแตกต่างกัน

#### ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร ผลการศึกษาพบว่า นโยบายในด้านการปกปิดความลับ และแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจนดังนั้นควรมีการสร้างคู่มือ/แนวปฏิบัติในการปกปิดความลับผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติในแนวเดียวกันและเป็นรูปธรรม

ด้านปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่ามีผู้จัดการอยู่ในระดับน้อย ในการสร้างเครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเปิดเผยความลับ ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยควรจัดทำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเปิดเผยความลับ เช่นเดียวกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงด้านอื่นๆ เช่น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการพลัดตก ล้ม เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา รักชาติ. (2543). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กฤษณา เฉลียวศักดิ์. (2545). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). **แนวทางดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย**: สำหรับพยาบาล. ม.ป.ท.
- จินตนา สิรินาวิน, และสาธิต วรรณแสง. (2544). **ทักษะทางคลินิก**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน
- ชนุตรา อธิธรรมวินิจ. (2541). **ความลับผู้ป่วย**. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(2), 17-21.
- วรวรรณ จีรวงศ์. (2541). **คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล**. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 16(1), 35-36.
- แสงว นุญเฉลิมวิภาส. (2546). **กฎหมายและข้อควรระวังของแพทย์พยาบาล ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (พิมพ์ครั้งที่3)**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลาจำกัด.
- สมบัติ พันธุ์คง. (2532). **พยาบาลกับการรักษาความลับ**. *วิทยาสารพยาบาล*, 14(3), 54-61.
- สภาการพยาบาล. (2545). **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ศิริยอดการพิมพ์.
- อรัญญา เชาวลิต. (2548). **ประเด็นความเสี่ยงทางจริยธรรม: การปกปิดความลับ**. **เอกสารประกอบการบรรยายวิชาจริยศาสตร์ทางการพยาบาลและกฎหมาย**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Badzek, L. A., Mitchell, K., Marra, S. E., & Bower, M. M. (1998). Administrative ethics and confidentiality/privacy. *Issues Online Journal of Issues in Nursing*. Available at <http://www.nursingworld.org/ojin/topic8/topic8-2htm>.
- Colorado Society of Clinical Specialists in Psychiatric Nursing. (1990). Ethical Guidelines for Confidentiality. *Journal of Psychosocial Nursing*, 28, 43-44.

## รายงานการวิจัย

### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุพิบัติภัยในภาคใต้

อุมาพร อินทวงศ์\*  
อวิญญา เชาวลิต\*\*  
วันดี สุทธรังษี\*\*\*

Intawong, U.; Chaowalit, A.; Suttharangsee, W.  
Ethical Dilemmas and Ethical Decision Making Experienced by Nurses  
in Providing Care for Patients During the Tsunami Disaster, Southern Thailand  
TJN : (2008) : (1-2) : 24-36  
Key words: Ethical Dilemma, Ethical Decision Making, Nurses' Experience, Tsunami Disaster

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุพิบัติภัย ในภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน และห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 10 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนของโคไลซี่ซี่ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มี 3 ลักษณะ คือ 1) สถานการณ์ที่ต้องแก้ปัญหาเร่งด่วน แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ 2) สถานการณ์ที่ยากต่อการตัดสินใจ แต่ก็ต้องตัดสินใจ และ 3) สถานการณ์ที่ทำให้คับข้องใจเพราะไม่แน่ใจในการตัดสินใจ ส่วนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมี 6 ประเด็น คือ 1) จะทำงานอย่างไรให้มีคุณภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่คับขัน และมีข้อจำกัด 2) เกินกำลังที่จะดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ได้ครบถ้วน 3) การมุ่งรักษาชีวิต ภายใต้ความจำกัดของบุคลากร และทรัพยากร อาจละเมิดสิทธิผู้ป่วย 4) มีผู้ป่วย จำนวนมากจะต้องทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับ

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประโยชน์สูงสุด 5) จะตัดสินใจช่วยใครก่อนดี ในเวลาที่จำกัดและมีผู้ป่วยจำนวนมาก และ 6) จำเป็นต้องกล่าวเท็จเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย โดยผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 4 ลักษณะ คือ 1) กระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย 2) ปรีชา/ประสานงานกับผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจ 3) ตัดสินใจตามแพทย์

แม้จะมีความเห็นไม่ตรงกัน และ 4) ใช้แนวปฏิบัติของหน่วยงาน เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยต่อไป

### Abstract

This hermeneutic phenomenological study aimed to describe and explain nurses' experiences of ethical dilemmas and ethical decision making in providing care for patients during the Tsunami disaster, southern Thailand. Participants included 10 female nurses working in an emergency room, in-patient care unit, and an operation room of a provincial hospital in southern Thailand. Data were collected using in-depth interviews. Data were analyzed by modifying Colaizzi's method (Colaizzi, 1978 cited by Polit, Beck & Hungler, 2001). The findings were as follows:

Meanings of ethical dilemmas described by participants included: 1) an emergency situation that needed to be resolved but could not be resolved, 2) a situation where it is difficult to make decision but having to, and 3) a situation that induces frustration because of uncertainty. Ethical dilemmas experienced by participants were: 1) how to provide quality nursing care under a critical situation and limitations, 2) too few personnel to save all patients, 3) focusing on life saving under scarce resources that may violate patients' rights, 4) too many patients, how to promote patients' best interest, 5) who should be the first priority under limited time and resources and, 6) having to tell a lie for the patients' best interest. Methods of ethical decision making were: 1) taking actions for patients' best interest, 2) discussing with others to find solutions, 3) deciding to follow the doctor even though disagreeing, and 4) using practice guidelines of hospital to guide their decision.

The results of this study can be used as baseline data and a guideline to improve ethical decision-making skills of nurses in providing care for other disaster patients.

### ความสำคัญของปัญหา

จากเหตุการณ์เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ที่เกิดแผ่นดินไหวซึ่งมีความรุนแรงขนาด 9.3 ริกเตอร์ในทะเลนอกฝั่งทิศตะวันตกทางตอนเหนือของเกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ก่อให้เกิดธรณีพิบัติภัยที่ร้ายแรง รู้จักในนาม "คลื่นยักษ์สึนามิ (tsunami disaster)" ทำให้หลายๆ ประเทศบริเวณมหาสมุทรอินเดียได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง มีผู้คนได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรง สูญหาย

และเสียชีวิตจำนวนมากในทันที (กนกรัตน์, 2548; นพวรรณ, 2548; แสงอรุณ, อูมาพร, วงจันทร์ และอุไร, 2548; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2548; อภิชา, ม.ป.ป.) โดยที่ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ในครั้งนี้รวม 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต พังงา ระนอง ตรัง สตูล และกระบี่ (กรมทรัพยากรธรณี, 2548; จลี, 2548; พูลสุข, 2548; ศูนย์ปฏิบัติการภัยพิบัติ สภากาชาดไทย,

2548; อภิชา, 2548) รวมทั้งคนไทยและต่างชาติเนื่องจากจังหวัดที่ประสบกรณีพิบัติภัยเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญและมีนักท่องเที่ยวมากที่สุด (กนกรัตน์, 2548; กระทรวงวัฒนธรรม, 2548) และผลจากกรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นดังกล่าวนำไปสู่การบาดเจ็บ พิการ ทูพลภาพ จนกระทั่งถึงแก่ชีวิตของคนหมู่มาก ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และทางด้านสังคมของผู้ประสบภัยซึ่งสิ่งแรกที่ผู้ประสบภัยต้องการภายหลังเกิดเหตุการณ์คือการช่วยชีวิต และการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงเป็นบุคคลสำคัญยิ่ง ที่จะช่วยเหลือผู้ประสบภัยเหล่านี้ (ศูนย์ปฏิบัติการภัยพิบัติสภากาชาดไทย, 2548; อภิชา, ม.ป.ป.; Anonymous, 2005) ในสถานการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตเช่นนี้ทำให้พยาบาลต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยให้รอดชีวิต และในขณะเดียวกันก็ต้องป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ดังนั้นจากความต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วนของผู้ประสบภัยจำนวนมากจึงทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความคับข้องใจขึ้นได้ และการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ ที่มีความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม ทศนคติ คุณค่าหรือความเชื่อรวมทั้งค่านิยมที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิด ความไม่เข้าใจและความขัดแย้งเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการพยาบาลได้ (มัญชุกา, 2541; วันเพ็ญ, 2541; Ellis & Hartley, 2001; Shields & Tanner, 2002) และทำให้พยาบาลต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องพิจารณาว่าอะไรเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (Ellis & Hartley, 2001; McAthie, 1999) ดังนั้นจากเหตุการณ์กรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นถือเป็นภาวะวิกฤต ส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ โดยเฉพาะในเหตุการณ์ครั้งนี้มีผู้ประสบภัยชาวต่างชาติเป็นจำนวนมากจึงเป็นไปได้ที่ให้เกิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ยุ่ยาก ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการให้

คุณค่าที่แตกต่างกันจากวัฒนธรรมและสังคม (Ellis & Hartley, 2001; Potter & Perry, 1997; Potter & Perry, 2001)

การเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยดังกล่าวข้างต้นเป็นการท้าทายความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย และเนื่องจากสถานการณ์กรณีพิบัติภัย เพิ่งเกิดขึ้นในประเทศไทยเป็นครั้งแรก จึงยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย เพื่อจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับพิบัติภัย เพื่อทำให้พยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยในภาคใต้
2. เพื่ออธิบายการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยในภาคใต้

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย ที่เกิดขึ้นในภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องผ่าตัดจำนวน 10 ราย และมีประสบการณ์ในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการ

ตัดสินใจเชิงจริยธรรมขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบ  
กรณีพิบัติภัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่  
เผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิง  
จริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแล  
ผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยจำนวน 5 ข้อ

เครื่องมือทั้ง 2 ส่วน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ  
ทบทวนวรรณกรรมและนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูล  
ตามคุณสมบัติที่กำหนดใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลในการ  
ศึกษาจริง จำนวน 1 ราย โดยเครื่องมือทั้งหมด ได้ผ่านการ  
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก  
(in-depth interview) ครั้งละประมาณ 45-60 นาที พร้อมกับ  
ทำการบันทึกเทปเสียง (tape-record) การเก็บรวบรวม  
ข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data)

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเคารพสิทธิมนุษยชน ความเป็นส่วนตัว  
และการรักษาความลับ โดยผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการ  
ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มี  
ผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดัดแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่  
(Colaizzi, 1978 cited by Polit, Beck & Hungler, 2001).

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงจำนวน 10 ราย มีอายุ  
อยู่ในช่วง 41-50 ปี มีจำนวนมากที่สุด 5 ราย ผู้ให้ข้อมูล  
ทุกรายนับถือศาสนาพุทธและมีสถานภาพสมรสคู่ 6 ราย  
ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี

หรือเทียบเท่า ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 5 ราย ปฏิบัติงาน  
ในห้องผ่าตัด 3 ราย และปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน  
2 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ  
งานในวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 15 ปี 6 ราย และมี  
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย  
4-5 วัน จำนวน 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้ดูแลผู้ป่วย  
ทั้งคนไทยและต่างชาติและได้ดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล  
และกระดูกหัก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบ  
จากเหตุการณ์กรณีพิบัติภัยในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกราย  
ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตร และได้  
เข้าประชุม / อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมหลัง  
จบการศึกษา เรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ รองลงมาคือ  
เรื่อง จริยธรรมกับกฎหมายและสิทธิผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูล  
ทุกรายไม่เคยเข้าร่วมการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดูแล  
ผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยก่อนเกิดที่จะเกิดกรณีพิบัติภัย  
ในครั้งนี้

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและ  
การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของ  
พยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย  
ในภาคใต้

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม  
ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายใน 3 ลักษณะคือ

1. สถานการณ์ที่ต้องแก้ปัญหาเร่งด่วน แต่  
ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย อธิบายถึง  
สถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตต้องเผชิญกับสถานการณ์  
ที่เร่งด่วนที่จำเป็นต้องเลือกแก้ปัญหาพร้อมๆ กันแต่  
ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต  
ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ดังเช่น

“...เป็นเหตุการณ์ที่เราต้องตัดสินใจอย่างเร่งด่วน  
...จะต้องแก้ปัญหาให้กับคนไข้...เรารายงานหมอแล้วแต่  
ไม่รู้ว่าจะทำอะไรให้คนไข้ผ่านพ้น  
ภาวะวิกฤตไปได้... เราก็ตัดสินใจเองก็ไม่ได้ เรามีความรู้  
ความสามารถระดับหนึ่ง จะให้เราแก้ไขเองก็ไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)



**2. สถานการณ์ที่ยากต่อการตัดสินใจ แต่กั ต้องตัดสินใจ** ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ได้อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากที่ประสบภัย และต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ในขณะที่มีบุคลากรจำกัดทำให้ต้องตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ดังเช่น

“...ตอนนั้นในห้องฉุกเฉิน...เป็นเหตุการณ์ครั้งแรกที่เราเพิ่งจะเจอ...หันไปทางไหนก็ชนกับคนไข้...คนไข้เยอะมากขนาดนี้ทำให้เราไม่รู้ว่าทำงานแบบไหน...เราไม่รู้ว่าจะช่วยใครก่อนดี มันอึดอัด แต่เราจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกช่วยคนไข้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**3. สถานการณ์ที่ทำให้คับข้องใจเพราะไม่แน่ใจในการตัดสินใจ** ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในภาวะคับขัน แต่ในขณะที่เดียวกันก็ไม่แน่ใจในผลจากการกระทำของตนเองที่จะเกิดขึ้นภายหลัง ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ไม่สบายใจ ดังเช่น

“...คนไข้จำนวนมาก...ทำให้มีคนไข้บางรายจำเป็นต้องเย็บแผลในห้องผ่าตัดเล็ก...บางทีอาจจะทำให้เขา (คนไข้) เจ็บอีก ...เราอยากช่วยเขา...แต่เราไม่แน่ใจว่าเราจะทำให้เขาได้ดีหรือเปล่า เรายังไม่แน่ใจ...บางทีมันก็สับสน คับข้องใจว่าจะทำดีหรือไม่ทำดี...แต่บางทีมันทำอะไรไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

**ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม** ผู้ให้ข้อมูล อธิบายลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น 6 ประเด็น คือ

**1. จะทำงานอย่างไรให้มีคุณภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่คับขันและมีข้อจำกัด** ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 รายได้ระบุถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องการปฏิบัติตามพยาบาลตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพภายใต้สถานการณ์ที่คับขันแต่มีข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยอธิบายใน 3 ลักษณะ คือ

**1.1 การดูแลผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่คุ้นเคยกับ ภาษาและวัฒนธรรมทำอย่างไรให้ได้คุณภาพ** ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย อธิบายถึงการที่พยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติที่มีความแตกต่างด้านภาษา และวัฒนธรรมทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ดังเช่น

“...การพยาบาลในขณะนั้นมีอุปสรรคด้านภาษาเยอะ... พูดกันไม่ค่อยเข้าใจ ...คนไข้บางคนบอกยังไม่เข้าใจ ...ที่คิดว่าเขาไม่ได้มีความเจ็บปวดเฉพาะทางด้านร่างกาย แต่รวมทั้งจิตใจของเขาด้วย เราอยากถามแต่ว่าเรื่องภาษา การสื่อสารมันมีข้อจำกัด...ถ้าไม่มีอุปสรรคด้านภาษา เราก็น่าจะดูแลเขาได้ดีมากกว่านี้เยอะเลย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

**1.2 การทำงานร่วมกับทีมที่มาช่วยเหลือ แต่มีลักษณะการทำงานต่างกัน** ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ภาวะคับขัน พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นโดยต้องทำงานร่วมกับทีมงานที่มาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ลักษณะการทำงานที่ต่างกันก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ดังเช่น

“...มีคนไข้มาผ่าตัดจำนวนมาก...มีทีมจากที่อื่นมาช่วย ...เราเป็นเจ้าของสถานที่และคนที่มาช่วยทำงานไม่ได้คุยกันว่าจะช่วยกันแนวไหน...หมอแต่ละคนที่มาช่วยจะใช้เครื่องมือไม่เหมือนกันในการทำงานไม่รู้ว่าจะใช้หลักเกณฑ์ทำอะไรบ้าง... คือถ้ามีปัญหาเรื่องเครื่องมือ ทำให้คนไข้ที่จะผ่าตัดเกิดความล่าช้าได้ “

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

**1.3 การเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ภายใต้ความรู้และประสบการณ์ที่จำกัด** ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยเป็นจำนวนมากและต้องตัดสินใจเพียงลำพังในปัญหาที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน โดยที่ตนเองยังขาดความรู้และประสบการณ์ ดังเช่น

“...ตอนนั้น...เราต้องเจอสภาวะที่คนไข้ มีปัญหาขึ้นมาเพียงลำพัง เรายางานหมอม...เขาไม่สนใจ ...เราควรจะทำอย่างไรในคนไข้ ... เราจะทำอย่างไรให้ คนไข้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต...เราตัดสินใจเองไม่ได้ เรามี ความรู้ ความสามารถระดับหนึ่งจะให้เราแก้ไขเองก็ไม่ได้ แต่เรามีความรู้สึกว่าคนไข้จะต้องได้รับการแก้ไข...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**2. เกินกำลังที่จะดูแลผู้ป่วยจำนวนมากได้ ครบถ้วน** ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ได้อธิบายถึงสถานการณ์ ที่มีโอกาสช่วยเหลือผู้ประสพภัยเป็นจำนวนมากแต่ผู้ป่วย ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและครบถ้วนทุกคน เนื่องจากของบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด ดังเช่น

“...ปริมาณคนไข้มาก เราดูแลไม่ถึง... คือเรา ทำงานให้เขา (คนไข้) ไม่ทัน เราดูแลเขาได้ไม่เต็มที่ ดูแล ไม่ได้ครบตามองค์รวมทุกอย่าง...คนไข้ที่มีผลเราดูแล เฉพาะบาดแผลแต่เราไม่ได้ดูแลปัญหาทางด้านจิตใจ ...ถ้ามีเวลามีคนพอก็น่าจะดีกว่านี้...มันเป็นสถานการณ์ ที่มีคนไข้เยอะที่เราต้องให้การดูแล”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**3. การมุ่งรักษาชีวิต ภายใต้อำนาจจำกัดของ บุคลากรและทรัพยากร อาจละเมิดสิทธิผู้ป่วย** ผู้ให้ ข้อมูล 8 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้ การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตราย ที่อาจถึงแก่ชีวิต และกระทำภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัด อาจทำให้ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ดังเช่น

“...สถานที่ค่อนข้างจะอึดอัดคับแคบจริงๆ...ทำให้ คนไข้บางรายนอนบนพื้น เราจะต้องข้าม ต้องเหยียบ มันทันเวลาไปหมดเลย ...แล้วเหมือนกับว่าเราละเมิด สิทธิเขา (คนไข้) หรือเปล่าตรงนี้...เราให้เกียรติในความ เป็นคนของเขาหรือเปล่า... แต่เพราะเราจำเป็นต้อง ให้การพยาบาล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**4. มีผู้ป่วยจำนวนมากจะต้องทำอย่างไรให้ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด** ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย

อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วย ที่ประสพภัยจำนวนมาก ต้องตัดสินใจที่จะช่วยคนหนึ่ง คนใดก่อนโดยเฉพะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ดังเช่น

“...เรามีบุคลากรน้อย แล้วก็คนไข้เยอะและบางที่ ทำให้การดูแลไม่ได้ทั่วถึง ก็คือทำได้เต็มที่ที่สุดความ สามารถ ...ระยะเวลามันก็จำกัด ...ทำได้เท่าที่ทำได้...เรา เคาริบเหมือนกัน ก็คือเราอยากให้การพยาบาลคนไข้ทุก คน ...พยายามทำให้ดีที่สุดตามที่เขาต้องการ คือไม่ได้ ทุกเรื่อง แต่จะทำในขอบเขตที่สามารถทำได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

**5. จะตัดสินใจช่วยใครก่อนดีในเวลาที่จำกัด และมีผู้ป่วยจำนวนมาก** ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบาย การเลือกช่วยผู้ป่วยเกือบสิ้นหวังในการรักษาหรือเลือก ช่วยผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดมากกว่า ดังเช่น

“...ที่ห้องฉุกเฉินมีคนไข้ที่ขาเกือบขาดจากที่ เกิดเหตุ...เขาเสียเลือดมาก หมอจะส่งคนไข้ไปไอซียู แต่เรามีความรู้สึกว่าคนไข้คนนี้ไม่ไหวไม่น่าเอาเข้าไอซียู เราน่าจะรับคนอื่น...มีคนที่น่าจะช่วยเหลือมากกว่านี้ ทำไมเราต้องช่วยคนที่ไม่มีความหวัง...แต่เขาไม่ถึงกับ สิ้นหวังไปที่เดียวเราก็น่าจะให้โอกาสเขา...เขาน่าจะ ได้รับการดูแล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**6. จำเป็นต้องกล่าวเท็จเพื่อประโยชน์ของ ผู้ป่วย** ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ได้อธิบายถึงการตัดสินใจกล่าวเท็จ ในบางเรื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในแง่ของการ เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลนั้นตระหนัก ดีว่าการไม่พูดความจริงเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมดังเช่น

“ผู้ป่วยตามหาญาติ...เราไม่รู้ข้อมูล...เรารับปาก ไม่ได้เราก็จะบอกว่าจะพยายามหาให้การที่เราพยายาม รับปากแบบครึ่งๆ... เราก็ไม่ให้คนไข้หวังมาก แต่ว่าเรา ไม่ได้ตามผลว่าเป็นอย่างไร ก็เหมือนกับว่าเราโกหก ไปก่อนให้รอดตรงนั้นก่อน ...มันก็ไม่ถูก...ถ้าเมื่อไหร่ที่ เขาจับได้ก็เสียจรรยาบรรณของการเป็นพยาบาล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**การตัดสินใจเชิงจริยธรรม** พบว่าผู้ให้ข้อมูล มีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 4 วิธี คือ

**1. กระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ได้บอกวิธีการตัดสินใจที่กระทำ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งวิธีที่กระทำ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยมี 5 ลักษณะ คือ

**1.1 ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 7 ราย ได้บอกถึงวิธีการตัดสินใจที่ต้อง ดูแลผู้ป่วยทุกรายที่ประสบกรณีพิบัติภัย โดยยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ดังเช่น

“...การดูแลคนไข้ที่ห้องฉุกเฉิน...เลือกดูแลคนไข้ที่สำคัญมากกว่า ...ความจำเป็นก็ต้องทำตาม priority... เราต้องเลือกรักษาชีวิตคนที่หนักกว่า จุดแรกที่สุดที่ทำได้คือเลือกรักษาชีวิตก่อน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**1.2 ดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ได้บอกถึงวิธีการตัดสินใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกรายที่ประสบกรณีพิบัติภัย อย่างเต็มที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามบทบาทพยาบาลที่สามารถกระทำได้ ดังเช่น

“...การดูแลคนไข้ที่มีบาดแผล...ส่วนใหญ่ก็ทำแผลให้และพยายามอธิบายให้คนไข้เข้าใจ ให้อาสาสมัครก่อนแล้วก็ทำแผลให้ที่ตึก...ก็พยายามทำให้ได้มากที่สุดตามที่คนไข้ต้องการ แต่ก็ในขอบเขตที่สามารถทำได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

**1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ได้บอกถึงวิธีการตัดสินใจโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจในเรื่องโรค การรักษาและขั้นตอนการให้การพยาบาลต่างๆ ดังเช่น

“...เนื่องจากคนไข้เป็นชาวต่างชาติ...เราสื่อสารไม่รู้เรื่อง เราพยายามให้เขาเขียนนะ...คือใช้ภาษาเขียนว่าเขาต้องการอะไร...สิ่งต่างๆเราก็อธิบายได้...ส่วนมากเราก็อธิบายเรื่องการพยาบาลที่เราต้องทำกับเขา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**1.4 ให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทน** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 5-10 ราย มีวิธีการตัดสินใจในลักษณะที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้/มีผู้อื่นที่สามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่าจึงมอบหมายให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทน ดังเช่น

“...เราไม่สามารถดูแลคนไข้รายใดรายหนึ่งได้ คนไข้ต่างชาติบางราย...เขายังต้องการให้เราดูแลเขาก็เราแก้ปัญหาโดยวิธีการไปหาคนอื่นมาให้การพยาบาลแทน...เราฝากคนอื่นไว้ ...ตอนนั้นก็เลยรู้สึกดีขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**1.5 ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่ต้องการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย ทุกอย่างเต็มที่ โดยให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่อย่างดีที่สุด ดังเช่น

“...เราก็ต้องเลือกทำ คือเราจะต้องเลือกทำคนที่ช่วยอยู่ให้ดีที่สุดเป็นลักษณะเหมือนกับว่า ถ้าช่วยแล้วก็ต้องทำให้ดีที่สุด ถ้ามันจะว่าพะวงก็จะต้องเสียไปทั้งสองด้าน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**2. ประึกษา/ประสานงานกับผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจ** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ใช้วิธีการปรึกษาหรือประสานงานกับผู้อื่นที่มีความรู้ความสามารถ ผู้ที่มีประสบการณ์ มี 3 ลักษณะ คือ

**2.1 ปรึกษาทิมงาน** พบว่าผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ได้บอกถึงพูดคุยปรึกษากับทีมปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากความร่วมมือของทีมสุขภาพ ดังเช่น

“...ตอนนั้นการตัดสินใจช่วยคนไข้ในห้องฉุกเฉิน...ส่วนมากจะเป็นทีมที่ช่วยในการตัดสินใจ ที่จะเลือกช่วยคนไหน เราก็จะเป็นทีม ก็จะมีหมอบ พยาบาลก็มีหลายๆ คน ... ไม่ใช่เราตัดสินใจคนเดียว...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**2.2 ปรึกษาพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย** พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ได้บอกถึงการพูดคุยปรึกษา เพื่อ

ให้ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการปฏิบัติงาน ช่วยในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังเช่น

“...ตอนนั้นระบบการส่งคนไข้ไปห้องผ่าตัด จะมั่วมาก... คือหลายคนหลายความคิด... เราจะทำงาน กันมั่วๆ แบบนี้ไม่ได้ เราก็เลยต้องประสานงานกับพี่ หัวหน้า ว่ามีหมอหลายคนมาทำแบบนี้ เราจะแก้ปัญหา อย่างไร...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**2.3 ปรีกษาแพทย์ พบว่าผู้ให้ข้อมูล 2 ราย** ได้บอกถึงการตัดสินใจปรึกษากับแพทย์ เนื่องจากแพทย์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีแนวทางในการ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังเช่น

“...การทำงานในช่วงหลังมีทีมมาช่วย... วิสัญญีแพทย์มาเราก็ดีใจ เพราะว่าหมอดมยาเขาต้อง เก่งกว่าเราเขารู้มากกว่าเรา...เขาช่วยเหลือเราได้...หมอดมยา มาเราก็ได้ปรึกษากับหมอมว่าเราจะทำอย่างไร...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**3. ตัดสินใจตามแพทย์ แม้จะมีความเห็น ไม่ตรงกัน พบว่าผู้ให้ข้อมูล 4 ราย** ได้มีการตัดสินใจ ที่ให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และพยาบาลทำหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ดังเช่น

“...มีคนไข้อยู่คนหนึ่งเป็นคนไข้ที่ขาเกือบขาด ...เราอยากช่วยคนไข้ แต่ในขณะที่เดียว กันเสียโอกาสกับ คนอื่น...เลยตัดสินใจคุยกับหมอ แต่หมอบอกว่า ส่งไปก่อน..เราต้องทำเพราะเป็นคำสั่งหมอม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**4. ใช้แนวปฏิบัติของหน่วยงาน เป็นแนวทาง ในการตัดสินใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูล 2 ราย** ได้ตัดสินใจ ในลักษณะที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางของหน่วยงานดังเช่น

“..บางครั้งคนไข้ก็มีความรู้สึกที่เราดูแลเขา/ แก้ปัญหาที่ต้องการไม่ได้ ...เรายังไม่ได้สนองตามความ ต้องการคนไข้...แต่มันเป็นไปตามหลักที่หน่วยงานกำหนด คือในภาวะฉุกเฉิน เราต้องดูแลผู้ป่วยตามลำดับ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

## การอภิปรายผล

การให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมที่ว่า **สถานการณ์ที่ต้องแก้ปัญหาเร่งด่วน แต่ ไม่สามารถแก้ปัญหาได้** เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่เคยมี ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากและอยู่ในภาวะ วิกฤต ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนมาก่อนจึง ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของเดวิสและคณะ (Davis et al., 1997) ที่กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็น สถานการณ์ที่จะต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกซึ่งเป็น ทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ และเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรมจะทำให้เกิด ความรู้สึกขัดแย้งได้ ส่วน ความหมายที่ว่า **สถานการณ์ที่ยากต่อการตัดสินใจ แต่ก็ต้องตัดสินใจ** ในสถานการณ์ที่พยาบาลต้อง เผชิญกับการตัดสินใจอย่างเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเป็นจำนวนมากโดยที่พยาบาล นั้นมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกรายแต่ เนื่องจากไม่สามารถจะช่วยเหลือผู้ป่วยหลายคนในเวลา เดียวกันได้ จึงเป็นสถานการณ์ที่ยากต่อการตัดสินใจที่ ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจึง ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ดังที่แคตาลาโน (Catalano, 2003) กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยที่บุคคลต้องตัดสินใจเลือกระหว่างทางเลือกสองทางที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ความหมายที่ว่า **สถานการณ์ที่ทำให้คับข้องใจเพราะ ไม่แน่ใจในการตัดสินใจ** เนื่องจากสถานการณ์ที่ ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลที่เร่งด่วนประกอบกับ การที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน แต่จำเป็นต้องเลือก ตัดสินใจในบางประเด็นอย่างเร่งด่วน แต่ไม่แน่ใจว่าได้ เลือกกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย อย่างแท้จริง ดังที่สวิลล์ (2542) ให้ความหมายของประเด็น ขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ว่าสถานการณ์ขัดแย้งทาง จริยธรรม ที่ก่อให้เกิดความจำเป็นต้องเลือกทางเลือกใด ทางเลือกหนึ่งระหว่างสองทางเลือก เนื่องจากแต่ละ

ทางเลือกมีความสำคัญเท่ากันหรือไม่มีทางเลือกที่ชัดเจนในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดถูกหรือผิด

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล **จะทำงานอย่างไรให้มีคุณภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่คับขันและมีข้อจำกัด** ผู้ให้ข้อมูลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์ที่คับขันเช่นนี้ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพมากที่สุด ได้แก่ **การดูแลผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่คุ้นเคยกับภาษา และ วัฒนธรรม จะให้การพยาบาลอย่างไรให้มีคุณภาพ** คือลักษณะที่พยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติและจากข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลพบว่าโดยส่วนใหญ่พยาบาลไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติที่มีภาษา วัฒนธรรมที่แตกต่างจากคนไทย ดังที่มัญชูกา (2541) ได้กล่าวถึงวัฒนธรรมตะวันตกจะมีค่านิยมและศีลธรรมที่แตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตก และหากพยาบาลขาดความเข้าใจจะนำไปสู่สถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ นอกจากนี้ในประเด็นการทำงานร่วมกับทีมที่มาช่วยเหลือ **ที่ลักษณะการทำงานต่างกัน** เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลมีความอึดอัด คับข้องใจ ในการทำงานร่วมกับทีมงานที่มาช่วยเหลือ จากโรงพยาบาลอื่นๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบภัย ในครั้งนี้ แม้ว่าพยาบาลตระหนักดีว่าทุกคนได้กระทำสิ่งต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากอันตรายตามบทบาท หน้าที่ แต่การทำงานกับทีมที่มีลักษณะการทำงานแตกต่างกัน ส่งผลถึงการดูแลและคุณภาพการพยาบาล ดังที่วรรณวิไล (2546) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีมและความราบรื่นในทีมนั้นเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการพยาบาล และการทำงานเป็นทีมได้นั้นต้องมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เพราะอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นภายใน ทีมงานได้ และประเด็นในลักษณะ **การเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ภายใต้ความรู้และประสบการณ์ที่จำกัด** จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยเป็น

จำนวนมาก ซึ่งในบางครั้งพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาและต้องตัดสินใจเพียงลำพังโดยที่พยาบาลมีความรู้และประสบการณ์จำกัดทำให้พยาบาล ไม่แน่ใจในสิ่งที่กระทำว่าถูกหรือผิด สอดคล้องกับอรัญญา (2548) กล่าวว่า การให้การพยาบาลใดๆแก่ผู้ป่วยโดยปราศจากความรู้และทักษะในเรื่องนั้นก็ถือว่าเป็นเรื่องผิดจริยธรรมเช่นกัน นอกจากนี้การเผชิญกับปัญหาเพียงลำพังทำให้เกิดความขัดแย้งได้ **เกินกำลังที่จะดูแลผู้ป่วยจำนวนมากได้ครบถ้วน** เป็นประเด็นขัดแย้งที่เกิดจากสถานการณ์ที่เป็นกรณีพิพาท มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากได้รับบาดเจ็บ และมีอาการรุนแรงต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนแต่ในขณะเดียวกันพยาบาลไม่สามารถที่จะช่วยเหลือ ผู้ป่วยทุกคนได้ในเวลาเดียวกันจากสถานการณ์ที่วิกฤตทำให้พยาบาลต้องแบกรับภาระหน้าที่หลายอย่างในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดความรู้สึกหดหู่ใจ สอดคล้องกับแนวคิดของคาร์สัน (Carson, 1989 อ้างตาม พาริดา, 2541) ที่กล่าวถึงในภาวะขาดบุคลากรทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตเป็นจำนวนมากทำให้พยาบาลเกิดความสลดหดหู่และเครื่องมือเครื่องใช้ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขและคับข้องใจในขณะปฏิบัติการพยาบาล ประเด็น **การมุ่งรักษาชีวิต ภายใต้ความจำกัดของบุคลากรและทรัพยากร อาจละเมิดสิทธิผู้ป่วย** เนื่องจากในสถานการณ์ที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการประสบกรณีพิพาท แต่การปฏิบัติงาน ที่มุ่งรักษาชีวิตจะต้องกระทำในขณะที่ไม่มีความพร้อมของทรัพยากรทำให้มีผลกระทบต่อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยพึงมีสิทธิที่จะได้รับกล่าวได้ว่าสิทธิผู้ป่วยเป็นความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ไปใช้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง (ประภัสสร 2547; แสง และ เอนก, 2546) ประเด็น **มีผู้ป่วยจำนวนมาก จะต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยได้รับ**

**ประโยชน์สูงสุด** เนื่องจากกรณีพิบัติภัยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่มีการเตรียมรับมือกับเหตุการณ์มาก่อน ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจำนวนมากที่ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (พูลสุข, 2548) ทั้งนี้เกิดจากการที่พยาบาลมีความตั้งใจและเต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยทุกราย ที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลและต้องการกระทำในสิ่งที่ดีและมีประโยชน์กับผู้ป่วยให้มากที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่วิชาชีพพยาบาลต้องยึดปฏิบัติเหนือสิ่งอื่นใด (Burkhardt & Nathaniel, 2002) ประเด็น **จะตัดสินใจช่วยใครก่อนดี ในเวลาที่จำกัดและมีผู้ป่วยจำนวนมาก** ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลได้คำนึงถึงความเสมอภาคหรือความยุติธรรมที่ผู้ป่วยควรจะได้รับตามลักษณะของความรุนแรงหรือตามความสำคัญ มีการจัดสรรการบริการทางด้านสุขภาพหรือเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลภาวะทางสุขภาพ และให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกันทุกคน ซึ่งเน้นการกระทำตามหลักของความยุติธรรมคือความเท่าเทียมกันของการรักษา (Beauchamp & Childress, 2001; Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Johnstone, 2002) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม **จำเป็นต้องกล่าวเท็จเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย** อธิบายได้ว่าการบอกความจริง เป็นหน้าที่ทางจริยธรรมที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย แต่ในบางสถานการณ์พยาบาลอาจตกอยู่ในสภาพที่เกิดความอึดอัดใจที่จะบอกความจริง (อรัญญา และ วงจันทร์, 2545) การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยนั้นเป็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ในบางครั้งจึงต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สิวลี, 2544)

วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมคือ **กระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย** มี 5 ลักษณะ คือ 1) ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 2) ดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่

3) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ 4) ให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทน และ 5) ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากที่สุดโดยผู้ให้ข้อมูล ยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก กระทำในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับสิ่งที่ดีที่สุดและเป็นประโยชน์ กับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการแก่สังคมในด้านช่วยดำรงสุขภาพอนามัยที่ดีของมนุษย์ ความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะสิ่งมีชีวิต จิตใจและคุณค่า จะนำไปสู่การรู้ว่าสิ่งใดควรทำไม่ควรทำ (สิวลี, 2544) **การปรึกษา/ประสานงานกับผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจ** มี 3 ลักษณะ คือ 1) ปรึกษาทีมงาน 2) ปรึกษาพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 3) ปรึกษาแพทย์เนื่องจากประเด็น ขัดแย้งจากจริยธรรมที่เกิดขึ้น พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้หรือไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตัดสินใจนั้นถูกหรือผิด มีการปรึกษา พุดคุยประสานงานกับบุคคลอื่นๆ เพื่อหาแนวทางหรือวิธีแก้ปัญหา สอดคล้องกับฟาริดา (2541) ที่กล่าวว่า การเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้ขอคำปรึกษาเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษพยาบาลสามารถหาแหล่งให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย **การตัดสินใจตามแพทย์ แม้จะมีความเห็นไม่ตรงกัน** การให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลทำหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ถึงแม้บางครั้งอาจมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่พยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ที่ประสบกรณีพิบัติภัยมาก่อนประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่เสี่ยงต่ออันตรายถึงแก่ชีวิต **และการใช้แนวปฏิบัติของหน่วยงานเป็นแนวทางในการตัดสินใจ** เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานมาเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งตามจรรยาบรรณวิชาชีพของสมาคม

พยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ข้อ 6 ที่กล่าวว่า “พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ...”

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยและมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่วิกฤตต่างๆ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และเกิดทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และป้องกันการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาล

2. ควรมีการฝึกประสบการณ์หรือทักษะเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยพิบัติต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่เป็น

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่พยาบาลอาจจะต้องเผชิญต่อไปข้างหน้าได้

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุน และกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลได้มีโอกาสเข้าประชุม/อบรม/สัมมนาในเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้

4. ผู้บริหารทางการพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยงานที่มีความรู้และประสบการณ์ควรเปิดโอกาสและให้คำปรึกษา หรือให้ความสำคัญในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย พร้อมกับช่วยแก้ไข/ให้ความร่วมมือในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. (2548). ปัญหาสาธารณสุขหลังภัยพิบัติสึนามิ. *วารสารสาธารณสุขหลังพิบัติภัยสึนามิ*, 35(1), 63-70.
- กระทรวงวัฒนธรรม. (2548). *เหตุการณ์ธรณีพิบัติจากคลื่นสึนามิ 26 ธันวาคม 2548*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- นพวรรณ ธีระอัมพรพันธุ์. (2548). สึนามิ อีกบทเรียนของระบบข้อมูลผู้ประสบภัย. *โรงพยาบาลชุมชน*, 6(4), 18-22.
- ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2547). *กฎหมายกับการบริการสุขภาพ*. เอกสารประกอบการสอนวิชาจริยศาสตร์ทางการแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พูลสุข หิงคานนท์. (2548). สึนามิกับบทบาทพยาบาล: ทัศนะการจัดการศึกษาการพยาบาล. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 16(1), 22-25.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). *นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.
- มัญชฎา ว่องวีระ. (2541). *จริยธรรมกับการพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณวิไล จันทราภา. (2546). คุณภาพการพยาบาลกับสุขภาพประชาชน. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การบำบัดทางการพยาบาล: วิถีสู่การพัฒนาคุณภาพ วันที่ 18-20 สิงหาคม 2546* มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วันเพ็ญ พิขีดพรชัย. (2541). การพยาบาลกับความต่างทางวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 16(1), 2-6.
- ศูนย์ปฏิบัติการภัยพิบัติ สภากาชาดไทย. (2548). *บทบาทของแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากสึนามิ*. ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2548, จาก [http:// disaster. boxchart.com](http://disaster.boxchart.com)
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). *จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช 2546*. นครปฐม: โรงพิมพ์ สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- สิวลี ศิริวิไล. (2542). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวลี ศิริวิไล. (2544). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุมพร ปุญญโสพรรณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ อุไร หักกิจ. (2548). *รายงานการศึกษา ความต้องการในการฟื้นฟูและพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ประสบธรณีพิบัติภัย กรณีศึกษาชุมชน บ้านบางสัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- แสงว นุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา. (2546). *กฎหมายการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ วิญญูชน.
- อภิชา สืบสามัคคี. (ม.ป.ป.). *มหันตภัยสึนามิ*. กรุงเทพมหานคร: ทักษิณการพิมพ์.
- อรัญญา เชาวลิติ. (2548). ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงทางจริยธรรม. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องวิชาชีพการพยาบาลกับความเสี่ยงทางกฎหมายและจริยธรรม วันที่ 15-17 สิงหาคม 2548*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



อรัญญา เชาวลิต และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเขียว. (2545). กรณีศึกษา 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งอย่างไรดี. ใน อรัญญา เชาวลิต, ประคอง อินทรสมบัติ, วันดี สุทธิรังษี, วิภาดา คุณาวิกติกุล และพรจันทร์ สุวรรณชาติ (บรรณาธิการ). **คู่มือการสอนจริยศาสตร์ ในหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต** (หน้า 165-178) . ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทบวงมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2545. อัดสำเนา.

Anonymous. (2005). After the tsunami. **The Lancet**, **365**, 203.

Beauchamp, T.L., & Childress, J. F.(2001). **Principles of biomedical ethics** (5<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press.

Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (2002). **Ethics & issues in contemporary nursing** (5<sup>th</sup> ed.). New York: Delmar.

Catalano, J. T. (2003). **Nursing now: Today's issues, tomorrow's trends** (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis company.

Davis, A. J., Aroskar, M. A., Liaschenko, J., & Drought, T. S. (1997). **Ethical dilemmas and nursing practice** (4<sup>th</sup> ed.). Stamford: Appleton & Lange.

Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2001). **Nursing in today's world: Challenges, issue and trends** (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.

Fry, S. T., & Johnstone, M-J. (2002). **Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making** (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: Blackwell Publishing.

McAthie, M. (1999). Ethical issues in nursing practice. In C. A. Lindeman, & M. McAthie, (Eds), **Fundamentals of contemporary nursing practice** (9<sup>th</sup> ed., pp. 141-153). Philadelphia: W.B. Saunders.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). **Essentials of nursing research: Principles and methods** (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott

Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). **Fundamentals nursing: Concepts, process and practice** (4<sup>th</sup> ed.). St.Louis: Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2001). **Fundamentals nursing** (5<sup>th</sup> ed.). St.Louis: Mosby.

Shields, L., & Tanner, A. (2002). Patient perspectives. In L. Shields, & H. Werder, (Eds), **Perioperative nursing** (pp. 13-23). London: Greenwich Medical Media.

## รายงานการวิจัย

### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ : การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ

ชุติมา จันทรประทีน พย.ม.\*  
อรัญญา เชาวลิต \*\*  
อุทัยวรรณ พุทธรัตน์\*\*\*

Jantarapatin, C; Chowalit, A.; Buddharat, U.  
Nurses' Ethical Dilemmas in Providing Care for Pediatric Patients in Regional Hospitals,  
Southern Thailand: Critical Incidents Analysis  
TJN : (2008) : (1-2) : 37-47  
Key Words: Ethical Dilemma, Critical Incident Analysis, Pediatric Patient

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 64 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยใช้คำถามปลายเปิดและบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญตามวิธีการของฟลานาแกน (Flanagan, 1954) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

เหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 9 ประเด็น ได้แก่ (1) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น (ร้อยละ 25) (2) เคารพความเป็น เอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็น

อันตรายต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 18.75) (3) ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต (ร้อยละ 15.62) (4) คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม (ร้อยละ 10.94) (5) เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง (ร้อยละ 7.81) (6) ยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ (ร้อยละ 6.25) (7) ไร้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ร้อยละ 6.25) (8) ยืดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยืดความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 4.69) และ(9) ยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่ (ร้อยละ 4.69)

ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อไป

\* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริบาลการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### Abstract

This qualitative research aimed to investigate ethical dilemmas in providing care for pediatric patients. Sixty-four informants were purposively recruited from nurses who met inclusion criteria, in pediatric wards of two regional hospitals, Southern Thailand. Data were collected by individual interview using open-ended questions with tape recordings. Data were analyzed by using the critical incident technique of Flanagan (Flanagan, 1954). The results were as follows:

1. Ethical dilemmas were: (1) acting as patients' advocacy but conflicting with others (25%) (2) respecting family's autonomy but doing harm to patients (18.75%) (3) who should decide to stop prolonging life? (15.62%) (4) conflict when patients receive biased care (10.94%) (5) have to choose whether to tell or not tell the truth (7.81%) (6) willing to take action to help patients but not authorized (6.25%) (7) lacking power to change inappropriate behaviors of health personnel (6.25%) (8) prolonging life or prolonging suffering (4.69%), and (9) wishing to refuse care but having obligation to care (4.69%).

The results of this study reflect ethical dilemmas of nurses which can be used as baseline data and a guideline to improve quality of nursing for pediatric patients.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คำว่า “จริยธรรม” เป็นคำที่บุคคลทั่วไปคุ้นเคยกันดี โดยเฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับเพื่อนมนุษย์ในทุกภาวะสุขภาพ ตั้งแต่สุขภาพดี เจ็บป่วยเล็กน้อยจนถึงวิกฤตใกล้ตาย แต่เนื่องจากปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง (อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย, 2545; Bunch, 2002) ปัจจัยด้านตัวบุคคลรวมทั้งระบบการบริหารขององค์กร (สิวลี ศิริไล, 2544) ทำให้พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงกับการเผชิญปัญหาขณะปฏิบัติงาน ในลักษณะที่เรียกว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งนับวันจะทวีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก ซึ่งล้วนเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (Catalano, 2003; Davis, Aroskar, Liaschenko, & Drought, 1997) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกอึดอัด

คับข้องใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว (Davis, et al., 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง สามารถรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ทองประทีป, 2543) เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อาจจะมีความรู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ ไม่สบายใจ เครียด สับสน (กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545; Setiawan, 2002) อึดอัด เบื่อหน่ายท้อใจ โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาตามลำพัง (กาญจนา รักษาติ, 2543) รู้สึกไม่แน่นอนและไม่มีอำนาจ (Setiawan, 2002)

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้เช่นกันเนื่องจากเด็กเปรียบเสมือนบุคคลที่ได้รับการพิจารณาว่าด้อยความสามารถภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2002) และตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่กำหนดให้บิดา

มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ (แสวงบุญเฉลิมวิภาส และ อเนก ยมจินดา, 2546) พยาบาลจึงต้องตัดสินใจเพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย (Catalano, 2003) อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Ellis & Hartley, 2001) แต่ในขณะที่เดียวกันก็ไม่สามารถทำให้ทุกฝ่ายได้รับความพึงพอใจจึงก่อให้เกิดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้น

จากการสืบค้นฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2547 ยังไม่พบรายงานการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (critical incidents analysis) ตามวิธีการของฟลานาแกน (Flanagan, 1954) โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต่อหน่วยงาน โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยรวมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญของฟลานาแกน (Flanagan, 1954)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ของภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน 1 แห่งได้มาจากการ

สุ่มอย่างง่ายจำนวน 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นและภาคใต้ตอนล่าง 1 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์ตรงในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้จำนวน 1 ชุด เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

นอกจากนี้ทำการศึกษานำร่อง โดยทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล 1 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของแนวคำถาม และความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยการให้อิสระในการเข้าร่วมการวิจัย และการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการปกปิดข้อมูลไว้เป็นความลับตลอดกระบวนการวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามวิธีการของฟลานาแกน (Flanagan, 1954) หลังจากนั้นนำข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ได้จากการจัดกลุ่มทั้งหมดมาแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละในแต่ละประเด็น

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 64 ราย โดยมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 39.06) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.75 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 54.9 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 98.44 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ร้อยละ 43.75 ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกคลอด ร้อยละ 37.5 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ร้อยละ 18.75 ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 64.07 มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และร้อยละ 70.31 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระหว่าง 1-5 ปี จากผลการศึกษายังพบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 96.87 ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษา และร้อยละ 92.19 เคยเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังสำเร็จการศึกษา ซึ่งเรื่องที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา จำนวนมากที่สุดได้แก่ เรื่องสิทธิผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 78.13 รองลงมาคือเรื่องกฎหมาย/จรรยาบรรณวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 73.44

2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก สามารถแบ่งออกเป็น 9 ประเด็น ได้แก่

2.1 ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อต้องการให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ดีที่สุดจากการดูแลช่วยเหลือโดยบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลงหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเด็กซึ่งไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล แต่การรักษาหรือการทำหัตถการต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยอยู่นอกเหนือขอบเขตและอำนาจหน้าที่ของตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพามูลากรในสาขาวิชาชีพอื่นเป็นผู้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยแทนแต่เนื่องจาก

แนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน จึงอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรตามมา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้เป็นดาวนชินโดรมแล้วก็มีปอดบวม...เด็กเหนื่อยมากขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดก็ต่ำ...หมอมาคูส่งพ่นยาแล้วก็ให้ดูดเสมหะ...ยังไม่ได้ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจ...ตอนนั้นไม่รู้ว่าจะหมอมาคูคิดว่าเราออกคำสั่งหรือเปล่า ที่เราเสนอว่าน่าจะใส่ท่อช่วยหายใจ...เพียงแต่เราต้องการให้คนไข้สบายและให้ได้รับการช่วยเหลือที่เร็วที่สุดแค่นั้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 36)

2.2 การเคารพความเป็นเอกลักษณ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อญาติไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาจากทีมสุขภาพ โดยได้เลือกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของตนเอง ซึ่งเป็นสิทธิของผู้รับบริการในการที่จะปฏิเสธหรือยินยอมรับการรักษา แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลก็รับรู้ว่าการเคารพการตัดสินใจดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงหรืออาจทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“คนไข้อายุประมาณ 3-4 ปี มาด้วยไข้แล้วก็ชัก ตอนหลังก็รู้ว่าเป็นผิวหนังอักเสบ (cellulitis)...พอรักษาได้สามสี่วัน เขา (ญาติ) ก็จะมากลับไปรักษาหมอบ้าน...จะพากลับบ้านให้ได้ ยิ่งงูๆ ก็ต้องกลับ...เราก็ทำอะไรไม่ได้เพราะว่ามันเป็นสิทธิของญาติ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 27)

2.3 ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อญาติต้องการยุติการรักษาโดยไม่ยินยอมให้ทำหัตถการต่างๆ และพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแต่พยาบาลและ

บุคลากรในทีมสุขภาพเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาต่อเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิตหรือในกรณีที่ผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาแต่ยังได้รับการช่วยเหลือเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปเนื่องจากผู้ป่วยยังมีสัญญาณที่บ่งบอกถึงการมีชีวิต พยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งเป็นไปตามบทบาทตามจรรยาบรรณวิชาชีพ แม้ว่าจะเกิดความรู้สึกอึดอัดว่าใครควรเป็นบุคคลที่ตัดสินใจยุติการช่วยเหลือชีวิต ดังกล่าวดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ผู้ป่วยเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มาด้วยชักเกร็ง...พอเขาจะไม่ให้ช่วยชีพีอาร์ (CPR: การช่วยฟื้นคืนชีพ)..พยายามจะดึงท่อช่วยหายใจออก...หมอยังไม่ระบุว่าคนไข้เสียชีวิต... น่าจะรอให้เขาเสียชีวิตไปเอง... พอเขาก็ไม่ยอมรับ คือจะเอาลูกกลับบ้าน เราก็ทำอะไรไม่ได้...”  
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

#### 2.4 คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.94 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและปฏิบัติด้วยความเท่าเทียมกันตามสิทธิของผู้รับบริการที่ต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ แต่อยู่นอกเหนืออำนาจที่ตนเองจะสามารถจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันได้ เนื่องจากในสถานการณ์ดังกล่าวตนเองไม่ได้มีอำนาจในการเจรจาต่อรอง ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทุกราย ให้ได้รับการดูแลด้วยความยุติธรรม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีผู้ป่วย 2 ราย เป็นโรคเดียวกัน...คนหนึ่งเป็นลูกของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของเรา...ก็อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา...กับอีกเตียงหนึ่งซึ่งไม่ได้รับสิทธิให้เข้าเยี่ยม...ดูเหมือนกับว่าเป็นการแบ่งแยกหรือเปล่า...เพราะเราก็เป็นคนเหมือนกัน...มีความรู้สึกว่ามันไม่ยุติธรรม...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

#### 2.5 เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.81 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นในครอบครัว ไม่ได้ได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล การบอกความจริงเพื่อป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้ได้รับอันตราย การบอกความจริงที่อาจมีผลกระทบต่อประโยชน์ของส่วนรวม ทั้งที่พยาบาลรับรู้ว่าการบอกความจริงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญแต่ในบางครั้งก็ไม่สามารถที่จะบอกความจริงจึงเกิดความรู้สึกอึดอัดใจว่าควรปฏิบัติอย่างไรดี ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เป็นคนไข้เด็กชักจากไข้สูงอาการหนักเป็นปอดบวมด้วย แรกๆ อาการหนักมาก ...จนเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เรื่อยๆ...วันนั้นเด็กหัวใจหยุดเต้นแล้วก็ต้องปั๊มหัวใจ...ไม่ได้บอกความจริงที่เกิดขึ้นกับญาติหมด...เพราะว่ากลัวว่าเขาจะรับไม่ได้ กลัวว่าเขาจะมองที่มงานไปในทางลบ...เรารู้สึกอึดอัดมาก แต่ก็บอกไม่ได้อยู่แล้วนะความจริง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 50)

#### 2.6 ออยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่พยาบาลรับรู้ว่ามีกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยบางอย่างอาจไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง แต่ตนเองไม่สามารถช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหานั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้โดยเฉพาะไม่สามารถตัดสินใจหรือกระทำการใดๆ เนื่องจากไม่มีอำนาจ จึงตกอยู่ในภาวะจำยอม แต่ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...จำเป็นจะต้องย้ายคนไข้ไปที่อื่น...หลังจากที่บอกพี่หัวหน้าเวรว่ามีรับใหม่เขา (พยาบาลรุ่นพี่) ก็ได้สกรีนออกมาคนหนึ่งซึ่งเป็นคนไข้ที่อาการยังต้องติดตาม...ในตอนนั้นมีความรู้สึกที่ว่าทำไมต้องย้าย

คนนี่...ในฐานะที่เขาเป็นหัวหน้าเวร เขายืนยันว่าต้องการที่จะย้ายคนนี่ไป เราก็เลยต้องย้ายคนนี่ไป...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

## 2.7 ไร้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อพบว่าบุคลากรใช้วาจาที่ไม่สุภาพ แสดงสีหน้าท่าทาง หรือมีกิริยาก้าวร้าวต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว หรือแม้กระทั่งต่อบุคลากรในทีมสุขภาพด้วยกันเอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่มีโอกาสตอบโต้หรืออยู่ในฐานะที่ไม่สามารถชี้แจงได้ ในขณะที่ตัวพยาบาลเองก็รับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่ไม่สามารถตัดสินใจได้ เนื่องจากความต้องอาศัยหรือไม่มีอำนาจ จึงกลายเป็นความรู้สึกอึดอัดใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...วันนั้นเป็นเจ้าของคนไข้ แต่ว่าจะมีพี่ที่อาวุโสกว่าอยู่เวร ญาติคนไข้มาเยี่ยม แต่เขาเข้ามาบ่นบอกว่าเข้าเยี่ยมไม่ได้ หมดเวลาเยี่ยม แต่ทั้งน้ำเสียงและท่าทางที่พูดกับญาติ มีความรู้สึกที่ว่าถ้าเราเป็นญาติก็คงรู้สึกไม่พอใจเหมือนกัน พี่ที่เขาพูดลักษณะแบบนั้น...แต่เราก็คงทำอะไรไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 49)

## 2.8 การยึดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะของผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาแต่ยังได้รับการช่วยเหลือชีวิตด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งการช่วยเหลือเหล่านี้เป็นไปตามที่ญาติร้องขอหรือเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่พยาบาลรับรู้ว่าการกระทำดังกล่าวแม้ว่าจะช่วยยึดชีวิตแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานนานขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ตอนอยู่เวรตีก็มีเด็กที่แม่ทำแท้งมา

...สำหรับตัวเองคิดว่าความเป็นไปได้ของเด็กที่จะรอดชีวิตแทบจะไม่มีเลย... มีแต่แย่งลงๆ ช่วยไปก็ไม่ดีขึ้นก็เลยรู้สึกสงสาร...ไม่ควรที่จะทำหัตถการอะไรต่างๆ แก่เขาแล้ว...คิดว่าอยากให้น้องเขาตายอย่างสงบสุขมากกว่า ไม่อยากให้เขาต้องทุกข์ทรมาน...ผลสุดท้ายเด็กก็ไม่ไหวจริงๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18)

## 2.9 อยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามบทบาทหน้าที่

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อต้องการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงและมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายของเชื้อมาสู่ตนเองโดยเฉพาะเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาติดต่อกันยาวนานในบางครั้งจึงต้องการผลัดภาระการดูแลผู้ป่วยไปให้แก่บุคลากรอื่น นอกจากนี้ ยังรับรู้ว่าการทำหัตถการต่างๆ จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น แต่ด้วยบทบาทและหน้าที่จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงทั้งที่ตนเองต้องการจะปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ เด็กเป็นวัณโรคและโรคเอดส์ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ ประมาณหนึ่งอาทิตย์...กลัวติดโรคจากคนไข้...คือเราต้องเข้าไปสัมผัสผื่นเยอะซึ่งเราอาจจะติดโรคก็ได้ ตอนนั้นมีความคิดว่าจะไปเอ็กซ์เรย์ดูว่ามีติดโรคปอดรีเปล่า...ก็พูดคุยกับเพื่อนร่วมงานว่าเป็นเราอีกแล้ว แต่เราก็คงดูแล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

## การอภิปรายผล

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่พบในการศึกษารั้งนี้มีทั้งหมด 9 ประเด็น ซึ่งเหตุการณ์สำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากที่สุด คือ 16 ใน 64 ราย (ร้อยละ 25) รับรู้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก คือ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้ง

กับบุคคลอื่น โดยมีปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังต่อไปนี้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เป็นไปในลักษณะของทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น โดยผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 25 กล่าวถึงการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ ถือเป็นการทำงานที่แทนผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2002) โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งในทางกฎหมายถือเป็นการทำหน้าที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (Annas, 1974 cited by Fry & Johnstone, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งพยาบาลคิดว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดจึงต้องการแสดงบทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็อาจสร้างความไม่พอใจให้บุคลากรอื่น เช่น พยาบาลผู้ร่วมงาน และแพทย์ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพในทางลบตามมา (กาญจนา รักษาติ, 2543; Chaowalit, Hatthakit, Nasae, Suttharangsee, & Parker, 2002; Setiawan, 2002)

ส่วนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบในผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 18.75 เป็นไปในลักษณะของ เคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากเด็กเปรียบเสมือนบุคคลที่ได้รับการพิจารณาว่าด้อยความสามารถภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย (Jonsen et al., 2002) ประกอบกับผู้ป่วยเด็กยังไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระโดยเฉพาะการยินยอมรับการรักษา จึงต้องมีกรมอบอำนาจแก่บุคคลอื่น (Beauchamp & Childress, 2001) ซึ่งได้แก่ บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ (แสง บุญเฉลิมวิภาส

และ อเนก ยมจินดา, 2546) และความต้องการให้ความเคารพในเอกสิทธิ์ของญาติซึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิตามกฎหมาย จึงทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา เฉลียวศักดิ์ (2545) ที่พบว่าพยาบาลมีเกณฑ์ในการตัดสินใจแตกต่างกับความเชื่อของผู้อื่นโดยเฉพาะญาติผู้ป่วย จึงตกอยู่ในภาวะจำยอมต้องทำตามความต้องการของญาติผู้ป่วยแม้ว่าตนเองจะไม่เห็นด้วยก็ตาม

ด้วยเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้าประกอบกับศาสตร์ทางการแพทย์ทำให้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากการเสียชีวิต (Rempel, 2004; Stutts & Schloemann, 2002a) ซึ่งในผู้ป่วยเด็กหลายรายที่แพทย์ต้องการยุติการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายและสามารถเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ญาติต้องการให้ช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยไว้ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาแต่ญาติมีความเห็นว่าต้องการยุติการรักษาและพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หรือในกรณีที่แพทย์ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่พยาบาลมีความเห็นว่าไม่มีโอกาสรอดชีวิต แต่พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อยุติการรักษาได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 15.62 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ว่า ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา รักษาติ (2543) ที่พบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนักและต้องให้บุคคลอื่นมีการตัดสินใจแทนในเรื่องการรักษาหรือยุติการรักษาที่ยืดชีวิต โดยระบุเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินใจ

นอกจากนี้ ในสถานการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 10.94 ระบุว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเองไม่ได้รับความยุติธรรมจึงทำให้เกิดความไม่สบายใจและสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของความรู้สึก คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรมเนื่องจากความยุติธรรมเป็นการพยายามจัดสรรประโยชน์อันเกิดจากสิ่งที่ดีและการกระทำที่ถูกต้องให้ได้รับอย่าง



เท่าเทียมกัน (Thiroux, 1980 cited by Tschudin, 1994) เช่นเดียวกับสิทธิผู้ป่วย ข้อที่ 2 ซึ่งกล่าวถึง การที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการ จากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543; พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2541; แสง บุญเฉลิมวิภาส และ อเนก ยมจินดา, 2546) และตามจรรยาบรรณพยาบาลข้อที่ 4 ที่กล่าวว่า พยาบาลยึดหลัก ความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของพจนา วิภามาศ (2545) ที่พบว่า พยาบาลเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ/ลำบากใจ ที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่าพยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ ของการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน นอกจากนี้ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความยุติธรรมในการศึกษาครั้งนี้ยังเกิดจากการต้องจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้กับผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม (กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545; Setiawan, 2002)

จากการที่พยาบาลมีหน้าที่ ที่ต้องบอกความจริง โดยไม่ปิดบังกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ความจริง โดยไม่ถูกหลอกลวง (อรัญญา ชาวลิตและ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2543) จึงเกิดความรู้สึกสบายใจเมื่อได้แสดงให้เห็นถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง ในการบอกความจริง (Tuckett, 2004) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 7.81 เกิดความรู้สึกขัดแย้งในลักษณะเมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง เนื่องจากเกรงว่าบุคคลอื่นอาจเป็นอันตรายหรือไม่แน่ใจในผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ต่อองค์กรที่ตนปฏิบัติงาน ประกอบกับการที่ผู้ให้ข้อมูลได้เข้าร่วม ประชุม/อบรม/สัมมนา ในเรื่องสิทธิผู้ป่วย กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงอาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ลำบากใจ หรือไม่แน่ใจว่า ควรเลือกปฏิบัติอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา รักชาติ (2543) ที่พบว่า ไม่รู้จะบอกอย่างไร จึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย และการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ระหว่างการบอกความจริงและการไม่บอกความจริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางรายยังกล่าวถึงการบอกความจริงว่า อาจส่งผลกระทบต่อในทางลบต่อผู้ป่วย และบุคคลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหน่วยงานได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของพจนา วิภามาศ (2545) ที่พบว่าพยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะของการอยากบอกให้รู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย แต่เกรงว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ ซึ่งขัดต่อหน้าที่ที่ควรรับผิดชอบประกอบจิตใจญาติผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้าย

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 6.25 ยังได้สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจในลักษณะของการที่อยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ เนื่องจากไม่มีอำนาจในการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักประโยชน์สูงสุดตามการรับรู้ของตนเองจึงจำใจต้องปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา รักชาติ (2543) ที่พยาบาลได้สะท้อนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่พยาบาลไม่มีอำนาจอิสระที่จะจัดการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ เซเตียวัน (Setiawan, 2002) ที่ได้รับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบในพยาบาลในลักษณะ ของการต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ไม่มีอำนาจในการกระทำดังกล่าว โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่รับรู้

ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและต้องการความช่วยเหลือจากการที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 6.25 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ยังขาดประสบการณ์ในการทำงานและมีความด้อยอายุใสเมื่อรับรู้ว่าการแสดงออกบางอย่างของบุคลากรในที่มสุขภาพเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม แต่ตนเองไม่อยู่ในฐานะที่จะสามารถกล่าวตักเตือนได้เนื่องจากวัยวุฒิและคุณวุฒิที่ต่ำกว่า จึงส่งผลกระทบต่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจในลักษณะของ ไร้อำนาจในการตักเตือนเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศของ วอน โปสต์ (von Post, 1996) พบว่าพยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อพบว่าบุคลากรในที่มสุขภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับความอับอายในลักษณะของการแสดงท่าทีที่ไม่สุภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียหน้าหรือดูหมิ่นเหยียดหยามผู้ป่วย

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 4.69 ยังสะท้อนความรู้สึกในลักษณะของ ยึดชีวิตแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมาน เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและบิดามารดาหรือญาติต้องการที่จะให้การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยต่อไปโดยการให้ที่มสุขภาพใช้เทคโนโลยีต่างๆ ทางกายภาพ แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยอาจได้รับความไม่สุขสบายอันเกิดจากการที่ต้องสอดใส่สายต่างๆ เข้าสู่ร่างกายโดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจเป็นการยึดระยะเวลาในการเสียชีวิตออกไป ซึ่งการกระทำเหล่านี้ไม่ได้เป็นไปตามที่ผู้ป่วยร้องขอแต่หากเป็นความต้องการของญาติ หรือแพทย์ผู้รักษา ทั้งที่หลังจากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้วควรปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้พยาบาลเกิดเป็นความรู้สึกขัดแย้งในใจแต่ไม่สามารถตัดสินใจกระทำใดๆ เนื่องจากการคัดค้านการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย

ย่อมขัดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ประกอบกับการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคยังเป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยเช่นกัน (ดารารพคองจา, 2541) แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลรับรู้ว่าการรักษาชีวิตผู้ป่วยเหล่านี้ นอกจากจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษาแล้ว ยังเป็นภาระในการดูแลแก่ครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมอีกด้วย (สิวลี ศิริไล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อก็เป็นเพียงการยืดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยออกไปก่อนที่จะเสียชีวิต (กาญจนา รักษาติ, 2543; Setiawan, 2002) ซึ่งไม่น่าจะเกิดผลดีกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง (กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545) ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานนานขึ้นและยังเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูญเสียเวลาอีกทั้งยังเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัวอีกด้วย (Chaowalit et al., 2002)

ส่วนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่ที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 4.69 รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญโดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงอันตรายที่ตนเองอาจได้รับการดูแลผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพจนา วิรามาศ (2545) ซึ่งพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในลักษณะของการไม่ยอมดูแลผู้ป่วยแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อต้องเลือกระหว่างการปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพ กับการป้องกันตนเองจากอันตรายจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ หรือ วัณโรค

**ข้อเสนอแนะ**

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล ประกอบด้วย

1. นำผลการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่า เป็นเหตุการณ์สำคัญ คือ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้อง

ขัดแย้งกับบุคคลอื่น มาสร้างเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ด้านจริยธรรมสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลศูนย์ของภาคอื่นๆ ซึ่งอาจมีบริบทแตกต่างจากภาคใต้

**เอกสารอ้างอิง**

- กฤษณา เฉลียวศักดิ์. (2545). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กาญจดา รักชาติ. (2543). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดาราทพร คงจา. (2541). **กฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2541). **เมตตากรุณา: คุณธรรมสำหรับพยาบาล**. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(1), 46-54.
- พจนา วิภามาส. (2545). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2541). **กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**. กรุงเทพมหานคร: เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). **จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช 2546**. นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิวลี ศิริไล. (2544). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ยมจินดา. (2546). **กฎหมายการแพทย์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- อรัญญา เซาวลิต และ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียว. (2543). **การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด: ประเด็น จริยธรรมที่พยาบาลต้องตระหนัก**. เอกสารประกอบการประชุมโครงการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรด้านจริยธรรม ระหว่างวันที่ 5-6 กันยายน พ.ศ. 2543. โรงแรมเอเชีย, กรุงเทพมหานคร.
- อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย. (2543). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง จำกัด.

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). **Principle of biomedical ethics**. (5<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press, Inc.
- Bunch, E.H. (2002). High technology and nursing: Dilemmas nurses and physicians face on high-technology units in Norway. **Nursing Inquiry**, 9(3), 187-195.
- Catalano, J.T. (2003). **Nursing Now**. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Chaowalit, A., Hatthakit, U., Nasae, T., Suttharangsee, W., & Parker, M. (2002). Exploring ethical dilemmas and resolutions in nursing practice: A qualitative study in Southern Thailand. **Thai Journal Nursing Research**, 6, 216-230.
- Davis, A.J., Aroskar, M.A., Liaschenko, J., & Drought, T.S. (1997). **Ethical dilemmas and nursing practice**. (4<sup>th</sup> ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Ellis, J.R. & Hartley, C.L. (2001). **Nursing in today's world**. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. **Psychological Bulletin**, 51, 327-358.
- Fry, S.T. & Johnstone, M. (2002). **Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making**. (2<sup>nd</sup> ed.). ICN: Blackwell Publishing Company.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., & Winslade, W.J. (2002). **Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine**. (5<sup>th</sup> ed.). U.S.A.: McGraw-Hill Company, Inc.
- Rempel, G.R. (2004). Technological advances in pediatrics: Challenges for parents and nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, 19(1), 13-24.
- Setiawan. (2002). **Ethical Dilemmas Experienced by Nurses in Intensive Care Units in Medan, Indonesia**. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing (International) Prince of Songkla University.
- Stutts, A. & Schloemann, J. (2002). Life-sustaining support: Ethical, cultural, and spiritual conflicts. Part I: Family support—a neonatal case study. **Neonatal Network**, 21(3), 23-29.
- Tschudin, V. (1994). **Deciding ethically: A practical approach to nursing challenges**. Philadelphia: Paston Press Ltd.
- Tuckett, A.G. (2004). Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. **Nursing Ethics**, 11, 500-513.
- von Post, I. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. **Nursing Ethics**, 3, 236-249.

## รายงานการวิจัย

### การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจิตเวช

ดร.ณิ ดันติเจริญวิวัฒน์\*

อรัญญา เชาวลิต\*\*

วันดี สุทธรังษี\*\*\*

Tanticharoenwivat, D.; Chaowalit, A.; Suttharangsee, W.  
Nurses' Ethical Decision Making in Advocating for Psychiatric Patients  
TJN : (2008) : (1-2) : 48-57  
Key Words: Ethical Decision Making, Patient Advocate, Psychiatric Patient

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจิตเวช และหลักการ/เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 135 คน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการตัดสินใจ ตามสถานการณ์ที่กำหนดเกี่ยวกับความต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ไม่มีอำนาจ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่าคงที่ของการวัดซ้ำได้ค่าความเที่ยงเท่ากับร้อยละ 90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่าเมื่อพยาบาลเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับความต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ไม่มีอำนาจ พยาบาลร้อยละ 80 ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดยปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และส่วนใหญ่ร้อยละ 94.5 ใช้หลักการ/เหตุผลคือ เพื่อร่วมกันหารูปแบบที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้พยาบาลร้อยละ 78.7 ระบุว่าหลักการ/เหตุผลดังกล่าวเป็นหลักการ/เหตุผลที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจิตเวช ต่อไป

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี

\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### Abstract

This descriptive research aimed to study nurses' ethical decision making in advocating for psychiatric patients as well as principles/reasons supporting their decisions. Purposive sampling was used to recruit 135 professional nurses at Suansaranrom hospital. Instruments comprised the Demographic Questionnaire and the Scenario of Ethical Dilemma Questionnaire. Content validity was examined by three experts. Percent of agreement between test-retest was used to determine reliability which yielded 90 percent of agreement. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results were as follows: Nurses' ethical decision making in advocating for psychiatric patients when facing the ethical dilemma "Need to be a patient advocate but lacking of power." Eighty percents of subjects made decisions by consultation with a multidisciplinary team. Approximately 95 percents of subjects were concerned with the principle/reason of cooperation for the patient best interest. In addition, this principle was the most important principle/reason perceived by 78.7 percents of subjects.

The results of this study can be used to improve ethical decision making skill of nurses in advocating for psychiatric patients in the future.

### ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชาชนให้ความสนใจต่อการปกป้องและรักษาสิทธิของตนเองมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ มีเรื่องร้องเรียนสภากาชาดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา (สภากาชาด, 2545) จากผลการที่พยาบาล ต้องปฏิบัติงานกับมนุษย์ ต้องตัดสินใจ ต้องมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกหน่วยงาน จึงทำให้เกิดปัญหาจริยธรรมมากมายและซับซ้อน (สิวลี ศิริไล, 2544) หากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว มีลักษณะของความขัดแย้ง ระหว่างสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใด อย่างหนึ่ง จากทางเลือกอย่างน้อยสองทางเลือกแต่เป็นสองทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ควรทำหรือไม่ควรทำ ก็กลายเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (อรัญญา เชาวลิต และวันดี สุทธิรังษี, 2546; Fry, 1994) ซึ่งต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ดี แต่เนื่องจากการเผชิญสถานการณ์ที่

เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นเรื่องที่ยากจะอธิบายและจัดการ (Potter & Perry, 1997) และมักพบว่าไม่ว่าจะเลือกทางใด ก็จะทำให้เกิดปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาเสมอ (อรัญญา เชาวลิต, 2547) ดังนั้นทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มหนึ่งในทีมสุขภาพ มีโอกาสเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน เพราะขอบเขตของพยาบาลไม่เฉพาะแต่การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วย ในบางสถานการณ์ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่า ผิดหรือถูก (ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล, 2541) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติในการรับรู้อารมณ์ความคิด

และ พฤติกรรม แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา รวมทั้งบุคลิกภาพและปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นในสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546; Townsend, 2003) ด้วยลักษณะดังกล่าว ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดสิทธิได้ง่าย ซึ่งเหตุการณ์อย่างนี้อาจทำให้พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับความต้องการทำหน้าที่แทนแต่ไม่มีอำนาจ ซึ่งเป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในขณะที่พยาบาลทราบว่า ควรต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจิตเวช แต่กลับรู้สึกว่าคุณเองไม่มีอำนาจในการกระทำดังกล่าว เนื่องจากขัดกับนโยบาย และแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้สึกลำบากใจ ก่อให้เกิดความเครียดได้ที่พบได้เสมอ เนื่องจากความคาดหวังหรือการเรียกร้องในบทบาท ยากเกินกว่าปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น ในฐานะผู้แทนผู้ป่วยย่อมได้รับความคาดหวัง ให้ปกป้องสิทธิของผู้ป่วย แต่อาจขัดกับความคาดหวังของแพทย์หรือของโรงพยาบาล (ฟาริดา อิปราฮิม, 2546) จากเหตุการณ์ดังกล่าวจึงนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่ต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการวิเคราะห์ความขัดแย้งเกี่ยวกับคุณค่าและแนวคิดทางจริยธรรมเพื่อบอกว่าอะไรควรทำ และอะไรไม่ควรทำ ในสถานการณ์นั้น (Fly, 1994) การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับ ความต้องการทำหน้าที่แทนแต่รู้สึกไม่มีอำนาจ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวนทั้งหมด 196 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่ปฏิบัติงานจริงทุกคน ใน 18 หอผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 135 คน

#### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผลงานวิจัยของ กริณี สังข์ประคอง (2548) และเพ็ญพรรณ พิทักษ์ สงคราม (2539) เกรซ และคณะ (Grace et al., 2003) ซาสซ์ และแอดเซด (Szasz & Adshear, 2004) รวมทั้งได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะแบบสอบถามเป็นสถานการณ์ตัวอย่างที่พยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ประเด็นขัดแย้ง “ความต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย แต่ไม่มีอำนาจ” ซึ่งเป็นสถานการณ์ ของผู้ป่วยจิตเวช ขาพิการทั้งสองข้าง ที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางสมอง โดยที่สาวเป็นคนนำส่งเข้ารักษา เนื่องจากโรงพยาบาล มีนโยบายต้องจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและผู้รับผู้ป่วยกลับบ้านได้จะต้องเป็นญาติที่นำส่ง หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตามกฎหมายเท่านั้น แพทย์มีแผนจำหน่ายให้ญาติรับกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น แต่ผู้ป่วยไม่อยากจะกลับบ้านเพราะโดนพี่สาวทำร้ายบ่อยครั้ง ผู้ป่วยขอร้องพยาบาลให้ช่วยพูดคุยกับแพทย์ไม่ต้องมารักษาที่บ้าน จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพยาบาลไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไรดี

ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านสถานการณ์ข้างต้น และตอบคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสถานการณ์ดังกล่าว แบบสอบถามจะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ครอบคลุมวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล เหตุผล/หลักการที่ใช้ รวมทั้งเหตุผล/หลักการที่สำคัญที่สุดที่ตัดสินใจเลือกใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยนำแบบสอบถามแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเหมือนเดิมจากการวัดทั้ง 2 ครั้ง ได้ค่าความสอดคล้องของการวัดซ้ำ (percent of agreement) เท่ากับ ร้อยละ 90

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในระหว่างวันที่ 1-15 ธันวาคม 2548 โดยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 18 หอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกคน โดยผู้วิจัยนัดเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ได้มีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย โดยเฉพาะการปกปิดความลับและการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ โดยแบบแบบพิทักษ์สิทธิไปพร้อมแบบสอบถาม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 135 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 69.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมา ร้อยละ 14.8 จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล ร้อยละ 55.6 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญชาย รองลงมา ร้อยละ 31.9 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญหญิง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.0 มีอายุระหว่าง 36-45 ปี รองลงมา ร้อยละ 18.5 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี และ ร้อยละ 64.4 มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่ 11-20 ปี รองลงมา ร้อยละ 15.6 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ 1-10 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 91.1 เคยได้รับการศึกษา /อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา โดยร้อยละ 83.0 ได้รับการศึกษา/อบรมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 75.6 ได้รับการศึกษา / อบรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และร้อยละ 68.9 ได้รับการศึกษา / อบรมเกี่ยวกับจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หลักการ / เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจ และหลักการ/เหตุผลที่สำคัญที่สุดที่ใช้ในการตัดสินใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้ง โดยปรึกษาทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, จิตเวช ชุมชน) รองลงมา ร้อยละ 17.1 ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้ง โดยให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับ ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย และร้อยละ 2.2 ตัดสินใจแก้ไข ประเด็นขัดแย้งโดยจำหน่ายผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์และนโยบายของโรงพยาบาล ตามลำดับ (ตาราง 1)



ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

วิธีการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
1. ปรีกษาทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, จิตเวชชุมชน)	108	80.0
2. ให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย	23	17.1
3. จำหน่ายผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์และนโยบายของโรงพยาบาล	3	2.2
4. การตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมด้วยวิธีอื่นๆ - นัดญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยมาทำครอบครัวบำบัดร่วมกับผู้ป่วย	1	0.7

ส่วนหลักการ/เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดยปรีกษาทีมสหวิชาชีพพบว่า ร้อยละ 94.5 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เพื่อร่วมกันช่วยหารูปแบบที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน รองลงมา ร้อยละ 92.6 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ อาจมีทางเลือกอื่นในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้น เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.7 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เป็นโอกาสที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยแก่ทีม (ตาราง 2)

กลุ่มตัวอย่างซึ่งตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดยให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้

แพทย์ทบทวนการจำหน่าย พบว่าร้อยละ 87 ใช้หลักการ / เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ หากไม่รักษาแล้วผู้ป่วยอาจเป็นอันตราย รองลงมา ร้อยละ 78.3 ใช้หลักการ / เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เป็นการเคารพความต้องการของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.9 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (ตาราง 2)

สำหรับหลักการ/เหตุผลที่สำคัญที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 78.7 ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับ ความต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ไม่มีอำนาจ คือ เพื่อร่วมกันช่วยหารูปแบบที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

**ตาราง 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหลักการ/ เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

เหตุผล/หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปรึกษาทิมสหวิชาชีพ (พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, จิตเวชชุมชน) (108 ราย)</b>		
1. เพื่อร่วมกันช่วยหารูปแบบที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน	102	94.5
2. อาจมีทางเลือกอื่นในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้น เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย	100	92.6
3. เป็นโอกาสที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยแก่ทีม	71	65.7
<b>ให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย (23 ราย)</b>		
1. ต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย	20	87.0
2. เป็นการเคารพความต้องการของผู้ป่วย	18	78.3
3. เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย	14	60.9
4. อาจช่วยป้องกันอันตรายจากการถูกทำร้ายจากพี่สาวได้ระยะหนึ่ง หากแพทย์ทบทวนการจำหน่าย	11	47.8
5. รอให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปอยู่บ้านเพื่อจะได้ปลอดภัย	10	43.5

### การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดยปรึกษาทิมสหวิชาชีพ อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ดังนั้นต้องใช้การตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.5 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เพื่อร่วมกันช่วยหารูปแบบที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.7 ใช้หลักการ/เหตุผลนี้เป็นหลักการ/เหตุผลที่สำคัญที่สุด ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ทั้งนี้เพราะการประชุมปรึกษากันเป็นการผสมผสานความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานหลายคนมาร่วมกัน (สมคิด รักษาสัตย์., 2547) ทำให้ได้ข้อมูลและความคิดที่หลากหลาย (ประชุม โพธิกุล, 2540)

รวมทั้งได้พิจารณาข้อดีข้อด้อยของทางเลือกและมีจุดมุ่งหมายที่จะหาทางออกที่ดีที่สุดของข้อขัดแย้ง (สุพร เกิดสว่าง, 2542) จากเป้าหมายการปรึกษาทิมสหวิชาชีพดังกล่าว จึงพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.6 ใช้หลักการ / เหตุผล ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ อาจมีทางเลือกอื่น ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้น เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำงานเป็นทีม ตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ เพื่อเป็นหารูปแบบวิธีการที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2543)

นอกจากนี้ก็มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งร้อยละ 65.7 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ

เป็นโอกาสที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยแก่ทีม เพื่อช่วยให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยยึดประโยชน์ผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่องการกระทำในสิ่งที่ดี และมีประโยชน์ หลีกเลี่ยงการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตราย การช่วยเหลือให้เกิดความสุข ดังนั้นรูปแบบของการกระทำจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่นเป็นสำคัญ (Beauchamp & Childress, 2001; Fry, 1994) ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงแสดงบทบาทของการเป็นผู้สื่อสาร เพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้ป่วย (พูลสุข หิงคานนท์, 2541) โดยเป็นสื่อกลางในการบอกความต้องการของผู้ป่วยแก่ทีม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌอนอม จันทกุล (2543) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าพยาบาลร้อยละ 90 มีประสบการณ์ในด้านการกระทำหรือส่งเสริมให้กระทำการสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ โดยดูแลช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย และร้อยละ 47.78 มีประสบการณ์ว่าพยาบาลมีความเอื้ออาทร สนใจ เอาใจใส่

จากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว พบว่ามีเพียงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.1 ที่ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้ง โดยให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย จากการตัดสินใจดังกล่าว เป็นการแสดงบทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 21-28 ปี ตัดสินใจเลือกให้ข้อมูลแพทย์เพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่ายมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์อยู่ในช่วงอื่น และผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลตัดสินใจเลือกให้ข้อมูลแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย

มากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมานาน จะเลือกตัดสินใจในการรายงานแพทย์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของ เบนเนอร์ (Benner, 1984) อ้างตาม กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์ และดารัสณี โภธารส, 2541) ซึ่งกล่าวว่า ความเชี่ยวชาญนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ ความรู้ทางคลินิกจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาทำงาน และเบนเนอร์ได้อธิบายกระบวนการสะสมและพัฒนาทักษะความสามารถของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมานานว่าจัดเป็นระดับผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นระยะที่พยาบาลมีความเข้าใจในแต่ละสถานการณ์ลึกซึ้ง สามารถวินิจฉัยปัญหาได้อย่างถูกต้อง ไม่ผิดพลาดหรือคลุมเครือ นอกจากนี้การที่บุคคลมีการศึกษาเพิ่มขึ้นย่อมทำให้บุคคลนั้นมีความรู้และประสบการณ์มากขึ้น ดังที่ ทศนา บุญทอง (2547) กล่าวว่า ระดับการศึกษาจะทำให้คนมีประสบการณ์ มีความรู้ ความเข้าใจ ในวิชาเฉพาะสาขาและมีคุณสมบัติสูงขึ้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปและมีประสบการณ์มาก จะเลือกตัดสินใจที่จะรายงานแพทย์มากขึ้น เพื่อให้แพทย์ทบทวนการจำหน่าย เพราะมีความรู้และมีความมั่นใจในการรายงานอาการผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87 ใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ ต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อมีเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้น (Fry, 1994) เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด จึงสามารถให้การประคับประคองผู้ป่วยได้ โดยการทำหน้าที่แทนในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และทีมสุขภาพเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยยังเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย

ที่กลัวที่สาว และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับหลักคำสอนในพุทธศาสนา คือคำว่า ความกรุณา หมายถึงการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเดือดร้อน และเป็นการเคารพศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ และความต้องการทางกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2548) ซึ่งจัดเป็นการพยาบาล แบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2545; สิวลี ศิริไล, 2544)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 ใช้หลักการ/ เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เป็นการเคารพ ความต้องการของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าเป็นการกระทำ ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง และรับรู้ดี ดังนั้นข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก เป็นสิ่งที่เชื่อถือได้ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่องการเคารพ เอกสิทธิ์/ความเป็นอิสระของบุคคลแต่ละคน โดยให้ความเคารพในทางเลือกของบุคคลที่สร้างจากคุณค่า ส่วนบุคคล และความเชื่อ (Fry, 1994) ซึ่งการให้เหตุผล ดังกล่าว อาจเกิดจากผลการศึกษา/อบรมในเรื่องนี้ ดังจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.1 เคยได้รับการ ศึกษา/อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม ภายหลังจบการ ศึกษา โดยร้อยละ 83.0 ได้รับการศึกษา/อบรมเกี่ยวกับ จริยธรรมทางการแพทย์ ร้อยละ 75.6 ได้รับการศึกษา/ อบรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งและการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม และร้อยละ 68.9 ได้รับการศึกษา/อบรม เกี่ยวกับจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเนื้อหา ในการศึกษา/อบรมย่อมเน้นหนักในเรื่องการปฏิบัติกา รพยาบาลที่ต้องเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ประกอบกับ ในปัจจุบันมีกฎหมายป้องกันคุ้มครองเกี่ยวกับสิทธิของ ผู้ป่วย และนโยบายของโรงพยาบาล คุณภาพที่ให้ความสำคัญ โดยจะต้องให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างย่อมต้องรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี จันทมัตตุการ (2546) เรื่องการรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย

ของผู้ให้บริการที่บ้าน โรงพยาบาล สอนสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ให้บริการที่บ้าน ที่เคย และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย มีการรับรู้ สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย มีการรับรู้ สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยได้ดีกว่า

จากการตัดสินใจด้วยวิธีดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.9 ใช้หลักการ/เหตุผลในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเพื่อ ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 52.2 ใช้เหตุผลนี้เป็นเหตุผล ที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างให้ความสำคัญในเรื่องของการทำตามหน้าที่ ความรับผิดชอบมากที่สุด และคาดหวังว่าผลที่ได้จะเกิด ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับ หลักจริยธรรมในเรื่องของความรับผิดชอบต่อที่กำหนดไว้ ในจรรยาบรรณวิชาชีพ (ICN, 1979 cited by Fry, 1994) นอกจากนี้เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับทฤษฎีหน้าที่นิยม ซึ่งเชื่อว่าความถูกต้องทางศีลธรรมของการกระทำถูก กำหนดโดยภาระหน้าที่ และกฎที่แน่นอนตายตัว รูปแบบ ของการกระทำจะต้องเป็นไปตามหลักการ/กฎ (Kant, 1964 cited by Fry, 1994) นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่าง คาดหวังว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย เป็นเป้าหมายที่สอดคล้อง กับหลักจริยธรรมของการทำ ประโยชน์ว่าด้วยเรื่องการทำในสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ หลีกเลี่ยงการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตราย รูปแบบของ การกระทำจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่น เป็นสำคัญ (Beauchamp & Childress, 2001; Fry, 1994) ด้วยเหตุผลหลายประการดังกล่าว จึงน่าจะเป็นเหตุผล ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดย ให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ ทบทวนการจำหน่าย โดยใช้หลักการ/เหตุผลในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมากมายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับ ความต้องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย แต่รู้สึกไม่มีอำนาจ ซึ่งต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลที่เป็นไปได้และอธิบายได้ การศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่

ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดยปรึกษาทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องจริยธรรมในวิชาชีพ รวมทั้งจัดให้มีการประชุมอภิปรายกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจริยธรรมร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายจะได้มีทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ และดารัสณี ไพธารส (2541). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: คุณลักษณะและกระบวนการพัฒนา. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยบูรพา**, 6(2), 41-49.
- กริณี สังข์ประคอง (2548). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ. สุราษฎร์ธานี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จินตนา ยูนิพันธ์ (2548). จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล. ใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล(บรรณาธิการ), **ประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 350-411). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ถนอม จันทกุล (2543). **พฤติกรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล (2541). จริยธรรมพยาบาลยุคไอ เอ็ม เอฟ. **สารสภากาพยาบาล**, 13(1), 25-27. ประชุม ไพธิกุล (2540). **ศิลปะการนำของผู้ในยุคใหม่**. กรุงเทพมหานคร: สยามมิตรการพิมพ์.
- พูลสุข หิงคานนท์ (2541). ความร่วมมือ: บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพ. **สารสภากาพยาบาล**, 13(2), 23-27.
- เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม (2539). **การศึกษาศานการณ์เชิงจริยธรรมและความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ฟาริดา อิบราฮิม (2545). พยาบาลและองค์กรรวม. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 20(1), 8-10.
- ฟาริดา อิบราฮิม (2546). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชจำกัด.

- วิภาวี จันทมัตตการ (2546). **การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ให้บริการที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2543). **มาตรฐาน HAและเกณฑ์พิจารณา: บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สภาการพยาบาล (2545). **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ศิริยออดการพิมพ์.
- สิวลี ศิริไล (2544). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพร เกิดสว่าง (2542). **การให้คำปรึกษา**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- สมคิด รักษาสัตย์ (2547). **พยาบาลกับการทำงานเป็นทีม**. ใน พรจันทร์ สุวรรณชาติ (บรรณาธิการ), **ประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 16, หน้า 286-350). กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- สมภาพ เรื่องตระกูล (2546). **คู่มือจิตเวชและอายุศาสตร์ฉุกเฉิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรัญญา เชาวลิต (2547). **เอกสารประกอบการสอนเรื่องทฤษฎีและหลักการทางจริยศาสตร์**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา เชาวลิต และวันดี สุทธรังษี (2546). **เอกสารประกอบการอบรม เรื่องพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Beauchamp, T. L., & Childress J. F. (2001). **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press.
- Fry, S.T. (1994). **Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making**. Geneva: International Council of Nurses.
- Grace, P. J., Fry S. T., & Schultz ,G. S. (2003). Ethics and human rights issues experienced by psychiatric-mental health and substance abuse registered nurses. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, 9(1), 20-22.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). **Fundamentals of nursing**. (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Szasz, T., & Adshear, G. (2004). Psychiatry and the control of dangerousness : On the apostrophic function of the term 'mental illness'/commentary. **Journal of Medical Ethic**, 29(4) 227-235.
- Townsend, M. C. (2003). **Psychiatric mental health nursing**. Philadelphia: F.A. Davis.

## รายงานการวิจัย

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

อุจน์จิตร คุณนารักษ์\*  
นภา เจริญรัตน์\*

Khunarak,U. and Jareonrat, N.  
The objective of this retrospective factors influencing suicidal  
attempt in Somdetchaopraya Institute of Psychiatry  
TJN : (2008) : (1-2) : 58-71  
Keywords: attempted suicide, self-harm

#### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ของผู้รับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการศึกษาระยะย้อนหลัง (case control study) เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มีนาคม 2548 ถึง 20 กรกฎาคม 2550 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 566 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย 183 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 383 คน รวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้ Multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 14-39 ปี

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สถานภาพสมรสโสด ส่วนใหญ่ว่างงาน มีประวัติการมีปัญหาคบครอง และเคยทำร้ายตนเองมาก่อน สาเหตุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล คือ คิดฆ่าตัวตาย โดยมีบิดา/ มารดา นำส่ง และวิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง คือ กินยา/ สารเคมี รองลงมาคือการใช้มีด/ ของมีคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การมีประวัติการทำร้ายตนเอง (OR=133.568, 95% CI=40.591-439.517) 2) ประวัติการมีปัญหาคบครอง (OR=4.276, 95% CI=2.132-8.574) 3) ประวัติการรับไว้ในโรงพยาบาล โดยการรับไว้ในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง (OR=6.252, 95% CI=3.014-12.969) การรับไว้ในโรงพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

มากกว่าหนึ่งครั้ง (OR=2.800, 95% CI=1.012-7.747) 4) ประวัติการรับยา (OR=2.187, 95% CI=1.153-4.150) และ 5) การป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (OR=5.449, 95% CI=2.521-11.780)

ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผล

ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวัง และเป็นแนวทางในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการและสร้างมาตรฐานการพยาบาลในผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

### Abstract

The objective of this retrospective case control study was to find out the factors influencing suicidal attempt in Somdetchaopraya Institute of Psychiatry. 566 of participants attempt, 183 samples and 383 controls were collected between March, 1st 2005 - July, 20th 2007.

The study showed that most of the patients who attempted suicide were female, age ranged from 14-39 years old, graduated from secondary school, single and no occupation, most of them had history of family problems and history of self harm. The means of attempting suicide were medication or substance ingestion and using knife or sharp weapon. The results from multiple logistic regression analysis indicated 5 factors affecting suicidal attempt among patients including history in self harm (OR=133.568, 95% CI=40.591-439.517), having family problem (OR=4.276, 95% CI=2.132-8.574), one time of admission (OR=6.252, 95% CI=3.014-12.969), more than one time of admission (OR=2.800, 95% CI=1.012-7.747), history in continuous medication (OR=2.187, 95% CI=1.153-4.150), and depressive disorder (OR=5.449, 95% CI=2.521-11.780). The results of this study showed factors affecting suicidal attempt among patients which could be the baseline data for setting the surveillance system. Furthermore, these results could be used for preventing suicidal attempt among patients and developing the nursing care and service system for those risk groups.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านวิทยาการระบาดของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช ของกรมสุขภาพจิตในปีพ.ศ. 2546 (กรมสุขภาพจิต, 2547) พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่สองรองจากปัญหาการใช้สารเสพติดโดยอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยรวมอยู่ประมาณ 7-8 คนต่อแสนประชากรต่อปี โดย ในปีพ.ศ. 2545 พบ 7.8 ต่อแสนประชากรต่อปี อายุ 25-29 ปีมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (พิเชษฐ อดมรัตน์, 2547) สำหรับสถิติของการฆ่าตัวตายในประเทศอเมริกาพบว่า ทุกๆ 17 นาที จะเกิดการฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง

(Binder, 2007) จะเห็นได้ว่าสถิติการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นสูง

ซึ่งสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน อาจทำให้ประชาชนเกิดความเครียด หากเรื้อรังและรุนแรงอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและถึงขั้นการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมของครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การต้องรับภาระดูแลความหวาดระแวงว่าจะเกิดพฤติกรรมทำร้ายร่างกายหรือฆ่าตัวตายซ้ำ นอกจากนี้ยังเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปต่อครอบครัวและชุมชนด้วย ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติ



ได้แก่ การที่รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ที่ทุพพลภาพจากการทำร้ายตนเอง เป็นต้น

ความรุนแรงและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแตกต่างกันแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ สภาพและการดูแลสุขภาพ ระดับการศึกษา และประวัติการสมรส การดูแลตนเองด้านการกินยา (Grucza, Przybeck, & Cloninger, 2005) นอกจากนี้ประวัติครอบครัว สภาพสังคม ความเป็นอยู่ ตำแหน่งหน้าที่การงาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่างก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Swami, Debbi, & Stanistreet, 2008) และยังพบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นทันทีทันใดหลังจากได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย (Hoyer, Olesen, & Mortensen, 2004)

ดังนั้นการศึกษาในประเด็นปัจจัยที่ส่งผล และร่วมคิดทำนายพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบบริการและสร้างมาตรฐานการพยาบาลในผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ช่วยลดผลกระทบ ทั้งด้านสุขภาพจิต ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติจากการพยายามฆ่าตัวตาย

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (case control study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

### กลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษา คือ เวชระเบียนของผู้ที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ตั้งใจและพยายามทำลายชีวิตตนเองด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย / ประวัติเคยฆ่าตัวตาย โดยที่ผู้ป่วยระบุว่าพยายามฆ่าตัวตาย หรือ โดยประวัติจากญาติผู้นำส่ง โรงพยาบาล หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มีนาคม 2548 ถึง 20 กรกฎาคม 2550 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 566 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย 183 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 383 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) คือ เลขที่โรงพยาบาล (HN) ลำดับก่อนหนึ่งหมายเลขของกลุ่มที่ศึกษาและ เลขที่โรงพยาบาล (HN) ลำดับหลังหนึ่งหมายเลข ของกลุ่มที่ศึกษา เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาใกล้เคียงกันโดยไม่ได้คำนึงถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา

### ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จากนั้นค้นหารายงานผู้ที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2548 ถึง 20 กรกฎาคม 2550 ที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตาย / คิดฆ่าตัวตาย / ประวัติ เคยฆ่าตัวตายโดยการระบุของผู้ป่วย/ญาติ หรือ การวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษาลงบันทึกข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้มาไม่ได้ระบุชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้วแบบเก็บข้อมูลจะมีการทำลายทิ้ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบเก็บข้อมูลที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการรับยาและการมาตามแพทย์นัด จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายรวมทั้งสาเหตุและวิธีการ ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว ลักษณะคำตอบจะเป็นใช่ / ไม่ใช่ มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science)

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายด้วย Multiple logistic regression analysis โดยข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ได้แปลงค่าเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy)

### ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและส่วนที่ 2 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.38 มีอายุระหว่าง 14-29 ปี และ 30-39 ปี (ร้อยละ 32.24 และ 31.15 ตามลำดับ) สถานภาพโสด (ร้อยละ 55.93) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.11)ว่างงาน (ร้อยละ 48.59) ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 57.9) ป่วยด้วยอาการทางจิตมากกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี (ร้อยละ 48.09) และเคยได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง (ร้อยละ 42.08) และเคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน (ร้อยละ 62.84) มารับยาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 69.40) วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่กินยา/สารเคมี (ร้อยละ 22.73) รองลงมา คือ ใช้มีด/ของมีคม (ร้อยละ 15.15) สาเหตุที่มาโรงพยาบาล คือ คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 35.59) โดยบิดา/มารดานำส่ง (ร้อยละ 26.92) จากนั้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายพบว่า เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีโรคประจำตัว จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ประวัติการทำร้ายตนเอง ประวัติการรับยา ประวัติการมีปัญหในครอบครัว และการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา (N =183)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=383)		Adjusted OR	95% C.I.		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		Lower	Upper	
<b>เพศ</b>								
ชาย	78	42.62	204	53.26	1			
หญิง	105	57.38	179	46.74	1.534*	1.076	2.188	0.018
<b>อายุ</b>								
14-29 ปี	57	31.15	83	21.78	2.518*	1.488	4.261	0.001
30-39 ปี	59	32.24	109	28.62	1.985	1.188	3.316	0.009
40-49 ปี	37	20.22	79	20.73	1.717	0.979	3.011	0.059
50 ปีขึ้นไป	30	16.39	110	28.87	1			
<b>สถานภาพสมรส*</b>								
โสด	99	55.93	171	45.24	1.520*	1.024	2.256	0.038
คู่	56	31.64	147	38.89	1			
ม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	22	12.43	60	15.87	0.963	0.540	1.715	0.897
<b>การศึกษา*</b>								
ประถมศึกษา	46	27.55	167	47.44	1			
มัธยมศึกษา	72	43.11	110	31.25	2.376*	1.528	3.695	0.000
อุดมศึกษา (ปวส. - ป.โท)	49	29.34	75	21.31	2.372*	1.459	3.856	0.000
<b>อาชีพ*</b>								
ว่างงาน	86	48.59	147	40.95	1.575	0.934	2.657	0.089
รับจ้าง / เกษตรกร	65	36.72	142	39.55	1.232	0.720	2.109	0.446
ธุรกิจส่วนตัว / รัฐวิสาหกิจ / รับราชการ	26	14.69	70	19.50	1			
<b>ที่อยู่แยกตามจังหวัด*</b>								
ต่างจังหวัด	63	34.43	157	40.99	1			
กรุงเทพมหานคร	120	65.57	226	59.01	1.323	0.917	1.909	0.134
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว*</b>								
1 คน	9	5.66	37	11.60	1			
2 คน	34	21.38	108	33.86	1.484	0.602	3.658	0.391
3 คน	26	16.35	58	18.18	2.113	0.827	5.397	0.118
4 คน	35	22.01	55	17.24	3.000*	.197	7.521	0.019
5 คน	23	14.47	21	6.58	5.163*	1.885	14.141	0.001
มากกว่า 5 คน	32	20.13	40	12.54	2.538*	1.055	6.107	0.038

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา (N =183)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=383)		Adjusted OR	95% C.I.		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		Lower	Upper	
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>								
ไม่ใช้	106	57.92	203	53.14	1			
ใช้	77	42.08	179	46.86	0.824	0.577	1.176	0.286
<b>ประวัติการเจ็บป่วย</b>								
โรคประจำตัว								
ไม่มีโรคประจำตัว	122	66.67	292	76.24	1			
มีโรคประจำตัว	61	33.33	91	23.76	1.604*	1.089	2.363	0.017
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>								
1-12 เดือน	55	30.05	109	28.46	1			
13 เดือน-60 เดือน	88	48.09	187	48.83	0.933	0.618	1.407	0.740
61 เดือน-120 เดือน	19	10.38	47	12.27	0.801	0.429	1.495	0.486
121 เดือนขึ้นไป	21	11.48	40	10.44	1.040	0.560	1.934	0.900
<b>จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล</b>								
ไม่เคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	53	28.96	280	73.11	1			
รับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง	77	42.08	68	17.75	5.982*	3.857	9.278	0.000
รับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง	53	28.96	35	9.14	8.000*	4.765	13.431	0.000
<b>ประวัติการทำร้ายตัวเอง</b>								
ไม่เคยทำร้ายตัวเอง	68	37.16	383	100.00	1			
เคยทำร้ายตัวเอง	115	62.84	0	0	122.040*	48.089	309.715	0.000
<b>ประวัติการรักษา</b>								
รับยาสม่ำเสมอ	56	30.60	174	45.43	1			
รับยาไม่สม่ำเสมอ	127	69.40	209	54.57	0.406*	0.283	0.583	0.000
<b>ประวัติปัญหาในครอบครัว</b>								
ไม่มีปัญหาในครอบครัว	74	40.44	292	76.24	1			
มีปัญหาในครอบครัว	109	59.56	91	23.76	4.726*	3.240	6.894	0.000
<b>การวินิจฉัยโรค</b>								
โรคอื่นๆ	68	37.16	215	56.14	1			
โรคจิตเภท	36	19.67	114	29.77	0.998	0.628	1.587	0.995
โรคซึมเศร้า	79	43.17	54	14.09	4.626	2.977	7.186	0.000*

หมายเหตุ : \* ข้อมูลขาดหายบางส่วน เนื่องจากไม่มีบันทึกในเวชระเบียน

ตารางที่ 2 สาเหตุที่มาโรงพยาบาล ผู้นำส่งและวิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง

	กลุ่มศึกษา (N=183)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=383)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สาเหตุที่มาโรงพยาบาล</b>				
ซึมเศร้า	47	13.82	30	7.83
คิดฆ่าตัวตาย	121	35.59	0	0
มีอาการทางจิต	57	16.76	244	63.71
ก้าวร้าวรุนแรง	62	18.24	109	28.46
ทำร้ายตนเอง	53	15.59	0	0
<b>ผู้นำส่ง</b>				
บิดา / มารดา	49	26.92	66	17.23
พี่ / น้อง	34	18.68	54	14.10
บุตร	19	10.44	42	10.97
คู่สมรส	23	12.64	40	10.44
มาเอง	34	18.68	132	34.47
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / ตำรวจ / เพื่อนบ้าน	23	12.64	49	12.79
<b>วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองครั้งนี้</b>				
กระโดดน้ำ / ที่สูง	23	11.62	0	0
แขวนคอ / ผูกคอ	26	13.13	0	0
ใช้มีด / ขงมีคม	30	15.15	0	0
กินยา / สารเคมี	45	22.73	0	0
ยังไม่ทำ	74	37.37	0	0

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีโรคประจำตัว จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ประวัติการทำร้ายตนเอง ประวัติการรับยา ประวัติการมีปัญหาในครอบครัว และการวินิจฉัยโรค ไปทำการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้ Multiple logistic regression analysis ทำการเลือกตัวแปรเข้าสมการโดยวิธี Enter โดยเมื่อทำการควบคุมอิทธิพล

ของตัวแปรอื่นๆแล้ว พบว่า ประกอบด้วย 5 ปัจจัยที่สามารถร่วมคาดทำนายการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยทำร้ายตนเอง 133.568 เท่า (OR=133.568, 95% CI=40.591-439.517) การรับไว้ในโรงพยาบาลหนึ่งครั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับไว้ในโรงพยาบาล 6.252 เท่า (OR=6.252, 95% CI=3.014-12.969) การรับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่าหนึ่ง

ครั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับไว้ในโรงพยาบาล 2.800 เท่า (OR=2.800, 95% CI=1.012-7.747) การรับยาไม่สม่ำเสมอเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่รับยาสม่ำเสมอ 2.187 เท่า (OR=2.187, 95% CI=1.153-4.150) ผู้ที่มีประวัติการมีปัญหาในครอบครัวเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติการมีปัญหาในครอบครัว 4.276 เท่า (OR=4.276, 95% CI=2.132-8.574)

และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกลุ่มอื่นๆ 5.449 เท่า (OR=5.449, 95% CI=2.521-11.780) โดยผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเอง ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายได้สูงสุด ในขณะที่ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวและโรคประจำตัวไม่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย โดย Multiple logistic regression analysis

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted OR	95% C.I.		p-value
		Lower	Upper	
<b>1. เพศ</b>				
ชาย	1			
หญิง	0.941	0.487	1.820	0.857
<b>2. อายุ</b>				
14-29 ปี	0.565	0.242	1.319	0.187
30-39 ปี	0.620	0.242	1.587	0.319
40-49 ปี	0.458	0.179	1.173	0.104
50 ปีขึ้นไป	1			
<b>3. การศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	1			
มัธยมศึกษา	1.461	0.680	3.137	0.331
อุดมศึกษา (ปวส - ป.โท)	0.804	0.353	1.834	0.605
<b>4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>				
1 คน	1			
2 คน	1.812	0.312	10.514	0.507
3 คน	0.949	0.149	6.054	0.956
4 คน	2.771	0.471	16.295	0.260
5 คน	2.991	0.434	20.590	0.266
มากกว่า 5 คน	3.016	0.551	16.521	0.203

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted OR	95%C.I.		p-value
		Lower	Upper	
5. โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	1			
มีโรคประจำตัว	1.193	0.581	2.450	0.631
6. จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล				
ไม่เคยรับไว้ในโรงพยาบาล	1			
รับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง	6.252**	3.014	12.969	0.000
รับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง	2.800*	1.012	7.747	0.047
7. ประวัติการทำร้ายตัวเอง				
ไม่เคยทำร้ายตัวเอง	1			
เคยทำร้ายตัวเอง	133.568**	40.591	439.517	0.000
8. ประวัติการรับยา				
รับยาสม่ำเสมอ	1			
รับยาไม่สม่ำเสมอ	2.187*	1.153	4.150	0.017
9. ประวัติปัญหาในครอบครัว				
ไม่มีปัญหาในครอบครัว	1			
มีปัญหาในครอบครัว	4.276**	2.132	8.574	0.000
10. การวินิจฉัยโรค				
โรคอื่นๆ	1			
โรคจิตเภท	0.655	0.290	1.481	0.310
โรคซึมเศร้า	5.449**	2.521	11.780	0.000

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันสถิติการเกิดพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตาย ว่ามีอุบัติการณ์

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ประยูกรต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ, 2541; มะลิ ชูโต, 2548; วัชรีย์ อุจะรัตน์ 2540; วินิทรานวลละออ, 2550; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน) ในต่างประเทศ พบอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่นกัน (Borges, Saltijeral, Bimbela, & Mondragon, 2000; McPhedran & Baker, 2006; Silverman et al., 2006) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีโอกาสถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Galaif, Sussman, Chou & Wilts, 2003) อิทธิพลของโครโมโซม XX ในเพศหญิงซึ่งมีลักษณะที่เอื้อต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าโครโมโซม XY ในเพศชาย ร่วมกับ ค่านิยมของสังคมที่ปลูกฝังบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันระหว่าง เพศหญิงและเพศชาย โดยสังคมยอมรับให้ผู้ชายมีช่องทางและโอกาสในการปลดปล่อยอารมณ์และความต้องการของตนเองออกสู่ภายนอกได้มากกว่าทั้งการแสดงออกทางอารมณ์การใช้แอลกอฮอล์ การเซ็กส์หรือการเที่ยวผู้หญิง เป็นต้น ในขณะที่ผู้หญิงต้องเก็บความขัดแย้ง และความคับข้องใจไว้กับตนเอง (Lempers & Lempers, 1990 cited in Galaif, Sussman, Chou, & Wills, 2003)

ในด้านอายุพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบมากในช่วงอายุ 14-39 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นชพร อิทธิวิศกุล และคณะ, 2542; ประยูกรต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; มะลิ ชูโต, 2548; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) เนื่องจากวัยนี้มีการปรับตัวในชีวิต ทั้งทางด้านสังคม การทำงาน เตรียมตัวในการมีคู่สมรส และเตรียมตัวเป็นบิดามารดา ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นช่วงวัยนี้จึงพบว่ามีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยอื่นๆ (Barbee & Bricker, 1996) ในขณะที่ประเทศอังกฤษ และเวลส์ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย จะเป็นสองเท่าในผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี และอัตราฆ่าตัวตายจะต่ำลงในทุกกลุ่มอายุที่มากขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง (Gunnell, Middleton, Whitley, Dorling, & Frankel, 2002)

ในด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่โสดจะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงกว่าสถานภาพคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นชพร อิทธิวิศกุลและคณะ (2542) และการศึกษาของมะลิ ชูโต (2548) และจากการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายในวัยทำงานพบว่าคนที่หย่าหรือแยกกันอยู่จะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าสถานภาพสมรสคู่ (Gunnell, Middleton, Whitley, Dorling & Frankel, 2002) รวมทั้งพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในยุโรปผู้ที่หย่าร้างหรือม่ายจะสัมพันธ์กับการคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย (Bernal and others, 2006) เนื่องจากคนที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าร้าง ซึ่งมีรายงานการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีน้อย (Hoyer & Lund, 1993; McIntosin, 1992 cited in Hauenstein, 1998)

ในสวนอาชีพพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ว่างงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของมะลิ ชูโต (2548) รองลงมาคือรับจ้าง / เกษตรกร เช่นเดียวกับการศึกษาของเจริญ แจ่มแจ้งและพรหมศรี เสาร์สาร (2540) และของศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ที่พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพกรรมกร หรือรับจ้างทั่วไป เนื่องจากอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบ่งบอกถึงรายได้และสถานภาพทางสังคม ในขณะที่การว่างงานทำให้ความสำคัญในคุณค่าแห่งตนลดต่ำลง ซึมเศร้า หมดหวัง ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว ขัดแย้งกับคู่สมรส แยกตัวออกจากครอบครัวและเพื่อนฝูง (Adam, 1990) ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบต่ออัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย นั่นคือ ผู้ชายที่มีรายได้ต่ำจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง แต่ปัจจัยด้านรายได้ดังกล่าวไม่พบในเพศหญิง (Sher, 2005)

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายด้วย Multiple logistic regression analysis พบว่าประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่



1) ประวัติการฆ่าตัวตายเป็นตัวเอง โดยผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยทำร้ายตนเอง 133.568 เท่า (OR=133.568, 95% CI=40.591-439.517) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าประสบการณ์ในการคิดฆ่าตัวตายเป็นสิ่งกระตุ้นให้กระทำการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเชื่อว่าการกระทำของตนเองทำให้ถึงแก่ความตายได้ (Wyder, & Sher, 2007) และมากกว่าหนึ่งในสามของผู้ที่มีประวัติคิดฆ่าตัวตายจะมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปี (Borges and others,2007) และจากการศึกษาปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายพบว่ามี 4 ปัจจัยหนึ่งในนั้นคือ การเคยพยายามฆ่าตัวตาย (Limosin and others,2007) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 10-50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) และพบว่าร้อยละ 10 ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จในเวลาต่อมา (ประเวศ ดันติพิพัฒน์สกุลและสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

2) ผู้ที่มีประวัติการมีปัญหาในครอบครัวเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติการมีปัญหาในครอบครัว 4.276 เท่า (OR = 4.276, 95% CI = 2.132-8.574) การฆ่าตัวตายเป็นมักเกิดจากเหตุการณ์หรือความเครียดในชีวิตที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน (Maris,1994 อ้างใน จรรยา รัญญูดี,2537) เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่เผชิญมักเป็นเรื่องของการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การพรัดพราก (Aguilera,1994) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเอมอร์ ซินพัฒนาะพงศา (2530) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามอัตวินิบาตกรรม ได้แก่ ประวัติการใช้ยาเสพติด ความอบอุ่นในครอบครัวที่ไม่ดีในวัยเด็ก การมีปัญหาชีวิตสมรส อุปนิสัยเย็บเฉยเก็บตัว เจ้าอารมณ์ รื่นเริง ชอบสนุก น้อยใจและคิดมาก และเมื่อเปรียบเทียบประวัติครอบครัวพบพฤติกรรม

ฆ่าตัวตายในญาติสายตรง (McGirr, & Turecki,2007)

3) การรับไว้ในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับไว้ในโรงพยาบาล 6.252 เท่า (OR = 6.252, 95% CI = 3.014-12.969) การรับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่าหนึ่งครั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับไว้ในโรงพยาบาล 2.800 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 2.800, 95% CI = 1.012-7.747) เพราะการเจ็บป่วยทางจิตจนต้องรับไว้ในโรงพยาบาลจะทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากสังคมไทยยังไม่ยอมรับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตเมื่อเปรียบเทียบกับเจ็บป่วยด้านร่างกาย อีกทั้งการตีตราจากสังคมเมื่อต้องเข้ามารักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช การถูกเหยียดหยาม ทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายและความเครียดในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ในขณะที่การรับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง อัตราการฆ่าตัวตายจะลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการรับไว้ในโรงพยาบาล ประกอบกับผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทางด้านจิตเวชได้แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโรคจิตเภท พบว่าการรับไว้ในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ ร่วมกับทัศนคติที่ไม่ดีจากการรักษา การมีสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมโรคทางจิตเวช และภาวะซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Hert, McKenzie, & Peuskens ,2001)

4) การมารับยาไม่สม่ำเสมอเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่รับยาสม่ำเสมอ 2.187 เท่า (OR = 2.187, 95% CI = 1.153-4.150) นั่นคือ การที่ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาไปรับประทานต่อเนื่อง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบจึงมีสูงกว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด และได้รับยาไปรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ธีระ สีสานันทกิจ, 2539) จากการศึกษาของกฤษชาและคณะพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การ

ไม่ดูแลสุขภาพและการดูแลด้านการกินยา (Grucza, Przybeck, & Cloninger, 2005) และการมารับยานอกจากจะได้ยาแล้ว สิ่งผู้ป่วยได้รับไปนอกเหนือจากยา คือ การได้รับการประเมินจากแพทย์ / พยาบาล การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านหรือแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มที่เคยมีประวัติการรับยาไม่สม่ำเสมอ จึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

5) การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยเป็นโรคอื่น 5.449 เท่า (OR=5.449, 95% CI=2.521-11.780) เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย มักมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า หากขาดนัดและไม่มารับยาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสที่จะซึมเศร้ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบค (Beck, 1967 อ้างใน สายฝน เอกวารงกูร, 2549) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเสถียรภาพของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับอาการแสดงทั้งด้านร่างกาย (Physical) ได้แก่ หดกำลัง เหนื่อยล้า กระวนกระวาย ด้านอารมณ์ (Emotional) ได้แก่ เศร้า เหงา โดดเดี่ยว รู้สึกผิด ด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive) ได้แก่ สมมติฐาน การเรียนแย่ลง สับสน หมดหวัง หมดคุณค่า มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ และด้านพฤติกรรม (Behavioral) ได้แก่ แยกตัว อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ในระยะยาวภาวะซึมเศร้าส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการตัดสินใจ (Poor Judgment)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self Esteem) หมดหวัง (Hopeless) และหมดพลังอำนาจ (Powerlessness) พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมทางจิตเวชในผู้ที่ฆ่าตัวตายพบระดับความซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Fisher and others, 2001)

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรมีการประเมินความคิดฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตายทุกครั้ง
2. ควรมีการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตนเอง
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งแรกควรมีการเฝ้าระวังการคิดฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตาย
4. ควรมีการส่งเสริมหรือให้กำลังใจแก่ผู้ที่มารับยา และมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ในขณะเดียวกันควรมีการติดตามในกลุ่มที่ไม่มาตามนัด (loss F/U)
5. เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมบำบัดหรือโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ สำหรับใช้กับผู้ป่วยที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แพทย์ไม่รับไว้ในโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก :
- นชพร อธิธิวิศกุล มะลิวรรณ ออสน์เทียะ วราภรณ์ จิตกุล และจินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ. (2542). มุมมองต่อปัญหาและการปรับตัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัย สถานที่ทำงาน / ตีพิมพ์.
- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุลและ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนสาเหตุ และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: พลัสเพลส.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ อัปสรศรี ธนไพศาล และสุพรรณ เกกينة. (2541). รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คน ของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประจําวัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43, 2-31.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิมบราเคอร์การพิมพ์.
- มะลิ ชูโต. (2548). การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ กับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วินิทรา นวลละออ. (2550). ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(1), 19-28.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานการวิจัย ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สายฝน เอกวางกูร. (2549). วัยรุ่นและบริบทไทยกับการเกิดภาวะซึมเศร้า: มุมมองจากวัยรุ่น. สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- Barbee, M. A., & Bricker, P. (1996). *Psychiatric mental health nursing*. In Fortinash, K. M. & Holoday - Worrt, P. A. (Eds.), St.Louis :Mosby.
- Bernal, M. and others.(2007). "Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study". *Journal of Affective Disorders*,101, 27-34.
- Binder, R.M.(2007). "Assisting Nursing Faculty Through the Crisis and Resolution of Student Suicide". *Archives of Psychiatric Nursing*.21, 25-31.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., & Kessler, R.C. (2008). "Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcome:A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys". *Journal of Affective Disorders*,105,25-33.
- Cho, H., Hallfors, D.D., Iritani, B.J.(2007). "Early initiation of substance use and subsequent risk factors related to suicide among urban high school students".*Addictive Behaviors*,32,1628-1639.

- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C. P., & Wills, T. A. (2003). "Longitudinal relations among depression, stress, and coping in high risk youth". *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 243-258.
- Grucza, R.A., Przybeck, T.R., & Cloninger, R. (2005). "Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample". *Comprehensive Psychiatry*, 46, 214-222.
- Gunnell, D., Middleton, N., Whitley, E., Dorling, D., & Frankel, S. (2003). "Why are suicide rates rising in young men but in the elderly? - a time-series analysis of trends in England and Wales 1950-1998". *Social Science & Medicine*, 57, 595-611.
- Hauenstein, E.J. (1998). **Case finding and care in suicide: Children, adolescents, and adult**. In M.H. Bogd & M.A. Nihart (Eds.), *Psychiatric nursing contemporary practice* (pp. 1080-1101). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Hert, M.D., McKenzie, K., & Peuskens, J. (2001). "Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study". *Schizophrenia Research*, 47, 127-134.
- Hoyer, E.H., Olesen, A.V., & Mortensen, P.B. (2004). "Suicide risk in patients hospitalized because of an affective disorder: a follow-up study 1973-1993". *Journal of Affective Disorders*, 78, 209-217.
- Limosin, F., Loze, J.Y., Philippe, A., Casadebaig, F., & Rouillon, E. (2007). "Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenia patients". *Schizophrenia Research*, 94, 23-28.
- Menti, E. and others. (2007). "Smoking, psychological factors, psychopathological behavior, and other related condition in hospitalized youth suicide attempters". *Comprehensive Psychiatry*, 48, 522-528.
- Morton, M., Silverman, Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2006). Nonfatal Suicide Related Behavior Among Inmates: Testing for Gender and Type Differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 670-681.
- Sher, L. (2006). "Per capita income is related to suicide rates in men but not in women". *Journal of Mental Health*, 3(1), 39-42.
- Schmidtke, A., Bille-Brabe, U., DeLeo, D., Kerhof, A., Bjerke, T., Crept, P., et al. (1996). "Attempted suicide in Europe: Rates, trend and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992". Results of the WHO/EURO multicenter study on parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Scoccom, P., Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). "Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study". *Comprehensive Psychiatry*, 49, 13-21.
- Wyder, M., & Leo, D.D. (2007). "Behind impulsive suicide attempt: Indications from a community study". *Journal of Affective Disorders*, 104, 167-173.

## รายงานการวิจัย

### ห่วงโซ่สุขภาพ : การเพิ่มมูลค่าทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สายฝน เอกวางกูร \*  
นัยนา หนูนิล \*

Aekwarangkoon, S. and Noonil, N.

Health Cycle: Increasing Social Resource Value for Developing Community

Healthcare Systems for the Aging, Nakhon Si Thammarat Province

TJN : (2008) : (1-2) : 72-84

Keywords : Health Cycle, Increasing Social Resource Values, Healthcare System, Aging

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวทางการถอดบทเรียน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนานวัตกรรม 2) เป้าหมายของการดูแลสุขภาพชุมชนจากนวัตกรรม 3) รูปธรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน 4) บทบาทหน้าที่องค์กร / ภาคี และ 5) เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของการพัฒนานวัตกรรม / สุขภาพชุมชน โดยการเจาะจงเลือกชุมชนตำบลกระแต อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ได้รับการคัดเลือกจากโครงการนวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิของภาคใต้ที่ประสบความสำเร็จ (best practice) ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวบรวมข้อมูลด้วยการ

สังเกตกระบวนการทำงานในพื้นที่ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สมาชิกเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำหมู่บ้าน ครู สมาชิก อบต. พระภิกษุ ปราชญ์ชาวบ้าน ประชาชน และผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการสรุปประเด็น (thematical analysis) ผลการวิจัยพบว่าการเพิ่มมูลค่าทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเกิดจากจุดเปลี่ยนแนวคิด จากเดิมที่เชื่อว่าผู้สูงอายุคือไม้ใกล้ฝั่งและเป็นภาระของสังคมมาเป็นแนวคิดในทางตรงกันข้ามว่าผู้สูงอายุคือชุมชนทรัพยากรที่มีปัญญาที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็ง ในการ

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

พึ่งพาตนเอง แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การตั้งศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุแกนนำออกมาเป็นแรงขับเคลื่อนทางสังคมและขยายเครือข่ายสู่การพัฒนาคุณภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งชุมชน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนด้วยกระบวนการพึ่งพาตนเอง ระบุกรรมการดำเนินงานประกอบด้วยการค้นหาและสร้างสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ การขยายเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายร่วมผลักดัน

ให้เป็นนโยบายท้องถิ่น โดยทุกกระบวนการขับเคลื่อนด้วยตัวของผู้สูงอายุ องค์การภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นเพียงผู้ติดตามสนับสนุน (coaching) สำหรับเงื่อนไขที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ การบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านบุคคล งบประมาณ และแหล่งประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีนโยบายและข้อตกลงร่วมของชุมชนที่ส่งเสริมการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และลักษณะของนวัตกรรมที่มุ่งเน้นความสุข สอดคล้อง ง่ายต่อการนำไปใช้ และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

#### Abstract

The purpose of this study was to explore the developmental process of the aging healthcare system in the community according to five main issues: 1) the process of innovation development; 2) the goals of innovation in community healthcare; 3) strategies for community healthcare development; 4) rules of community and 5) conditions for successful innovation. Purposive sampling was employed in selecting the sample group for the study. Tambon Karagad, Chianyai District, Nakhon Si Thammarat Province, which has been promoted as the best province for aging in southern Thailand was selected as the setting for this study. The data were collected through observation, in-depth interviews, and focus on group discussion. The informants consisted of the officers in the community healthcare center, senior adult members, community healthcare volunteers, village leaders, teachers, local administrative members, monks, human sources of local wisdom members of the community, and the target group of senior adults. Content and thematic analysis were used in the breakdown and the findings of this study revealed that the increasing value of social capability for developing community healthcare systems for the aging was started by a paradigm shift from aging senior adults as a social burden to aging senior adults as sources of local wisdom for developing the strength of their health. This paradigm shift leads to the increased capability of aging senior adult volunteers in looking forward to the status of aging senior adults as social driving forces and expanding their social networks to develop health balance while improving the quality of life in the community. Operational strategies consist of the process of searching and developing the capability of aging senior adult volunteers aged fifty years and up wherein sharing knowledge, learning, and expanding the networks of aging senior adult teams and pushing for community policies are the best strategies for working with every process being pushed by the elderly while organizations act only as supporters and coaches. The conditions for successful innovation consist of 1) the ability to manage the resources personnel, budget, and other resources; 2) policy for supporting the process and 3) the characteristics of the innovation that focus on happiness, practicality, and implementation for the aging group in the community.

### ความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จากการสำรวจข้อมูลประชากรในปี 2548 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 7,029,000 คน เป็นผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-79 ปี จำนวน 6,274,000 คน และผู้สูงอายุช่วงวัยปลาย หรืออายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 755,000 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปีโดยคาดการณ์ว่าในปี 2577-2607 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) อย่างไรก็ตามขณะที่ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้นแต่กลับพบว่า มีภาวะเสี่ยงและการเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเสื่อมตามวัย และการเป็นโรค อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับสายตา โรคปวดเมื่อยจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งอุบัติเหตุซึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นอกจากนี้จากภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในช่วงเวลาทำงานของผู้ดูแลความเหงาที่ต้องอยู่คนเดียวและอายุที่มากขึ้นมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Jonkers, Lamers, Bosma, Metsmakers, Kempen, & Eijk, 2007) สิ่งเหล่านี้ทำให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไม่มีความสุข ลักษณะปัญหาสุขภาพดังกล่าวเกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุของตำบลเกาะกูด อำเภอเซียวใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศูนย์สุขภาพชุมชนการะเกดรับผิดชอบดูแลประชาชนในเขตพื้นที่ครอบคลุม 9 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, และ 10 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 792 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.10 ของประชากรทั้งหมด จากการดำเนินงานดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุตำบลการะเกดส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังในเวลากลางวัน ทำให้ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ขาดการรวมกลุ่มในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีภาวะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของชุมชนพบว่าโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากรตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไปคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.71 12.75 และ 1.53 ตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพชุมชนการะเกด, 2550) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง บางส่วนมีสุขภาพดีพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมแต่ไม่มีกลุ่มที่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจุดประกายให้เกิดโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลการะเกดขึ้น

นวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ “ห่วงโซ่สุขภาพ” โครงการชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุแข็งแรง ของชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ ตำบลการะเกด อำเภอเซียวใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เกิดจากจุดเปลี่ยนแนวคิด (Shift paradigms) ของแกนนำผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งในชุมชนจากเดิมที่เชื่อว่าผู้สูงอายุคือไม่ไถลล้ม เป็นผู้รอรับความช่วยเหลือ เป็นภาระของลูกหลานและสังคมมาเป็นแนวคิดในทางตรงกันข้ามว่าผู้สูงอายุ คือชุมชนทรัพยากรปัญญาแห่งพลังที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเอง สุขและควมมีคุณค่าคือการได้เป็นผู้ให้กับลูกหลานและเพื่อนผู้สูงอายุในสังคมแนวคิดดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่ความมุ่งมั่นพัฒนาโดยมุ่งเน้นการดึงศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุแกนนำอาสาสมัครออกมาเป็นแรงขับเคลื่อนทางสังคม และขยายเครือข่ายสู่การพัฒนาคุณภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งชุมชนด้วยกระบวนการทำงานที่ชุมชนร่วมกันเรียกว่า “ห่วงโซ่สุขภาพ” คือ การพัฒนาแกนนำ การขยายผลต่อเนื่อง การร้อยเรียงและเชื่อมโยงกระบวนการทำงานของแต่ละบุคคลและแต่ละหน้าที่

ด้วยสายใยรัก ร่วมเรียนรู้ พัฒนา เสริมคุณค่า และเสริมสร้างการทำงานร่วมกัน กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ขับเคลื่อนโดยกลุ่มผู้สูงอายุเองจึงนับเป็นบทเรียนที่สำคัญ และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพ

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนร่วมกับสถาบันการศึกษาและองค์กรภาคีในพื้นที่ได้ดำเนินโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โครงการพัฒนานวัตกรรม “ห่วงโซ่สุขภาพ” โครงการชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุแข็งแรง ตำบลเกาะเกิด อำเภอเข็วใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโครงการที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการสนับสนุนดังกล่าวด้วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กล่าวข้างต้น ทางโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมพื้นที่ภาคใต้จึงได้กำหนดให้มีการถอดบทเรียนและสังเคราะห์กระบวนการของการพัฒนานวัตกรรมขึ้น เพื่อเป็นบทเรียนสำหรับภาคีบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการเพิ่มมูลค่าทางสังคมสำหรับพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

### คำถามการวิจัย

กระบวนการเพิ่มมูลค่าทางสังคมสำหรับพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านกระบวนการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสังเกตการดำเนินงานจริงในพื้นที่

(observation) ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเกาะเกิด สมาชิกชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้านผู้สูงอายุครูสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระภิกษุ ตำรวจ ประชาชนชาวบ้าน/ผู้ที่มีความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประชาชน และผู้สูงอายุในชุมชนตำบลเกาะเกิดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่ 9 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, และ 10 จำนวนรวมทั้งสิ้น 50 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน

### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึงหน่วยงาน และองค์กรในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการนวัตกรรมสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ และองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกิดเพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือดำเนินการวิจัย พร้อมกับคัดเลือกตัวแทนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นถามความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการดำเนินงานในพื้นที่ ใช้เวลาการสนทนากลุ่มประมาณกลุ่มละ 1.5-2 ชั่วโมง โดยกำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลักษณะของข้อมูลในพื้นที่จำแนกเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลที่แสดงหลักการแนวทาง วิธีคิด และบทบาทหน้าที่ในการทำงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของผู้เกี่ยวข้องตามเป้าหมายของนวัตกรรม และ 2) ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติการจริง



เพื่อเป็นฐานในการวิเคราะห์แนวคิดและวิธีการพัฒนาสุขภาพชุมชนของนวัตกรรม ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวจะถูกสังเคราะห์เพื่อตอบโจทย์ข้างต้น ซึ่งแสดงภาพรวมของกระบวนการทำงานและหน้าที่ของ “นวัตกรรม” นี้ และขออนุญาตทำการบันทึกเทป

### การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยให้สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวออกจากกรวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล
2. ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลทั้งที่เป็นประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูล และตอบข้อซักถามทุกประเด็นที่สงสัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่โดยเลือกวัน เวลา และสถานที่ซึ่งไม่รบกวนกิจกรรมการประกอบอาชีพประจำวัน
4. การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกคำนึงถึงความสะดวก ความพร้อม และความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และผู้ให้ข้อมูลทุกคนในกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน
5. ข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และเอกสารบันทึกการสนทนาทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีที่งานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured guideline) เป็นคำถามปลายเปิด ครอบคลุมประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อาศัยกรอบวิธีคิดในการศึกษาเพื่อตอบโจทย์ของการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) กระบวนการพัฒนานวัตกรรม 2) เป้าหมายของการดูแลสุขภาพชุมชน

จากนวัตกรรม 3) รูปธรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน (กลไก วิธีการ หรือ ลักษณะของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน) 4) บทบาทหน้าที่องค์กร/ภาคี (ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) และ 5) เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของการพัฒนานวัตกรรม/สุขภาพชุมชน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์สรุปประเด็น (thematical analysis)

### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นหาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. กระบวนการพัฒนานวัตกรรม

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม “ห่วงโซ่สุขภาพ” ชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุแข็งแรง ตำบลเกาะเกิด อำเภอยะบะใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มต้นจากปี พ.ศ. 2545 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสบความล้มเหลวในกระบวนการดูแลสุขภาพและคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่สถานีอนามัย โดยพบว่าผู้สูงอายุมาตามนัดจำนวนน้อยมาก จากนั้นจึงปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ไปตรวจคัดกรองและให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุซึ่งมาทำบุญที่วัดในวันพระเดือนละ 2 ครั้งจนกระทั่งผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าที่ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมดังกล่าวและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 มีการริเริ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของชุมชนโดยการผลักดันของนายไรรุสเสฐประเสริฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันนอกเหนือจากการตรวจและให้ความรู้

ด้านสุขภาพ ได้แก่ การร้องเพลง พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การออกกำลังกาย สมาชิกชมรมคือผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ 9 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, และ 10 โดยจำนวนสมาชิกเริ่มต้นมีจำนวน 47 คน ต่อมาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุมีการเพิ่มกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสวัสดิภาพ และการอบรมทรมณ์ซึ่งเป็นการเสริมแรงจูงใจ และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต โดยสมาชิกแต่ละคนสามารถถือหุ้นได้อย่างน้อยคนละ 1 หุ้น หุ้นละ 20 บาท ต่อมา มีการจัดสวัสดิการฌาปนกิจ มีพวงหรีดให้ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเสียชีวิต นอกจากนี้สมาชิกสามารถกู้เงินได้โดยจ่ายดอกเบี้ยในอัตราเพียงร้อยละ 1

ปี พ.ศ. 2548 มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และกิจกรรมของเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินการของประธานคนใหม่จนถึงปัจจุบันคือนายคล่อง ใจจนเมธากุล เป็นผู้ขยายกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 100 คน มีการนำความรู้ และวิธีการออกกำลังกายโดยท่ามโนราห์ประยุกต์เข้ามา เป็นสื่อกิจกรรมในเบื้องต้น กิจกรรมดังกล่าวสามารถรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมได้ทุกวันเวลา 15.00 น. ต่อมา มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น คือ การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ (โยคะ เดิน แอโรบิค รำไม้พลอง มโนราห์ประยุกต์) การพบปะพุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมถักสานผลิตภัณฑ์กระจูด การทำข้าวซ้อมมือ การปลูกและบริโภคผักปลอดสารพิษ การรวมกลุ่มและจัดตั้งกลุ่มแม่บ้านผู้สูงอายุ เน้นการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพ การทำงานที่ผ่านมามีการเขียนโครงการของงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. เพื่อศึกษาดูงานทุกปี ปีละ 1 ครั้ง และมีการดำเนินกิจกรรมรวมกลุ่มตามประเพณี เช่น สงกรานต์ ปีใหม่ แห่ผ้าขึ้นธาตุ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเกาะเกิดเป็นพี่เลี้ยง

ต่อมาในปี 2549 แกนนำสมาชิกเครือข่าย

ชมรมผู้สูงอายุมีความคิดว่ากิจกรรมชมรมทำประโยชน์ได้เฉพาะกับผู้สูงอายุในชมรมเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น ไม่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่สามารถกระจายโอกาสถึงกลุ่มที่ด้อยโอกาสในสังคม ดังนั้นจึงมีความคิดและความต้องการขยายความสุขเพื่อนผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน โดยร่วมมือกันจัดโครงการ “ชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุแข็งแรง” ขึ้นและดำเนินงานภายใต้ความเชื่อพื้นฐานว่า “ผู้สูงอายุคือ **ชมรมทรัพย์ภูมิปัญญาอันล้ำค่าของชุมชน**” เป็นวัยที่เต็มเปี่ยมด้วยประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาความสุข ดุลยภาพทางสุขภาพ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน แกนนำผู้สูงอายุในโครงการมีแนวคิดร่วมกันว่าการได้ใช้เวลาว่างในแต่ละวันช่วยเหลือเพื่อนผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสในชุมชนให้มีความสุขและสุขภาพดีคือการเพิ่มพูนคุณค่าและความสุขในชีวิตได้มากกว่าการเป็นผู้รอรับความช่วยเหลือจากชุมชน ยิ่งกว่านั้นการได้ร่วมกันทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการคืนกำไรสู่สังคม เป้าหมายสุดท้ายคือผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

“.....ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสมาชิกชมรมยังน้อยอยู่ ผู้ที่เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องคือผู้ที่มีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ แม้ว่าจากการประเมินสภาวะสุขภาพสมาชิกชมรม พบว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.75 โรคเบาหวาน 10.71 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 1.53 และโรคปวดเมื่อย แต่สมาชิกชมรมก็สามารถควบคุมโรคเหล่านั้นไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากสมาชิกชมรมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนเพื่อการควบคุมโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกด้วยตนเอง สมาชิกรู้สึกดีและมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จึงคิดว่าควร จะกระจายโอกาสการเข้าถึง บริการสุขภาพและแบ่งปันความสุขไปยังผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสในชุมชน จึงได้

พัฒนานวัตกรรมโดยการค้นหาผู้มีจิตอาสาและนำมาพัฒนาสมรรถนะ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แล้วไปดูแลผู้สูงอายุที่เป็นลูกชาย อย่างน้อย 5 คน ทำให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานได้ครั้งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด.....”

นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเกาะเกิด

## 2. เป้าหมายของการดูแลสุขภาพชุมชนจากนวัตกรรม

เป้าหมายของนวัตกรรม “ห่วงโซ่สุขภาพ” โครงการชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุแข็งแรงเกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในรูปแบบภาคีเครือข่ายผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมพลังสมอง และการทำประชาพิจารณ์ โดยโครงการมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับโอกาสและสามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 2) เพื่อสร้างและขยายเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุให้เข้าถึงทุกหมู่บ้าน และ 3) เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องและยั่งยืนของชมรมผู้สูงอายุโดยการผลักดันให้เป็นนโยบายของท้องถิ่น กระบวนการทำงานมุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าร่วมหรือจัดโครงการ/กิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพิ่มสมรรถนะในการพัฒนาสวัสดิการ การจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุอาสาสมัครในการเป็นผู้นำและขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพช่วยเหลือสุขภาพให้กับกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน ผลลัพธ์สุดท้ายคือความสามารถในการเพิ่มความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน

## 3. รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนนวัตกรรม “ห่วงโซ่สุขภาพ” โครงการชมรม

เข้มแข็ง ผู้สูงอายุแข็งแรงดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมทุกชนิดที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบด้วย 1) บุคคล มีผู้สูงอายุเป็นพลังขับเคลื่อนหลักและผู้ร่วมสนับสนุน อาทิ ผู้นำชุมชน อบต. แกนนำธรรมชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู พระภิกษุ นักเรียน กลุ่มอาชีพจักสาน ปลุกผักปลอดสารพิษในชุมชน เป็นต้น 2) งบประมาณ โดยเขียนโครงการขอทุนสนับสนุนจาก สวรส. และบางส่วนในการเริ่มต้นจาก อบต. ศูนย์สุขภาพชุมชน และจากชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุเกาะเกิด 3) สถานที่/แหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ วัด โรงเรียน มัสยิด ศูนย์กลางชุมชน เป็นต้น การได้มาของทุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการร่วมค้นหาทรัพยากรที่สามารถเป็นทุนทางสังคมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนในลักษณะต่างๆ จากนั้นดำเนินการเชิงรุก การขอรับการปรึกษาและการสนับสนุนด้านการเขียนโครงการขอใช้พื้นที่ งบประมาณ ความคิดเห็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

สำหรับข้อมูล/ความรู้ที่ใช้ในโครงการประกอบด้วย ธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของวัยผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการอาชีพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การจัดระบบการเงินสหกรณ์ชมรมผู้สูงอายุ โดยแหล่งข้อมูลด้านวิชาการได้จากการสืบค้นจากตำรา เอกสาร การสืบค้นจาก Internet โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ส่วนเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ใช้การสอบถาม สัมภาษณ์ จากตัวแทนชุมชนซึ่งเป็นผู้รู้ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลสุขภาพในมิติต่างๆ นอกจากนี้ทีมงานยังหาข้อมูลจากผู้รู้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยทำหนังสือเชิญมาให้ความรู้

รูปแบบ /วิธีดำเนินการ โดยการ 1) รับสมัครอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุที่มีจิตอาสาทำงานในชุมชนจำนวน 80 คน 2) ดำเนินการอบรมการดูแลสุขภาพทุกมิติให้แก่แกนนำผู้สูงอายุตามหลักสูตรที่เกิดจากการ

ร่วมคิดของแกนนำผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 3) รณรงค์ประชาสัมพันธ์โครงการในชุมชนเพื่อให้เกิดกระแสการรักสุขภาพและชักชวนคนเข้าร่วมโครงการ 4) แกนนำขยายผลครอบคลุมการดูแลสุขภาพจาก 80 คน สู่ 400 คน คือ แกนนำ 1 คน ขยายผลสู่ 5 ครอบครัว และจาก 5 ครอบครัวพัฒนาให้เป็นแกนนำเพื่อขยายผลต่อไปให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน 5) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การออมเงินและเรียนรู้การกินอยู่อย่างพอเพียง 6) แกนนำตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่เป้าหมายซึ่งเป็นครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมกับประเมิน ตรวจร่างกาย และบันทึกข้อมูลสุขภาพทุกด้านของผู้สูงอายุลงในแบบบันทึกสุขภาพประจำตัวอย่างเป็นระบบ พร้อมกับให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพร่างกายและสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการ พร้อมกับปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ 8) การประกวดแข่งขันการทำงานของทีมงาน และผู้สูงอายุสุขภาพดี และ 9) ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านสื่อท้องถิ่นในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ชุมชนเห็นศักยภาพของผู้สูงอายุว่าเป็นกลุ่มเพิ่มมูลค่า/คุณค่า และไม่เป็นภาระของสังคม

“...ที่นี้ทำงานกันแบบให้เกียรติกัน ฟัง นับถือกัน ทุกคนต้องเข้าร่วมหมด ตลอดงาน พวกแกนนำแบบเราจะเป็นคนทำงานหลักเพราะเราจะรู้จักผู้สูงอายุในชุมชน ได้ดีกว่ากลุ่มอื่นหมด ส่วนทีมงาน หน่วยงานอื่นจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือ ประสานงาน ช่วยเขียนงานที่เราต้องการ คอยช่วยอำนวยความสะดวกที่ดี ทั้งหมดเราเน้นการทำงานเครือข่าย ขยายผลเหมือนลูกโซ่แอมเวย์ ทำหมด ทั้งกำหนดนั้นแหละ หมอที่นี้เค้าต้องแลทั้งหมด...”

แกนนำผู้สูงอายุชุมชนการะเกด

สำหรับกติกาสื่อกลางที่ช่วยให้โครงการประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) สมาชิกเครือข่ายชมรม

ผู้สูงอายุต้องมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานและเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุของกลุ่มดังกล่าว 2) ทีมงานต้องเป็นผู้เสียสละและมีจิตอาสา 3) ทีมงานต้องเป็นต้นแบบสำหรับการมีสุขภาพดี และ 4) ทีมงานเป็นต้นแบบที่ดีในการออมเงิน โดยร่วมกันออมเงินทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 หุ่น จำนวน 20 บาท การพัฒนา กฎ กติกา และข้อตกลงของโครงการเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาประชุม ร่วมคิด วิเคราะห์ และหาข้อสรุปก่อนดำเนินโครงการในพื้นที่ ทั้งนี้การดำเนินการในทุกกระบวนการผลักดันและขับเคลื่อนด้วยตัวของผู้สูงอายุทั้งสิ้น มีการขยายเครือข่ายงานในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นเพียงผู้ติดตามสนับสนุน (coaching)

#### 4. บทบาทหน้าที่องค์กร/ภาคี (ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม)

การดำเนินโครงการใช้แนวคิดการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action) จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุตำบลการะเกดเป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนหลัก ผลักดันให้เกิดและดำเนินโครงการให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และองค์กร/ภาคีสันับสนุนให้กระบวนการดำเนินงานไปได้ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนผู้ร่วมคิดและเขียนโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของทีมงาน ร่วมกับสนับสนุนด้านความรู้ การค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 2) ครู นักเรียน และบุคลากรในโรงเรียนเป็นผู้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญา การเล่านิทาน การร้องเพลง กล่อมเด็ก การผลิตน้ำยาล้างจานสมุนไพร เป็นต้น 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมรณรงค์และชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรม และให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณบางส่วนที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ อบต. ยังทำการบรรจุโครงการดังกล่าวให้อยู่ในแผนพัฒนาชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในอนาคต 4) พระภิกษุ

เป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ธรรมชาติ วัฒนธรรม และประเพณีท้องถิ่นเป็นสื่อสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ

5) ผู้ที่มีความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และฝึกให้ผู้สูงอายุ เรียนรู้การใช้สมุนไพร การถักสาน

6) ดำรวจผู้อำนวยการ ความสะดวกด้านการจราจรเมื่อมีกิจกรรมชมรม และร่วมแสดงความคิดเห็นในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ

7) กลุ่มแม่บ้านและกลุ่มส่งเสริมอาชีพ ทำหน้าที่สำรวจความต้องการอาชีพเสริม เป็นหรือหาวิทยากรแต่ละกลุ่มอาชีพ ส่งเสริมการรวมกลุ่มสร้างรายได้ รวมทั้ง สวัสดิการและจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ

“.....ที่นี้เราเน้นการทำงานที่ให้ทุกคนทุกหน่วยงานของชุมชนมาช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความสนใจกัน ทำให้เรามีกำลังใจทำงานได้ดี แต่ละคนก็ทำบทบาทของตัวเองตามถนัด ใครสามารถอะไรก็มาช่วยกันนั้น เหมือนแรกก่อนที่เราทำใครทุกคนก็มาร่วมมือกัน ใครคล่องใครก็มาช่วยสิ่งนั้น.....”

แกนนำผู้สูงอายุชุมชนเกาะเกิด

“....การทำงานใดๆ ก็ตาม ถ้าร่วมมือกันหลายๆ ฝ่าย งานก็จะสำเร็จ ทั้งหมด คนแก่ อสม. ทั้ง อบต. และ ผู้ใหญ่บ้าน อยากให้ทุกคนร่วมมือกัน คนแก่จะได้มีสุขภาพดี...”

ประธานบริหารการเงินชมรมผู้สูงอายุ

## 5. เจ็อนไขแห่งความสำเร็จของการพัฒนา นวัตกรรม/สุขภาพชุมชน

การดำเนินโครงการที่ผ่านมาพบว่าทีมงาน ประสบกับอุปสรรคหลายประการเนื่องจากลักษณะ โครงการที่ทำเป็นเรื่องของการสร้างความตระหนักและ ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ไปสู่เป้าหมายที่ดี ขึ้นซึ่งเป็นเรื่องยากและต้องอาศัยระยะเวลาอันยาวนานประกอบ

กับหลายครั้งที่ทีมงานมุ่งมั่นให้เกิดการทำงานที่ดีที่สุด แต่ขาดประสบการณ์ ทำให้การทำงานหลายครั้ง ไม่ราบรื่น อย่างไรก็ตาม เมื่อประเมินผลการดำเนินการ เป็นระยะกลับพบว่าโครงการดังกล่าวได้รับการตอบรับ ที่ดีจากชุมชน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนิน โครงการให้ประสบผลสำเร็จ พบว่า เกิดจากปัจจัย เจ็อนไขดังต่อไปนี้

5.1 ลักษณะของทีมงาน บทเรียนที่ได้จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงาน ที่ประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องมีทีมงานที่มี คุณลักษณะ คือ อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่มีจิตอาสา ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนแผนอย่างไม่เห็นดีเห็นอยู่ เมื่อมีอุปสรรค มีพลังในการทำงาน มีวิธีการคิดที่ สร้างสรรค์ คิดนอกกรอบได้ และสามารถจัดสรรความ เข้มแข็งจากต้นทุนของสังคมได้ดี สามารถจัดระบบการ คิดและวิเคราะห์งานได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้รูปแบบ การทำงานที่เน้นการขับเคลื่อนและขยายเครือข่ายจาก พื้นฐานความเข้มแข็งของผู้สูงอายุมีความมั่นคง

“...งานนี้ไม่มีทางสำเร็จได้เลยถ้าเราไม่มี ผู้สูงวัยที่มีใจช่วยเหลือจริงจัง เพราะงานนี้เหนื่อยมากนะ บอกได้เลยว่าไม่ตั้งใจจริงล้ม แล้วต้องไม่พิกกับที่ คล่องตัว คิดไหนนอกกรอบ คิดเป็นระบบ สร้างสรรค์ อีกอย่างคือว่าที่เราไปได้เร็วนี้เพราะว่าเรามีแนวคิด ให้พวกอายุตั้งแต่ 50 ขึ้นไปมาเข้าร่วม จุดนี้สำคัญมาก ๆ ทำให้งานไปคล่อง อีกอย่างช่วยให้สามารถเตรียม ความพร้อมของคนพวกนี้ไปกัน...”

ประธานชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน

5.2 ลักษณะของโครงการที่ดีต้องมุ่งเน้น ความสุข ซึ่งพบว่าการทำงานที่มุ่งเน้นความสุขตลอด กระบวนการทำงานจะทำให้งานมีความยั่งยืนและ ประสบผลสำเร็จได้สูง นอกจากนี้ต้องเป็นโครงการที่มีความสอดคล้องกับบริบท ความต้องการ ความคาดหวัง

เป็นประโยชน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ง่ายต่อการนำไปใช้ ที่สำคัญโครงการที่จะมีความยั่งยืนได้ต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นประโยชน์กับตนเอง ปฏิบัติแล้วก่อให้เกิดความสุข

“.....ผมผ่านมาหลายโครงการแล้วสรุปได้ว่าการทำงานที่จะทำให้โครงการยาวนานได้ สำคัญต้องเน้นที่ความสุข เป็นประโยชน์ ใช้ง่าย เอาไปใช้ในพื้นที่ได้จริง.....”

อดีตประธานชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน

“...เวลาเราทำอะไรต้องแลกกันว่ากิจกรรมที่ทำมันเข้ากับความสุข ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนถึงทำ ไม่ใช่เลียนแบบชุมชนอื่นหรือบ้านเมืองอื่นเหมือนแต่ก่อนจะไม่ได้ผล เช่น จะให้ผู้สูงอายุเค้าออกมาเดินออกกำลังกายบางคนก็ทำได้ บางคนทำไม่ได้ บางคนเดินหรือว่าให้เดินนี้เค้าบดสีไม่หาญ (ไม่กล้า) ทำ แบบนี้ก็ไม่มีผลไหน...”

แกนนำผู้สูงอายุชุมชนเกาะเกิด

5.3 แหล่งประโยชน์/ทรัพยากร คือ มีแหล่งประโยชน์/ทรัพยากรหลากหลายและเพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ รวมทั้งการมีหน่วยงาน/องค์กรเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการจัดโครงการทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร ความรู้ เป็นต้น

“...อันนี้ที่สำคัญคือต้องมีอุปกรณ์พอที่เราต้องการใช้ พวกหน่วยงานก็ต้องให้ความร่วมมือกันถึงจะหนุก เหมือนที่นี้ก็ดี อบต. เค้าช่วยสนับสนุน สตาจิสต์ให้ชมรมตลอด เจ้าหน้าที่อนามัยก็ช่วยเรื่องความรู้มั่ง วิทยากรมั่ง พอช่วยกันหลายฝ่ายก็สำเร็จมากขึ้นเร็วขึ้น.....”

ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านชุมชนเกาะเกิด

นอกจากนี้เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้โครงการดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพคือโครงการที่ได้ผลต้องเกิดจากการคิดค้นของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างแท้จริงทำให้โครงการนี้เกิดจุดเด่น 3 ประการ คือ 1) การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อเพิ่มมูลค่าชีวิตและการงานของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาผู้สูงอายุที่เน้นกระบวนการพึ่งพาตนเอง และ 3) การดำเนินโครงการและขยายเครือข่ายโดยใช้พลังผู้สูงอายุเป็นตัวขับเคลื่อน จากลักษณะของความเข้มแข็งดังกล่าว จึงควรมีการขยายงานของโครงการชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุเข้มแข็งไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป

### การอภิปรายผล

นวัตกรรม “ห่วงโซ่สุขภาพ” โครงการชมรมเข้มแข็ง ผู้สูงอายุเข้มแข็ง ตำบลเกาะเกิด อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชในครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ประการแรกคือการที่นวัตกรรมมีจุดเริ่มต้นที่แตกต่างจากโครงการที่ผ่านมา กล่าวคือ โครงการส่วนใหญ่ในอดีตเป็นลักษณะของการคิดให้ การสั่งการตามมุมมองของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (top-down) กลุ่มเป้าหมายเป็นแต่เพียงผู้รับ แต่นวัตกรรมครั้งนี้เกิดจากตัวผู้สูงอายุเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหา เริ่มต้น และขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานด้วยตนเอง ไม่ได้เกิดจากการยัดเยียด (bottom-up) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุนสิ่งที่กลุ่มเป้าหมายต้องการ ลักษณะโครงการที่ได้จึงเกิดประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง (Fraser, Dougill, Mabee, Reed, & McAlpine, 2006) ประกอบกับการพลิกมุมมอง (shift paradigm) จากเดิมซึ่งตีตรา (stigma) ว่าผู้สูงอายุคือไม่ใกล้ฝั่งและเป็นภาระของสังคมมาเป็นแนวคิดทางบวก (positive thinking) ว่าผู้สูงอายุคือชุมชนทรัพยากรที่มี

ปัญญาที่สำคัญและเป็นพลังให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเอง มุมมองดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข (happiness) และเกิดกระบวนการเสริมพลัง (empowerment) ซึ่งทั้งสองส่วนเป็นปัจจัยเชิงกระบวนการทางสังคมที่นำไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพที่ต้องการได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของชานอสต์ เมอร์ฟี-เบอร์แมน และแชมเบอร์ (Schones, Murphy-Berman, & Chambers, 2000) ที่พบว่า การดำเนินการที่มุ่งเน้นความสุขและการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดการทำงานในลักษณะของการทวีพลัง (synergy) และยั่งยืน

ปัจจัยประการที่สองซึ่งช่วยให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายคือตลอดกระบวนการพัฒนานวัตกรรมมีความยืดหยุ่น คำนึงถึงบริบท ความสอดคล้อง ความง่ายต่อการนำไปใช้ รวมทั้งความสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง จะเห็นได้จากเนื้อหาหลักสูตรของการอบรมแกนนำเกิดขึ้นจากความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง ประกอบกับการใช้กลยุทธ์เชิงกลไกตามมิติมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพทุนทางสังคม (ผู้สูงอายุ) โดยการมองเห็นและให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้าใจ และสอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตชุมชน ถือเป็น การเพิ่มความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ และสามารถลดข้อขัดแย้งลงได้ (Hawe & Shiell, 2000; Looman & Lindeke, 2005; Wadden, Butryn, & Wilson, 2007) นอกจากนี้การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเป็นระบบ คือ มีแกนนำผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปช่วยให้ดำเนินการได้สะดวกและถือเป็นการเตรียมความพร้อมของกลุ่มดังกล่าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพร่วมกับการขยายเครือข่ายสู่ชุมชน โดยผู้สูงอายุในลักษณะห่วงโซ่สุขภาพ ทำให้ผลที่ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทั้งชุมชนได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Eaton, Cordain, & Lindeberg, 2002; Satariano & McAuley, 2003)

กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) อย่างลงตัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้โครงการดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ขับเคลื่อนด้วยตัวเอง ทำให้เข้าใจธรรมชาติของการดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ขณะเดียวกันในประเด็นที่ต้องการความช่วยเหลือก็มีผู้ให้การสนับสนุนได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน ตำรวจ ครู นักเรียน กลุ่มแม่บ้าน พี่เลี้ยงสถานเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และประชาชนในชุมชนเป็นเพียงผู้ติดตามสนับสนุน (coaching) คอยเสริมพลัง ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และอำนวยความสะดวก กลยุทธ์การประสานงานดังกล่าว ผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืนของโครงการ (Corti & Donovan, 2002; Ohta, Takigami, & Ikeda, 2006; Stahl et al., 2001)

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

### 1. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบ

การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำงานทั้งระบบ ตั้งแต่การระดมทุนทางสังคมและจัดการชุมชนที่มีอยู่ เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านบุคคล งบประมาณ แหล่งประโยชน์ ภูมิปัญญา โดยใช้กระบวนการสร้างพลัง ค้นหา ให้คุณค่า และเพิ่มคุณค่ากับงานที่ทำ การมองเห็นความสำเร็จและความองกวมของผลลัพธ์ทั้งในจุดเปลี่ยนระดับเล็กน้อยและระดับมาก รวมทั้งการหากกลยุทธ์สนับสนุนที่ทำงานในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้กระบวนการดำเนินงานเกิดความสุขและยั่งยืน

## 2. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาไกล

พลังขับเคลื่อนที่ช่วยให้การดำเนินงานดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจากองค์กรภาคีทุกภาคส่วน ทั้งด้านความรู้ ทีมงาน งบประมาณ สถานที่ แหล่งประโยชน์ เวลา และการรณรงค์ให้คุณค่า ทั้งนี้การสนับสนุนทุกด้านต้องคำนึงถึงความต้องการของทีมงานผู้สูงอายุเป็นหลัก

## 3. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาวิธีการทำงาน

บทเรียนจากนวัตกรรมครั้งนี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าวิธีการทำงานเพื่อจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนได้ต้องมีจุดเริ่มต้นจากกระบวนการคิดเชิงบวก (positive thinking) มองเห็นศักยภาพและให้คุณค่ากับทุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งทุนบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุว่าเป็นพลังชุมชนทรัพยากรที่ก่อให้เกิดฐานรากที่แข็งแกร่ง มีความเข้าใจสูงสุดในระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งชุมชน ทั้งนี้ตลอดกระบวนการ

ทำงานต้องเกิดจากผู้สูงอายุเป็นหลักอาศัยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ไว้วางใจ และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของการดำเนินการดูแลสุขภาพของเพื่อนผู้สูงอายุอย่างเต็มศักยภาพ โดยปรับกระบวนการต้นการทำงานของภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้เป็นเพียงผู้ติดตามสนับสนุน (coaching) เท่านั้น

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิม ผู้อำนวยการ สวรส. ภาคใต้ ที่ให้โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน และขอขอบคุณ คุณนงรัตน์ พิธิกิจ หัวหน้าโครงการ และเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุตำบลเกาะเกิดที่เป็นผู้ผลักดันให้เกิดโครงการและให้ความร่วมมือในกระบวนการศึกษาอย่างดียิ่ง



## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานผลการสำรวจข้อมูลประชากรไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนการะเกด. (2550). รายงานภาวะสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนการะเกดปี พ.ศ. 2550. ตำบลการะเกด อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- Corti, B. G. & Donovan, R. J. (2002). The relative influence of individual, social, and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine*, 54, 1793-1812.
- Eaton, S. B., Cordain, L., & Lindeberg, S. (2002). Evolutionary health promotion: A consideration of common counterarguments. *Preventive Medicine*, 34, 119-123.
- Fraser, E. D. G., Dougill, A. J., Mabee, W. E., Reed, M., & McAlpine, P. (2006). Bottom up and top down: Analysis of participatory processes for sustainability indicator identification as a pathway to community empowerment and sustainable environmental management. *Journal of Environmental Management*, 78, 114-127.
- Hawe, P. & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: A review. *Social Science & Medicine*, 51, 871-885.
- Jonkers, C., Lamers, F., Bosma, H., Metsemakers, J., Kempen, G., & Eijk, J. V. (2007). Process evaluation of minimal psychological intervention to reduce depression in chronically ill elderly persons. *Patient Education and Counseling*, 68, 252-257.
- Looman, W. S. & Lindeke, L. L. (2005). Health and social context: Social capital's utility as a construct for nursing and health promotion. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(2), 90-94.
- Ohta, M., Takigami, C., & Ikeda, M. (2006). Effect of lifestyle modification on worker's job satisfaction through the collaborative utilization of community-based health promotion program. *International Congress Series*, 1294, 123-126.
- Satariano & McAuley, (2003). Promoting physical activity among older adults from ecology to the individual. *American Journal Preventive Medicine*, 25, 184-192.
- Schones, C. J., Murphy-Berman, V., & Chambers, J. M. (2000). Empowerment evaluation applied: Experiences, analysis, and recommendations from a case study. *American Journal of Evaluation*, 21(1), 53-64.
- Stahl, T. (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle results from an international study. *Social Science and Medicine*, 52, 1-10.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of Obesity. *Gastroenterology*, 132, 2226-2238.



## สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี องค์ราชูปถัมภ์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

### คณะกรรมการอำนวยการ

### รายนามคณะกรรมการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

#### กรรมการกิตติมศักดิ์

- รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ
- รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

#### กรรมการกิตติมศักดิ์

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. ท่านผู้หญิงประไพ ศิวะโกเศศ  | 2. ท่านผู้หญิงประเทือง ศชภักดี |
| 3. คุณหญิงจินดา จรุงเจริญเวชช์ | 4. นางชัชวีร์ ลิ้มทจิตต์       |
| 5. นางเพียววี บุรณเวช          | 6. นางประไพ วัฒนเศรษฐ์         |
| 7. นายปกรณ์ จรุงเจริญเวชช์     | 8. นางสุภาพรรณ ตั้งสุณาวรรณ    |

#### คณะกรรมการที่ปรึกษา

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. พันเอกหญิง คุณหญิงอัสนีย์ เสาวภาพ  | 2. นางสมจิตต์ กาญจนะโกติน            |
| 3. รองศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ      | 4. นาวาเอกหญิงขวัญเรือน สงวนเชื้อ    |
| 5. นางจุฑามาศ พุทธิพิทักษ์            | 6. นางจำเนียร สิงห์กุล               |
| 7. นางสาวธิดา จิวถนอม                 | 8. นาวาเอกหญิงนัยนา ศิริรัตน์        |
| 9. นางสาวบุญประคอง บัตรพรธนะ          | 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ป้าหนัน บุญหลง |
| 11. นางเพลินพิศ ปานสว่าง              | 12. ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์           |
| 13. นางสาวรัตนภรณ์ โกมลปานิก          | 14. นางลดาวัลย์ รวมเมฆ               |
| 15. นาวาอากาศเอกหญิงสุภาจวีร์ ไตรปิฎก |                                      |

## คณะกรรมการอำนวยการ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศ	บุญทอง	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
2. รองศาสตราจารย์สุปาณี	เสนาดิษฐ์	อุปนายกคนที่ 1
3. นางจันทิรา	ภาวิไล	อุปนายกคนที่ 2
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิรพรรณ	พีรวุฒิ	อุปนายกคนที่ 3
5. อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ	ทิมสุวรรณ	อุปนายกคนที่ 4
6. นางอรวรรณ	เมฆวิชัย	อุปนายกคนที่ 5
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม	รอดคำดี	เลขาธิการและนายทะเบียน
8. นางศศิธร	วุฒิกมลสมบัติกุล	รองเลขาธิการ
9. ดร.วรรณิ	ตปนียากร	เหรัญญิก
10. นางนวลขนิษฐิ	ลิขิตลือชา	ผู้ช่วยเหรัญญิก
11. ดร.กาญจนา	จันทร์ไทย	ปฏิคม
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู	พุกบุญมี	ประธานฝ่ายวิชาการ
13. นางสาววราพร	หาญคุณะเศรษฐิ	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ
14. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี	ศรีมรกต	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ
15. นางสาวดวงจันทร์	ทิพย์ปรีชา	ประธานฝ่ายบริการพยาบาล
16. รองศาสตราจารย์ ดร.พองคำ	ติลกสกุลชัย	ประธานฝ่ายวิจัย
17. นางศรีวรรณ	ต้นศิริ	ประธานฝ่ายบริการชุมชน
18. ดร.ทัศนีย์	รวีวรกุล	ประธานร่วมฝ่ายบริการชุมชน
19. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	ขัมภลลิขิต	ประธานฝ่ายวารสาร
20. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข	หิงคานนท์	ประธานฝ่ายพัฒนาวิชาชีพ และพยาบาลพิเศษ
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังคณา	สริยาภรณ์	ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพ และพยาบาลพิเศษ
22. ดร.อุษณีย์	เทพวรชัย	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพันธ์	ชินล้าประเสริฐ	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
24. นางกมลทิพย์	หิตะนันท์	ประธานฝ่ายหารายได้
25. พันเอกหญิงอรทัย	วิไลเกษม	ประธานฝ่ายสวัสดิการ

## คณะกรรมการฝ่ายวารสาร

### ประธาน

รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลลิขิต

### กรรมการ

- |                                      |               |
|--------------------------------------|---------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. รุจา              | ภูไพบูลย์     |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทราวดี  | ธีรวิเชษฐ     |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา         | เชาวลิต       |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬาลักษณ์ | บารมี         |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกวรรณ    | สุวรรณปฏิกรณ์ |
| 6. ดร. ลิลลี่                        | ศิริพร        |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา      | ตากวิริยพันธ์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วงเดือน        | สุวรรณศิริ    |

## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญสมาชิกตลอดจนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความเกี่ยวกับการพยาบาลในสาขาต่าง ๆ หรือรายงานผลการวิจัยทางการแพทย์เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ ข้อเสนอแนะในการเตรียมต้นฉบับมีดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ดีดโดยใช้กระดาษขนาด 8 x 11 นิ้ว ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ส่งต้นฉบับมาที่บรรณาธิการ 3 ชุด พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูลขนาด 3.5 นิ้ว (Diskette) หรือแผ่น CD
2. ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อผู้เขียนอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดยทั้งชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนต้องมีภาษาอังกฤษกำกับ พร้อมทั้งระบุคุณวุฒิของผู้เขียนโดยละเอียด หากเป็นวิทยานิพนธ์และ/หรือทุนอุดหนุน ตำแหน่งวิชาการ และสถานที่ทำงานของผู้เขียนให้ระบุอย่างชัดเจน โดยให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก
3. สำหรับบทความผลการวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย อังกฤษ ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยโดยสรุป การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
4. การอ้างอิงใช้ระบบ APA ปี 2001 (American Psychological Association) โดยมีรายละเอียด ดังนี้
  - 4.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง เมื่อสิ้นสุดข้อความที่ต้องการอ้างอิง ใส่ชื่อผู้แต่ง และปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บต่อท้ายข้อความนั้น เช่น (บุญธรรม กิจปรีชาบริสุทธิ์, 2516) และ (Waller, 1972)
  - 4.2 การอ้างอิงท้ายบทความ ให้ปฏิบัติดังนี้
    - เรียงลำดับเอกสารภาษาไทย ก่อนภาษาอังกฤษ
    - เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้แต่ง ภาษาไทยใช้ชื่อต้น ส่วนภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุล ในการเรียงลำดับ
    - รูปแบบการเขียนและการใส่เครื่องหมายวรรคตอน ให้ถือตามตัวอย่างดังต่อไปนี้

### ก. หนังสือ

ยูวดี ภาษา มาลี เลิศมาลีวงศ์ เยาวลักษณ์ เลานะจินดา วิไล สีสุวรรณ พรรณวดี พุทธวัฒน์ และจุไรศ ธนรักษ์. (2526). **คู่มือการวิจัยทางการแพทย์** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.  
 Treece, E.W/ & Treece. W.J. (1997). *Elements of Research in Nursing* (2<sup>nd</sup> ed.) Saint Louis : the CV Mosby Company.

### ข. วารสาร

ชื่อผู้เขียน.(ปีที่พิมพ์).ชื่อบทความ/เรื่อง.**ชื่อวารสาร**,ปีที่ (ฉบับที่),เลขหน้า - เลขหน้า.

#### ตัวอย่าง

ธวัช โฉพันศรี.(2519)เรื่องเสียงแหบ.**วารสารพยาบาล**, 25(4),256-266.  
 Handerson,V.(1965). Research in nursing practice-when? *Nursing Outlook*, 13(4), 78-82.

### ค. สิ่งพิมพ์หรือวารสารที่เริ่มนับหน้าหนึ่งใหม่ในแต่ละฉบับ

ให้ใส่รายละเอียด วัน เดือน ปี ตามความจำเป็นและใส่คำว่า “หน้า” ก่อนเลขบอกหน้า ภาษาอังกฤษใช้อักษร “P” สำหรับหน้าเดียวและ “PP” สำหรับหลายหน้า

### ง. วิทยานิพนธ์

นงลักษณ์ จินตนาติก. (2539). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนในสังกัด กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

### จ. ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

<http://www.apa.org/monitor/oct00/workplace.htm>

### 5. การส่งต้นฉบับ

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาล  
 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
 21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี  
 กรุงเทพฯ  
 10400



ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาล  
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลประเภท ( ) สมาชิกทั่วไป 2 ปี ราคา 400 บาท

( ) สมาชิกทั่วไป 1 ปี ราคา 280 บาท

( ) สมาชิกใหม่ ขอเริ่มฉบับที่.....

( ) มกราคม - มีนาคม 25.....

( ) เมษายน - มิถุนายน 25.....

( ) กรกฎาคม - กันยายน 25.....

( ) ตุลาคม - ธันวาคม 25.....

( ) สมาชิกต่ออายุ ได้รับฉบับสุดท้าย คือ.....

( ) มกราคม - มีนาคม 25.....

( ) เมษายน - มิถุนายน 25.....

( ) กรกฎาคม - กันยายน 25.....

( ) ตุลาคม - ธันวาคม 25.....

พร้อมได้ส่ง ( ) เงินสด ( ) ธนาคาณัติ ( ) ตั๋วแลกเงิน

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ทั้งนี้เป็นการส่งจ่ายในนาม

ผู้จัดการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

ปณ.ราชเทวี

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร...../...../.....

ใบสมัครโปรดจำหน่ายของส่ง

ผู้จัดการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400



