

**บทบาทผู้ดูแลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษา
ด้วยการบำบัดทดแทนไต**

**Role of caregivers in promoting nutrition of end-stage chronic kidney disease patients
receiving renal replacement therapy**

จินตนา กิ่งแก้ว^{1*}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา 99 หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000

E-mail : chutikarn_nanny@hotmail.com

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อระยะของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย เป้าหมายของการรักษาในปัจจุบันคือการชะลอความเสื่อมของไตโดยวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือภาวะทุพโภชนาการด้านโปรตีนและพลังงาน ผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้า การติดเชื้อง่ายและความสามารถในการดูแลตัวเองลดลงตามมา ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศไทยอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแลอยู่เสมอ พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกันในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นอย่างยิ่งในการจัดการด้านโภชนาการ การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลในการจัดการโภชนาการได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและช่วยตัดสินใจ การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย การสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนเป็นผู้สนับสนุนทางอารมณ์ สังคมและความมั่นคงทางการเงิน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีแนวทางในการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการจัดการด้านโภชนาการที่ถูกต้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ภาวะโภชนาการ

ABSTRACT

Chronic kidney disease affecting patients both physically and mentally. When the disease progresses to the end stage renal disease, the objective current treatment is to delayed atrophy of the kidneys by renal replacement therapy method for prevent and reduce other complications. The most common complication is protein and energy malnutrition. Malnutrition effects to patient physical fatigue, risk to infection easily and ability to self-care decreases as a result. Most of the patients in Thailand are the adult age and the elderly. Therefore, it is always necessary to depend on relatives or caregivers. Nurses and their caregivers need to work together to promote the good nutrition of the patient. Especially elderly patients who need the care of their caregivers especially in nutrition management, prepare appropriate food. However, the important roles of caregivers in nutrition management are: Helping patients and helping to make decisions Food preparation that is appropriate for the illness. Communicating the problems and

needs of the patient as well as being an emotional advocate Society and financial security. Therefore, nurses should take steps to further promote the role of caregivers in nutrition management in order to achieve the goals of the patient's good nutrition.

Keywords: Caregiver role, End stage chronic kidney disease patients, Renal replacement therapy and nutritional status

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความหลากหลายของการดำเนินโรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ทั้งร่างกายและจิตใจ เป้าหมายหลักของการรักษาคือการชะลอความเสื่อมของไต และลด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) เมื่อการดำเนินโรคของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ในปัจจุบันมี 3 วิธีได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) สถิติผู้ป่วยในประเทศไทยมีรายงานจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตรวมทั้งสิ้น 151,343 คน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 22,525 คน มีการกระจายตามช่วงอายุคือ ร้อยละ 41 ในช่วง 45-64 ปี ร้อยละ 24 มีอายุในช่วง 65-74 ปี และร้อยละ 20 มีอายุมากกว่า 75 ปี (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562, 2564) จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ของไทยอยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

การเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างการรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยระหว่างการรักษาคือภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะด้านโปรตีน เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องจะมีการสูญเสียโปรตีน วิตามิน เกลือแร่หลายชนิด อีกทั้งมีข้อจำกัดต่างๆ

ด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและ เศรษฐกิจ ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่ดีและไม่ดีแก่ผู้ป่วยได้เช่นกัน ซึ่งหากพบว่ามีภาวะทุพโภชนาการแล้ว จะส่งผลกระทบต่ออัตราการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลตามมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Rajnish Mehrotra et al (2011) (Rajnish Mehrotra et al, 2011) ที่ระบุว่าผู้ป่วยซีเอฟดีที่มีระดับเซรัมอัลบูมินต่ำกว่า 3.0 g/dL มีความเสี่ยง (Rajnish Mehrotra et al, 2011) เพื่อดูการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลด้านการกระจายตัวของกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นนั้น สะท้อนให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัวด้วย ดังนั้น พยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญที่จะประสานความร่วมมือในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีหน้าที่ดูแลตนเองให้ถูกต้อง เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจ เกิดขึ้น ส่วนพยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินด้านโภชนาการ สนับสนุนให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดที่สุด เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน ที่ให้การช่วยเหลือทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ การจัดการด้านอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของญาติผู้ดูแลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีการประเมินความรู้ทักษะ ความพร้อมหรือข้อจำกัดในการดูแลตนเอง กระตุ้น/ส่งเสริมด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในด้าน

โภชนาการอย่างต่อเนื่อง ก็คาดว่าจะมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

ในบทความนี้ผู้เขียนจะให้ข้อคิดเห็นในด้านความร่วมมือของพยาบาลกับญาติผู้ดูแลโดยพยาบาลจะส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้รับทราบความสำคัญของตนเองและปฏิบัติตามบทบาทอย่างถูกต้อง เหมาะสมในการส่งเสริมโภชนาการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งหากผู้ดูแลเข้าใจในบทบาทตนเอง มีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการที่เหมาะสมแล้ว ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่ดีได้อย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ซึ่งสมาคมโรคไต ได้ให้คำนิยามไว้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ป่วยที่มีไตผิดปกติจนติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2) ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate, GFR) < 60 ml/min/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตรติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้ และกำหนดความรุนแรงของโรคออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับการทำงานของไตโดยใช้ค่าอัตราการกรองของไตเป็นตัวกำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560, สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555, มณีรัตน์ จิรปภา, 2557, จินตนา กิ่งแก้ว, 2558)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือเรียกว่าระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่ตรวจพบอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งหมายถึงไตสูญเสียหน้าที่อย่างมาก จนไม่สามารถทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้ตามปกติได้จึงส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย จากการมีของเสียคั่งหรือเรียกว่ายูเรเมีย (Uremia) การรักษาในปัจจุบันคือการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีอยู่ 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

การปลูกถ่ายไต ซึ่งผู้ป่วยจะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาดูแลตัวเองเป็นจำนวนมากตามมา นอกจากนั้นโรคไตระยะสุดท้ายนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย อีกทั้งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรค จึงมักพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีสาเหตุร่วมหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีหลากหลายปัจจัยร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (กล้าเผชญิโชคบำรุง, 2558, จินตนา กิ่งแก้ว, 2559) ที่พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการ สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบจากการรักษาที่มีการสูญเสียโปรตีนจำนวนมากในกระบวนการล้างไต

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียโปรตีนจำนวนมากในแต่ละวันและหากผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น เช่น โรคเบาหวานจะกระตุ้นให้มีการกระตุ้นสลายโปรตีนมากขึ้น ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มใหม่ยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารเพิ่มขึ้น (จินตนา กิ่งแก้ว, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการรักษาไปแล้ว 3 เดือน ผู้ป่วยจะพบความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารด้านโปรตีนที่ต้องสูญเสียไปกับการล้างไตในแต่ละวันจำนวนมาก หากรับประทานอาหารไม่เพียงพออาจเกิดภาวะทุพโภชนาการด้านโปรตีนได้ (ณัฐวุฒิ ไทวนาชัย, 2551, จินตนา กิ่งแก้ว, 2559)

2. กลไกการเจ็บป่วยทำให้มีความต้องการพลังงานมากกว่าปกติ

สภาพความเป็นกรดอ่อนๆของเลือดในภาวะไตเสื่อม ส่งผลให้การย่อยสลายจึงสูงกว่าปกติ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ มีการสูญเสียพลังงานจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation) ส่งผลให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น ดังนั้นควรพิจารณาแนะนำอาหารให้ผู้ป่วยได้รับมากกว่าคนทั่วไป ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรได้รับพลังงานอย่างน้อย 35 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนักกิโลกรัม/วัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีได้รับ พลังงานอย่างน้อย 30 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนักกิโลกรัม/วัน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

3. ความไม่คุ้นชินต่อการปรับแผนการรับประทานอาหารโปรตีนในระยะก่อนการล้างไตและระยะล้างไต กล่าวคือ ในแนวทางการรับประทานอาหารมีคำแนะนำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตให้จำกัดการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพียง 0.6-0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน แต่เมื่อต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตจะมีการสูญเสียโปรตีนส่วนหนึ่งไปกับน้ำยาล้างไตทุกวัน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับโปรตีนเพิ่มมากขึ้น โดยสมาคมโรคไตให้คำแนะนำไว้ว่า ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องควรได้รับโปรตีน 1.2 ถึง 1.3 กรัม/กก.น้ำหนักกิโลกรัม/วัน และใน ภาวะที่มีการติดเชื้อทางเยื่อช่องท้อง (peritonitis) อาจต้องการปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 ถึง 1.7 กรัม/กก. น้ำหนักกิโลกรัม/วัน โดยมีสัดส่วนของโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (high biological value proteins) อย่างน้อยร้อยละ 50 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) ดังนั้นจึงพบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาการปรับตัวด้านการรับประทานอาหารโปรตีนที่ต้องเพิ่มมากขึ้นให้เพียงพอในขณะล้างไต

4. พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังทำให้มีของเสียคั่งในเลือด ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในทุกกระบวนร่างกาย

อาการของเสียคั่งในร่างกายเรียกว่าภาวะยูรีเมีย (Uremia) เช่น อาการ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลีย ตลอดจนความไม่สบายจากอาการต่างๆ เช่น อาการท้องอืด แน่นท้องจากการมีน้ำยาล้างไตซึ่งอยู่ในช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมง เพื่ออาหารจึงรับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งสาเหตุร่วมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารโปรตีนและเกลือแร่อื่นๆ ได้ (อุภัมภ์ ศุภสินธุ์, 2551)

5. ด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบต่อรับประทานอาหาร

ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์มักเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การรักษาที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนด้านต่างๆ ที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ไม่อยากรับประทาน อาหารจนเกิดการขาดสารอาหาร การติดเชื้อในร่างกายและอื่นๆ รวมทั้งมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติให้เป็นนิสัย การสูญเสียความเป็นอิสระที่ต้องพึ่งพาการล้างไตตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยจะกลายเป็นภาระแก่ญาติในการดำรงชีวิตประจำวันรวมถึงการจัดการด้านโภชนาการด้วย ซึ่งจากการที่ผู้เขียนได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดความใส่ใจในการดูแลตนเอง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

จากปัจจัยสาเหตุหลายประการที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาด้านโภชนาการทั้งที่ป้องกันได้ทั้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาด้านทุพโภชนาการของผู้ป่วย เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้านต่อไปได้ โดยผู้เขียนขอสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของญาติดังต่อไปนี้

ความหมายของญาติผู้ดูแล

วารุณี มีเจริญ (2557) กล่าวว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver หรือ Informal caregiver) หมายถึง

คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆหรือกิจกรรมอื่นๆได้โดยบุคคลดังกล่าวมักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจและไม่ได้รับค่าตอบแทน

กรณีกา รักยิ่งเจริญ (2557) สรุปไว้ว่า ญาติผู้ดูแลหมายถึง บุคคลหรือญาติที่มีความสำคัญในชีวิตผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล

สมิตรา ชูแก้วและคณะ (2555) กล่าวว่า หน้าทีและบทบาทของญาติผู้ดูแลคือ ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลเพื่อตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจาตัดสินใจในการดูแลรักษาและอาจต้องช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงินด้วย

สรุปความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง บุคคลใดก็ตามที่ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลเพื่อตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ของผู้ป่วย ร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาและช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงินด้วย ซึ่งในบทบาทที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อาจมองตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า เกิดความเครียด เหนื่อยล้า 16 จากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดังกล่าว อาจกระทบถึงคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ลดลงรวมทั้งด้านภาวะโภชนาการที่ไม่สมบูรณ์ด้วย ดังนั้น พยาบาลควรมีแนวทางส่งเสริมบทบาทของญาติที่ถูกต้องในการสนับสนุนการจัดการด้านโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยให้

บทบาทของญาติผู้ดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตมักจะพบการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการตั้งแต่ระดับ

เล็กน้อยจนถึงรุนแรง ซึ่งร้อยละ 29 มีการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการอย่างชัดเจนหลังเกิดการเจ็บป่วย 2-3 ปีจากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กล้าเผชิญ โชคบำรุง, 2558) และเพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวควรทำความเข้าใจในหลักการดูแลด้านโภชนาการที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริมด้านโภชนาการของผู้ป่วย ในบทความนี้ผู้เขียนจึงขอสรุปบทบาทของผู้ดูแลด้านการส่งเสริมโภชนาการแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. บทบาทด้านการให้ความร่วมมือกับผู้ป่วยและช่วยตัดสินใจ

ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมักถูกคาดหวังในการทำหน้าที่หลากหลาย รวมทั้งบทบาทด้านโภชนาการของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมักเกิดปัญหาทุพโภชนาการโดยเฉพาะด้านโปรตีน ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงจำเป็นต้องแสวงหาข้อมูล ความรู้จากแหล่งต่างๆเพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการจัดเตรียมอาหารเพื่อรับประทานในแต่ละวัน โดยเน้นการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ ดังนั้นจึงพบว่าญาติผู้ดูแลจะมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจด้านโภชนาการได้อีกทางหนึ่ง

2. การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการจัดเตรียมอาหารในบางสถานการณ์ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา เช่น การติดเชื้อ มีภาวะน้ำเกิน ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง หรืออาการไม่สบายต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นญาติผู้ดูแลมักจะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทั้งกิจวัตรประจำวัน การบริหารยา การจัดเตรียมอาหารรับประทานเพื่อส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป

3. เป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นมากในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากว่าตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติจะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลตนเองในทุกๆ ด้านจากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติควรมีทักษะในการสื่อสารที่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยเองที่ควรสามารถสื่อสารปัญหาและความต้องการของตนเองได้ ในบางกรณีญาติควรทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลแทนผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ หรือการใช้ภาษาที่เข้าใจกันได้ง่ายในบางวัฒนธรรม เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพของการสื่อสารอาจขึ้นอยู่กับรูปแบบในการรับรู้และการจัดการปัญหาของญาติผู้ดูแลร่วมด้วย

4. เป็นผู้สนับสนุนทางอารมณ์ สังคมและความมั่นคงทางการเงิน

ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง ตั้งแต่ทราบผลการวินิจฉัย ระหว่างรักษาจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นผู้สนับสนุนทางอารมณ์ สังคม และความมั่นคงทางการเงินของผู้ป่วย ทั้งนี้อารมณ์ของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้รับฟังที่ดีโดยยอมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือระบายความรู้สึก พยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายมากที่สุด (วารุณี มีเจริญ, 2557) นอกจากนี้ในระหว่างการรักษา การติดตามผลการรักษายังมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ และค่าใช้จ่ายส่วนอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าในระหว่างการรักษา ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายด้านเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ดูแลเองก็ได้รับผลกระทบจากการที่ต้องปรับตัวตามระยะของการ

เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเช่นกัน เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป การพบปะทางสังคมลดลง ขาดความเป็นส่วนตัว กระทั่งต่อการประกอบอาชีพ การงาน ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ภาระทางการเงิน เกิดความอ่อนเพลียจากการดูแลผู้ป่วยหรือภาวะสุขภาพแย่งลง (สุมิตรา ชูแก้ว และคณะ, 2555) ผลกระทบต่อผู้ดูแลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า หากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่แย่งลงก็อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลโดยเฉพาะการจัดการด้านโภชนาการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงด้านโภชนาการของผู้ป่วย สรุปได้ว่าการพยาบาลเพื่อส่งเสริมบทบาทของญาติผู้ดูแลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตมีดังนี้

1. การแยกแยะว่าใครคือญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในสังคมไทย การเลือกญาติผู้ดูแลจะเกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดมาว่าใครควรจะเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเลือกจากคนในครอบครัวเดียวกันที่สืบทอดสายเลือดเดียวกันและมักจะเป็นเพศหญิง ซึ่งญาติผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญในแง่ของการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในวัยสูงอายุนั้นมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้การที่บุคคลในครอบครัวและสังคมให้ความรักความผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความผาสุกพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและตอบสนองต่อการดูแลตนเองในด้านบวกต่อไป พยาบาลจึงจำเป็นต้องประสานงานด้านการดูแลผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง

2. การประเมินความต้องการสารอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคในแต่ละวัน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

พยาบาลควรประเมินความต้องการและสารอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคในแต่ละวัน อาหารที่บริโภคในอดีตที่ผ่านมา วิธีการปรุงอาหารของญาติผู้ดูแล ค่าใช้จ่าย

ในการจัดการอาหาร อาชีพการงาน ตลอดจนภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัวของผู้ดูแล ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความพร้อม ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. การวางแผนการดูแลโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกับญาติพยาบาลจะประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยก่อนจากนั้นร่วมวางแผนการดูแลโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกับญาติ ขณะเดียวกันพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูล สอน แนะนำหรือให้ความรู้ บางสถานการณ์อาจต้องให้คำปรึกษาและกำลังในการเผชิญปัญหา การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องเตรียมพร้อมด้านความรู้ ทักษะต่างๆที่จำเป็นที่ต้องสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

4. การให้ข้อมูลและสอนทักษะที่จำเป็นแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลมักจะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทั้งกิจวัตรประจำวัน การบริหารยา การจัดเตรียมอาหารรับประทานเพื่อส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่ดีแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินความรู้ความสามารถของญาติในการจัดการด้านโภชนาการ ทักษะที่ควรมี ทักษะที่ขาดและต้องการการสนับสนุน เมื่อทราบถึงความต้องการดังกล่าวข้างต้น พยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลและสอนทักษะที่จำเป็นแก่ญาติ เช่น การเลือกสรรวัตถุดิบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ อาหารที่ปลอดภัย วิธีการปรุงอาหาร การใช้เครื่องปรุงรสเมนูอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

5. การติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องพยาบาลควรติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายด้านโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง โดยควรติดตามประเมินผลทั้งด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วยและความรู้ ทักษะในการจัดการด้านโภชนาการของญาติ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไรมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ ส่วนผู้ดูแลบอก

ได้ถึงวิธีการเลือกเมนูอาหารและปรุงอาหารได้ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทพยาบาลและผู้ดูแล บทบาทด้านการพยาบาลในการส่งเสริมโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านนั้น มีความจำเป็นที่พยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้พร้อมทั้งด้านความรู้ตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย อีกทั้งยังเป็นผู้ให้การสนับสนุนครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่ถือเป็นญาติให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการได้อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยการส่งเสริมผู้ดูแลให้ทราบและปฏิบัติตามแนวทางโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม อุดหนุนให้เหมาะสมกับสภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบัน เน้นให้ญาติเข้าใจผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลดังกล่าวจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

กล้าเผชิญ โชคบำรุง. ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการพยาบาล.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2558 ;38 (3),139-145.

กรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี .2557; 25 (1),90-97.

จินตนา กิ่งแก้ว. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลสิ่งเร้าด้านโภชนาการต่อการปรับตัวด้านโภชนาการและระดับอัลบูมินในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2558.

จินตนา กิ่งแก้ว. ภาวะทุพโภชนาการและบทบาท พยาบาลในการส่งเสริมโภชนาการของผู้ป่วย

เอพีดี.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2559 ;19(1), 220 - 228.

ณัฐวุฒิ ไทวน้ำชัย, พิสุทธิ กตเวทิน, & สมชาย เอี่ยมอ่อง. Overview of Renal Replacement Therapy.ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง,เกรียง ตั้งสง่า,อนุตตร จิตตินันท์,เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ดุสิต ล้ำเลิศกุล ,และประเสริฐ ธนกิจจารุ.(บรรณาธิการ). Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2551: 1-18.

นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. โภชนาการ สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง: ปัญหาและแนวทางส่งเสริม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2548; 28(1), 60-68.

พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์,พรศิริ พันธสี และ กมล ทิพย์ ขลังธรรมเนียม.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายในชุมชน SDU Res. J.2554; 4 (1). 39-52.

มนรัตน์ จิรปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัย ผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชนนี .2557; 20 (2) , 5-16.

วรุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิต. Rama Nurs Journal. 2557; 20 (1),10-22.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.ข้อมูลการบำบัด ทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562 [online]]. กรุงเทพฯ : 2564 เข้าถึงได้จาก <https://www.nephrothai.org/wpcontent/uploads/2021/01/1.TRT-Annual-report-2016-2019.pdf> เข้าถึงเมื่อ เมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำ แนวทางเวชปฏิบัติโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตใน ผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ . เข้าถึงได้จาก https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/Clinical_Practice_Reco

mmendation_for_Nutritional_Management_in_Ad ult_Kidney_Patients_2.pdf . เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทาง สำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 : กรุงเทพฯ: 2552. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nephrothai.org>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2555.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง แบบองค์ รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ.2560 :กรุงเทพฯ:2560. เข้าถึงได้จากhttps://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/คำแนะนำไตเรื้อรัง_n.pdf เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564.

อุบลัมภ์ ศุภสินธุ์. อาหารและโภชนบำบัดใน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ใน สมชาย เอี่ยมอ่องเกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, & ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ). Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่นจำกัด. 2551.(621-677).

Rajnish Mehrotra et al. Serum albumin as a predictor of mortality in peritoneal dialysis: comparisons with hemodialysis. American journal of kidney disease.2011. 58(3):418-2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลหนองแก้ว
อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

Factor Related to stress in patients with diabetes
at Nongkeang subdistrict, Mueng district, Sisaket province

นงลักษณ์ วิชัยรัมย์¹ ศิวไล โพธิ์ชัย¹และภริมา รชตะนันท์¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา 99 หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง

จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33000

E-mail : chutikarn_nanny@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองแก้ว ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 139 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวและแบบวัดความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคว์สแควร์และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.32 (S.D 0.41) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับน้อย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ความเครียด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ABSTRACT

The purpose of this research was to study factors related to interpersonal relationship problems, relationships and functions in family and stress in diabetic patients aged 20 years, residing in Nong Kaew Health Promoting Hospital, Nong Kao Sub-district, Mueang District, Sisaket Province, with the numbers of 139 in total. Data were collected by using a questionnaires, consisting the samples' personal information, A questionnaires on interpersonal relationship, family relationships and functions, and a diabetic stress measurer. The reliability of the questionnaire was calculated by Cronbach's alpha coefficient. Quantitative data has been analysed by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values. The correlation hypothesis has been determined by using the Chi-square test and the Pearson correlation. The results indicated that the stress in diabetic patients were at a low level with an average of

1.32 (S.D 0.41). The family relationship and function were at a low level. Interpersonal relationships were at a moderate level. Personal factors, family relationships and functions, and interpersonal relationships were not correlate with the stress in diabetics patients.

Keywords: Stress, Diabetics patients and Health Promoting Hospital

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโรค (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ.2559 พบการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4 โรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทย ทั้งในด้านภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30 - 69) ปี ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุกและอุบัติการณ์สูงกว่าเพศชาย (กรมควบคุมโรค, 2562) ผู้ป่วยหลายรายเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ อาทิ ตา บอด ผลเรื้อรังที่เท่า โรคหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง อาจนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ มีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาเนื่องจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเครียดจะส่งผลทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนที่ไปยับยั้งการทำงานของอินซูลินและกระตุ้นการหลั่งของกลูคาγον ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ดวงฤทัย ไพโรบิง, 2563) ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้น การควบคุมระดับความเครียดจึงเป็นวิธีการที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (อายุพร กัยวิทย์โกศลและคณะ, 2561)

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความเครียดในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เน้นความเครียดทางจิตใจเป็นความสัมพันธ์ โดยเฉพาะระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการประเมินโดยบุคคลว่า มากระทบหรือมีจำนวนมากกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งเหตุการณ์สิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดนั้น ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความรุนแรง อาการเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่า สูญเสียบทบาทของตนเอง การสูญเสียสิ่งที่รัก เป็นต้น (ดวงฤทัย ไพโรบิง, 2563, รพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัว ปัจจัยด้าน

ครอบครัว อันเนื่องมาจากความใส่ใจของครอบครัวที่ลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ เป็นบทบาทที่ต้องดูแลตนเองและพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่เร้าความเครียดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดอย่างต่อเนื่อง เพราะการเกิดโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต อีกทั้งครอบครัวยังมีส่วนทำให้ความเครียดในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้อีกด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562)

จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2555-2562 ซึ่งเพิ่มว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2562 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 90.29 ต่อแสนประชากร สำหรับปัญหาด้านสุขภาพจิต พบปัจจัยเสี่ยงที่

สำคัญคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพบว่า ปัญหาความสัมพันธ์เป็นเรื่องสัมพันธ์ภายในครอบครัว ร้อยละ 47 ปัญหาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 15 และพบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตทวีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Sangkapong T. & Wiangkham. C., 2012)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมและงบประมาณของประเทศ จึงควรต้องค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอผลและดำเนินการปรับพัฒนาสาเหตุลดแนวโน้มการเกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้วอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 12 หมู่บ้าน

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษาโดยผ่านระเบียบวิธีการวิจัยในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการเก็บข้อมูลและใช้วิธีการทางสถิติ โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินงานวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบไปด้วย 12 หมู่บ้าน จำนวน 213 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านปีพ.ศ. 2562 จำนวน 139 คน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุ 20 ปีขึ้นไป ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากสูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างของทาโรยามาเน (Yamane, 1970) (Yamane, Taro, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การใช้เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ผู้ดูแล ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติการนอนโรงพยาบาล โรคร่วมอื่น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai interpersonal Questionnaire)

ใช้วัดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบสอบถาม
แปลและพัฒนาจากคู่มือการบำบัดทางจิตโดย ฟิรพอร์ ลีอ
บุญธวัชชัย (2552) ซึ่งแปลมาจาก MyrmaM. Weissman
and Helena Verdeli ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง
(validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความ
สอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี

ประกอบด้วย 3 หัวข้อคำถามใหญ่ๆเกี่ยวกับปัญหา

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3 ด้าน ดังนี้

ช่วงระดับคะแนน	มีการปรับตัวและมีปัญหาในการปรับตัว	แก้ไขปัญหาก็ดี	แก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง
ด้านที่ 1 (0 – 12)	0 - 3	4 - 6	7 - 12
ด้านที่ 2 (0 – 9)	0 - 3	4 - 6	7 - 9
ด้านที่ 3 (0 – 12)	0 - 3	4 - 7	8 - 12

การแปลผลคะแนนที่ได้ มาจากการศึกษาของฟิรพอร์ ลีอบุญธวัชชัย (2552) โดยได้จากการเปรียบเทียบการปรับตัว
ในปัญหาสัมพันธภาพแต่ละด้านกับการประเมินทางคลินิกของจิตแพทย์

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์และ
หน้าที่ครอบครัว (Family Relationship and
Functioning Questionnaire) โดย ฟิรพอร์ ลีอบุญธวัช
ชัย (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีข้อคำถาม
ที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ และข้อคำถามที่มี
ความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 2 – 7 แต่ละข้อเป็น
มาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบ
เลือกตอบดังนี้ น้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่
1-5

การให้คะแนนและการแปลผล ในการศึกษา
การกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ จึงอาศัยค่าเฉลี่ย
(mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard
deviation, SD) โดยพบว่า $\text{mean} \pm \text{SD} = 13.32 \pm 5.375$ จึงพิจารณาให้

ระดับคะแนนมากกว่า 18.695 ขึ้นไป หมายถึง
ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวดี

ระดับคะแนนตั้งแต่ 7.945 - 18.695 หมายถึง
ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่า 7.945 หมายถึง
ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวไม่ดี

ด้านที่ 1 อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของ
บุคคลอันเป็นที่รัก มีระดับคะแนนที่ 0 - 12

ด้านที่ 2 การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม มี
ระดับคะแนนที่ 0 - 9

ด้านที่ 3 ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ มี
ระดับคะแนนที่ 0-12

ตอนที่ 4 แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต
(SPST-20) ⁸ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ
เลือกตอบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียด
เล็กน้อย

ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปาน
กลาง

ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
ที่สุด

มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน 0 – 23 คะแนน หมายถึง
ความเครียดอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 24 – 41 คะแนน หมายถึง
ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 42 – 61 คะแนน หมายถึง
ความเครียดอยู่ในระดับสูง

คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง
ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. นำข้อมูลที่ศึกษามาพัฒนาเป็นข้อคำถาม ให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ โดยลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้และประสบการณ์ ด้านสถิติ นิเวศกรรม จำนวน 3 ท่าน ประเมินภาพรวมพบว่า มีความเหมาะสมและปรับภาษาในบางข้อ ซึ่งถือได้ว่า มีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับตัวแทนครัวเรือน ที่ชุมชนบ้านโพธิ์ ตำบลหนองโพธิ์ จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนาขอความร่วมมือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก้วและผู้นำชุมชนในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเข้าพบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว ขออนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลโดยมีผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในการเก็บข้อมูลแต่ละหมู่บ้าน

3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และได้อธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม

ข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องการความครบถ้วนแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

5. ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล 2550 : 236) (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550)

2. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอธิบายด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่า สูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชุมชนตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเพศหญิง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 60.4 รองลงมาอายุระหว่าง 40 - 59 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1

รองลงมา มีสถานภาพหม้าย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 84.9 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 มีอาชีพทำนา จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมา มีรายได้ 5001 – 10,000 บาท จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 88.5 รองลงมา มีสิทธิเบิกการสาธารณสุข จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ส่วนใหญ่ไม่ใช้เครื่องตีแมลงกอล บาท จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 รองลงมา ตีแมลงกอล บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบุตร/หลาน จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมา เป็นคู่สมรส จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมา มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 1-5 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ในช่วง 1 ปี ในช่วง 1 ปีไม่เคยมีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 รองลงมา ไม่มีโรคร่วม จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4

2. การวิเคราะห์ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจำแนกโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.88 (SD= 0.35) โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ด้านอารมณ์เศร้า โศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.11 (SD= 0.37) รองลงมาคือ ด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.05 (SD= 0.25) และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.01 (SD= 0.85)

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 ด้านอารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.11) SD= 0.37 (โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ คุณได้หาวิธีการช่วยทดแทนความสูญเสียที่เกิดขึ้นหรือไม่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.61) SD= 0.75 (รองลงมาคือ คุณได้คิดถึงช่วงเวลาที่มีปัญหาของความสัมพันธ์กับบุคคลคนนั้นหรือไม่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.48) SD= 0.72 (ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ คุณได้คิดถึงช่วงเวลาที่มีความสุขของความสัมพันธ์กับบุคคลคนนั้นหรือไม่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.27) SD= 0.56

ด้านที่ 2 ด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม พบว่า อยู่ในระดับอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.49) SD= 0.48

โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ กรุณาระบุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นลงที่นี่ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 SD= 1.86 (รองลงมาคือ คุณสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.17) SD= 0.81 ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ คุณสามารถพอใจกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้หรือไม่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.46) SD= 0.59

ด้านที่ 3 ด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพ พบว่า อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.58 SD= 0.46 โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ คุณได้ใช้เวลากับบุคคลอื่นหรือไม่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.61 SD= 0.71 รองลงมาคือ คุณพอใจในความสัมพันธ์ต่างๆ หรือไม่อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.54 SD= 0.77 ข้อที่มีคะแนนน้อย

ที่สุด คือ คุณมีความลำบากในการทำควมรู้จักบุคคล
ใหม่ๆหรือไม่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.35 SD= 0.6(

3.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัว

ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวโดยรวม พบว่า
ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.67 SD= 0.2 รองลงมาคือ ครอบครัวมีปัญหา
การเงิน อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.36) SD= 0.59 ข้อที่มี
คะแนนน้อยที่สุด คือ ครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะเบาะ
แว้ง อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.06) SD= 0.23

4.การวิเคราะห์ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวม
พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย
1.32) SD= 0.41 (โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ปวด
หลัง อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.86) SD= 0.60 รองลงมา
คือ กล้ามเนื้อตึงหรือปวด ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.78
SD= 0.66 ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ รู้ว่าต้องแข่งขัน
หรือเปรียบเทียบ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.07) SD=
0.25

5.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ
ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยส่วน
บุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์
ผู้ดูแล ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติการนอน
โรงพยาบาล โรคร่วมอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับ
ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($P < 0.00$)

6.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพ
ระหว่างบุคคล กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3
ด้าน ได้แก่

ด้านอารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่
รัก ด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมและด้านความ
บกพร่องทางสัมพันธภาพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับ
ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($P < 0.00$)

7.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์และ หน้าที่ครอบครัวกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์และ
หน้าที่ครอบครัวกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ($P < 0.00$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์
ได้ ดังนี้

1.ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดในระดับน้อย หมายถึง
กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้
ในระยะเวลาสั้นๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ใน
ชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ
ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความเครียดในระดับนี้ ถือว่ามี
ประโยชน์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้
โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังมากที่สุด
รองลงมาคือกล้ามเนื้อตึงหรือปวด

สอดคล้องกับงานวิจัยของจารุวรรณ ไผ่ตระกูล
และคณะ (2562) (จารุวรรณ ไผ่ตระกูลและคณะ, 2562).
ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเครียดในระดับ
น้อย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Deesiang (2006) (Deesiang, W., 2006) ที่พบว่า การจัดการตนเองทำให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ลดลง ดังนั้น การจัดการความเครียด จึงเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

2. ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง โดย ด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพ พบว่า อยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างพบปัญหาด้านการทำความรู้จักบุคคลใหม่ๆ ด้านความพึงพอใจในความสัมพันธ์ต่างๆและด้านการใช้เวลาอยู่กับบุคคลอื่น อาจเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง สอดคล้องกับ Folkman และ Lazarus¹² ที่กล่าวว่า ความเครียดทางจิตใจเป็นความสัมพันธ์ โดยเฉพาะระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

3. ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งเป็นอิทธิพลต่อครอบครัวที่มีปัญหาการเงินและครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง ซึ่งความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการขาดงาน ผลของการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการที่ผู้จัดทำวิจัยได้ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ได้ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยโดยพบอาการปวดหลังและกล้ามเนื้อตึงหรือปวด ควรนำผลการวิจัยไปวางแผนในการจัดกิจกรรมตรวจประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ไม่เป็นอันตรายจากการเกิดความรู้แรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. ผลการวิจัยพบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคมในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

3. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว โดยเน้นบทบาทหน้าที่หลักการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดำรงชีวิตประจำวันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น เพื่อที่จะได้ศึกษาปัญหาความเครียดทั่วถึงและครอบคลุม

2. ศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดและการจัดการความเครียด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการความเครียดด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้พัฒนาการจัดการกับความเครียดด้วยตนเองได้

การอ้างอิง

กรมควบคุมโรค.(2562).รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ.2562.(2563).กรุงเทพฯ.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค

ดีไซน์.

กรมสุขภาพจิต.(2550). แบบประเมิน
ความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20). กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.

จารุวรรณ ไผ่ตระกูลและคณะ.(2562).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนสุตาฯ สยามบรมราช
กุมารี ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก.
วารสารกระทรวงสาธารณสุข. 29 (2) : 21-31.

ดวงฤทัย ไพโรบึง.(2563).ความเครียดและ
การเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน :
กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 36 (2)
: 286 – 298.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล.(2550). ระเบียบ
วิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2549). จัดบำบัด
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล : ทางเลือกใหม่ของการ
รักษาโรคซึมเศร้า.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
ไทย. 51 (2) : 117-131.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
(2562). รายงานประจำปี พ.ศ.2562. สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

อายุพร กัยวิทย์โกศลและคณะ.(2561). การ
จัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานไทย : การ
สังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 10 (2) : 1-11

Deesiang. W. (2006). Effects of self-
management program on hemoglobin A1c
and LDL cholesterol level of type 2 diabetic
patients (Master's thesis). Chulalongkorn
University, Bangkok. (in Thai)

Folkman S, Lazarus RS. Stress,,
appraisal, and coping. New York : Springer
Publishing Company ; 1984.8.Moos, R.H., S.
Sangkapong T. & Wiangkham. C.,(2012).
Nursing Care for Diabetic Patients. Bangkok.:
N.P. press.
(in Thai)

Yamane, Taro. (1970). Statistics-An
Introductory Analysis.2nd ed. Tokyo : John
Weather Hill,Inc.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน

ตำบลโพธิ์ อำเภอมืองศรีสะเกษ จ.ศรีสะเกษ

Factors Related to Alcohol Drinking behavior of juvenile in Pho subdistrict, Mueang Sisaket district, Sisaket province

พัชรินทร์ ยูพา^{1*} ศิวไล โพธิ์ชัย¹ เวกา วงษ์มณี¹¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา 99 หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ อำเภอมือง

จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33000

E-mail : chutikarn_nanny@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทศนคติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 270 คน โดยการคำนวณประชากรจากสูตรของ Taro Yamane ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use disorders identification test: AUDIT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation : r)

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ระดับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน อาชีพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท ประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม บุคคลที่เยาวชนร่วมสังสรรค์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = .322, p < .000$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชน

ABSTRACT

This research is a descriptive research. The objective is to study alcohol drinking behavior of youths. Factors related to alcohol drinking behavior among youths are Attitude towards drinking alcohol The samples were youth who lived in Pho district. Mueang Sisaket District SiSaket province, 270 people were obtained by calculating the population from the formula of Taro Yamane. Use a simple sample selection method. The instrument for data collection was a questionnaire using the Alcohol use disorders

identification test (AUDIT) Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation and Chi-square test and Pearson's Product-Moment Correlation: r)

The research found that the overall alcohol drinking behavior of the sample groups is at a low level. With an average of 1.39 and a standard deviation of .72. The level of attitude towards alcohol drinking of the sample group is at a moderate level (25 - 36 points), 188 people, representing 69.4%. The overall drinking behavior related to alcohol, sex, age, educational level Cohabitation of parents Persons living together in the alcohol drinking profession of a family member Persons persuading to drink alcohol Drinking alcohol from close friends Alcohol drinking experience What kind of alcohol to drink Party for students to drink alcohol Family Relations. Attitude towards alcohol drinking of samples Positively correlated with alcohol drinking behavior at the level of 0.01 ($r = .322, p < .000$)

Keywords: Drinking behavior. Alcohol drinking and Juveniles

บทนำ

ในปัจจุบันเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบก่อผลเสียต่อสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยมากกว่า 230 ชนิด ตามบัญชีจำแนกโรคและสาเหตุสุขภาพ (ICD-10) (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 หรือ 1 ใน 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ประเทศไทยมีการเสพยาเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสีย ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เป็นเครื่องมือในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจและช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจุบันธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทำการขยายตลาดไปอย่างรวดเร็ว มีช่องทางการสื่อสารหรือโฆษณาที่หลากหลายเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่ ทำให้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุ

น้อยลงเรื่อย ๆ พบว่าเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง เพศชายมีอัตราการดื่มมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า เนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น (กรวรรณ บุชบง, 2557) เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้มีการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในประเทศไทย เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจราจร โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับ ตับสุรา และโรคซึมเศร้า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) รวมทั้งการใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอาชญากรรมตามมาในสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2554) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2004) ทั้งนี้จากการสืบค้นผลการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตามกรอบแนวคิดของ Green, Kreuter ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่าทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และสถานศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Green LW. Kreuter MW, 1999) จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าจากการสำรวจของสำนักงานสถิติในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2544 – 2554 พบว่ากลุ่มเยาวชน 15 – 19 ปี เพศชายดื่มร้อยละ 44.7 เพศหญิงดื่มร้อยละ 4.8 นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544-2554 พบว่ากลุ่มเยาวชน 15-24 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ซึ่งในปี พ.ศ. 2544 พบเพศชายดื่มร้อยละ 38.1 เพศหญิงร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ. 2547 พบเพศชายดื่มร้อยละ 41.3 เพศหญิง ร้อยละ 23.7 ปีพ.ศ. 2549 พบเพศชายดื่มร้อยละ 41.2 เพศหญิงร้อยละ 23.7 ปี พ.ศ. 2550 พบเพศชายดื่มร้อยละ 39.2 เพศหญิงร้อยละ 21.6 ปี พ.ศ. 2554 พบเพศชายดื่มร้อยละ 40 เพศหญิงร้อยละ 6.6 จากข้อมูลดังกล่าวเมื่อนำมาคำนวณสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างเพศหญิงต่อเพศชายพบว่า ปีพ.ศ.2544 เป็น 1: 1.76 ปี พ.ศ.2547 เป็น1: 1.77 ปี พ.ศ.2549 เป็น1: 1.74 ปี พ.ศ.2550 เป็น 1: 1.81 และปี พ.ศ.2554 เป็น 1: 6.06 ซึ่งเพศชายดื่มสูงกว่าปกติ เนื่องจากปี พ.ศ.2554 เป็นปีที่ประเทศไทยเกิดภาวะวิกฤติ มีเหตุการณ์มหาอุทกภัย ประชากรต้องเผชิญกับภาวะความสูญเสียทำให้เกิดความเครียดสูงนำไปสู่ภาวะติดสุราเรื้อรังและการใช้สารเสพติด จึงเกิดสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเกินปกติ จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2544 – 2550 ในเยาวชนอายุ 15 – 19 ปี ถึงแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำ พบว่าดื่มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2550 ส่วนอายุ 20 – 24 ปี เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ. 2550 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) เยาวชนเป็นวัยที่อายุอยู่ในช่วง 15-24 ปี ซึ่งกลุ่มเยาวชนนี้อยู่ในวัยเรียนประมาณระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปริญญาตรีซึ่งเป็น กลุ่มที่มีความต้องการการเป็นอิสระชอบสนุก อยากรู้ อยากลอง

ชอบลองสิ่งใหม่ๆ และติดเพื่อน ดังนั้นถ้าเยาวชนคบกับกลุ่มเพื่อนที่ดี เขาก็จะมีแนวคิดที่ดีและถูกต้อง แต่ถ้าเข้ากับกลุ่มเพื่อนที่เป็นปัญหา ก็จะมีแนวโน้มไปตามกลุ่มที่มีปัญหา วัยรุ่นจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูง ทั้งเรื่องพฤติกรรมดื้อรั้นต่อต้านผู้ใหญ่ การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ในการหาประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด เป็นต้น (วิทยากร เชียงกูล, 2552) กลุ่มเยาวชนจึงเป็นกลุ่มที่มักถูกชักจูงให้ทดลองบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอย่างอื่นได้มากกว่าเพราะหากเยาวชนหลงผิดไปดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบตามมามากมาย (บุญเสริม หุตะแพทย์ และคณะ, 2550) และเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน มีผลให้เกิดอาการติดแอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้และส่งผลเสียต่อสุขภาพตามมา

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลโพธิ์ อำเภอมือเกรง จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีนิสัยดื้อรั้น ใจร้อน เอาแต่ใจตัวเอง อยากรู้ อยากลอง จึงมีปัญหาคความขัดแย้ง อุบัติเหตุต่างๆ สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมและงบประมาณของประเทศ จึงควรต้องค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอผลและดำเนินการปรับพัฒนาสาเหตุลดแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน
2. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้ความช่วยเหลือกลุ่มเยาวชนและหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนในระดับชุมชนและสถานศึกษาต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่ม เยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีเยาวชนทั้งหมดจำนวน 825 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างเพื่อขอรับการพิจารณา จริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินงานวิจัยเมื่อผ่านการพิจารณา ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 30-45 นาที และการสัมภาษณ์ควรคำนึงถึงข้อจำกัด โดยให้เวลาผู้ตอบแบบสอบถามได้คิดไม่เร่งรีบ ใช้เทคนิคการถามซ้ำหรือทวนคำถาม เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจและเปลี่ยนคำตอบให้เข้าใจง่ายขึ้นและอยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีการตรวจสอบความถูกต้องและเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวม มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลเมื่อส่งรูปเล่มรายงานวิจัยและนำเสนอข้อมูลเสร็จสมบูรณ์

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของเยาวชน

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ วิเคราะห์ ได้แก่ ไคร้สแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมพันธสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation : r)

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ตำบลโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนเยาวชน ตำบลโพธิ์ โดยการสุ่มแบบง่าย จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบ สอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ แบบสอบถาม ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญและ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่ม สุรา (Alcohol use disorders identification test: AUDITX) ของ WHO (2001) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรมสุขภาพจิต (2552) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของอนงค์ ดิษฐ์สังข์ (2550) จำนวน 12 ข้อ มี ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามเท่ากับ .75 เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วย ตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานและใช้ สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ไคร้สแควร์ (Chi-square test) และ สถิติสัมพันธสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation : r) ผลการวิจัยมี ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีอายุระหว่าง 21-24 ปี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาคือ 18-20 ปี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีปีที่ 1-5 จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4-6 จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3

การอาศัยอยู่ร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ร่วมกัน จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมาคือแยกกัน อยู่ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7

บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกันกับบิดาและมารดา จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ อื่นๆ เช้าหอพัก จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8

อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาป.ตรี ปีที่ 1-5 จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ นักเรียน ม.1-6 จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 17.0 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 รองลงมาคือดื่มโดยผู้ที่ดื่มเป็นบิดา มารดา พี่น้อง จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8

ผู้ที่ชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ชักชวนคือเพื่อน จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 รองลงมา คือดื่มด้วยตนเอง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่มีเพื่อนสนิทที่ดื่ม จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9 รองลงมา คือ มีเพื่อนสนิทที่ดื่ม จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1

ประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ส่วนใหญ่พบว่า ไม่ดื่ม จำนวน 169 คน คิดเป็น

ร้อยละ 62.6 รองลงมาคือดื่มจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7

ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ส่วนใหญ่พบว่าไม่ดื่ม จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ ดื่มมากกว่า 1 ชนิด (ที่นิยมดื่ม คือ เบียร์ สุรา ไวน์) จำนวน 55 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.4

บุคคลที่นักเรียนร่วมสังสรรค์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ พบว่า ไม่ดื่ม จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ ดื่มเป็นกลุ่มโดยดื่มกับเพื่อนและดื่มกับครอบครัว จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนใหญ่พบว่า มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมา คือระดับปานกลาง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยง

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มและประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการดื่มสุร่าบอเพียงใด เวลาที่ดื่มสุร่าโดยทั่วไปแล้ว ดื่มประมาณเท่าไรต่อวันบ่อยครั้งเพียงใดที่ดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปหรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป็นขึ้นไป ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่พบว่าไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ได้ทำสิ่งที่ควรจะทำตามปกติเพราะมัวแต่ดื่มสุรา ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ต้องรีบดื่มสุร่าทันทีในตอนเช้าเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติหรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่รู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจเนื่องจากได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปเมื่อดื่มสุร่าเข้าไป ในหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าได้ดื่มสุร่าเข้าไป การที่ตนเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บเป็นผลจากการดื่มสุร่า และการเคยมีแพทย์หรือบุคลากรทาง

การแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุรา พบว่ามีพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .72 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดื่มสุราน้อยเพียงใดอยู่ในระดับ น้อย รองลงมาคือเวลาที่ดื่มสุราโดยทั่วไปแล้ว ดื่มประมาณเท่าไรต่อวันอยู่ในระดับน้อย และ บ่อยครั้งเพียงใดที่ดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป อยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .81, .74 และ .68 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดื่มและประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
(ค่าคะแนน = 0 - 4)			
1. การดื่มสุราน้อยเพียงใด	.81	1.19	น้อย
2. เวลาที่ดื่มสุราโดยทั่วไปแล้ว ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	.74	1.15	น้อย
3. บ่อยครั้งเพียงใดที่ดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปหรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	.68	1.12	น้อย
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่พบว่าไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว	.44	.92	น้อย
5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่ได้ทำสิ่งที่ควรจะทำตามปกติเพราะมัวแต่ดื่มสุรา	.35	.80	น้อย
6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่ต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้าเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติหรือถอนอาการเมาค้าง	.28	.70	น้อย

จากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา

7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่รู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจเนื่องจากได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปเมื่อดื่มสุราเข้าไป	.41	.86	น้อย
8. ในหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงใดที่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าได้ดื่มสุราเข้าไป	.39	.79	น้อย
9. การที่ตนเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บเป็นผลจากการดื่มสุรา	.32	.75	น้อย
10. การเคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุรา	.43	.94	น้อย
รวม	1.3	.72	น้อย

เมื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแบบประเมิน AUDIT พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม อยู่ในระดับสูงคือแบบมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย (0-7 คะแนน) จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 75.2 รองลงมาคือแบบมีความเสี่ยง (8-15 คะแนน) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และแบบติดสุรา (20-40 คะแนน) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 และแบบอันตราย (16-19 คะแนน) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเยาวชนจำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n = 270) Mean = 1.46, S.D. = .92

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิด	จำนวน	ร้อยละ
อันตรายจาก	(n=270)	(100.0)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
แบบมีความเสี่ยงต่อการเกิด	203	75.2
อันตรายน้อย (0-7 คะแนน)		
แบบมีความเสี่ยง (8-15	29	10.7
คะแนน)		
แบบอันตราย (16-19 คะแนน)	17	6.3
แบบติดสุรา (20-40 คะแนน)	21	7.8
รวม	270	100

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์แบ่งระดับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ เป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวิธีแก้ไขปัญหาคีวีต ทำให้เกิดผลเสียต่อตัวเองและผู้อื่น ทำให้หายกลุ้มใจ ทำลายสุขภาพตัวเอง ทำให้มีเพื่อนมากขึ้น ช่วยสร้างความกล้าหาญ การซื้อมาดื่มทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง ผู้หญิงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เหมือนผู้ชาย ทำให้ดูเป็นเด็กเกร ไม่น่าคบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความเป็นลูกผู้ชาย และทำให้ผลการเรียนของนักเรียนต่ำลง พบว่าเยาวชนมีทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือทำลายสุขภาพตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง การซื้อมาดื่มทำให้สิ้นเปลืองเงินทองในระดับปานกลาง ทำให้ดูเป็นเด็กเกร ไม่น่าคบในระดับปานกลาง ทำให้ผลการเรียนของนักเรียนต่ำลง อยู่ในระดับปานกลาง และทำให้เกิดผลเสียต่อตัวเองและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96, 2.96, 2.96 และ 2.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตอนที่ 3 แสดงระดับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดย รวม

ตารางที่ 3 แสดงระดับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม (n=270)

ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. เป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่	1.93	1.24	น้อย
2. เป็นวิธีแก้ไขปัญหาคีวีต	1.93	1.24	น้อย
3. ทำให้เกิดผลเสียต่อตัวเองและผู้อื่น	2.79	.99	ปานกลาง
4. ทำให้หายกลุ้มใจ	1.93	1.24	น้อย
5. ทำลายสุขภาพตัวเอง	2.96	1.06	ปานกลาง
6. ทำให้มีเพื่อนมากขึ้น	1.93	1.24	น้อย
7. ช่วยสร้างความกล้าหาญ	1.93	1.24	น้อย
8. การซื้อมาดื่มทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง	2.96	1.06	ปานกลาง
9. ผู้หญิงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เหมือนผู้ชาย	1.69	.57	น้อย
10. ทำให้ดูเป็นเด็กเกร ไม่น่าคบ	2.96	1.06	ปานกลาง
11. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความเป็นลูกผู้ชาย	1.93	1.24	น้อย
12. ทำให้ผลการเรียนของนักเรียนต่ำลง	2.96	1.06	ปานกลาง
รวม	1.82	.52	น้อย

เมื่อประเมินระดับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ ต่อการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง (25-36 คะแนน) จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคืออยู่ในระดับน้อย (12-24 คะแนน) จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 และอยู่ใน ระดับมาก (37-48 คะแนน) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับของตัวแปรต้น	จำนวน (n=270)	ร้อยละ (100.0)
ระดับมาก (37 – 48 คะแนน)	17	6.3
ระดับปานกลาง (25 – 36 คะแนน)	188	69.6
ระดับน้อย (12 – 24 คะแนน)	65	24.1
รวม	270	100

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการตี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ได้การวิเคราะห์

ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ ใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ข้อมูลมีการแจกแบบปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและข้อมูลแต่ละชุดมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยผลการศึกษครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = .322$, $p < .00$) รายละเอียดดังตามร่างที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติต่อการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร N=270	พฤติกรรม การตี เครื่อง ต้ม แอลกอฮอล์	ทัศนคติต่อ การตี เครื่อง ต้ม แอลกอฮอล์
พฤติกรรมการตี เครื่อง ต้ม	1	

แอลกอฮอล์		
ทัศนคติต่อการตี	.322**	1
เครื่อง ต้มแอลกอฮอล์		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .72
2. ทัศนคติต่อการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52
3. พฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์โดยรวม มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน อาชีพ การตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ชักชวนให้ตีเครื่อง ต้ม แอลกอฮอล์ การตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท ประสบการณ์การตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ ชนิดของเครื่อง ต้ม แอลกอฮอล์ที่ตี บุคคลที่นักเรียนร่วมสังสรรค์ตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. ทัศนคติต่อการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = .322$, $p < .000$)

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์ของเยาวชนตำบลโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พฤติกรรมการตีเครื่อง ต้มแอลกอฮอล์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .72 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการตีเครื่อง ต้ม แอลกอฮอล์โดยรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง คือแบบมีความ

เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย น้อย (0-7 คะแนน) จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 75.2 รองลงมาคือแบบมีความเสี่ยง (8-15 คะแนน) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และแบบติดสุรา (20-40 คะแนน) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 และแบบอันตราย (16 -19 คะแนน) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 สอดคล้องกับผลการวิจัยของชีวฮวย แซ่ลี้ม, กนกพร หมูพยัคฆ์ และนันทวัน สุวรรณรูป (2560) ศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น จากผลการวิจัยพบว่านักเรียนวัยรุ่นตัวอย่าง ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 29.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 70.9 ในจำนวนนี้เคยดื่มแต่เลิกดื่มแล้วร้อยละ 10 โดยพบว่าวัยรุ่นตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย ร้อยละ 93.7 มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงร้อยละ 2.7 แบบอันตรายและ แบบติดสุรา ร้อยละ 3.6 (ชีวฮวย แซ่ลี้ม, กนกพร หมูพยัคฆ์ และนันทวัน สุวรรณรูป, 2558)

2. ทักษะคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 สอดคล้องกับผลการวิจัยของปริมา วงษ์ขุ่ม (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่านิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลางและเมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายด้าน พบว่าด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยเห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ชีวิต และทรัพย์สิน ด้านค่านิยมของสังคมโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีทัศนคติเหมาะสมมากคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนของคุณเป็นสิ่งที่น่าชื่นชมและด้านปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เมื่อ

พิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อ เห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาชีวิตแต่อย่างใด (ปริมา วงษ์ขุ่ม, 2557)

3. ทักษะคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = .322$, $p < .000$) จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น สามารถอธิบายความเกี่ยวพันกันของปัจจัยต่างๆ ตามแนวคิดของ PRECEDE Framework ของ Green and Kreuter (1999) ได้ดังนี้ตัวอย่างนักเรียน ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ไม่ดี ทำลายสุขภาพตนเอง ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง ผลการเรียนไม่ดี ก็จะไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์หรือดื่มเพียงเล็กน้อย ในทางตรงกันข้ามหากตัวอย่างนักเรียนมีทัศนคติว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ดี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นเรื่องไม่เสียหาย ดื่มแล้วทำให้มีเพื่อนมากขึ้น แสดงถึงความเป็นลูกผู้ชาย ผู้หญิงก็สามารถดื่มได้เช่นเดียวกับผู้ชาย การดื่มทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ ตัวอย่างก็เลือกที่จะดื่มในปริมาณมากหรือบ่อย ตามความต้องการหรือตามโอกาสที่เอื้อต่อการดื่ม สอดคล้องกับการ ศึกษาของ Gibson (2000) ได้อธิบายว่าความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความเชื่อจะเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยทัศนคติ เป็นโครงสร้าง หลักของบุคลิกภาพ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกต่อความรู้ที่เกิดจากการรับรู้และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แล้วแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Gibson, J.L., 2000) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาในนักเรียนของคุชกู แสงคา (2552) ที่ศึกษาในวัยรุ่นพบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าตัวอย่างนักเรียนที่มีทัศนคติที่ดี เหมาะสมและรับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกต้อง มีผลให้นักเรียนไม่ดื่มหรือดื่มน้อย ในขั้นที่เสี่ยงต่อการเกิด

อันตรายจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ในทางตรงกันข้ามหากนักเรียนที่มีความคิดเห็นเชิงบวกเกี่ยวกับเครื่องตีแอลกอฮอล์มองว่าเครื่องตีแอลกอฮอล์ไม่ใช่สิ่งเสพติด หรือเป็นเครื่องตีที่ไม่มีอันตรายร้ายแรงอะไร มีผลให้นักเรียนตีมากในชั้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก (ดุขฎิ แสงคำ, 2552)

ข้อเสนอแนะ

1. สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรม อบรมให้ความรู้กับนักเรียนทุกคน ให้เกิดการรับรู้ผลกระทบจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และอบรมเพื่อให้การสวมหมวกกัน น็อค
2. ควรประสานงานกับผู้ปกครองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีตำรวจ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการตามกฎหมาย กฎระเบียบอย่างเคร่งครัดในการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องตีแอลกอฮอล์ ห้ามจำหน่ายเครื่อง ตีแอลกอฮอล์ ให้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี การลด ละ เลิกในเทศกาลสำคัญต่าง ๆ

3. ควรมีการจัดการบำบัด ในรายที่ตีแบบอันตราย ให้คำปรึกษาให้คำแนะนำและสนใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนเพื่อลดพฤติ กรรมการตี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบของโปรแกรมเพื่อป้องกันหรือลดพฤติกรรมการตีในแต่ละระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการตีทั้ง 4 กลุ่ม
2. ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นอื่น เช่นกลุ่มนักเรียน ประถมศึกษา ทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกกลุ่ม เพื่อจะได้แนวทางป้องกันการตีในกลุ่มวัยรุ่นแต่ละกลุ่มที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2554). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรวรรณ บุชบง. (2557). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตสาขาสุขภาพศาสตร ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ วิทยาเขต บางเขน. การศึกษาปัญหาพิเศษคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ชีวิชัย แซ่ลิ่ม, กนกพร หมูพยัคฆ์ และนันทวัน สุวรรณรูป. (2558). ศึกษาพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดุขฎิ แสงคำ. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นอำเภอ ลำดวน จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต. คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.

บุญเสริม หุตะแพทย์, ชินรัตน์ สมสืบ, ประกายรัตน์ภทรธิต, สุพร แล้วยนสลาย และกุลกานต์ อภิวัฒนังการ. (2550). การวิจัยพฤติ กรรมการตีสุราของเยาวชนไทย : การสำรวจองค์ความรู้สถาน การณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ปวีณา วงษ์ขุ่ม. (2557). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตภาคปศุศตมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิทยากร เชียงกุล. 2552. จิตวิทยาวัยรุ่น : ก้าวข้ามปัญหาและพัฒนาศักยภาพด้านบวก.กรุงเทพฯ: วิทยุชน.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องตีแอลกอฮอล์รายจังหวัด

พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ : บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เพื่อสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร : นิดาโพล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรพ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

Gibson, J.L. 2000. Organization Behavior (7th ed). Boston : Irwin.

Green LW. Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach. 3rd ed. California : Mayfield; 1999.

World Health Organization. 2004. Global status report on alcohol 2004. Retrieved January 28, 2014, (Online) Available from:http://who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

ผู้ป่วยในที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลเป็นพิเศษ

Patient with Highly Special in Care In-Patient Department

ธนิดา สติอุตสาหกร^{1*} อัจฉรา อิ่มน้อย¹¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา 99 หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000E-mail : chutikarn_nanny@hotmail.com

บทคัดย่อ

สถิติการฟ้องร้องค่าชดเชยทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2539-2560 พบว่าการฟ้องร้องคดีฟ้องแพ่งสูงสุดจำนวน 287 คดี คดีผู้บริโภคจำนวน 168 คดี คดีปกครอง 3 คดี รวม 499 คดี ปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแล้วเกิดภาวะอันไม่พึงประสงค์ เกิดสถานการณ์เรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ด้านสาธารณสุข จากปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ เรื่องการรักษาผิดพลาดมากที่สุด ทำให้มีผลกระทบต่อวิชาชีพการพยาบาลทั้งระบบ เป็นผลอันเกิดจากการละเมิดไม่ปฏิบัติตามหรือละเลยจนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหาย พยาบาลจึงควรต้องปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ กฎระเบียบ และการควบคุมกำกับจากกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ อันนำมาซึ่งการปฏิบัติงานที่ไม่เกิดความเสี่ยงทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อีกทั้งก่อให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ติดต่อกันเองและผู้รับบริการ การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ต้องใช้วิชาความรู้ทางการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ซึ่งเป็นการกระทำต่อชีวิต ร่างกายหรือจิตใจของบุคคลโดยตรง จริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลทำให้พยาบาลต้องมีการเลือกระหว่างความจำเป็นกับศีลธรรม หลักการกับผลประโยชน์ เป็นสิ่งที่พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงและต้องเผชิญทุกขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามสิทธิผู้บริโภค ตามมาตรา 4 พ.ร.บ.ผู้คุ้มครองผู้บริโภค 2522 และการกระทำผิดกฎหมายอาญาจากการประมาทในการประกอบวิชาชีพ ได้แก่การไม่ช่วยเหลือหรือปฏิเสธการประกอบวิชาชีพ การทอดทิ้งหรือละเลยผู้ป่วย การพยาบาลโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม การหน่วงเหนี่ยวกักขังผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยขาดเสรีภาพ การเปิดเผยความลับ การปลอมเอกสาร การทำหรือรับรองเอกสารเท็จ และการทำให้หญิงแท้งลูก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยใน กฎหมาย ปฏิบัติการพยาบาล

ABSTRACT

Statistics of medical compensation claims from 1996-2017 show that the highest number of civil lawsuits has been filed with 287 cases, 168 consumer cases, and 3 administrative cases, totaling 499 cases. At present, patients who are admitted to the hospital for treatment have an adverse condition. The situation of complaints and public health complaints from problems in performing duties. The most mistaken treatment story. Causing an impact on the nursing profession throughout the system. As a result of violations, failure to comply or neglect until causing damage. Nurses should therefore work under the benefits, rules and supervision of laws and regulations. This brings a performance that does not pose a risk to both service recipients and service providers. It also produces positive results for oneself and the service recipient. Nursing is a profession that provides patient care as a science and art that requires knowledge of

nursing. Rehabilitation Disease prevention and health promotion, including helping physicians to treat diseases. Which is an act of life. The person's body or mind directly. Ethics in the nursing profession require nurses to make a choice between necessity and morality. Principles and benefits. It is something that nurses cannot avoid and must face every time they perform their duties in accordance with the consumer rights under Section 4 of the Consumer Protection Act 2522 and the criminal law from negligence in professional practice, including not helping or refusing professional practice, neglect or neglect of the sick person, nursing without patient consent, delaying the detention of the sick or depriving the patient of his freedom, disclosure of secrets, forging of documents, making or certifying false document and miscarriage of woman.

Keywords: In Patient Department, Laws and Nursing Practicum

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลมีหลายประเภท มีผู้ป่วยบางประเภทที่จะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษหรือต้องมีความระมัดระวังในการดูแล เมื่อถูกรับเข้าไว้ในสถานพยาบาลแล้ว อาจทำให้สถานพยาบาลดังกล่าวต้องมีความระมัดระวังในผู้ป่วยรายดังกล่าวเป็นพิเศษ เพื่อความปลอดภัยแก่ตัวของผู้ป่วยเอง ของแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลและของสถานพยาบาล ผู้ป่วยที่จะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษหมายถึง “สภาพของโรคเฉพาะบางอย่างที่มีอยู่” หรือ “สถานะ” หรือ “สภาพของผู้ป่วยในการดำรงอยู่ในทางสังคม” เป็นตัวกำหนด ซึ่งไม่ใช่เป็นผู้ป่วยประเภทเดียวกันทั้งหมด เช่น

1. “ผู้ป่วยคดีหรือผู้ป่วยนิติเวชคลินิก” ตามการแบ่งประเภทของผู้ป่วยวิสูตร (พงศ์ศิริไพบุลย์, 2542, วิสูตร พงศ์ศิริไพบุลย์และคณะ, 2541) ผู้ป่วยประเภทนี้มีเป็นจำนวนมากและเกินกว่าความสามารถของบุคลากรในสถานพยาบาลจะให้การดูแลได้

2. ผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากโรคหนึ่งหรือหลายโรค

3. ผู้ป่วยที่ป่วยจากโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคและอยู่ในอาการหนักจนใกล้จะถึงแก่ชีวิต

4. กำลังมีโรคแทรกซ้อนอยู่หลายอย่างจนทำให้การดูแลต้องการแพทย์ผู้ชำนาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์ทางการแพทย์ดูแลเป็นพิเศษ

5. สภาวะเสี่ยงจากโรคเช่นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยทั่วไป ความเสี่ยงต่อการมีเลือดออก ความเสี่ยงต่อการพิการ ความเสี่ยงต่อการแพ้ยาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ได้ง่าย ฯลฯ ยกเว้นความเสี่ยงจากโรคใหม่ที่สามารถทำให้เกิดความตื่นกลัวได้ เช่น COVID-19

6. ผู้ป่วยที่ใกล้จะตายจากสภาพของโรคหรือสภาวะต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ

ความสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นงานบริการที่ประชาชนมารับบริการเป็นจำนวนมาก เน้นการให้การรักษาดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น มีความเร่งรีบ ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังในการรับบริการที่ดี มีมาตรฐานและปลอดภัย แต่เมื่อเกิดความผิดพลาดในการรักษา พยาบาล จึงเกิดความไม่พึงพอใจจนเกิดความขัดแย้งและเกิดการฟ้องร้อง สาเหตุของความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (มนต์ชัย ชินทรสิลา, 2563)

1. สาเหตุเชิงตัวบุคคล ที่มาจากการขาดทักษะหรือความรู้ ความสามารถหรือเกิดจากความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ความบกพร่องในการซักประวัติ การประเมินผู้ป่วยไม่ละเอียด ไม่

ครอบคลุม พยาบาลไม่กล้ารายงานแพทย์ การบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน การสื่อสารไม่ชัดเจนไม่เพียงพอ ไม่ใช่พยาบาลเฉพาะทาง การแก้ไขปัญหามีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤต ไม่ทันการณ์ ล่าช้าทำให้สูญเสีย

2. สาเหตุเชิงระบบ หมายถึง ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากระบบการบริหารจัดการของสถานบริการ ตลอดจนเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลเป็นการบกพร่องของระบบการทำงาน ระบบประสานงาน ระบบบริหารจัดการ เช่น ความเสียหายจากการรักษา เครื่องมือ ยาที่ผู้ป่วย

สภาวะดังกล่าวเป็นเหตุที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานของการดูแลตามระบบบริหารจัดการพยาบาลในการแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงที่ครอบคลุมลักษณะความต้องการการดูแลอยู่แล้ว (จิราพร รักการ, 2562) อาจแยกประเภทของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ ดังต่อไปนี้ (วิสูตร พงศิริไพบูลย์, จันทรพิมพ์ เจริญพงศ์พันธุ์, อัจฉรา อิ่มน้อย, 2546)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยในคดีอาญาที่ถูกกระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรงน่าจะประสงค์ต่อชีวิต

ผู้ป่วยที่เข้าสถานพยาบาลเนื่องจากการกระทำ ความผิดกฎหมายอาญา เช่น ถูกประทุษร้ายต่อกายหรือเพื่อจะเอาชีวิตซึ่งเป็นความผิดกฎหมายอาญา แต่อาจมีสาเหตุมาจากมูลเหตุทางแพ่งได้ เช่น การกักขังเงินหรือการผิดสัญญาขัดผลประโยชน์ด้านต่าง ๆ ซึ่งโดยทั่วไปอาจแยกได้เป็น

1.1 ประสงค์ต่อชีวิตผู้ป่วย เป็นกรณีที่มีบุคคลภายนอกต้อง การที่จะฆ่าผู้ป่วย ซึ่งอาจเนื่องจากการที่พยายามฆ่าผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยไม่ถึงแก่ความตาย จึงตามมาฆ่าในสถานพยาบาล ถือว่าเป็นประเภทของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงที่สุดและต้องให้ความระมัดระวังดูแลเป็นพิเศษมากที่สุด

1.2 ประสงค์ต่อร่างกาย เป็นกรณีที่บุคคลภายนอกต้องการทำร้ายผู้ป่วย

1.3 ประสงค์ต่อทรัพย์สิน แต่ทำร้ายร่างกายด้วยในลักษณะชิงทรัพย์ หรือปล้นทรัพย์นั่นเอง

ทั้งนี้เนื่องจากการบาดเจ็บอันเนื่องจากการประสงค์ต่อชีวิตของเขา เป็นเหตุให้เขาต้องถูกจับไว้รักษาตัว จึงอาจเป็นไปได้ว่าจะมีการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อให้การประสงค์ต่อชีวิตนั้นประสบผลสำเร็จ ซึ่งถ้าเกิดขึ้นในสถานพยาบาลย่อมไม่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและต่อสถานพยาบาล เพราะเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับคดี แนวทางการดำเนินการที่สำคัญที่สุดก็คือ ทำให้การที่ผู้ป่วยดังกล่าวมาอยู่ในสถานพยาบาลเป็นความลับมากที่สุด ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกอย่าง โดยส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลและหากเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่เป็นไปตามปกติหรือมีผู้กระทำ เมื่อข้อมูลถูกเปิดเผยไปแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมเสียอับอายหรือถูกคุกคามชีวิตและเสื่อมเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังถือเป็นความผิดกฎหมายอีกด้วย แต่มีข้อยกเว้นความผิดฐานเปิดเผยความลับ ได้แก่ข้อผูกพันหรือหน้าที่ โรคติดต่อร้ายแรงเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย ผู้ป่วยไม่อาจรับผิดชอบหรือตัดสินใจด้วยตัวเอง คำสั่งศาล ผู้ป่วยรับรู้และยินยอมให้เปิดเผย การรายงานการทุติยภูมิที่ร้ายแรงภายในครอบครัว และรายงานบาดแผลที่ผู้ป่วยรักษาที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากก่อคดีอาชญากรรม ดังนั้นเพื่อผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. ชื่อผู้ป่วยต้องเป็นความลับ

1.1 ในส่วนของประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะกรณีที่มีการลงทะเบียนคนไข้ในไว้ ไม่ว่าจะด้วยการลงในสมุดบันทึกหรือด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ก็ตาม ทั้งยังจะต้องมีการแก้ไขชื่อของผู้ป่วยดังกล่าวให้เป็นชื่ออื่น

1.2 มีการเปลี่ยนชื่อผู้ป่วยดังกล่าวที่ติดไว้ที่กระดาน (board) ที่เคาเตอร์พยาบาล เพื่อไม่ให้รู้ว่ามีผู้ป่วยดังกล่าวพักอยู่และอยู่ที่ห้องใด

1.3 ติดป้ายชื่อผู้ป่วยดังกล่าวที่หน้าห้องเป็นชื่อบุคคลอื่น (ชื่อปลอม)

1.4 การเปลี่ยนชื่อผู้ป่วยที่ตึ้นนั้นน่าจะเป็นตำรวจหรือทหารเพื่อให้ผู้ไม่หวังดีเกรงกลัวไม่กล้าเข้ายุ่งในท้องถิ่นกล่าวเช่น ส.ต.อ.สนั่น สุขศรี เป็นต้น

2. ให้ความปลอดภัยเพิ่มเติม

2.1 มีเจ้าหน้าที่คอยควบคุมการเข้าเยี่ยมตลอดเวลา

2.2 มีการเพิ่มระบบกล้องวงจรปิดหน้าห้องหรือในห้องของผู้ป่วย เพื่อให้มีการตรวจสอบสภาพหน้าห้องของผู้ป่วยทุกระยะ พร้อมทั้งมีการลงบันทึกด้วยเพื่อการตรวจสอบในภายหลังได้

2.3 สมควรให้มีญาติที่ไว้ใจได้ของผู้ป่วยเฝ้าดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

2.4 ทำการปิดห้องอย่างแข็งแรง และจะต้องไม่เปิดให้กับผู้อื่น

2.5 ให้คำแนะนำญาติของผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยถึงแนวทางปฏิบัติและการติดต่อกับทางเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

2.6 มีการเปลี่ยนห้องพักของผู้ป่วยตามสมควร เช่น 2-3 วัน ให้มีการเปลี่ยนครั้งหนึ่งซึ่งอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนชั้นที่พัสดุเพื่อแยกต่อการค้นหา

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าโรงพยาบาลจากถูกทำร้ายแล้วตามมาฆ่า (Sanook, 2562)

สามีเมาคั่งอาละวาด บุกมาเพื่อตามฆ่าภรรยาหลังจากที่ก่อเหตุกระหน่ำแทงก่อนหน้านี้ และถูกช่วยเหลือพามาส่งโรงพยาบาล ถูกรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาล เพื่อให้บอกว่าภรรยารักษาตัวอยู่ที่ไหนของโรงพยาบาล

ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ถูกทำร้ายจนถึงขั้นอันตรายบาดเจ็บสาหัส (มติชนสุดสัปดาห์, 2563)

แม่ลงมือโหดในโรงพยาบาลวางยาลูกเลี้ยงพร้อมลูกในไส้จนเสียชีวิตและอาการสาหัส เพียงเพราะหวังลงขายสินค้าและเงินบริจาค

ตัวอย่างผู้ป่วยถูกทำร้ายเสียชีวิต คู่กริชพวกมาล้างแค้น (ไทยรัฐออนไลน์, 2563)

กลุ่มเพื่อนที่เสียชีวิต ประมาณ 15-20 คน เกิดความไม่พอใจและรู้ว่ากลุ่มคู่อริอีกฝ่ายได้มารักษาตัวที่โรงพยาบาล จึงยกพวกกันมาล้างแค้นโดยใช้ไม้ เก้าอี้ ทำร้ายกลุ่มเพื่อนที่มาดูอาการเพื่อนที่บาดเจ็บ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลได้รับความเสียหาย แล้วหลบหนีไป

ตัวอย่างผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเดินทางจากโรงพยาบาลไปอีกแห่ง (Workpoint Today, 2561)

สาววัย 38 ปีโดนสาดน้ำกรด ต้องเสียชีวิตคาแท็กซี่ขณะนั่งแท็กซี่จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปรักษาอีกโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง

ตัวอย่างพยาบาลถูกทำร้าย (World Of BUZZ., Sheralyn, 2020)

พยาบาลสาวผู้เคราะห์ร้าย ได้รับมอบหมายให้ไปเจาะเลือดจาก

ผู้ป่วยโควิด -19 เพื่อทำการตรวจวิเคราะห์ แต่ผู้ป่วยไม่ยินยอม เดินออก

จากหอผู้ป่วยแยกโรค ได้พยายามหยุดเขาแต่กลับถูกผลักลงพื้นและเข้าทุบตีและกัดที่หน้า

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดี

ผู้ป่วยที่เป็นผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าได้กระทำความผิดฐานใดฐานหนึ่งในทางอาญา ในกรณีที่ผู้ป่วยประเภทนี้ถูกรับไว้ในสถานพยาบาลนั้นอาจทราบหรือไม่ทราบมาก่อนก็ได้ ว่าเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดี ผู้ป่วยประเภทนี้มีความเสี่ยงหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการหลบหนี การทำร้าย การถูกทำร้าย หรือการทำให้เสียทรัพย์สิน

1. กรณีที่ทราบว่าเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลย เจ้าพนักงานทราบแล้ว เพราะ

1.1 ผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยถูกส่งตัวมาทำการรักษาโดยพนักงานสอบสวน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีเจ้าพนักงานมาเฝ้าที่หน้าห้องหรืออาจมีการล่อลวงให้ผู้ป่วยติดไว้กับเตียงคนไข้ เพื่อป้องกันการที่ผู้ป่วยหลบหนีไป

1.2 ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถาน พยาบาลแล้ว เจ้าพนักงานตามมาพบ

ผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ในฐานะผู้ต้องหาหรือจำเลย ลักษณะนี้เจ้าพนักงานจะทำหน้าที่ดำเนินการเอง ผู้ป่วยประเภทนี้อาจแยกได้เป็น 2 กรณี คือ

ก) ผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลย คือ ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ไปกระทำความผิดมา แล้วตนเองได้รับบาดเจ็บจนถึงขั้นต้องถูกรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เช่น อุบัติเหตุขับรถชนผู้อื่นแล้วตนเองได้รับบาดเจ็บด้วย

ข) เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยแต่เกิดอาการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น เป็นโรคไทฟอยด์ เป็นต้น ต้องถูกนำไปรักษาต่อไป

1.2.1 ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ยังคงต้องรักษาต่อในสถาน พยาบาลนั้น โดยเจ้าพนักงานต้องการให้สถานพยาบาลนั้นทำการรักษาต่อไป ซึ่งอาจเนื่องจากการบาดเจ็บหรือป่วยมากจนไม่สามารถที่จะย้ายจากสถานพยาบาลที่ให้การรักษายู่ได้ เนื่องจากการย้ายอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ต้องหาหรือจำเลยได้ หรือเจ้าพนักงานเห็นว่าเป็นการเหมาะสมแล้วที่จะให้การรักษายาบาลผู้ต้องหาหรือจำเลย ณ สถานพยาบาลแห่งนั้น ๆ

หมายเหตุ :

การที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นจะต้องรักษาต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลที่ให้การรักษายู่ ณ เจ้าพนักงานจะต้องได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์ หรือได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่า “ผู้ป่วยรายนี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นได้” หรือความหมายที่ใกล้เคียงกัน ที่พยายามแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยดังกล่าว ไม่อาจย้ายไปรักษา ณ สถาน พยาบาลอื่นได้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง

1.2.2 ขอให้ส่งไปเพื่อการรักษาต่อที่อื่น โดยขอให้ส่งไปรักษา ณ สถานพยาบาลเฉพาะเจาะจง เช่น ให้ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ (ซึ่งมีห้องเพื่อดูแลผู้ป่วยประเภทนี้เป็นพิเศษ) เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าพนักงานเห็นว่าจะจะเป็นความสะดวกในการดูแลและควบคุมตัวผู้ป่วยหรือเป็นการปลอดภัยแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็น

ผู้ต้องหาหรือจำเลยแล้วแต่กรณี แพทย์ย่อมต้องให้ความร่วมมือกับเจ้าพนักงาน

2. ในกรณีที่ไม่มีทราบมาก่อน

ให้การดูแลเฉพาะในทางโรคหรืออาการป่วยเจ็บเท่านั้น เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล “ไม่มีหน้าที่” ในการแจ้งให้เจ้าพนักงาน เช่น พนักงานสอบสวนทราบ เว้นเสียแต่จะมีการเสียชีวิตเพราะการเสียชีวิต มีกฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่ของผู้ที่พบศพ (พลประสิทธิ์ ฤทธิรักษา, นคร พจนวรงค์, 2523, เสถียร วิชัยลักษณ์, สืบวงศ์ วิชัยลักษณ์, 2536) เว้นเสียแต่จะมีการขอความร่วมมือเป็นการเฉพาะรายเท่านั้น

หมายเหตุ :

พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลไม่มีหน้าที่โดยตรงในการแจ้งให้พนักงานสอบสวนทราบสำหรับกรณีที่ผู้เสียหายหรือผู้ต้องหาที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการกระทำผิดให้ได้ทราบ ดังนั้นการที่จะแจ้งให้พนักงานสอบสวนทราบนั้นจึงสมควรเลือกเป็นการเฉพาะราย ซึ่งต้องดูในข้อเท็จจริงหรือความจำเป็น เช่น

ก. การที่ผู้เสียหายร้องขอให้ทางสถานพยาบาลช่วยติดต่อเพื่อแจ้งความร้องทุกข์ให้กับพนักงานสอบสวน ณ ที่ที่เกิดเหตุได้ทราบในขั้นต้นก่อน ทางสถานพยาบาลอาจช่วยประสานติดต่อให้ได้

ข. การที่ผู้ต้องหา มา รับ การ รักษา ที่สถานพยาบาล และทางสถานพยาบาลได้ทราบในคดีฉกรรจ์ เช่น ในคดีที่ปล้นแล้วฆ่าตำรวจกำลังต้องการตัวอย่างมาก จำเป็นที่จะต้องแจ้งให้กับเจ้าพนักงานได้ทราบ

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเองได้ไม่สมบูรณ์

ผู้ป่วยที่ยังไม่อาจตัดสินใจด้วยตัวเองได้ หรือยังไม่เข้าใจถึงการกระทำของตนเองอย่างดีพออาจมีการกระทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น รวมถึงทำให้เสียหายแก่ทรัพย์สินได้ เช่น

1. ผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตใจ

จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานและการยอมรับของกลุ่มหรือสังคม มีความก้าวร้าว (Aggression) ความไม่เป็นมิตร (Hostility) ความรุนแรง (Violence) ซึ่งการมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นปัจจัยทำนายที่最差ของการเกิดความรุนแรงในอนาคต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (attempt suicide) โดยเหตุปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตใจและปัจจัยทางด้านสังคม ถ้ามีประวัติการฆ่าตัวตายมาหลายครั้งยิ่งต้องเพิ่มความระมัดระวังสูงขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคจิต (Psychosis) ทุกรายจะต้องให้การระมัดระวังเป็นพิเศษ ทั้งนี้เพราะขึ้นอยู่กับขนาดและสถานะความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ๆ แต่เมื่อผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล ผู้ควบคุมดูแลจะมีความผิดฐานปล่อยปละละเลยให้ผู้วิกลจริตออกไปเที่ยวโดยลำพังด้วย ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 373 ที่บัญญัติไว้ (วรุณมิ แสงทอง และคณะ, 2563)

2. ผู้ป่วยที่ไม่รู้ในการกระทำของตนเอง เช่น

2.1 ผู้ที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรงซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุจราจรและหมดสติไปเป็นเวลานาน เกิดความพิการทางสมอง อาจอยู่ในขั้นไร้ความสามารถหรือไม่รู้ตัวในสิ่งที่ตนเองได้กระทำ

2.2 อาการ intoxication หรือ withdrawal จากยาหรือสารบางประเภท

ก. ยาบางชนิด เช่น Barbiturates, Amphetamine

ข. แอลกอฮอล์ (เหล้า) เป็นผลจากการกดสมองโดยฤทธิ์ของของแอลกอฮอล์

ค. สารเสพติดเช่น เฮโรอีน

2.3 จากสภาพของโรคทางกาย (Organic) เช่น Hypoglycemia

ผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นอาจมีพฤติกรรมหรือผลอันไม่พึงประสงค์ ที่ได้กระทำซึ่งต้องให้ความระมัดระวังอย่างสูงได้ เช่น การทำร้ายตนเอง ถูกทำร้าย การหนีจากสถานพยาบาล หรือในเรื่องทรัพย์สินด้านต่าง ๆ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่ยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ประเมินภาวะการณั้ฆ่าตัวตาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายและสุขอนามัยทั่วไป ประเมินและให้การดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ ดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับให้ได้เพียงพอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีและเหมาะสมกับบุคคลอื่น ช่วยผู้ป่วยให้ได้พยายามทำความเข้าใจความคิดความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและรับผิดชอบการกระทำด้วยตนเอง ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค และช่วยผู้ป่วยค้นหาบุคคลหรือแหล่งที่พึ่งพาในการช่วยเหลือดูแลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและสังคมตามปกติ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560, จิราพร รักการ, 2562, วาสนา นามเหลา, 2559)

3. ผู้ป่วยที่จิตใจยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ คือเด็กหรือผู้ที่สมองพัฒนา การได้ไม่สมบูรณ์

“ผู้ป่วยเด็ก” ที่ยังไม่อาจตัดสินใจหรือเข้าใจในสิ่งผิดถูกได้ เช่น อาจจะโดดตึกอย่างเช่นในภาพยนตร์ทางโทรทัศน์ เพราะคิดว่าทำทำทางต่าง ๆ หรือสวมหน้ากากบางชนิด หรือเอาผ้ามาพันคอแล้วก็จะหะได้อย่างในสิ่งที่ตนเองเห็น หรืออาจป็นปายเตียงแล้วตกลงมาแขนขาหักได้ เป็นต้น

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยที่ผิดหวังหรือสิ้นหวังในชีวิต

คือผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดี แต่มีการนับถือคุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกไร้ค่า เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากสิ้นหวังหมดหนทางในชีวิต ไม่อยากมีชีวิต

อยู่และประสงค์ที่จะจบชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นในความคิดชั่วขณะ เช่น

1. ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายจนถึงระยะสุดท้ายและหมดหวังในชีวิต เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ในระยะท้ายๆ เป็นต้น

2. เป็นโรคที่รักษาไม่หายและเป็นที่ยังเกียจในสังคม เช่น เอดส์

3. เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการแผนการรักษาระยะยาว ซึ่งทำให้ท้อแท้และหมดหวังกับการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เพราะเห็นว่าไม่เกิดประโยชน์อีกทั้งตนเองก็อยู่อย่างไร้ค่าของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยต้องการทักษะการดูแลตนเองที่บ้านและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

4. ขราภาพมาก น้อยใจที่ไม่มีคนดูแลหรือต้องเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ขาดความอบอุ่นกับการอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือลูกหลานทั้ง หรือปล่อยไว้ให้อยู่กับบ้านคนเดียวโดยปราศจากการดูแลอย่างใกล้ชิด

5. ผิดหวังในชีวิตอย่างรุนแรงในด้านต่าง ๆ เช่น

- ด้านการงานและธุรกิจและมีปัญหาทางเศรษฐกิจล้มละลาย สูญเสียทรัพย์สินจำนวนมากจากการลงทุนที่ผิดพลาด เช่น ในตลาดหลัก ทรัพย์สินหรือจากอุบัติเหตุทำให้สิ้นเนื้อประดาตัว ดังเช่นในยุคที่ฟองสบู่แตกในประเทศไทย มีนักธุรกิจหลายคนฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหนี้สินจำนวนมาก

- ด้านความรัก ผิดหวังในความรัก ซึ่งอาจมีการฆ่าคนที่ตนเองรัก ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้อง

- ด้านครอบครัว ถูกภรรยาหรือสามีหรือบุตรหลานทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว

- ด้านตำแหน่งหน้าที่การงาน ผิดหวังในหน้าที่การงาน เช่น การไม่ได้เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง หน้าที่การงาน การบกพร่องในหน้าที่การงานและถูกสอบสวนในความผิดในหน้าที่การงาน การถูกให้ออกจาก

งาน เป็นต้น เคยปรากฏแม้กระทั่งผู้รักษากฎหมาย ที่ฆ่าเจ้านายของตนเองที่มีความเข้มงวดในหน้าที่การงาน

- ด้านการเรียน ผลการเรียนไม่ดี ผิดหวังในผลการเรียน ได้เคยปรากฏในข่าวมาแล้วไม่ว่าจะเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา แม้ว่าจะเป็นในชั้นประถม มัธยม หรือระดับอุดมศึกษา การเรียนที่ไม่ตรงกับที่ต้องการ เช่น เป็นนักศึกษาแพทย์แต่คิดว่าตนเองไม่เหมาะกับการเป็นแพทย์ จึงโดดตึกลงมาขณะถูกรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

- ด้านศักดิ์ศรีหรือน้อยใจ เช่น ถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม ด่าทออย่างรุนแรง น้อยใจคิดว่าสามีหรือภริยาไม่ให้ความใส่ใจดูแล

6. หนีความกลัว เช่น ต้องหนีการจับกุมของเจ้าหน้าที่จากการกระทำความผิดกฎหมาย หนีเจ้าหน้าที่มาตามทวงหนี้และไม่มีเงินคืน จึงถูกเจ้าหน้าที่เอาชีวิต เป็นต้น ผู้ป่วยประเภทนี้อาจมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวเองได้

จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตาย (รณชัย โตสมภาค, 2563) เขาอยากมีชีวิตอยู่แต่เขาทนความปวดร้าว ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นไม่ไหว ถ้าความทุกข์นี้ลดลงหรือได้รับการช่วยเหลือหรือมีคนชี้แนะความคิดอยากตายมักหายไปไหนที่สุด ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ทางการแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่มีทางรักษาให้หายได้ บางครั้งเครื่องมือหรือการรักษาต่าง ๆ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากกว่าปกติ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี (องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว, 2561) ต้องมีการเผื่อระวัง และควรมีมาตรการในการช่วยเหลือลดอัตราการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. การคัดกรอง การประเมินการรักษาและการติดตามกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

2. การเข้าถึงบริการ การค้นหา และการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ

3. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ เพื่อใช้กำกับติดตามประเมินสถานการณ์และวางแผนแก้ไข้ปัญหาได้อย่างตรงจุด

4. การยกระดับปัญหาฆ่าตัวตาย ให้เป็นปัญหาระดับชาติ ที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันป้องกัน

กลุ่มที่ 5 ผู้ป่วยที่มีฐานะทางสังคม

ผู้ที่มีตำแหน่งฐานสำคัญในทางสังคมและการบริหารบ้านเมือง เช่น

1. พระมหากษัตริย์หรือพระบรมวงศานุวงศ์ ซึ่งต้องให้ความสำคัญเพราะมีฐานะทางสังคมในระดับสูง

2. เป็นนักการเมืองหรือรัฐมนตรี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารงานต่าง ๆ ในบ้านเมือง

3. เป็นข้าราชการชั้นผู้ใหญ่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานต่าง ๆ ในบ้านเมือง

4. พระเถระชั้นผู้ใหญ่

5. เป็นดาราภาพยนตร์ นักกีฬา หรือผู้มีชื่อเสียงโด่งดังอื่น ๆ ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญเนื่องจากถ้าเกิดความผิดพลาดในการให้การดูแล อาจกระทบถึงชื่อเสียง สิ่งแวดล้อมความปลอดภัย ฯลฯ ของบุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้รวมถึงผู้ที่มีฐานะทางสังคมของต่างประเทศด้วย

กลุ่มที่ 6 ผู้ป่วยต่างชาติ

เป็นผู้ซึ่งไม่สามารถรับทราบ/เข้าใจกระบวนการรักษา รวมทั้งไม่สามารถร้องขอข้อมูลจำเป็น และยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ เป็นปัญหาสำคัญในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และยังมีเพื่อนหรือญาติของผู้ป่วยที่ไม่อาจทราบได้ว่ามีความหวังดีต่อผู้ป่วยที่มาเยี่ยมเยียนหรือไม่ อาจต้องให้ความสำคัญเพราะเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลอาจไม่เข้าใจในผู้ป่วยเหล่านี้และผู้ที่มาเยี่ยมจึงอาจเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยได้

กลุ่มที่ 7 ผู้ป่วยที่อาจได้รับอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บได้ง่าย

1. ผู้ป่วยเด็ก มักเกิดจากการไม่รู้เท่าทันถึงอันตราย เช่น การที่เด็กปีนป่าย ซึ่งอาจตกลงมาได้รับบาดเจ็บได้

2. คนชรา

3. ผู้ป่วยที่พิการ

4. ผู้ป่วยที่ไม่อาจช่วยตนเองได้

ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เพราะสภาพของร่างกายในผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สมบูรณ์เหมือนกับผู้ป่วยโดยทั่วไป

กลุ่มที่ 8 ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะให้ใครทราบ

หมายถึงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลอยู่ แต่ไม่ประสงค์ที่จะให้บุคคลอื่นทราบว่าตนเองในขณะนี้คงอยู่ในสถานพยาบาลแห่งใด แม้ว่าบุคคลที่ผู้ป่วยจะไม่ประสงค์ให้รู้จะเป็นทายาทก็ตาม เป็นไปได้แม้กระทั่งเป็นคู่สมรสหรือผู้สืบสันดานของตนเอง โดยที่ผู้ป่วยนั้นยังคงมีสติสัมปชัญญะดีอยู่และอยู่ในสถานะที่สามารถเข้าใจในการกระทำของตนเองได้ โดยมีได้เป็นผู้เยาว์ บุคคลไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งต้องมีผู้ปกครอง ผู้อนุบาลหรือผู้พิทักษ์ ตามลำดับขั้นนี้เป็นไปตามสิทธิของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยต้องระบุไว้อย่างชัดเจนว่าจะไม่ให้พบผู้ใดเลย หรือให้พบเฉพาะบุคคลที่ระบุไว้ เช่น นาย ก.และนายข.เท่านั้น การให้ข้อมูลหรือตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรจะต้องระมัดระวังและตรวจสอบผู้ถามนั้นว่า เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไรก่อนให้ข้อมูลตามความจำเป็นและตามขอบเขตที่ได้รับอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

หมายเหตุ :

เป็นสิทธิของผู้ป่วยโดยแท้ที่จะให้ผู้ใดเข้าเยี่ยมหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องให้เข้าเยี่ยมแล้วย่อมต้องเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ที่ต้องเข้าเยี่ยมจะเป็นญาติของผู้ป่วยก็ตาม

ข้อยกเว้น :

ผู้มีสิทธิเข้าเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ถ้ามีความสัมพันธ์หรือมีสิทธิที่กฎหมายรองรับไว้แล้วย่อมทำได้

1. กรณีที่ผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ กรณีนี้บิดามารดาหรือผู้ปกครองสามารถเข้าเยี่ยมหรือดูแลได้

2. ผู้ป่วยทางกายหรือจิตถึงระดับที่การแสดงเจตนาไม่อาจเข้าใจได้อย่างสมบูรณ์ อันมีผลต่อการตัดสินใจและความรู้สึกนึกคิด เช่น การที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองทำให้การตัดสินใจอาจไม่ปกติ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงสภาพที่เกิดขึ้นเช่นนี้ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ย่อมสามารถที่จะเข้าเยี่ยมและดูแลได้

ก. โดยข้อเท็จจริงที่สภาพทำให้เกิดเช่นนั้น

ข. โดยผลของกฎหมาย เช่น การที่ถูกศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

แนวทางแก้ไขกรณีเรื่องผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถามรายชื่อหรือบุคคลที่ผู้ป่วยประสงค์ที่จะให้พบไว้ล่วงหน้า เพื่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของสถานพยาบาลจะสามารถแยกได้ว่าสมควรให้ผู้ใดเข้าเยี่ยมหรือพบผู้ป่วยหรือไม่

การป้องกันการเข้าพบผู้ป่วย

เป็นการยากอย่างยิ่งที่จะห้ามการเข้าพบผู้ป่วย ทั้งนี้เมื่อผู้ที่จะขอเข้าพบพยายามฝ่าฝืนโดยตั้งมั่นที่จะเข้าพบแล้ว แม้ว่าจะมีการป้องกันแล้วก็อาจไม่สามารถกระทำการได้อย่างสะดวก ทั้งนี้เพราะ

1. การเข้าถึงกัน อาจมีการสัมผัสระหว่างเนื้อตัวร่างกาย อาจมีการกล่าวหาซึ่งกันและกันว่ามีการทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกัน

2. อาจมีกรณีพิพาทกันทางวาจา (คำทอหรือโต้เถียงกัน) ได้ ซึ่งอาจเกิดเป็นกรณีพิพาทและเป็นคดีความกับบุคลากรและทางสถานพยาบาลเอง ในประการนี้จึงต้องมีความระมัดระวังในการดำเนินการอย่างมาก

สิ่งสำคัญที่จะต้องกระทำก็คือควรต้องมีการตกลงกับผู้ป่วยในเรื่องการขอเข้าเยี่ยม และการที่ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการที่ไม่แจ้งกับบุคคลที่ไม่ต้องการให้เยี่ยมเยียนอย่างเด็ดขาด หมายความว่าแม้ว่าทางสถานพยาบาลจะพยายามปิดกั้นการอยู่ใน

สถานพยาบาลของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยย่อมสามารถที่จะติดต่อไปยังบุคคลภายนอกได้ และอาจมีการแจ้งสถานที่อยู่ให้กับบุคคลเหล่านั้นได้

กลุ่มที่ 9 ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะฟ้องโรงพยาบาล

สาเหตุของการฟ้องร้อง (พรจันท์ สุวรรณชาติ, 2562) เกิดจาก มาตรฐานวิชาชีพพลดลง ขาดการสื่อสารที่ดี การไม่ให้เกิดเกียรติ ไม่รับฟังความคิดเห็น ไม่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความคาดหวังสูง กระแสคุ้มครองผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิผู้บริโภค ตามมาตรา 4 พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค 2522 ได้แก่

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร คำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ
2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ
3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการเลือกใช้สินค้าหรือบริการ
4. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา
5. สิทธิที่จะได้รับพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

การชดเชยค่าเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข 19

ค่าเสียหายหมายถึง เงินที่ชดเชยให้แก่ผู้เสียหายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดกับผู้เสียหายที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนมีการละเมิด ประกอบด้วยเงินที่ชดใช้กับผู้เสียหายและเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่จ่ายให้กับผู้เสียหาย

วัตถุประสงค์ของค่าเสียหาย สามารถแยกจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันในหลักการใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภทคือ

1. ค่าเสียหายแบบเป็นค่าสินไหมทดแทน (Compensatory Damages) มีรูปแบบที่เป็นตัวเงิน เช่น ค่าใช้จ่าย รายได้ที่หายไป ที่ผู้ทำละเมิดจะต้องจ่ายชดใช้

ให้แก่ผู้เสียหาย เพื่อให้ผู้เสียหายได้กลับคืนฐานะเดิมก่อน ถูกกระทำความผิดใกล้เคียงที่สุด ทั้งในรูปตัวเงินหรือไม่ใช่ ตัวเงิน ผู้เสียหายต้องพิสูจน์ความเสียหายที่ตนได้รับในชั้น ศาลและการชดเชยค่าเสียหายเป็นก้อนหรือแบ่งจ่าย

2. ค่าเสียหายแบบเป็นการลงโทษ (Punitive Damages หรือ Exemplary Damages หรือ Vindictive Damages) มีลักษณะ

- เป็นค่าเสียหายที่กำหนดลงโทษตอบแทน ผู้กระทำความผิดเพื่อปรามมิให้กระทำซ้ำอีก

- ฝ่ายโจทก์ก็ไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ความเสียหาย ศาลจะเป็นผู้พิจารณาเพื่อกำหนดความเหมาะสม

- เป็นค่าเสียหายที่เพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจาก ค่าเสียหายจากความเป็นจริง

- ศาลจะกำหนดให้เฉพาะกรณีละเมิดที่มี พฤติการณ์รุนแรง

การชดเชยค่าเสียหายทดแทนแก่ผู้เสียหายโดยรัฐ มาตรา 11 พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 และมาตรการการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ ผู้เสียหายที่รับบริการสาธารณสุข มาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

1. การดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมทางแพ่ง

- หลักกฎหมายและกระบวนการดำเนินคดี

เป็นกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของบุคคลไม่ให้ ถูกละเมิดจากการกระทำของผู้อื่น เช่น สิทธิในชีวิต ร่างกาย อนามัย ในบัญญัติมาตรา 420 ผู้ที่ได้รับความเสียหายสามารถยื่นต่อศาลแพ่งที่มีเขตอำนาจพิจารณาคดี ภายในอายุความ 1 ปี นับตั้งแต่วันที่รู้ถึงการละเมิดและ รู้ตัวผู้รับผิดชอบ หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่ได้มีการกระทำ ที่เป็นการละเมิดเกิดขึ้น

- ค่าเสียหายและการกำหนดค่าเสียหาย

กรณีความเสียหายแก่ชีวิตผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับ

การชดเชยค่าเสียหาย ประกอบด้วย ค่าขาดไร้อุปการะ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ก่อนเสียชีวิต ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปก่อนเสียชีวิต และค่าปลงศพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่น ถ้าไม่ได้เสียชีวิตในทันที ค่าสินไหมทดแทนได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล รวมค่าเสียหายที่ต้องขาดประโยชน์ทำมาหาได้

กรณีความเสียหายกับร่างกายและอนามัย ผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปและที่จะมีต่อไปในอนาคต และค่าเสียหายอย่างอื่นที่ไม่ใช่ตัวเงิน

2. การชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายโดยรัฐตามมาตรา 11 พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

- เป็นการยื่นขอรับชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากหน่วยงานของรัฐที่เจ้าหน้าที่รัฐผู้กระทำความผิดสังกัดอยู่ กระบวนการชดเชย ผู้มีสิทธิขอรับการชดเชยค่าเสียหาย ได้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหาย หรือทายาท หรือผู้จัดการมรดก โดยยื่นคำขอต่อหน่วยงานของรัฐนั้น หรือยื่นต่อกระทรวงการคลังเมื่อหน่วยงานได้รับคำขอแล้วต้องออกไปรับคำขอให้แก่ผู้เสียหายไว้เป็นหลักฐานและตั้งคณะกรรมการพิจารณาคำขอให้แล้วเสร็จภายใน 180 วัน พร้อมกับแจ้งผลการวินิจฉัยให้กับผู้เสียหายทราบ

- กรณีความเสียหายแก่ชีวิต ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลก่อนเสียชีวิต ค่าที่ขาดประโยชน์ในการทำมาหาได้ระหว่างเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต ค่าปลงศพ ค่าขาดไร้อุปการะ

กรณีความเสียหายรับร่างกายและอนามัย ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไป ค่าขาดประโยชน์ที่ทำมาหาได้ระหว่างเจ็บป่วย ค่าชดเชยทดแทนการสูญเสียอวัยวะหรือสมรรถภาพของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง

การกำหนดค่าเสียหาย การชดเชยค่ารักษาพยาบาลจะจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินสองหมื่นบาทต่อผู้ได้รับความเสียหายหนึ่งรายและมี

ใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาลมาแสดงเป็นหลักฐาน
ค่าที่ขาดประโยชน์นำมาหาได้ จ่ายไม่เกินเดือนละเก้าพัน
บาท ไม่เกินสองเดือน ค่าชดเชยอวัยวะ จ่ายได้ไม่เกินห้า
หมื่นบาท ค่าปลงศพ จ่ายได้ไม่เกินสองหมื่นบาท ค่าที่ขาด
ไร้อุปกรณ์ จ่ายได้ไม่เกินสองหมื่นบาท

3. การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย
ตามมาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545

- เป็นกองทุนที่ได้กักเงินจากเงินกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้เพื่อเป็นเงินช่วยเหลือ
ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการ
สาธารณสุข กระบวนการจ่ายเงิน ผู้เสียหายสามารถยื่นคำ
ร้องของความช่วยเหลือเบื้องต้นที่สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 1 ปี
ตั้งแต่วันที่รับทราบความเสียหาย เมื่อหน่วยงานได้รับคำ
ร้องจะมีคณะกรรมการวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายใน 30
วัน

- ผู้เสียหายขอรับเงินช่วยเหลือได้จำแนก
ความเสียหายได้ 3 กรณี คือ กรณีเสียชีวิตหรือทุพพล
ภาพถาวร ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เกิน สองแสนบาท กรณี
สูญเสียอวัยวะหรือพิการได้รับเงินช่วยเหลือไม่เกิน หนึ่ง
แสนสองหมื่นบาท กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เกินห้าหมื่นบาท

สำหรับการฟ้องเรียกค่าเสียหายในคดีแพ่งใน
เรื่องละเมิดนั้น หากเป็นบุคลากรในภาครัฐ ย่อมได้รับความ
คุ้มครองตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด
ของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 โดยในมาตรา 5 ของ
พระราชบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติไว้ว่า “หน่วยงานของรัฐ
ต้องรับผิดชอบผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตน
ได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้อง
หน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่
ไม่ได้ ถ้าการละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ได้สังกัด
หน่วยงานรัฐแห่งใดให้ถือว่ากระทรวงการคลังเป็น
หน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดตามวรรคหนึ่ง” แต่หากมิใช่

การกระทำในหน้าที่ กฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ให้ความคุ้มครอง
ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 6 ดังนี้ “ถ้าการกระทำละเมิดของ
เจ้าหน้าที่ มิใช่การกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ เจ้าหน้าที่
ต้องรับผิดชอบในการนั้นเป็นการเฉพาะตัว ในกรณีนี้ผู้เสียหาย
อาจฟ้องเจ้าหน้าที่

ได้โดยตรง แต่จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้”

อนึ่ง หากหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าเสียหายไป
แล้ว จะไล่เบี้ยจากเจ้าหน้าที่ได้ในกรณีใดตามมาตรา 8
และมาตรา 9 ของพระราชบัญญัตินี้ได้ระบุไว้ว่า “ในกรณี
ที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่
ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ ให้หน่วยงานของ
รัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหม
ทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้
กระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ
อย่างร้ายแรง

สิทธิเรียกให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามวรรค
หนึ่ง จะมีได้เพียงใดให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการ
กระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์โดยมิ
ต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้

ถ้าการละเมิดเกิดจากความผิดหรือความ
บกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงาน
ส่วนรวม ให้หักส่วนแห่งความรับผิดชอบดังกล่าวออกด้วย

ในกรณีที่การละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคน
มิให้นำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับและเจ้าหน้าที่แต่ละ
คนต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนเฉพาะส่วนของตน
เท่านั้น” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554)

เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ
และประสิทธิภาพตามมาตรฐานจริยธรรมและ
จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพ วิชาการ
พยาบาล พยาบาลควรปฏิบัติตามหลักจริยธรรมของผู้
ประกอบวิชาชีพ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยมีความเป็นอิสระ (Autonomy) ใน
การตัดสินใจด้วยตัวเองโดยปราศจากการบังคับ ควบคุม
และแทรกแซง จากภายนอก

2. ปฏิบัติภารกิจหน้าที่ด้วยความเมตตา กรุณา โอบอ้อมอารี (Beneficence) มุ่งมั่นให้บังเกิดสิ่งที่ดีที่สุด แก่ผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ

3. ปฏิบัติภารกิจในหน้าที่โดยตระหนักถึง มาตรการในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจ ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตราย (Nonmaleficence) แก่ผู้ใช้บริการ

4. ทำหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต (Fidelity) ต่อพันธะรับผิดชอบ ที่มี

5. ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการทุกคนอย่างยุติธรรม (Justice) โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทั้งหลาย

6. การพูดความจริง (Veracity) มีความสำคัญ คือ

- เป็นการสนับสนุนตามสิทธิที่มีของผู้ป่วย
- เป็นการเคารพนับถือผู้ป่วยในฐานะบุคคล
- เป็นไปตามหลักการของ Autonomy

สิ่งที่มีผลกระทบต่อพยาบาล ที่เกิดจากการ ละเมิดสิทธิผู้บริโภค ได้แก่

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล/แพทย์ใช้ให้พยาบาลทำ เวชกรรมโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล/ พยาบาลใช้บุคลากรไม่เป็นไปตามมาตรา 27(4) (8) แห่ง พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

3. หัวหน้าพยาบาล/พยาบาลหัวหน้าหน่วย (หอผู้ป่วย) จัดอัตรา กำลังพยาบาลไม่ได้ตามมาตรฐาน

4. การให้พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานเกิน 12 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมง และต่อเนื่องกันมากกว่า 40 ชั่วโมง ในหนึ่ง สัปดาห์

5. การให้พยาบาลกระทำ Informed Consent

6. การใช้พยาบาลเป็นผู้ช่วยแพทย์ทำการผ่าตัด

7. การให้พยาบาลเฝ้าระวังระหว่างที่ทำการ รักษาด้วยยาอันตรายหรือการทำหัตถการ เช่น ให้ยา Cytotec, เจาะถุงน้ำคร่ำในผู้คลอด

ผลที่เกิดขึ้นจากการฟ้องร้องในด้านดีทำให้ได้ เกิดการกระตุ้นให้บุคลากรปรับปรุงการบริการทาง การแพทย์และการพยาบาลให้มีมาตรฐานดีขึ้น หน่วยงาน ได้มีการปรับปรุงระบบบริการรวมทั้งมีระบบการ ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนข้อเสีย เมื่อมีคดีความเกิดขึ้น ทำให้บุคลากรรู้สึกเสียขวัญกำลังใจ ในการทำงาน เสียเวลาในการต่อสู้คดี ทำให้เกิดการ รักษาพยาบาลเป็นแบบป้องกันตนเองมากขึ้น ซึ่งทำให้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น โดยการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ จะเป็นการ ปฏิบัติงานตามกรอบที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 โดยหลักพิจารณา 3 ประการ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล พยาบาลต้องให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยในส่วนงานของตนเองและข้อมูลการรักษาของ แพทย์ตามที่แพทย์กำหนด 2) การให้การดูแลพยาบาล ผู้ป่วย ต้องเป็นไปตามหลักวิชาการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ และต้องบันทึกไว้ในบันทึกการพยาบาลหรือเวชระเบียนให้ ครบถ้วน 3) การสื่อสาร ควรตระหนักการแสดงท่าทาง คำพูด การแสดงออกต่างๆ การควบคุมอารมณ์และการ เอาชนะความโกรธ (อนุชา กาศลังกา, 2559)

การป้องกันความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องในการ ปฏิบัติการพยาบาล

- ถ้าผู้ป่วยหรือญาติสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค อะไร เราต้องสงสัยด้วย เช่น เขาสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เราจะต้องตรวจเลือดดูเม็ดเลือด ตรวจหาเชื้อ นิดผู้ป่วยมา ดูทุกวัน แนะนำถึงอาการและสัญญาณอันตรายของโรค ถ้าเขาสงสัยเราต้องให้ความสนใจ ถึงแม้ว่าเราคิดว่าไม่ใช่ เราต้องตรวจให้แน่ใจว่าไม่ใช่ มิฉะนั้นผู้ป่วยจะกล่าวเสมอ ว่าได้บอกแพทย์แล้วแต่แพทย์ไม่สนใจหรือไม่ฟัง ทำให้เกิด ความขัดแย้ง

- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ บอกข้อดี ข้อเสียให้ทราบและบันทึก ในการตรวจรักษาเราจะต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเราจะทำอะไรเพราะอะไร มีข้อดี

ข้อเสียอะไรบ้าง มีวิธีอื่นหรือไม่วิธีอื่นมีข้อดีข้อเสียอย่างไร
ถ้าไม่ทำอะไรเลยจะเป็นอย่างไร

- ถ้าผู้ป่วยขอย้าย รับผิดชอบ

รายงานแพทย์ ถ้าผู้ป่วยขอย้าย แสดงว่าเขาไม่
ไว้วางใจเรา เราต้องให้เขาย้ายพร้อมทั้งติดต่อให้ด้วย ถึงแม้ว่า
เราคิดว่าเราสามารถให้การรักษาได้ก็ตาม พอเวลาเกิด
เรื่องผู้ป่วยมักจะอ้างว่าขอย้ายแล้วแพทย์ไม่ยอม

- บันทึกข้อมูลโดยคิดเสมอว่าผู้ป่วยจะขอไปดู

ถ้าทำแต่ไม่ได้เขียนจะไม่แตกต่างจากไม่ได้ทำ
ในการฟ้องร้องผู้พิพากษาดูหลักฐานจากเวชระเบียน ถ้า
เราอธิบายแต่ไม่ได้บันทึกไว้ เราจะไม่มีหลักฐานว่าเราได้
ทำอะไรไปบ้าง เราจะเสียเปรียบเพราะไม่รู้ว่าจะเอา
อะไรไปพิสูจน์ความถูกต้องของเรา ผู้ป่วยมักจะอ้างว่า
แพทย์ พยาบาลไม่ได้บอก เขาอาจจะลืมหรือพูดเท็จ
เพราะฉะนั้นเราต้องบันทึกเอาไว้

- รายงานอาการผู้ป่วยต้องเขียนบันทึกไว้

การรายงานอาการผู้ป่วย พยาบาลต้องรายงาน
ตามความเป็นจริงและต้องบันทึกการรายงานไว้ในเวช
ระเบียนหรือบันทึกการพยาบาลอย่างละเอียด หากแพทย์
ยังไม่มาดูผู้ป่วยหรืออาจสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ต้อง
บันทึกไว้เสมอ และให้แพทย์ต้องรับมาเซ็นชื่อในคำสั่งใน
เช้าวันรุ่งขึ้นทันที เมื่อมีเหตุไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น บันทึก
การพยาบาลดังกล่าวจะเป็นหลักฐานแสดงว่าพยาบาลได้
ปฏิบัติตามที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว ไม่มี
ความผิด แต่หากไม่มีบันทึกไว้ พยาบาลต้องหาวิธีพิสูจน์ว่า
ได้ดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว ซึ่งเป็นการยาก
เพราะศาลจะถือเอกสารเวชระเบียนเป็นสำคัญ ถ้าไม่มี
บันทึกไว้ถือว่าไม่ได้ทำ

- ถ้าไม่แน่ใจให้ปรึกษา ไม่มีคนใดรู้ทุกอย่าง
บางครั้งเหมือนเส้นผมบังภูเขา ถ้าเราไม่แน่ใจควรปรึกษา
แสดงให้เห็นว่าเราไม่ได้ประมาท เราได้ปรึกษาแล้วไม่ได้ดู
คนเดียว เป็นการกระจายความเสี่ยงด้วยการปรึกษา ไม่ใช่
เรื่องน่าอายหรือเสียหน้า บางครั้งเราต้องปรึกษาพยาบาล
รุ่นน้องด้วยซ้ำเพราะหลายความคิดดีกว่าคนเดียว

- ให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ พุดจาสุภาพ

อดกลั้นอย่าอารมณ์เสีย ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยคือ
อารมณ์เสียเพราะงานมาก ไม่ได้พักผ่อน บางครั้งพุดจาไม่
สุภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดความแค้นคอยจับผิด บางครั้งญาติ
ผู้ป่วยพุดจาไม่สุภาพต่อ ต้องใจเย็นอดกลั้น เพราะไม่มี
ประโยชน์อะไรที่ไปทะเลาะกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

- อธิบายให้เข้าใจ อดเสียงถ้าทำได้ ถ่ายภาพ
บาดแผลเก็บไว้ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนัก หรือเป็นผู้ป่วย
ที่มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหา เราควรอดเสียงไว้ ถ้าไม่มีปัญหา
เราลบทิ้งได้

- หลีกเลี่ยงรักษาผู้ป่วยที่ไม่เชื่อใจเรา หรือไม่
ปฏิบัติตามที่เราแพทย์ พยาบาลบอก ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อใจเรา
โอกาสมีปัญหาจะมีมาก ควรเปลี่ยนให้บุคคลอื่นให้การ
พยาบาลแทน

- มีการศึกษาต่อเนื่อง ปรับปรุงตนเองและใช้
เทคโนโลยีช่วยเมื่อจำเป็น ความรู้ใหม่ตลอดเวลา เรา
จำเป็นต้องศึกษาติดตามให้ทันกับความก้าวหน้า
นอกจากนี้เครื่องมือสมัยใหม่ช่วยในการวินิจฉัยและรักษา
ได้มาก

- อย่าพยายามนึกเหมาเอาว่าผู้ป่วยที่เรากำลัง
รักษาอยู่ มีความรู้มากกว่าเรา อาจจะจริงเสมอไป ทุก
วันนี้เป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร ประชาชนมีความรู้มากขึ้น
การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยหลักวิทยาศาสตร์
จึงถือเป็นเรื่องที่จำเป็น ขั้นตอนในการรักษาพยาบาลที่
ถูกต้อง การสร้างความเข้าใจหรือความสัมพันธ์ที่ดี วิธีการ
รักษา ขั้นตอนการรักษา ผลดีผลเสียที่เกิดขึ้นจะต้อง
อธิบายด้วยหลักวิทยาศาสตร์ (กัญญรัตน์ อุปนิสากร,
2560)

เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรม รวมทั้ง
สามารถรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร
ทางการแพทย์ให้คงอยู่ต่อไป ทุกภาคส่วนควรมีบทบาท
ดังนี้

1. ผู้รับบริการ

- ผู้ป่วยและญาติมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล โดยรับรู้ทางเลือกของวิธีการรักษา ตลอดจนประ โยชน์ ความจำเป็น และความเสี่ยงของการรักษานั้นๆ

2. บุคลากรทางการแพทย์

- สร้างระบบการสื่อสาร สร้างความเข้าใจต่อกระบวนการรักษาทั้งก่อน ขณะและหลังการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติและผู้เสียหายทราบข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษา/คุณภาพ/ความเสี่ยงในการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน/การให้บริการ-การบริการ/ความรับผิดชอบ

- บุคลากรทางการแพทย์ควรบันทึกเวชระเบียนโดยละเอียด เพื่อเป็นหลักฐานทางเอกสารหากมีการฟ้องร้องในอนาคต

3. โรงพยาบาล

- มีระบบการใกล้เคียงข้อพิพาทก่อนฟ้อง เพื่อให้ลดข้อกั่วงวลเกี่ยวกับการตัดสินใจระยะเวลาในการดำเนินคดี

4. กระทรวงสาธารณสุข

- วางระบบการให้คำปรึกษาทั่วไประดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีการให้ข้อมูลไปในทางเดียวกัน ไม่ให้ร้ายแก่กัน

- ควรมีการพิจารณาอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ

- ควรมีการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุข เพื่อลดภาระงานของบุคลากรและลดภาวะขาดทุนของโรงพยาบาล เช่นมีการใช้ระบบ co-payment การให้สิทธิการรักษาฟรีบางกลุ่มโรค

- ระบบการประกันการเยียวยาสัมพันธ์กับความคาดหวังและค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บค่ารักษา โดยอาจใช้ระบบประกันที่ผู้ป่วยเป็นผู้จ่าย

- พัฒนาระบบการเยียวยาความเสียหายจากการรักษา เช่น พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.ศ.

2545 มาตรา 41 รวมทั้งอาจผลักดันให้เกิดกองทุนเยียวยาผู้เสียหายที่สามารถให้การเยียวยาโดยทันที และไม่เป็นภาระทางการเงินของโรงพยาบาล

5. องค์การที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

5.1 แพทยสภา สภาการพยาบาล

- มีการควบคุมมาตรฐานทางการแพทย์พยาบาลอย่างเข้มงวดและมีกลไกที่ชัดเจนในกรณีการรักษาผิดมาตรฐานวิชาชีพ

- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงไปตรงมาในกรณีที่เกิดปัญหาการร้องเรียน หรือฟ้องร้อง โดยยึดมาตรฐานวิชาชีพเป็นสำคัญ

- มีการทำความเข้าใจด้านกฎหมายให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งให้คำปรึกษาและมีทีมกฎหมายช่วยเหลือในกรณีถูกฟ้องร้อง

- ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย ให้มีความสอดคล้องระหว่างภาระงานและอัตราค่าจ้างของบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรฐานสากล

- ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้หลักธรรมาภิบาลในการประกอบวิชาชีพเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย

5.2 โรงเรียน

- กำหนดหลักสูตรทางกฎหมายเพิ่มในหลักสูตร โดยเฉพาะการเจรจาใกล้เคียง ความรู้เกี่ยวกับคดีแพ่ง คดีอาญาและคดีผู้บริโภครวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อถูกฟ้องร้อง

- อบรมความรู้ทางด้านจริยธรรมแก่บุคลากรทางการแพทย์

6. ฝ่ายนิติบัญญัติ

- ควรเพิ่มจำนวนผู้พิพากษาซึ่งมีความรู้เฉพาะทางด้านสาธารณสุข ที่สามารถเข้าใจข้อมูลสถานการณ์ทางการแพทย์ และสามารถไต่สวนเพื่อค้นหาความจริงได้เป็นอย่างดี

- ระบบพยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์
สาขาต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดคดีแก่ศาลได้อย่าง
ถูกต้องและเป็นธรรม

กลุ่มที่ 10 ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐฐานะ

เศรษฐฐานะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
เหมือนกันแต่ผลลัพธ์ที่ต่างกัน เนื่องจากการมีเศรษฐ
ฐานะที่ดีทำให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีสิ่งช่วยสนับสนุนให้
สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ใน
ระดับเศรษฐฐานะต่ำ (อุดมศักดิ์ แซ่โจ้วและคณะ, 2561)
ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐฐานะจะรู้ตัวเองว่าไม่สามารถที่
จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ จึงคิดที่จะหนีออกจากสถาน
พยาบาล ทางโรงพยาบาลไม่มีสิทธิกักขังหน่วยงานเนี่ยว
ผู้ป่วยไม่ให้ออกจากโรงพยาบาลได้ ขั้นตอนดำเนินการดังนี้
(Peeraphon J., 2562)

- ทางโรงพยาบาลจะเข้าเจรจากับผู้ป่วย เพื่อให้
จ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามระยะเวลาที่กำหนด

- เมื่อไม่สามารถจ่ายได้ ก็จะให้ผ่อนจ่ายเป็นราย
เดือน

- หากผ่อนจ่ายรายเดือนแล้ว ยังขาดค่า
รักษาพยาบาล ก็จะมีการคิดดอกเบี้ย

- หากไม่ได้จริง ๆ ทางโรงพยาบาลอาจส่งฟ้อง
ศาล โดยจะเป็นเรื่องทางกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องทันที
กลุ่มที่ 11 ผู้ป่วยที่มีโรคร้ายแรงและเป็นที่ต้นกล้วในสังคม

หมายถึงผู้ป่วยที่มีโรคอันร้ายแรงที่อาจทำให้เกิด
ความตกใจหรือตื่นกลัวในสังคม จะต้องให้ความสำคัญและ
ดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันสภาพของโรคที่มีอยู่ในขณะนี้
คือ COVID-19 ซึ่งมีมาตรการที่พิสูจน์แล้วในปัจจุบันว่า
สามารถหยุดยั้งหรือทำให้เกิดการแพร่เชื้อเป็นลูกโซ่ต่อกัน
กันในมนุษย์ได้ พื้นฐานของมาตรการต่างๆ เหล่านี้ก็คือ
การเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็งสูงสุดในการตรวจหาผู้ติดเชื้อให้
ได้ไวที่สุด ให้การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วมากๆ และการแยก
ผู้ป่วยอย่างทันที การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการ
กักกันตัวผู้ที่ติดต่อใกล้ชิด รวมไปถึงการสร้างความรู้ความ
เข้าใจและการยอมรับในมาตรการเหล่านี้ (สำนักงาน

พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2563) และมี
แนวทางเวชปฏิบัติ ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ คือ (กรมการแพทย์,
2563)

1. ให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย พกพรณ บริเวณ
ที่จัดไว้หรือให้รอฟังผลที่บ้านโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติ
ตัว หากมีข้อบ่งชี้ในการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้อยู่ในห้อง
แยกโรคเดี่ยว (Single room หรือ Isolation room) โดย
ไม่จำเป็นต้องเป็น AIIR

2. บุคลากรสวม PPE ตามความเหมาะสม กรณี
ทั่วไปให้ใช้ droplet ร่วมกับ contact precautions
(กาวน์ ถุงมือ หน้ากากอนามัยและกระบังกันหน้า หากมี
การทำ aerosol generating procedure เช่นการเก็บ
ตัวอย่าง nasopharyngeal swab ให้บุคลากรสวมชุด
ป้องกันแบบ airborne ร่วมกับcontact precautions
(กาวน์ชนิดกันน้ำ ถุงมือ หน้ากากชนิด N95 กระบังกัน
หน้าหรือแว่นป้องกันตา (goggle) และหมวกคลุมผม)

3. ให้ผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ทุกราย ถ่ายภาพ
รังสีปอด (film chest) แนะนำให้เป็น portable x-ray

4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน พิจารณา
ตามความเหมาะสม (ไม่จำเป็นต้องใช้ designated
receiving area) ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานของ
ห้องปฏิบัติการ

5. การเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเอไวัส SARS-
CoV-2

ก. กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการปอดอักเสบ เก็บ
nasopharyngeal swab หรือ Oropharyngeal swab ใน
หลอด UTM หรือ VTM (อย่าง
น้อย 2 มล.) จำนวน 1 ชุด

ข. กรณีผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบ และไม่ใส่
ท่อช่วยหายใจ

- เก็บเสมหะใส่ใน sterile
container จำนวน 1 ขวด หรือใส่ในหลอด UTM หรือ
VTM จำนวน 1 ชุด

- เด็กอายุ <5 ปี หรือผู้ที่ไม่สามารถเก็บเสมหะได้ ให้เก็บ nasopharyngeal swab หรือ oropharyngeal swab หรือ suction ใส่ในหลอด UTM หรือ VTM จำนวน 1 ชุด

ค. กรณีผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบ และใส่ท่อช่วยหายใจ เก็บ tracheal suction ใส่ในหลอด UTM หรือ VTM จำนวน 1 หลอด

ผลการตรวจหา SARS-CoV-2

ไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. พิจารณาดูแลรักษาตามความเหมาะสม
2. สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูง ได้พิจารณา home-quarantine ต่อจนครบตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยกรมควบคุมโรค คือ 14 วันหลังการสัมผัสโรค ส่วนผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำ อาจไม่ต้องแยกตัว แต่ทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคคือสวมหน้ากาก ทำความสะอาดมือ รักษาระยะห่างและไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน

3. ถ้ามีอาการรุนแรง พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามความเหมาะสม เหมาะสมให้ใช้ droplet precautions ระหว่างรอผลการวินิจฉัยสุดท้าย

4. กรณีอาการไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง พิจารณาส่งตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ซ้ำ รวมทั้งสาเหตุอื่นตามความเหมาะสม

ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. รับไว้ในโรงพยาบาล ใน single isolation room หรือ cohort ward (ที่มีเฉพาะผู้ป่วยยืนยัน) ที่ระยะห่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1 เมตร

2. กรณีอาการรุนแรงหรือต้องทำ aerosol generating procedure ให้เข้า AIIR

3. ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแนวทางการดูแลรักษา

กลุ่มที่ 12 ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยโดยสถาบันชั้นสูง

ต้องให้ความสำคัญเพราะการดูแลที่ไม่ดีอาจกระทบถึงชื่อเสียงของสถานพยาบาลได้

กลุ่มที่ 13 ผู้ป่วยที่เป็นข่าวในสื่อมวลชนและ/หรือเป็นที่สนใจแก่ประชาชนในช่วงนั้นๆ เช่น กรณีที่เด็กถูกข่มขืนกระทำชำเราโดยบิดาตัวเอง วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยในที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลเป็นพิเศษ

วัตถุประสงค์หลักโดยรวมทั่วไปในการให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกรณีพิเศษหรือให้ความสนใจอย่างยิ่งซึ่งอาจจัดหมวดหมู่ได้ ดังนี้

ประการที่ 1 ป้องกันตัวผู้ป่วยเองทั้งต่อชีวิตและร่างกาย โดยใช้อาวุธหรือกระโดดจากห้องในหอผู้ป่วยลงมารับบาดเจ็บหรือถูกผู้อื่นทำร้าย โดยวิธีการต่าง ๆ

ประการที่ 2 ป้องกันผู้ป่วยมิให้ไปทำร้ายผู้อื่นทั้งต่อชีวิตและร่างกาย ทำร้ายผู้ป่วยด้วยกัน ทำร้ายเจ้าหน้าที่หรือทำร้ายบุคคลทั่วไป อาจโดยการใช้มือใช้อาวุธ หรือทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ เช่นการผลักให้ตกจากที่สูง

ประการที่ 3 ป้องกันในเรื่องทรัพย์สิน ผู้ป่วยทำให้สิ่งของต่าง ๆ เสียหาย เช่นทุบกระจกหน้าต่าง หรือทรัพย์สินของผู้ป่วยเสียหาย เช่น การถูกลักขโมยในขณะที่อยู่ในห้องหรือดำเนินการทางการแพทย์อย่างหนึ่งอย่างใด

ประการที่ 4 ป้องกันการหนีจากสถานพยาบาล ทำให้ขาดการรักษา อาจเกิดการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำให้เสียทรัพย์สินได้ เพราะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และอาจถึงแก่ชีวิตได้

ประการที่ 5 ป้องกันผู้ป่วยจากการถูกรบกวน อาจเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะเข้าพบ เช่น ผู้จะมาประทุษร้าย นักข่าว เพื่อนหรือญาติบางคน เป็นต้น

ประการที่ 6 เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและสถานพยาบาล คือการที่สถานพยาบาลและบุคลากรของสถานพยาบาลอาจถูกฟ้องร้องในด้านหนึ่งด้านใด ซึ่งงานมีลักษณะเฉพาะ ต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันมลภาวะไม่ปกติสุขของผู้ป่วย (สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ และคณะ, 2551) ถูกทำร้ายจากผู้ป่วย หรือจากการ

เกิดเหตุทะเลาะวิวาทกันของกลุ่มก่อเหตุในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นนโยบายในระดับยุทธศาสตร์โดยการฝึกอบรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานนอกเหนือจากการเรียนรู้ในระบบการศึกษาปกติเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวก มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคล ทำให้รู้สึกปลอดภัยและมีความเชื่อมั่นเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (ชมพูนุช โมราชาติ และอัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2558) ทั้งนี้เพื่อให้เห็นว่าสถานพยาบาลคือสถานพยาบาลในลักษณะที่มีมาตรฐานในการรักษาพยาบาล มีความปลอดภัยทั้งต่อชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน ในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลถึงตัวบุคลากรทุกระดับและสถานพยาบาล นั่นเอง

แนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ

การให้การดูแลเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องถือว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล ไม่ว่าผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องจะร้องขอหรือไม่ก็ตาม โดยอาจรวมถึงดังต่อไปนี้

1. ฝ่ายผู้ดูแลรวมถึงแพทย์และพยาบาล

ให้การดูแลเป็นพิเศษ โดยย้ายผู้ป่วยมาใกล้ชิดหรือเคาเตอร์พยาบาล มีบุรุษพยาบาลร่วมในเวรด้วย จัดยามของทางสถานพยาบาลมาดูแลเฉพาะ และแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่ให้รับทราบ

1.1 ปกปิดชื่อ ไม่มีการติดชื่อหน้าห้อง ไม่สามารถตรวจสอบจากประวัติการเข้ารับการรักษาได้ และการเปลี่ยนชื่อผู้ป่วยทั้งในสมุด เวชระเบียน และคอมพิวเตอร์ ชั่วคราว

1.2 การให้ยาต้องดูแลอย่างใกล้ชิดกว่าผู้ป่วยอื่นไม่ให้ยาไว้กับผู้ป่วย เพราะอาจนำมากินทีละจำนวนมาก

1.3 เห็นผู้ป่วยกินยาที่ให้ทุกครั้ง อาจมีการเลี้ยงไม่ยอมกินยาทำให้สภาวะของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

1.4 มีเจ้าหน้าที่ในการดูแลเป็นพิเศษ เป็นเจ้าหน้าที่ของสถาน พยาบาลเอง หรือเจ้าหน้าที่ที่เป็นการจ้างมาเป็นพิเศษ

1.5 เตรียมทีมในการจัดการกรณีที่เกิดเหตุที่ไม่ได้คาดฝันขึ้น

1.6 มีสัญญาณแจ้งเหตุเป็นพิเศษ เช่นที่เคาเตอร์พยาบาลหรือในห้องผู้ป่วย

1.7 ติดตั้งกล้องวงจรปิดบันทึกภาพหน้าห้อง แต่จะต้องไม่ล่วงละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย เว้นแต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางจิตอย่างรุนแรง อาจมีความจำเป็นต้องเลือกกระทำเป็นกรณีไป

1.8 ติดตั้งกล้องวงจรปิดให้ผู้ป่วยได้เห็นหน้าผู้ที่ต้องการพบ พร้อมกับมีสัญญาณให้ผู้ช่วยกดเมื่อต้องการให้บุคคลดังกล่าวเข้าพบ เป็นต้น แต่วิธีการนี้อาจเป็นการสิ้นเปลืองอย่างมาก

1.9 มีการกำหนดมาตรการ ช่องทางประสานงานและแนวทางป้องกันเหตุทะเลาะวิวาทก่อเหตุในสถาน พยาบาล

- ติดตั้งสัญญาณเตือนภัยหรือช่องทางแจ้งเหตุด่วนกับตำรวจ ฝ่ายปกครองและมูลนิธิต่าง ๆ

- จัดระบบควบคุมทางเข้า ออก มีประตูห้องฉุกเฉิน 2 ชั้น

- จัดพื้นที่คอยญาติ รวมถึงการจัดให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วย

ห้องฉุกเฉิน สื่อสารกับญาติเพื่อให้คลายความกังวล

- การติดตั้งกล้องวงจรปิดและมีระบบการรักษาความปลอดภัย 24 ชั่วโมง

2. ฝ่ายผู้ป่วยและญาติ

2.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการที่ต้องจัดการดูแลเป็นพิเศษบางอย่าง เช่น การที่ปิดตายประตูหน้าต่างด้านหลัง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.2 ญาติผู้ป่วยอาจได้รับการแจ้งให้ทราบแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจรับทราบได้หรือไม่สมควรทราบ

ด้วยเหตุหนึ่งเหตุใดก็ตาม ในเรื่องของการจัดการดูแลเป็นพิเศษ

2.3 ทั้งนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องแจ้งการดำเนินการพิเศษที่จัดขึ้นทุกอย่าง แต่ให้ทราบเพียงเพื่อความจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามจะต้องระลึกถึงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยด้วยกันด้วยเสมอ

2.4 อาจจำเป็นต้องให้มีญาติมาเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง เช่น กรณีที่เป็นโรคทางจิตเวช

3. ฝ่ายสังคมหรือรัฐ

อาจต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่ของรัฐมาดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย เช่น อาจมีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาร่วมให้ความปลอดภัยกับผู้ป่วย

แนวโน้มใหม่ของการดูแลผู้ป่วยใน

1. สภาพโครงสร้างของหอผู้ป่วย (การจัดการพื้นที่ใช้สอย)

โดยทั่วไปการจัดการพื้นที่ใช้สอยอาจมีการแบ่งพื้นที่ออกเป็นโซนต่าง ๆ ในโรงพยาบาลระดับต่างกันตามความซับซ้อนของบริการทางการแพทย์ เช่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2558, โกศล จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2560)

สภาพของห้อง : จะมีลักษณะคงเหมือนกับห้องในหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งอาจมีได้หลายระดับ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องพักตามความจำเป็นแล้วแต่ระดับของห้องดังกล่าว นอกจากนั้นยังมีม่านกันชั้นหนึ่งด้วย คือแม้ว่าจะมีการแจมประตูห้อง ก็ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ที่อยู่ในห้องนั้นเป็นผู้ใด ทั้งนี้เพื่อมิให้ประเจิดประเจ้อ ในกรณีที่พลัดประตูห้องเข้ามาดูผู้ป่วยและยังถือว่าเป็นความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยด้วยระดับหนึ่ง

การจัดสภาพห้อง :

ก. มีสิ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย การที่มีสายสัญญาณที่ผู้ป่วยที่พักในห้องพักเรียกมายังพยาบาล เพื่อต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลอย่างฉับพลันเพียงผู้ป่วยสามารถระบบการติดต่อ ควรเป็นแบบทางเดียวหรือสองทาง ส่วนผู้ป่วยพิเศษหรือผู้ป่วยห้องแยกโรคต้อง

เป็นระบบที่สามารถพูดตอบโต้ได้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเช่นระบบโต้ตอบ (Intercom) ทั่วไป

ข. ห้องของผู้ป่วยอาจต้องอยู่ในเขตที่ใกล้เคียงเคาเตอร์พยาบาล เพื่อจะได้ทราบถึงผู้ที่ผ่านเข้าออกได้ง่ายซึ่งช่วยในเรื่องความปลอดภัยในระดับหนึ่ง

ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และอื่น ๆ

ทั้งนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะบริเวณห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นจุดเสี่ยงเกิดเหตุบ่อยครั้ง ดังนี้

1. ให้โรงพยาบาลจัดทำแนวทางปฏิบัติป้องกันและจัดการความรุนแรง ทบหวน ผูกคอและปรับปรุงเป็นประจำ

2. จัดทำระบบควบคุมประตูหรือมีทางเข้า-ออกที่ปลอดภัยหลายช่องทาง

3. จัดสถานที่พักคอยสำหรับญาติ รวมทั้งจำกัดการเข้าออก

4. ตรวจสอบกล้องวงจรปิดให้พร้อมใช้งานและติดตั้งเพิ่มในจุดเสี่ยง

5. จัดระบบคัดกรองโดยเฉพาะผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และจัดบริการให้เหมาะสมกับความเร่งด่วน รวมทั้งให้สื่อสารกับญาติผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล

6. จัดเวรยามรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง

7. จัดหาสัญญาณเตือนภัยหรืออุปกรณ์ขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน และมีช่องทางแจ้งเหตุด่วนกับตำรวจ ฝ่ายปกครองและเครือข่าย อาสาสมัคร มูลนิธิต่าง ๆ ในพื้นที่

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

- มีการกั้นระเบียงหรือมีการล้อมคอกหน้าต่างป้องกันมิให้ผู้ป่วยปีนหรือโดดลงจากห้องในหอผู้ป่วยได้

- การจัดเวรยาม อาจจำเป็นต้องมีเวรยามหรือตำรวจดูแลหน้าห้องเป็นกรณีพิเศษ

- ทีวีกล้องวงจรปิดหน้าห้อง เป็นระบบสำหรับใช้เพื่อการรักษาความปลอดภัยเพื่อความสะดวกและ

ตรวจสอบถ้าเกิดมีปัญหาขึ้น เช่น ใครบ้างที่เข้าไปในห้องของผู้ป่วย เข้าไปเวลาเท่าใด เป็นต้น

- ระบบควบคุมการเข้าออก เป็นระบบที่ควบคุมการเข้าหรือออกอัตโนมัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเข้าถึงในสถานที่เฉพาะที่ต้องการความปลอดภัย ต้องใช้รหัสข้อมูลเพื่อการเข้าถึงเช่น Key card หรือการสแกนนิ้วมือ

2. ระบบตรวจสอบทางเวชระเบียน

เวชระเบียนและข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียน ควรเป็นระบบจัดเก็บที่รัดกุม ป้องกันการสูญหาย รวมถึงมีการป้องกันผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกรณีที่มีการจัดเก็บข้อมูลไว้ในฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ เพราะมีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงข้อมูลโดยบุคคลที่ไม่อำนาจได้ง่ายกว่า เนื่องจากข้อมูลที่บ้านที่อยู่ในเวชระเบียนต้องใช้แอ่งเป็นพยานหลักฐานกรณีที่มีการฟ้องร้องเป็นคดีความ การมีระบบรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียนที่ดีนั้นย่อมส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียนด้วย ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง มีสิทธิในการขอและขอคัดสำเนา (copy) ข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียนของตน ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอ้างสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

3. การเก็บเวชระเบียนและเอกสารอื่น ๆ รวมถึงพยานหลักฐาน

3.1 ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในสถานพยาบาล

ก. เวชระเบียน การรักษาความลับด้านข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ถือเป็นเรื่องสำคัญ ที่ผู้ให้บริการต้องปกป้องสิทธินี้ของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียน ในมุมมองของการใช้เป็นพยาน หลักฐานมากขึ้น โดยสิ่งที่พึงระลึกไว้เสมอคือหากทำแต่ไม่บันทึกไว้ในเวชระเบียน ก็ถือว่าไม่ได้ทำ

หลีกเลี่ยงการแก้ไข เพิ่มเติมเวชระเบียนหลังจากที่ได้เกิดแล้ว พยาบาลที่รับเรื่องหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ ตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 นั้น ให้มีการบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse Note) ด้วยทุกครั้ง และลงรายละเอียดให้มากที่สุดตามการพูดคุยหรือรับฟังเรื่องในแต่ละกรณี พร้อมบันทึกรายละเอียดชื่อ สกุลของผู้ที่ร่วมรับฟังในขณะลงบันทึก พร้อมลงเวลาในการบันทึกเพื่อใช้เป็นหลักฐานที่จะประกอบกับเอกสารอื่น ๆ ที่จะดำเนิน การจัดทำร่วมด้วย ตามที่กำหนดไว้ในระบบเวชระเบียนที่มีเป็นการเฉพาะ และเมื่อมีการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงให้บันทึกรายละเอียดในแบบบันทึกทางการพยาบาลร่วมด้วย (แสงเทียน อยู่เถา, 2555)

ข. ผลการตรวจอื่น ต้องระวังในเรื่องการล่วงรู้ผลการตรวจ จะต้องเก็บรักษาอย่างดี ต้องเก็บหนังสือแสดงเจตนาลงในเวชระเบียน ซึ่งจะเก็บอยู่ในแบบฟอร์มเวชระเบียน ตามหลักการจัดเรียงเวชระเบียน ซึ่งจะต่อท้ายจากบันทึกของพยาบาล (Nurse Note) ก่อนแบบฟอร์มอื่น ๆ ในเวชระเบียน เมื่อได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนาแล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้นั้นหรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและส่งคืนต้นฉบับให้ผู้ทำหนังสือเก็บรักษาไว้เอง หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขอื่น ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนาขึ้นเพิ่มอีก 1 ชุด ส่งพร้อมกับสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้นั้นเข้ารับการรักษา

ค. พยานหลักฐานต่าง ๆ วัตถุพยานในด้านต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนำท่อน้ำท่อนอกจากร่างกายจะต้องเก็บรักษาอย่างดีและถูกต้องตามเกณฑ์

3.2 ในขณะที่จำหน่ายผู้ป่วยแล้ว

ให้เก็บสำเนาหนังสือแสดงเจตนาไว้ในเวชระเบียน ให้การดูแลทั้งในเรื่องเวชระเบียน เอกสารอื่นและพยานหลักฐานต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของ

ผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็น
ความลับ
ข้อเสนอแนะ

1. ไม่มีวิธีทางใดที่ดีที่สุดในการดำเนินการให้กับ
ผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ และผู้ป่วยแต่ละรายก็จะมี
ความจำเพาะและรายละเอียดในการให้การดูแลที่ต่างกัน
เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับผู้ บริหาร แพทย์
พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นจะต้องให้ความสำคัญในเรื่อง
การดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัว
ผู้ป่วยต่อบุคลากรในสถานพยาบาลและต่อสถานพยาบาล
เองด้วย

2. อาจต้องมีการประสานกับทางเจ้าหน้าที่
บ้านเมือง คือพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาล
ตั้งอยู่ เช่นให้มีการติดตาม (สายด่วน) ไปยังสถานี
ตำรวจ เป็นต้น เพื่อว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์
แล้ว จะมีเจ้าหน้าที่บ้านเมืองมาระงับเหตุอย่างเฉียบพลัน

3. ต้องคิดเสมอว่า อาจพบกับภาวะหรือ
เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้เสมอทุกเมื่อ การคาดการณ์ไว้
ล่วงหน้าและเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยมีการ
ซักซ้อมและฝึกซ้อมไว้ย่อมสามารถช่วยเหตุการณ์หรือ
สภาวะอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นลด ความรุนแรงลง
“จากหนักเป็นเบา” ได้

4. สร้างความตระหนัก สร้างเสริมจริยธรรม ให้
ความรู้ทางกฎหมายแก่บุคลากรทางการแพทย์

5. การสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทาง
การแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ ในการให้การรักษาพยาบาล

เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีที่กำลังดำเนินการอยู่ การชี้แจง
อาการของโรค ขั้นตอนการรักษา อาการข้างเคียง ผลดี
ผลเสียที่อาจเกิดขึ้น อธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์ ตาม
ความเหมาะสม

สรุป

ผู้ป่วยที่ถูกจับไว้เป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลมี
หลากหลายสภาพและฐานะ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการ

พยาบาลโดยเคารพในสิทธิและยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ
เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล
อย่างเท่าเทียมกัน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ถูกรับไว้อาจมีความ
เสี่ยงต่อการที่จะได้รับอันตราย ไม่ว่าจะต่อชีวิต ต่อร่างกาย
ต่อทรัพย์สิน และต่อชื่อเสียง ทั้งนี้อันตรายที่เกิดขึ้น อาจ
เกิดจากตัวผู้ป่วยเองหรือบุคคลอื่นซึ่งอาจเป็นใครก็ได้ หาก
มีการกระทำการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น
ผู้รับบริการก็ย่อมใช้สิทธิในการเรียกร้องตามกฎหมาย ซึ่ง
เกิดความเสียหายทั้งสองฝ่าย ทางสถานพยาบาลจึงจะต้อง
ให้ความสำคัญในประการเหล่านี้ หากพยาบาลและ
บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ในความเสี่ยงของวิชาชีพ
ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยและ
ญาติของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลและยังเป็นการ
ป้องกันสิ่งอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การที่
แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์หรือสถานพยาบาล
ถูกฟ้องร้องทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางจริยธรรมอีก
ด้วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือการ
ออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม
ของผู้ป่วยใน**. นนทบุรี : กองแบบแผน กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ.

กัญญรัตน์ อุปนิสาร. (2560). **ผลกระทบของ
พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ต่อ
บุคลากรทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข**. หลักสูตร
ประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับ
ผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5

โกศล จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2560).
**โครงการการออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้
เอื้อต่อการเยียวยา**. นนทบุรี : คลังข้อมูลและความรู้
ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

กรมการแพทย์. (2563). **แนวทางเวชปฏิบัติ
การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

(COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข.
ฉบับปรับปรุง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560).
คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลใน
เขตสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยุคอมมูนิเคชัน จำกัด.

จิราพร รักการ. (2562). การพยาบาลผู้ที่มี
ความผิดปกติทางจิต : การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้
ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วิทยาลัยพยาบาล
และสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

ชมพูนุช โมราชาติ และอัครเดช กลิ่นพิบูลย์.
(2558). พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในสถานบริการสา
ธารณสุข: ความเสี่ยงที่เสี่ยงไม่ได้ แต่จัดการได้. สืบค้นเมื่อ
12 มิถุนายน 2563. จาก

<https://www.gotoknow.org/posts/596412>

ไทยรัฐออนไลน์. (2563). เล่นซ้อหาหนัก ใจถ่อย
ไล่ขกหมอ ร่วมชุมนุมทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย. สืบค้น
เมื่อ 25 กรกฎาคม 2563. จาก
<https://www.thairath.co.th/news/crime/>
189307 720.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2562). การประชุม
วิชาการเรื่องจริยธรรมวิชาชีพกับการถูกร้องเรียนการ
ปกป้องและผดุงความเป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ
การพยาบาล ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สภาการพยาบาล

พลประสิทธิ์ ฤทธิรักษา, นคร พจนวรพงษ์.
(2523). ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นครหลวง.

มนต์ชัย ชนินทรลีลา. (มปป.). การแพทย์กับ
ความรับผิดชอบทางแพ่ง (คดีละเมิด). สืบค้นเมื่อ 23
พฤษภาคม 2563 จาก

www.judiciary.go.th/atyc/babic_html/c08.htm14

รณชัย โตสมภาค. แนวทางการป้องกันและการ
แก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย. วิทยากรปฏิบัติการ กลุ่มงาน
บริการวิชาการ3 สำนักวิชาการ สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม

2563. จาก [http://](http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/psychiatry/adult/P1.2.18.pdf)

110.164.147.155/kmhealth_new/Document/psychiatry/adult/P1.2.18.pdf.

วาสนา นามเหลา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อ
ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิสูตร พงศ์ศิริไพบูลย์. (2542). การพัฒนางาน
ด้านนิติเวชคลินิก. สารคดีราช. 2542 (51) : 205-13.

วิสูตร พงศ์ศิริไพบูลย์, จันทระพิมพ์ เจริญ
พงศ์พันธุ์, อัจฉรา อิ่มน้อย. (2541). ผู้ป่วยอุบัติเหตุกับ
ผู้ป่วยคดี. วารสารอุบัติเหตุ. 2541(17) : 52-62.

วิสูตร พงศ์ศิริไพบูลย์, จันทระพิมพ์ เจริญ
พงศ์พันธุ์, อัจฉรา อิ่มน้อย. (2546). ผู้ป่วยที่ต้องให้
ความสำคัญในการดูแลเป็นพิเศษ. วารสารอุบัติเหตุ.
2546 (22) : 141-161.

วรวิทย์ แสงทอง และคณะ. (2563). ข้อกำหนด
ที่สำคัญ สำหรับอาจารย์ผู้นิเทศงานนักศึกษาพยาบาล.
วารสารการพยาบาลและการศึกษา.ปีที่ 13 (1) : 1-6.

มติชนสุดสัปดาห์. (2563). ผ่าคดี “แม่ปึก” วางยาลูก
หวังเงินบริจาค ลงมือโหดในโรงพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน
2563 จาก
https://www.matichonweekly.com/column/article_310978.

เสถียร วิชัยลักษณ์, สืบวงศ์ วิชัยลักษณ์. (2536).
พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิติเวช.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). ปัญหาฟ้องร้อง
ทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. จุลนิติ. 2554 (52): 47-
58.

แสงเทียน อยู่เถา. (2555). ปัญหาและแนว
ทางการพัฒนางานเวชระเบียนและวิชาชีพเวชระเบียน
ในประเทศไทย (Problem and Guideline for
Development of Medical

Record Department and Medical Record Profession in Thailand). เอกสารประชุมวิชาการ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

สมเกียรติ ศิริรัตนพุกษ์ และคนอื่นๆ. (2551). โครงการศึกษาสถานการณ์และแนวทางในการป้องกันการเกิดความเสี่ยงในโรงพยาบาล. สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2563). องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดส่งผู้เชี่ยวชาญนานาชาติรวม 25 คนเข้าไปในจีน. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563 จาก <https://www.nstda.or.th/th/nstda-knowledge/13061-who-china-joint-mission>.

อนุชา กาศลังกา. (2559). พยาบาลทำอะไรถูกใจ ปลอดภัย ไม่ถูกฟ้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2559(33) : 83-85.

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้วและคณะ. (2561). ผลของเศรษฐกิจต่อการบรรลุ ผลสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. นนทบุรี : คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว. (2561). คู่มือมาตรฐานผู้ป่วยใน. สมุทรสาคร : องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว.

Peeraphon J. (2562). ไม่มีเงินจ่ายค่าโรงพยาบาล? ทางออกในการเคลียร์ ค่าหมอ ค่ายา ควรรู้ไว้. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2563. จาก [Promotions.co.th/โปรโมชั่นอื่นๆ/](https://www.promotions.co.th/โปรโมชั่นอื่นๆ/)

Sanook. (2563). ระทึกกลางโรงพยาบาล ผัวคลังแห่งเมียตาย บุกตามมาอาละวาดซ้ำ. สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2563 จาก <https://www.sanook.com/news/7870470/investment/finance/ไม่มีเงินจ่ายค่าโรงพยาบาล.html>

World of BUZZ., Sheralyn.(2020). น้ำตาพยาบาล..ถูกผู้ป่วยโควิด-19ทำร้าย-กัดเข้าที่หน้า ซี่ไม่ให้รักษา จะหนีออกจากเวิร์ด..สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563จาก <https://covid-19.kapook.com/view223556.html>

Workpoint Today. (2561). สรุปเหตุการณ์เศร้าสาวโดนสาดน้ำกรดและการจัดการของโรงพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2563 จาก <https://workpointtoday.com/สรุปเหตุการณ์เศร้า/สาว/>