

# Care along the Lifecycle



# วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

## The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคีร่วมพัฒนามาตรการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

### คณะผู้จัดทำ

#### คณะกรรมการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทพงษ์ วะสี  
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ  
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สลิม แจ่มอุลิตร์ตัน  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย  
นายกสภาการพยาบาล  
นายกทันตแพทยสภา  
นายกสภาเทคนิคการแพทย์  
นายกสภาเภสัชกรรม  
นายกสภากายภาพบำบัด  
ประธานชมรมแพทย์ชนบท  
ประธานชมรมทันตสาธารณสุข  
ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย  
ประธานชมรมเภสัชกรรมชนบท  
ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย  
ประธานชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

#### บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร

#### รองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงอรวรรณ ตะเวทิงค์

แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

#### กองบรรณาธิการ

ผศ.แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์  
ผศ.นายแพทย์พีระศักดิ์ เลิศตระการนันท  
ผศ.นายแพทย์ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์  
นายแพทย์วิโรจน์ วรรณภีระ  
นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์  
นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ  
นายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช  
นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ  
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ  
นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ  
นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ  
นายแพทย์ปกรณ์ ทองวิไล  
นายแพทย์สตาจ์ ศุภผล  
นายแพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ  
แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย  
นางสมนา ตันทศเศรษฐี  
นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์  
นางมุนา วงศ์ษาโรจน์  
นางสาวสุมาลี ประทุมรัตน์

#### ฝ่ายจัดการ

นางสาวผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ  
นางทัศนีย์ ญาณะ  
นางสาวสายใจ วอนขอพร

#### สนับสนุนการผลิตโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

#### สถานที่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน

สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทร. 02-4419040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 02-4410163

#### ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website : [www.thaiichr.org](http://www.thaiichr.org)

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด โทร. 0 2903 8257-9

# สารบัญ

|                                                                                 |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>เปิดเล่ม</b>                                                                 | <b>4 – 6</b>   |
| ๖ ความสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว                                                 | 4              |
| <b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>                                                            | <b>7 – 24</b>  |
| ๖ ประสพการณ์การมีองค์ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย                                 | 7              |
| ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถาน เชียงใหม่                    | 14             |
| ๖ การศึกษาความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขต 1 | 19             |
| <b>บทความปริทัศน์</b>                                                           | <b>25 – 32</b> |
| ๖ ลูกของคนขี้เมา                                                                | 25             |
| ๖ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ               | 27             |
| <b>บทความพิเศษ</b>                                                              | <b>33 - 39</b> |
| ๖ จะสร้างหมออย่างไรให้มีหัวใจ Humanized Medicine                                | 33             |
| <b>Case Report</b>                                                              | <b>40 – 53</b> |
| ๖ เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยวัณโรค                        | 40             |
| ๖ “การประเมินและการดูแลผู้ป่วยภายหลังเผชิญภาวะวิกฤต” ประเด็นที่ไม่ควรถูกลืม     | 49             |
| <b>Tool &amp; Tip in Family Pactice</b>                                         | <b>54 - 56</b> |
| ๖ มาอีกแล้วเหรอนเีย (frequent attenders)                                        | 54             |
| <b>เรื่องเล่าจากเครือข่าย</b>                                                   | <b>57 - 69</b> |
| ๖ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในสิงคโปร์ : บทเรียนจากการศึกษาดูงานมูลนิธิเต๋า          | 57             |
| ๖ ดูนานบริการการดูแลปฐมภูมิ ประเทศอังกฤษ                                        | 63             |
| <b>มองด้วยใจ</b>                                                                | <b>70 - 57</b> |
| ๖ My sister's keeper ชีวิตหนูขอลิขิตเอง                                         | 70             |
| <b>แนะให้อ่าน</b>                                                               | <b>76 - 79</b> |
| ๖ แนวทางการส่งผลงานวิชาการเป็นต้นฉบับ                                           | 76             |
| ๖ สัมผัสสมาธิ                                                                   | 80             |



# ความสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว

สุพัตรา ศรีวณิชชากร

## เวชศาสตร์ครอบครัว คือ อะไร สำคัญ และเป็นประโยชน์อย่างไร

เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เป็นศาสตร์ที่นำชื่อมาจากต่างประเทศที่เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ยากทางด้านสุขภาพของผู้คน ที่มีได้มองแต่มุมมองทางการแพทย์ แต่ให้เข้าใจและวิเคราะห์เห็นแง่มุมที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้เข้าใจถึงมิติความคิด ความรู้สึก ความนึกคิด อารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการวิเคราะห์พยาธิสภาพทางร่างกาย รวมทั้งหาช่องทางการป้องกันฟื้นฟูพร้อมไปกับการรักษาพยาบาล ซึ่งหากพิจารณาเนื้อหาแล้วก็อาจไม่ต่างจากศาสตร์ของไทยในด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพียงแต่ต่างประเทศมีจุดเด่นในการรวบรวมความรู้ไว้เป็นระบบ เป็นหมวดหมู่ เป็นหลักการ ที่สามารถถ่ายทอด และนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่าย เป็นการนำเอาเรื่องที่เป็นสามัญสำนึก หรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยมารวบรวมจัดให้เป็นระบบที่ชัดเจน เป็นหลักการ และความรู้ที่นำมาปรับใช้ให้กว้างขวางได้มากขึ้น

หลักการสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัวมีการพัฒนาและสรุปในแต่ละประเทศ ที่อาจแตกต่างกันบ้างตามสภาพระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ (ตามภาพที่เสนอ) แต่มีหลักการสำคัญที่ไม่ต่างกัน และประเทศไทย โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้สรุปหลักของประเทศไว้ 3 ประการ คือ Doctor-patient relationship, patient centered/comprehensive primary care และ community oriented care.

### Principles of FM in Australia

1. Doctor-Patient Relationship & Communication skills
2. Applied professional knowledge & skills
3. Population health
4. Professional & ethical roles

### Principles of FM in USA

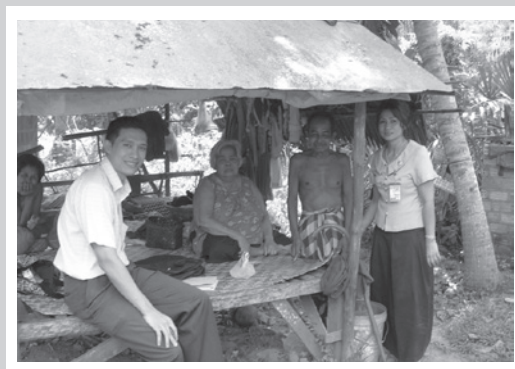
1. Doctor-Patient Relationship
2. Clinical primary care
3. Preventive care
4. Comprehensive care to all family members
5. Continuity of care
6. Community-oriented/population-oriented care

### Principles of FM in Canada

1. Doctor-Patient Relationship
2. Skillful clinician
3. Community-based practice
4. Resource preson of a defined population

### Principles of FM in Thailand

1. Doctor-Patient Relationship
2. Comprehensive Clinical primary care to all family members
3. Community-oriented/population-oriented care



**ในแง่ของมุมมองและการวิเคราะห์สภาพ :** เวชศาสตร์ครอบครัวได้รวบรวมความรู้ในมิติของการวิเคราะห์สภาวะ ศักยภาพ ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่า มิติการเจ็บป่วยหรือไม่สบายของผู้คนเชื่อมโยงกันระหว่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก ความคาดหวัง และจิตใจของบุคคลคนหนึ่ง และเชื่อมระหว่างบุคคลหนึ่งในครอบครัวกับคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในครอบครัว และบางครั้งก็เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมของบ้านและชุมชนด้วย

**ในแง่ของเครื่องมือที่ใช้ :** เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์และการให้บริการของงานเวชศาสตร์ครอบครัว ที่นอกเหนือจากการตรวจทางกายและการจ่ายยาแบบสาขาอื่น ๆ คือ การพูดคุย การสื่อสาร การให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ในด้านอื่น ๆ นอกจากการตรวจร่างกาย คือ การค้นหาความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง และความเปราะบางในการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของผู้รับบริการ (IFFE: idea, feeling, function, expectation) การวิเคราะห์ด้วยผังครอบครัว (family tree) การเยี่ยมบ้าน การให้การดูแลด้วยวิธีสะท้อนกลับ เสริมจุดเด่นของคนไข้ การแนะนำให้ลองทำในบางเรื่องที่เป็นช่องว่าง การประสานงานกับหน่วยอื่น หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจปัญหาและคลี่คลายปัญหาร่วมกัน

**ในด้านรากฐานและหลักการที่ใช้ที่สำคัญ :** เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสำคัญต่อกระบวนการสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ที่ดีและสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ เน้นฐานความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง การสื่อสารที่ดี การมองเห็นคุณค่าของกันและกัน ทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ประชาชน ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้อง

**ในด้านผลลัพธ์ :** ผลที่คาดหวัง นอกจากการคลี่คลายกายแล้ว ยังเน้นความเข้าใจ ความคลี่คลายทางใจที่วิตกกังวล การที่ประชาชนมีความรู้ ยอมรับในสภาพ และมีสมรรถนะในการดูแลและจัดการตนเอง ได้ดีขึ้น รวมทั้งมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น การป้องกันการเกิดปัญหาใหม่ หรือการป้องกัน/ลดความเสี่ยงด้วย

กลุ่มเป้าหมายที่ดูแลหรือใช้ศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ เป็นบุคคลทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ ทุกสภาพปัญหา ไม่ระบุเฉพาะโรค ทั้งที่เป็นสภาพความผิดปกติที่เกิดขึ้นแรก ๆ จนถึงระยะสุดท้าย กลุ่มเป้าหมายที่ดูแลจะกว้างกว่าบุคคลคนเดียวที่ต้องการรับบริการ แต่มองรวมถึงครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมด้วย

ฉะนั้น ประเด็นสำคัญของการใช้ศาสตร์ทางเวชศาสตร์ครอบครัวในช่วงเริ่มต้นคือ มิติมุมมองและใจที่เปิดกว้าง ยอมรับและเข้าใจความต่างและความลึกซึ้งของชีวิตคน ที่มีปฏิกิริยาเกิดขึ้นต่างกันเมื่อป่วย หรือเมื่อไม่สบายทางกาย หรือเมื่อมีปัญหาทางจิตใจก็แสดงออกหรือมีปฏิกิริยาทางกาย และภาวะเครียดแตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาและมีความเข้มแข็งแตกต่างกัน



จากมุมมองที่เปิดกว้าง ก็นำไปสู่การรับฟังอย่างเปิดกว้าง การสังเกตท่าทางภาษาทางกาย วาจา และพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจคนคนนั้นอย่างรอบด้าน และนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหา หรือสภาพที่แท้จริงของคนนั้นว่า เราในฐานะบุคลากรสาธารณสุขจะมีบทบาทร่วมในการเข้าไปช่วยเหลือ หรือร่วมคลี่คลายอย่างไรบ้างหรือไม่ หรือเพียงรับฟัง ให้กำลังใจ สนับสนุน เชียร์ ให้เขาเดินหน้าแก้ไขในเรื่องของเขาต่อไป ในส่วนนี้ก็ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการวิเคราะห์ และพูดคุยสื่อสารกับเขาอย่างเป็นกันเอง และเป็นธรรมชาติ เป็นศาสตร์ในส่วนที่เข้าใจหลักการหรือความรู้ที่สะสมกันมาว่า แต่ละเรื่องมีโอกาส มีเหตุปัจจัยอะไรได้บ้าง เชื่อมโยงกันอย่างไร และควรจัดการอย่างไร และเป็นศิลปะที่เข้าใจความละเอียดอ่อนที่แตกต่าง และศิลปะในการพูดคุย การสื่อสารที่พอดีลงตัวกับผู้รับบริการแต่ละคน ศิลปะในการจัดการการดูแลได้พอดีกับเขาและความสามารถของเราและทีมงาน รวมทั้งรู้ว่าควรจะติดตาม ประเมินผลความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าอย่างไร ทั้งในด้านการเปลี่ยนทางกาย อารมณ์ ความรู้สึก และการจัดการความสัมพันธ์กับผู้คนที่เกี่ยวข้องรอบข้าง

ทักษะที่ใช้ก็มีทั้งทางด้านการแพทย์ ที่เป็นการตรวจ การวิเคราะห์ วินิจฉัย การดูแลและบริการ มีทั้งทักษะด้านจิตวิทยาและด้านสังคม ในการวิเคราะห์หาปัญหา หาศักยภาพของบุคคลที่นอกเหนือจากทางกาย และวิเคราะห์หาทุน หาปัจจัยในครอบครัว ในชุมชนที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นด้านบวก และด้านที่ก่อปัญหา และมีทักษะในการสื่อสาร การจัดการ และการประสานงาน

ทั้งหมดนี้มีได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะแพทย์ที่ใช้ศาสตร์นี้เท่านั้น แต่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอื่น ๆ แต่อาจมีประเด็นรายละเอียดที่แตกต่างกันของแต่ละวิชาชีพ ตามลักษณะงานหรือลักษณะปัญหาที่เกี่ยวข้อง

ศาสตร์นี้ เป็นศาสตร์หนึ่งที่เหมาะกับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิจะนำไปใช้ได้ในการดูแลประชากรในความรับผิดชอบ เพราะเป็นการดูแลประชากรทั้งหมดทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย ทั้งที่มีปัญหาสุขภาพไม่เด่นชัด และผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน เป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ใกล้ชิดประชาชนที่มีโอกาสในการเข้าใจมิติชีวิต ความเป็นอยู่ของประชาชนที่มารับบริการได้ดี แต่ก็มิได้แปลว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาลจะใช้ศาสตร์นี้ไม่ได้ เพราะมิติการมองปัญหาผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกคน รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วารสาร PCFM ในฉบับต่าง ๆ ในช่วงปี 2553 นี้ จะเน้นการนำเสนอความรู้ ผลการศึกษาวิจัย ตัวอย่างกรณีศึกษาที่วิเคราะห์ในมุมมองศาสตร์ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ ผลลัพธ์การแก้ไข และสภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ความรู้ในด้านนี้กับบุคลากรสาธารณสุขในวงกว้าง



## ประสบการณ์ “การเมืองค์” ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

พญ. บุษยมาส บุศยารัตน์  
ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์  
นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

### ความสำคัญและที่มา

ถึงแม้กรอบแนวคิดแบบการแพทย์แผนตะวันตกจะกลายเป็นการแพทย์กระแสหลักของโลก รวมถึงในประเทศไทย แต่การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและการรักษาที่มีอยู่ ก็ไม่สามารถตอบโจทย์ความเจ็บป่วยทุกชนิดของผู้ป่วยได้ มนุษย์จึงไม่ยอมรับกับคำอธิบายชุดเดียว แต่จะพยายามหาคำตอบด้วยกรอบแนวคิดแบบอื่นที่จะตอบได้ว่า ทำไมตนจึงป่วยและทำอย่างไรจึงจะหายป่วย ความพยายามที่จะใช้หลายแนวคิดในการอธิบายภาวะโรคและหลายวิธีในการหาหนทางเยียวยาความเจ็บป่วยของผู้คนในสังคม เรียกว่า พหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) <sup>1</sup>

จากการทำเวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศไทย โดยเฉพาะเขตกรุงเทพมหานครและเขตจังหวัดภาคกลาง พบว่า หลายครั้งที่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่หายขาด พุดถึงการ ‘เมืองค์’ ทำให้ความเจ็บป่วยของเขาดีขึ้น ทั้งที่เดิมไม่เคยเชื่อเรื่องทำนองนี้มาก่อน และมักพบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยกับแพทย์ เพราะกลัวแพทย์ดูถูกหรือตำหนิว่าภาวะดังกล่าวไม่มีอยู่จริง

จากการสัมภาษณ์แพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติครอบครัวหลายราย ก็พบผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งน่าจะสะท้อนถึงภาวะที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติครอบครัวของประเทศไทย จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกับภาวะดังกล่าวว่ามีลักษณะอย่างไร และเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ “การเมืองค์” และความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยไทย

### วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการ purposeful sampling และ snowball technique จากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2552

หลังจากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างเป็นอิสระต่อกัน (Independent content analysis) ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จากนั้นนำเนื้อหามาประชุมร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปด้วยวิธี Triangulation ก่อนนำมาสรุปเป็นข้อสรุปร่วมกัน



## ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เป็นชาย 2 ราย หญิง 8 ราย อายุระหว่าง 26 - 80 ปี อายุเฉลี่ยค่ามัธยฐาน 50 ปี โดยมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 7 ราย กำลังศึกษาต่อปริญญาโท 2 ราย

เป็นบุคลากรสายสุขภาพ 2 ราย (พยาบาลและนักจิตวิทยา) ส่วนใหญ่เริ่มมีองค์ขณะอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (adult) คืออยู่ในช่วง 30-50 ปี มีเพียง 2 รายที่เริ่มมีองค์ตั้งแต่วัยรุ่น

จากการสัมภาษณ์ พบว่า

ลักษณะเฉพาะของคนที่มีองค์ พบ 4 ลักษณะ คือ

1. มีประวัติครอบครัวมีองค์ พบถึง 8 รายที่มีประวัติมีคนในครอบครัวมีองค์มาก่อนและ 5 รายมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คนมีประวัติมีองค์

“คุณแม่เล่าให้ฟังว่า ก่อนที่คุณพ่อจะมีองค์ คุณพ่อป่วยไม่สบายเจ็บปวดๆแอดๆ ตลอด แล้วก็ไม่ค่อยมีเงิน แต่เหมือนกับว่ามีเหตุการณ์หนึ่งทำให้คุณพ่อต้องรับเป็นร่างทรงเปิดตำหนัก แล้วก็รู้สึกชีวิตมันพลิกจากที่ไม่มี ก็มีสุขภาพก็แข็งแรงดีขึ้น ส่วนคุณแม่ก็มีองค์ แต่ไม่ได้เปิดตำหนัก แค่มูซาเนย ะ”

2. มีประวัติครอบครัวติดสุรา มีจำนวน 5 รายที่มีประวัติครอบครัวติดสุรา ซึ่งส่งผลให้มีภาวะความเครียดเรื้อรังทั้งครอบครัว

“พ่อผมเป็นคนดื่มเหล้า สูบบุหรี่นะ แล้วก็เป็นคนเรื่องอย่างอื่นไม่มี เป็นคนใจนักเลงหน่อย แต่ไม่ใช่พวกนักเลงนะ ...ตอนองค์มาใหม่ ๆ เค้าอายุ 40 แต่เหมือนคนอายุ 50 เพราะเค้าดื่มเหล้า...หลังจากนั้นพ่อผมเริ่มทำตัวแปลก ๆ ดูเฝิน ๆ เหมือนคนจิตอาจจะบ๊อง ๆ ต้อง ะ”

3. มีประสาทสัมผัสที่หกมาตั้งแต่เด็ก ๆ มีจำนวน 3 รายที่มีประสาทสัมผัสที่หกมาตั้งแต่เด็ก ๆ สามารถเห็นเหตุการณ์ล่วงหน้า ล่วงรู้อนาคต เห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น เห็นวิญญาณ

“รู้แต่ว่าเป็นคนมีสัมผัสที่หกมาตั้งแต่เด็ก ๆ เหมือนกับว่าอาจจะฝันเห็นเหตุการณ์ล่วงหน้า เหมือนกับเดาเหตุการณ์ออก อ่านใจคนนั่งข้าง ๆ ได้ หรือว่ารับรู้ความรู้สึกคนนั่งข้าง ๆ ได้ หรือบางทีทางตาก็ก็นับวิญญาณ แต่ก็ไม่เคยสนใจในตอนเด็ก ะ”

4. มีประวัติครอบครัวมีองค์แล้วเคยถูกลงโทษ มีจำนวน 2 ราย ที่ครอบครัวเคยถูกลงโทษเนื่องจากว่าไม่ยอมทำตามคำสัญญาที่ให้ไว้กับองค์

“ถ้าเป็นร่างทรงมันมีข้อจำกัดหลาย ๆ อย่าง อย่างเรื่องคู่ครองเนี่ยไม่ได้แล้ว จะเหมือนกับมีเรื่องอย่างเงี้ยไม่ได้ อย่างเรื่องเพศสัมพันธ์อย่างเงี้ยมีไม่ได้เลย แล้วคุณแม่บุญธรรมก็พูดเหมือนกันว่าไม่แน่ว่าที่ที่คุณพ่อเสียเร็ว อาจจะเป็นเพราะว่า คุณพ่อมีหนูก็ได้ เพราะเหมือนกับทำผิด แล้วโดนลงโทษ”



## ประสบการณ์ก่อนมีองค์ พบ 4 ลักษณะ ได้แก่

1. มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุนามาก่อน มีถึง 8 รายที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังนามาก่อน โดยมารักษากับแพทย์แล้วไม่หาย ยังมีความเจ็บป่วยต่อเนื่อง และรบกวนหน้าที่การเรียนและการทำงาน

“ช่วงนั้นปวดหลังมากแล้วไปหาหมอ หมอบอกว่าไม่เป็นไร...ปวดหลังไปหาหมอก็ไม่หาย พอดี จังหวะแม่ไปไหว้ครูพอดี แล้วเค้าบอกว่าปีหน้าให้รับได้แล้วถึงเวลาแล้ว...หมอก็ดูเชื้ค ไม่ได้ฉีดยา แต่ให้ยามากินก็ไม่หาย ผมเป็นอยู่ตั้งหลายเดือนครับ...เป็นอยู่ 3 เดือนกว่าได้ กินยาเท่าไรก็ไม่หาย”

2. มีปัญหาทางครอบครัวนามาก่อน มี 5 รายที่มีปัญหาครอบครัวนามาก่อน

“จริง ๆ แล้วเคยแต่งงาน คนที่เป็นพ่อของลูกเนี่ย อยู่ ๆ ก็อยู่กันไม่ได้ เลิกกัน คือเห็นหน้ากันก็ทะเลาะกัน เคยมีหมอดูทักว่าคนนี้ไม่ใช่ดวงเนื่อคู่เรา อยู่ยังไงก็เลิก ก็เลิกกันไป... ตอนที่อยู่กับแฟนคนแรก ซึ่งเค้าเป็นคนใช้เงินฟุ่มเฟือย ชื้อบ้านซื้อรถและเราก็ต้องการสร้างอนาคตเราเอง แต่มันเหมือนเป็นปัญหาภาระผูกพัน พอเลิกกันเราก็ต้องรับภาระใช้หนี้คนเดียว”

3. มีปัญหาไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตนามาก่อน มีจำนวน 2 รายที่มีปัญหาไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตนามาก่อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียนรู้ การทำงาน ทำให้ตัวเองรู้สึกด้อยเมื่อเทียบกับคนอื่น

“ผมเนี่ยหัวขี้เลื่อย วิชากรรม เข้าใจก็เข้าใจนิดหน่อย พูดก็พูดได้นิดหน่อยแค่นั้น เรียน ๆ อยู่เป็นคนหัวสมองไม่ดีอยู่แล้ว เรียน ๆ อยู่แล้วหัวสมองก็คิดอะไรไม่รู้ เป็นคนเรียนไม่เก่ง บางทีตั้งใจฟังครูพูดนะ แล้วอยู่ ๆ สมองก็ไปคิดอะไรไม่รู้...ผมเชื่อ ที่พี่สาวผมคนโตได้ดิบได้ดี ได้ไปอยู่เมืองนอกนี้ก็เพราะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย”

4. ครอบครัวดี ไม่มีปัญหา อยู่ดี ๆ ก็มีอาการแปลกไป มี 2 รายที่ไม่มีทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาส่วนตัว และปัญหาครอบครัวใด ๆ นามาก่อน ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดี ไม่เคยมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน ไม่ว่าจะเป็นกับสามีหรือลูก ๆ ถึงแม้ว่าจะไม่มีปัญหาใด ๆ ในชีวิตนามาก่อน ก็เป็นที่น่าแปลกที่เกิด “ภาวะการมีองค์” ขึ้นได้

“ชีวิตที่ผ่านมาถือว่าราบรื่นดี ครอบครัวไม่มีปัญหา อยู่กันอย่างไม่เคยทะเลาะเบาะแว้งกับแฟนกับลูกก็ดี ดีหมด คนโตตอนนี้เรียนเกษตรศาสตร์จะจบปริญญาแล้ว เค้าไม่เคยเกรงไม่เคยอะไรเลย แฟนก็ไม่เคยเหลวไหล...ครอบครัวไม่เคยมีปัญหาอะไร”

## ประเภทขององค์

จากการสัมภาษณ์ พบว่าองค์มี 3 ประเภท คือ องค์ชั้นกษัตริย์หรือเทพ องค์ที่เป็นที่เคารพทางศาสนา และ องค์ระดับสามัญชน ซึ่งคนหนึ่ง ๆ จะมีองค์ได้มากกว่าหนึ่งองค์

“ฉันต้องแต่งตัวสวย ๆ แต่งตัวตามร่างที่มาลง ก็มีร่างของพ่อปู่ย่า พระนางเรือล่ม กุมารทอง แม่ตะเคียน”

แต่ละคนจะมีองค์ประจำหลัก ๆ คนละ 1 องค์ คล้าย ๆ กับการมี main caregiver ที่ทำหน้าที่ดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยยอมรับองค์ ความเจ็บป่วยเดิมที่ไม่รู้สาเหตุก็มักจะหายไปโดยปริยาย

### พฤติกรรมที่แสดงออกหลังจากองค์ลง

ส่วนใหญ่มีบุคลิกใหม่ ตาแดง สันกระตุกไปทั่วตัว หดพลัง นอนเพื่อ มีเสียงออกมาจากลำคอ พูดภาษาอื่น ตอบคำถามแบบไม่รู้ตัว ไม่สามารถบังคับคำพูดได้

“ตอนที่องค์มาลง นี่เล่าตรง ๆ บางทีรู้ตัว บางทีก็ไม่รู้ตัว เราไม่ได้พูดเอง แบบพูดไปแล้วลูกสาว เล่าว่าเทพดูไว้บอกว่าต้องเลิกกับคนนี้ ต้องได้กับคนแก่ มีสมบัติ ฉันทะเถียงตายเลยทุกวันนี้ยังทะเลาะกับมันเลย ว่ากูพูดตอนไหน มึงว่ากูพูด กูไม่ได้พูด”

### มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อองค์

ส่วนใหญ่รู้สึกเชิงลบต่อการมีองค์ในตนเอง คือ มีความสับสน เกลียด กลัวกับการที่ต้องปฏิบัติตัวเคร่งครัดกับข้อห้ามต่าง ๆ หลังรับองค์ หลายรายมีอาการเจ็บปวดทรมานทางกายขณะที่ยังองค์ ส่วนน้อยที่รู้สึกเชิงบวกคือ รู้สึกดี เหมือนมีตัวช่วย ทำอะไรก็ราบรื่น จิตใจสบาย ฐานะทางการเงินดีขึ้น

คนที่รับองค์ต้องมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีความทุกข์ เสมือนเป็นการสร้างบุญต่อไป หากมีโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้นใหม่ภายหลังการรับองค์ ผู้ป่วยจะคิดว่าเป็นวิบากกรรม ไม่ใช่เรื่องขององค์

### ผลขององค์ต่อสุขภาพเดิมของผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีที่อาการเจ็บป่วยเรื้อรังหายไปหลังยอมรับการมีองค์ ชีวิตราบรื่น ฐานะทางการเงินดีขึ้น เมื่อมีองค์ ต้องยอมรับและแสดงความเคารพต่อองค์ ต้องถือศีลภาวนา สวดมนต์ มีระเบียบพิธีกรรม รวมถึงดำเนินชีวิตอย่างสำรวมและมีสติ หากรับองค์แล้ว ประพฤติไม่ดี ไม่มีศีลธรรม จะถูกลงโทษถึงชีวิตได้

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า การมีองค์เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง บ้างก็เป็นคำตอบให้กับปัญหาความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังที่ไม่รู้สาเหตุ เมื่อมีองค์ความเจ็บป่วยเหล่านั้นก็หายไป บ้างก็เป็นกำลังใจ ให้มีที่ยึดเหนี่ยว มีจิตใจที่มั่นคง ผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น องค์ทำให้มีสติกับกิจวัตรที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน มีข้อบังคับหลายอย่างเหมือนกับต้องมีทั้งสติ และวินัยในการดำรงชีวิต

องค์ไม่ใช่ตัวเอง แต่เป็นระบบสนับสนุนที่มีอยู่ในตัวเองตามธรรมชาติ องค์จะแสดงออกเมื่อถึงเวลา องค์ทุกองค์จะชี้นำให้คนทำดีอยู่ในกรอบศีลธรรม รวมทั้งเอื้อเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นที่ตกทุกข์ องค์ทำให้ฐานะดีขึ้นช้า ๆ โดยไม่ได้เกิดจากการเรียกร้องเงินทองจากการเป็นร่างทรง แต่เกิดจากการช่วยเหลือคนอื่นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโชคลาภ มีบุญเพิ่มขึ้น หรือขอใช้กรรมเก่าได้หมดไป

แม้ผู้ป่วยหลายรายจะรู้สึกดีที่ความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนหายไปภายหลังการมีองค์ แต่ส่วนใหญ่รู้สึกเชิงลบที่ต้องแบกรับภาระในการมีองค์ไปตลอด

จากการวิจัยนี้พบว่า การมี “องค์” มีความเกี่ยวข้องกับการเป็น “ร่างทรง” แต่คนที่ไม่มีองค์จำเป็นต้องยอมรับที่จะเป็นร่างทรงเสมอไป เมื่อมีองค์ลงเพื่อช่วยปัญหาสุขภาพของตนเองแล้ว ตนต้องมีภาระช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป ไม่ว่าด้วยวิธีการเป็นร่างทรงหรือวิธีอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบบทความหรือการศึกษาวิจัยโดยตรงเรื่องการมีองค์ ส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับร่างทรง การทรงเจ้า การนับถือผี ซึ่งเป็นความเชื่อพื้นฐานของโครงสร้างสังคมในวัฒนธรรมเอเชีย จากการศึกษาเรื่อง การเข้าทรงในจังหวัดฉะเชิงเทรา<sup>2</sup> พบว่า “ร่างทรง” เป็นตัวกลางที่ติดต่อระหว่างมนุษย์กับ “องค์เทพ” ผู้ลงมาประทับทรง เพื่อปิดเป่าบรรเทาความเดือดร้อนหรือให้โชคลาภแก่มนุษย์

จากงานวิจัยนี้พบผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาสุขภาพทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคมนำมาก่อนที่จะมีองค์ ซึ่งจากการศึกษาอื่นในมุมมองเชิงสังคม<sup>2</sup> พบว่าคนที่จะกลายมาเป็นร่างทรง ต้องเป็นผู้มีคุณภาพพิเศษ เรียกว่า “มีองค์” หรือ มีคุณธรรมที่สั่งสมมาตั้งแต่อดีตชาติถึงปัจจุบัน ในบางกรณียังรวม



ไปถึง “สัญญา” ที่แต่ละคนเชื่อว่าตนมีกับองค์เทพ<sup>4</sup> ในขณะที่การศึกษาเชิงจิตวิเคราะห์ของ Wolf M<sup>4</sup> ระบุว่า ความกดดันทางจิตทำให้ผู้ที่ถูกกดดันพยายามสร้างอำนาจแฝง โดยการทำตัวเป็นร่างทรง ซึ่งตรงกับงานวิจัยของแพทย์ไทยที่ใช้ทฤษฎะทางจิตเวชศาสตร์กับการเข้าทรงใน “ผีปอบ”<sup>5</sup> ระบุว่า การเข้าทรงเป็นเรื่องของความเจ็บป่วยทางจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Demetrio FR<sup>6</sup> ระบุว่า ร่างทรงคือผู้ที่เคยป่วยทางใจมาก่อน แต่สามารถรักษาความเจ็บป่วยนั้นให้หายไปได้ จึงทำให้ร่างทรงมีประสบการณ์รู้ซึ่งถึงความเจ็บป่วย ความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่มารับการรักษา โดยร่างทรงจะนำความรู้จากประสบการณ์ของตนมาช่วยในการรักษา หรือแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

การเข้าทรงยังคงมีอยู่ในสังคมปัจจุบัน แม้จะล้อมรอบด้วยความทันสมัยของเทคโนโลยี ทั้งนี้เพราะการเข้าทรงยังคงช่วยตอบปัญหาที่ตอบไม่ได้ของทั้งปัจเจกชนและของสังคม จากการศึกษาการเข้าทรงในจังหวัดฉะเชิงเทรา<sup>2</sup> พบว่า การเข้าทรงสามารถอยู่คู่สังคมมาได้ เพราะมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา เป็นที่ยอมรับศรัทธาของผู้คน มีพิธีกรรมที่ปรับเปลี่ยนตามยุคสมัย รวมถึงสามารถตอบสนองความต้องการของทั้งปัจเจกชนและสังคมได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องการนับถือ “ผีเจ้านาย” ทางภาคเหนือ<sup>7</sup> พบว่า ร่างทรงผีเจ้านายมีบทบาทหน้าที่ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นที่พึ่งทางใจให้กับคนในสังคม ขณะเดียวกันก็มีความเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจ การเมืองด้วย ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาเชิงสังคมเรื่องพิธีกรรมการเข้าทรงของทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย<sup>8</sup>

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของต่างประเทศที่ศึกษาบทบาทของร่างทรงกับสุขภาพของสังคมไว้ คือ Levi-Strauss C<sup>9</sup> ได้ศึกษาถึงบทบาทของร่างทรงที่มีต่อสังคมว่า เป็นผู้รักษาผู้ป่วยทางจิต เป็นนักจิตวิเคราะห์ ซึ่งทำหน้าที่ในการค้นหาสิ่งที่อยู่ในจิตสำนึกและสิ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใต้สำนึกของผู้ป่วย Demetrio FR<sup>6</sup> มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน คือ ร่างทรงเป็นนักจิตวิทยา เพราะร่างทรงรู้ธรรมชาติของมนุษย์ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไวในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ คล้ายกับมีระบบประสาทที่พิเศษ และเป็นผู้เชี่ยวชาญทางโรคจิตที่สามารถรักษาอาการป่วยทางจิตของผู้ป่วยที่มารับการรักษาได้

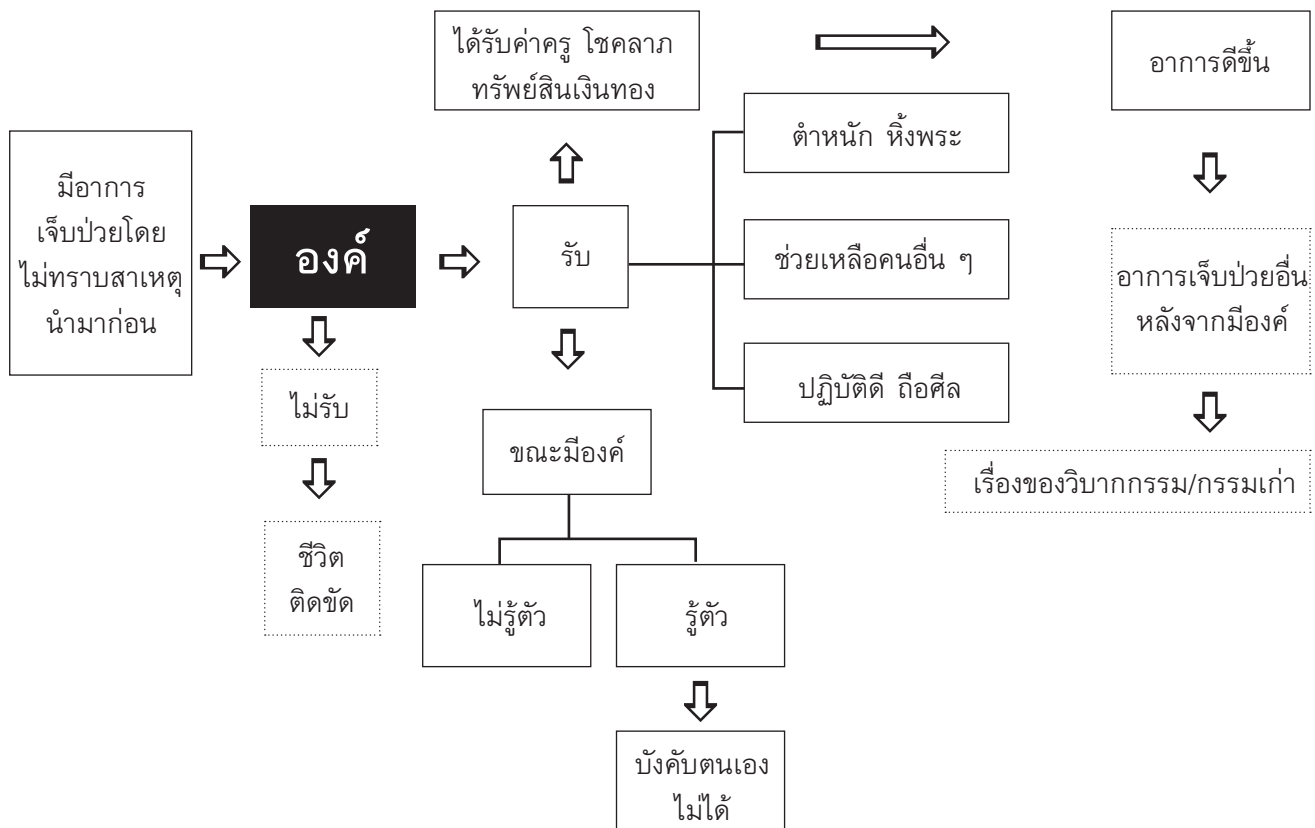
การมีองค์จึงเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ทั้งเชิงปัจเจกและเชิงสังคม นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังพบลักษณะพิเศษของการมีองค์ในสังคมไทยที่มักมีลักษณะซ้ำในครอบครัว แม้จะไม่ใช้การถ่ายทอดหรือสอนกันตรง ๆ และหลายรายปฏิเสธที่จะรับรองเสียด้วยซ้ำ ซึ่งน่าจะได้รับการศึกษาต่อไป

## ข้อจำกัดงานวิจัย

จากการวิจัยพบว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องการมีองค์ในผู้ป่วยไทย มีข้อจำกัดคือ ผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกว่าการมีองค์เป็นสิ่งที่เบี่ยงสูง การขอสัมภาษณ์ต้องได้รับอนุญาตจากองค์ก่อน หลายคนกลัวว่าการเอาเรื่องเบี่ยงสูงมาเปิดเผยจะเป็นอันตรายเข้าตนเองและผู้สัมภาษณ์ได้ ทำให้หาผู้เข้าร่วมวิจัยได้ไม่มากนัก นอกจากนี้บางคนมีความเกรงใจ กลัว ไม่กล้าพูดรายละเอียดเพราะทราบว่าเป็นแพทย์ กลัวว่าพูดไปแล้วแพทย์จะคิดว่าเจ็บป่วยทางจิต การเข้าใจภาวะการมีองค์อย่างละเอียด จึงอาจต้องให้เวลาในการศึกษาที่ยาวนานกว่านี้เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้สัมภาษณ์ เพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อน นอกจากนี้เนื่องจากเป็นการศึกษาที่ทำในเขตภาคกลาง ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าในภาคอื่น ๆ อาจมีความเชื่อทางสุขภาพที่แตกต่างจากนี้ ดังนั้นถ้ามีงานวิจัยที่คล้ายกันนี้แต่ทำในภาคอื่น ๆ บ้างจะทำให้เข้าใจภาวะสุขภาพของคนไทยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นได้ดีขึ้น

## สรุปผลการวิจัย

ภาวะการมีองค์เป็นเรื่องของสุขภาพโดยตรง เกิดขึ้นภายหลังการมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและมีไว้เพื่อช่วยเหลือปัญหาสุขภาพของตนเองและผู้อื่น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่กล้าเล่าเรื่องนี้ให้แพทย์ฟัง เพราะกลัวจะถูกมองว่าป่วยเป็นโรคจิตเวช แพทย์พยาบาลจึงควรเปิดใจกว้าง รับฟังภาวะสุขภาพแบบองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย





### หนังสืออ้างอิง

1. โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์และคณะ (บรรณาธิการ). วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. 2550
2. วิรัช วิรัชนิภาวรรณ และนิภาวรรณ วิรัชนิภาวรรณ. การเข้าทรงและร่างทรง : ความเชื่อ พิธีกรรมและบทบาทที่มีต่อสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ โอเอียนส์โตร. 2540
3. สุริยา สมุทคุปดี และคณะ. ทรงเจ้าเข้าผี: วาทกรรมของลัทธิผีและวิกฤติการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. 2542.
4. Wolf M. Chinese Women : Old Skills in a New Context. In Rosaldo MZ, Lamphere L (ed.). Women, Culture, and Society. Stanford, California : Stanford University Press. 1974. p.157-160.
5. สัน สวรรณเลิศ. ผีปอบ-ผีเข้า ในทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ ฯ: บพิธการพิมพ์. 2529. หน้า 247-248.
6. Demetrio FR. The Shaman as Psychologist. Philippines: Xavier University. 1970. p.58.
7. ฉลาดชาย รมิตานนท์. ผีเจ้านาย. กรุงเทพฯ: พายัพ ออฟเซท พรินท์. 2527. หน้า 43-70, 73-87, และ 95-115.
8. สุเทพ สุนทรเกสัช (บรรณาธิการ). สังคมวิทยาของหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2511. หน้า 142-160.
9. Levi-Strauss C. "The Effectiveness of Symbols". In Claude Levi-Strauss (ed.), Structural Anthropology. New York : Basic Books. 1963. p. 186-204.



# การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิง เชียงใหม่

พญ. วิชุดา จิรพรเจริญ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ความสำคัญและปัญหา

การดูแลสุขภาพในเรือนจำเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังมีความซับซ้อนแตกต่างจากสังคมภายนอก และปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้การดูแลสุขภาพทำได้ไม่เต็มที่และเป็นไปด้วยความยากลำบาก จากข้อจำกัดเรื่องกำลังคน ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพในเรือนจำ ต้องทำงานเชิงตั้งรับ คือ เน้นการตรวจรักษาตามอาการของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่รายงานหลายแห่งทั้งในและต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าคนทั่วไป ผลที่ตามมาจากการขาดงานสุขภาพเชิงรุก ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรอง สร้างเสริมและป้องกันโรค ทำให้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีระยะการดำเนินโรคท้าย ๆ มีมากขึ้น รวมถึงไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะผู้ต้องขังที่มีระยะกำหนดโทษนานหรือบางรายตลอดชีวิต ซึ่งคนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เอง ต้องรอจากหน่วยงานด้านสุขภาพจัดบริการให้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่อาจเกิดการแพร่กระจายในกลุ่มผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ จากปัจจัยเสริมด้านสิ่งแวดล้อมคือ เรือนจำเป็นระบบปิดและอยู่กันอย่างแออัด ทำให้ปัญหาเหล่านี้ทวีความรุนแรงและแก้ไขยากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ต้องขังรวมทั้งบุคลากรในเรือนจำ และมีแนวโน้มจะเกิดโรคต่าง ๆ ได้วนเวียนเป็นวัฏจักรของการเจ็บป่วยทั้งในเรือนจำเองและสังคมภายนอก

เช่นเดียวกับสถานการณ์ปัจจุบันของทัณฑสถานหญิง เชียงใหม่ที่มีเจ้าหน้าที่พยาบาล 2 คน และนักจิตวิทยา 1 คน ต่อจำนวนผู้ต้องขังที่มีมากกว่า 1,400 คน ทำให้บริการการดูแลสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ภายใต้ความรับผิดชอบของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับศูนย์สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ในการตรวจรักษาโรคและการจัดกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง แต่เนื่องจากจำนวนผู้ต้องขังมีแนวโน้มจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ต้องมีการย้ายเรือนจำออกนอกพื้นที่เดิม เพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดนี้ ดังนั้นการให้บริการทางสุขภาพต้องเปลี่ยนไปตามพื้นที่ที่เรือนจำใหม่ตั้งอยู่ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในงานด้านสุขภาพของผู้ต้องขังระหว่างการเปลี่ยนผ่านหน่วยงานที่รับผิดชอบ จึงมีการหาแนวทางเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง

การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพที่มีทั้งการรักษา การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่มีการวางแผนงานอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมาก แม้ว่าจำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลจะมีจำนวนน้อย แต่หากสามารถพัฒนาการวางแผนงานและดำเนินการได้เอง โดยพัฒนาให้บุคลากรในเรือนจำ เช่น อาสาสมัครเจ้าหน้าที่เรือนจำและผู้ต้องขัง ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น สามารถร่วมเป็นทีมช่วยงานในสถานพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ จะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทั้งผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมมีสุขภาพรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดี



## แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขัง

การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพผู้ต้องขัง สามารถนำหลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic approach) ของเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพผู้ต้องขัง นั่นคือ การดูแลผู้ต้องขังแต่ละคน (Individual) ต้องคำนึงถึงอิทธิพลของครอบครัวและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพพร้อมด้วย (family and community influence on health) ซึ่งในระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขัง การอาศัยอยู่ในสภาพสังคมเป็นสังคมปิด ทำให้ครอบครัวในบริบทของผู้ต้องขังเป็นเพื่อนผู้ต้องขัง เจ้าหน้าที่ผู้คุม และเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ส่วนชุมชนนั้นหมายถึง นโยบายและระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในเรือนจำ

การพัฒนาจึงต้องคำนึงถึงทั้ง 3 ปัจจัยและควรได้รับการพัฒนาควบคู่กันไป ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จึงได้วางกรอบแนวคิดในการพัฒนาเป็น 3 แผนย่อย ได้แก่

### แผนที่ 1 สร้างทีมงานพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง

จากที่ผ่านมามีการดำเนินงานรับทราบกันเองในกลุ่มผู้ปฏิบัติ อุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นมักไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากติดที่ระบบบริหารและการจัดการของทั้งฝ่ายเรือนจำและโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้ทั้งระดับผู้บริหารรับทราบผลการดำเนินงานรวมถึงปัญหาและอุปสรรคแล้ว จึงต้องจัดตั้งคณะกรรมการเป็นสองทีม ได้แก่ คณะกรรมการที่มีผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแผนงานและคณะกรรมการที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน

#### 1.1 จัดตั้งคณะอำนวยการเพื่อพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง (steering committee)

◆ ผู้อำนวยการทันตสถานหญิงเชียงใหม่เป็นประธาน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ต้องขังอยู่ในความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์ และการจัดตั้งระบบต่าง ๆ ต้องผ่านความเห็นชอบจากกรมผ่านความเห็นชอบของผู้อำนวยการเรือนจำ

◆ คณะกรรมการจะประกอบด้วย หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและหน่วยงานภาคีภาคสังคม ที่ร่วมดูแลด้านสุขภาพให้กับผู้ต้องขังในปัจจุบัน ได้แก่

- ทีมจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นผู้รับผิดชอบสิทธิสุขภาพแก่ผู้ต้องขังตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำทันตสถานหญิงเชียงใหม่
- ตัวแทนศูนย์ควบคุมโรค เป็นหน่วยงานจากภาครัฐที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องกลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรค กามโรค และ HIV
- ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานจากภาครัฐที่กำหนดและควบคุมเรื่องค่ารักษาพยาบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อช่วยเรื่องการประสานสิทธิระหว่างเปลี่ยนผ่าน
- ตัวแทนกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ เป็นหน่วยงานภาคีภาคสังคม ที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ต้องขังที่มีเชื้อ HIV
- ทีมจากโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นผู้ที่รับผิดชอบสิทธิสุขภาพแก่ผู้ต้องขังตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากมีการย้ายเรือนจำใหม่

◆ โดยคณะกรรมการจะทำการประชุมร่วมพัฒนาแผน และรับทราบผลการดำเนินงานจากคณะทำงาน ทุก 3 เดือน

#### 1.2 จัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง (working committee)

คณะทำงานจะเป็นผู้ดำเนินงานในการพัฒนาแผนและลงปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วยทีมจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำทันตสถานหญิง ตัวแทนศูนย์ควบคุมโรค ตัวแทนกลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ และทีมจากโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยจะทำการประชุมร่วมพัฒนาแผนและสรุปผลทุก 1 เดือน และรายงานให้กับคณะกรรมการเพื่อพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง ทุก 3 เดือน

## แผนที่ 2 สร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพแก่บุคลากรในเรือนจำ

จากจำนวนอันจำกัดของบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานในเรือนจำ (พยาบาล นักจิตวิทยา) ทำให้ต้องหาบุคลากรจากหน่วยงานอื่นที่อยู่ในสังกัดของหน่วยงานกรมราชทัณฑ์ช่วยเหลืองานด้านสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้คุม หรือแม้แต่อาสาสมัครผู้ต้องขัง ก็สามารถพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญในงานด้านสุขภาพมากขึ้นได้ โดยทำการจัดการอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะและลงปฏิบัติตามแผนงานสุขภาพที่ร่วมกันพัฒนา ที่สำคัญควรให้บุคลากรเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง รวมถึงวางแผนทางเพิ่มศักยภาพของตนเองที่สามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อให้สอดคล้องกับแผนที่ตั้งไว้ โดยมีเป้าหมายที่ระดับความสามารถของบุคลากรแต่ละกลุ่ม ควรจะปฏิบัติงานด้านสุขภาพได้ ดังนี้

### 1. เจ้าหน้าที่พยาบาล

- สามารถตรวจและรักษาโรคพื้นฐานตาม Clinical Practice Guideline
- เฝ้าระวังและตรวจคัดกรองทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังได้
- เป็นหัวหน้าทีมในการทำโครงการ และกิจกรรมด้านสุขภาพ
- สามารถสอนให้ความรู้แก่อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ผู้คุม และอาสาสมัครผู้ต้องขังได้

### 2. นักจิตวิทยา

- ตรวจประเมินภาวะทางจิตเบื้องต้น
- เฝ้าระวังและตรวจคัดกรองทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังได้
- เป็นหัวหน้าทีมในด้านการให้คำปรึกษา การบำบัดกลุ่ม
- สามารถสอนให้ความรู้แก่อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ผู้คุม และอาสาสมัครผู้ต้องขังได้

### 3. อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ผู้คุม

- ให้ความช่วยเหลือในการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังได้
- ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ผู้คุม
- ผู้ช่วยเหลือในการดำเนินโครงการ และกิจกรรมด้านสุขภาพ

### 4. อาสาสมัครผู้ต้องขัง

- เป็นผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล
- เป็นผู้ช่วยในการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังได้
- เป็นผู้นำกลุ่มย่อยในการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ แก่เพื่อนผู้ต้องขัง
- ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่เพื่อนผู้ต้องขัง

## แผนที่ 3 พัฒนาระบบและฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง

### 3.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูล

เนื่องจากที่ผ่านมาข้อมูลทางสุขภาพผู้ต้องขังถูกเก็บไว้ในรูปเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นกระดาษ ซึ่งยังไม่มีระบบระเบียบที่ชัดเจน การประมวลผลแต่ละเดือน ต้องใช้การนับตามจำนวนผู้ต้องขังที่มีอยู่จริง ในขณะที่มีการเข้าออกของผู้ต้องขังทุกวัน ข้อมูลจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดและหน่วยงานงานต่าง ๆ ทั้งฝ่ายกรมราชทัณฑ์และสาธารณสุขต่างก็มีความต้องการข้อมูลทางสุขภาพของผู้ต้องขังจากสถานพยาบาลแตกต่างกันไป ทำให้เพิ่มภาระงานด้านเอกสารให้กับบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจำนวนจำกัดในเรือนจำ ดังนั้นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ นอกจากจะแก้ปัญหาในส่วนนี้แล้ว ยังได้ข้อมูลสุขภาพที่สามารถนำมาใช้วางแผนการดูแลรักษาและป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ โดยสร้างโปรแกรมเก็บข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังแรกรับ (ในส่วนผู้ต้องขังปัจจุบันก็สามารถนำมาใช้ได้) ได้แก่

- ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป โรคประจำตัว โรคทางพันธุกรรม การเจ็บป่วยที่ผ่านมา การแพ้ยา แพ้อาหาร ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
- พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ เรื่องทางเพศและระบบสืบพันธุ์สตรี การตั้งครรรภ์ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยาและสารเสพติด
- คัดกรองอาการทางจิตประสาทและประเมินความเครียด และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- คัดกรองอาการปัจจุบันและการสัมผัสตัวโรค

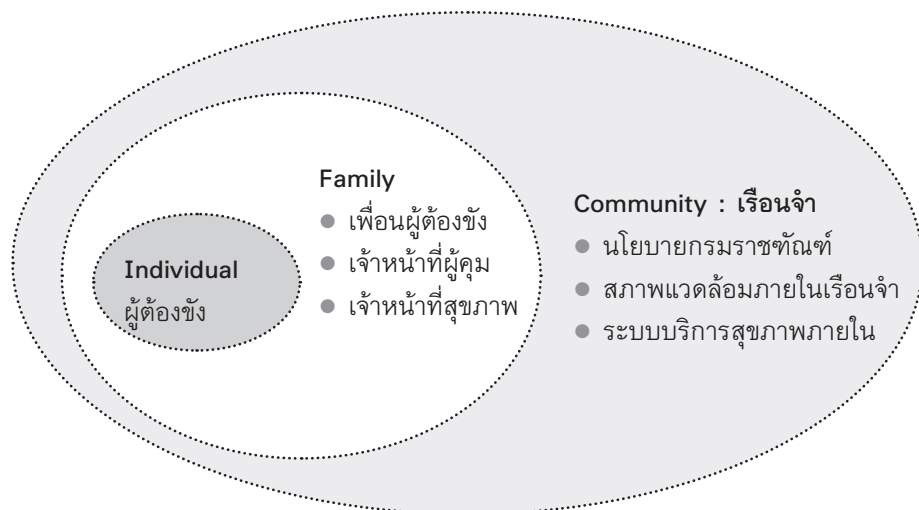
- คัดกรองประวัติการถูกทำร้ายร่างกายภายใน 3 เดือนก่อนเข้าเรือนจำและความต้องการในการดำเนินคดี (เป็นการรักษาสีทธิทางกฎหมายให้แก่ผู้ต้องขังที่ถูกทำร้าย)
- ข้อมูลการตรวจร่างกายทั่วไป น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต

ที่มาของการข้อมูลทางสุขภาพเหล่านี้ พัฒนามาจากข้อมูลที่สถานพยาบาลต้องรายงานกองบริการการแพทย์ของกรมราชทัณฑ์ เกณฑ์สุขภาพผู้ต้องขังหญิงตามร่าง Bangkok Rules ของกรมราชทัณฑ์ และเกณฑ์สุขภาพประชาชนไทยตามวัยเจริญพันธุ์

### 3.2 การทำวิจัย

การทำวิจัยในเรือนจำโดยบุคคลภายนอก ถือเป็นสิ่งที่ต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวดจากกรมราชทัณฑ์ เพราะผลจากงานวิจัยอาจจะกระทบต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงานได้ แต่เนื่องจากปัญหาสุขภาพในเรือนจำมีความแตกต่างและซับซ้อนกว่าสังคมภายนอก จึงมีความจำเป็นต้องใช้งานวิจัยในการสืบค้นปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว และการที่จะทำให้หน่วยงานมีทัศนคติเชิงบวกกับการทำวิจัยว่า ช่วยในการค้นหาปัญหาและนำไปสู่การปฏิบัติที่สามารถแก้ไขและพัฒนางานได้จริง จึงจัดให้งานวิจัยเป็นแผนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังหญิง โดยทำการถอดบทเรียน วิเคราะห์กรณีตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะทัศนคติสถานหญิง เชียงใหม่ เป็นหน่วยงานที่สามารถดูแลงานด้านนี้ได้ค่อนข้างครบถ้วน ตั้งแต่การตรวจเลือดแบบสมัครใจ จนถึงสามารถให้ยาต้านเชื้อไวรัสและเชื้อฉวยโอกาสได้ในเรือนจำ จึงวางแผนร่วมทำโครงการวิจัยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีเชื้อ HIV เพื่อทำการวิเคราะห์หาทั้งจุดแข็งและอุปสรรคของแผนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างครบวงจร และข้อสรุปที่ได้น่าจะนำไปสู่การปรับปรุง และเป็นแบบแผนระบบการดูแลสุขภาพในสถานกักกันหรือระบบปิดให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ได้เรียนรู้ต่อไป

#### หลักการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเรือนจำ



#### สร้างทีมงานพัฒนาแผนการ

##### ดูแลสุขภาพ

1. จัดตั้งคณะอำนวยการ
2. จัดตั้งคณะดำเนินงาน

#### สร้างเสริมสมรรถนะบุคลากร

##### ในเรือนจำ

1. เจ้าหน้าที่พยาบาล
2. นักจิตวิทยา
3. เจ้าหน้าที่ผู้คุม
4. อาสาสมัครผู้ต้องขัง

#### พัฒนาระบบบริการในเรือนจำ

1. พัฒนาฐานข้อมูล
2. ทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการ

## อภิปรายหลักเวชศาสตร์ครอบครัวกับการดำเนินด้านสุขภาพในทันตสถาน

การใช้กรอบแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัวในการวางแผนและดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้ต้องขังที่มีบริบทที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การวางแผนต้องมองผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน (Comprehensive care) ซึ่งรวมถึงครอบครัวและสังคมแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ในส่วนการให้บริการสุขภาพ ควรให้ความสำคัญทั้งการสร้างเสริม ป้องกัน และการรักษาโรค

2. การหาผู้ที่มีบทบาทหลัก (Advocacy role) ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาช่วยในการดำเนินงาน การชักจูงให้ผู้ที่มีบทบาทหลักหรือกลุ่มผู้บริหารให้เห็นความสำคัญในงานด้านสุขภาพ และเข้ามามีบทบาทในแผนงาน

3. การเข้าใจในบริบทของหน่วยงานที่ร่วมงาน ช่วยให้องค์กรเห็นแนวทางดำเนินงานที่เหมาะสม (Patient center medicine) เรือนจำอยู่ในกำกับของกรมราชทัณฑ์ ซึ่งยึดบทบาทหน้าที่หลักคือ การควบคุม (มากกว่าเรื่องทางสุขภาพ) และข้อจำกัดเรื่องกำลังคนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ดังนั้นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังจึงต้องคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัย การเก็บสถานภาพผู้ต้องขังให้เป็นความลับ และการจัดบริการที่ทำได้จริง หรือการเตรียมทีมช่วยเหลือจากภายนอกการให้หน่วยงานเรือนจำเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาระบบ โดยมีเรา ส่วนโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ร่วมงานและหาหน่วยงานที่ร่วมสนับสนุน ทั้งภาครัฐและประชาสังคมจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในระบบงานสุขภาพที่ทำให้แก่ผู้ต้องขัง

## สรุป

การจัดระบบดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง ต้องเริ่มต้นจากการมองผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน ซึ่งรวมถึงครอบครัวและสังคมแวดล้อม เพราะทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การวางแผนงานที่เป็นระบบและชัดเจนโดยให้เรือนจำเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งต้องคำนึงถึงระดับนโยบายและความร่วมมือจากผู้บริหาร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ทีมงานผู้เกี่ยวข้องควรมีส่วนร่วมในการวางแผนและมีความต่อเนื่อง ที่สำคัญการทำให้ระบบฐานข้อมูลสุขภาพที่เป็นหลักฐานเชิงข้อมูลมีส่วนช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาในภาพรวม และวางแนวทางการดูแลสุขภาพให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำได้

## เอกสารอ้างอิง

1. The Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, WHO International Meeting on Prisons and Health in De Leeuwenhorst, the Netherlands 2004. Available from: [www.euro.who.int/document/e85877.pdf](http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf)
2. UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific. HIV/AIDS and Custodial Setting in south East Asia. An Exploratory Review into the Issue of HIV/AIDS and Custodial Settings in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam, 2006
3. WHO International Meeting On Prisons and Health in De Leeuwenhorst, Netherlands, The Status Paper on Prisons Drugs and Harm Reduction, 2004
4. Young M, Waters B, Falconer T, O'Rourke P. Opportunities for health promotion in the Queensland women's prison system. Aust N Z J Public Health. 2005 Aug; 29(4):324-7
5. McWhinney I.R , Freeman T, Textbook of Family Medicine, Oxford University Press, Inc. 3rd 2009
6. ทันตสถานหญิง จังหวัดเชียงใหม่ สืบราชข้อมูลวันที่ 7 กันยายน 2549
7. ร่าง Bangkok Rules กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, 2009
8. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย



# การศึกษาความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขต 1

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549

The study of government hospital directors's opinions  
and views regarding the need for family physician  
in the upper section of Northern Thailand in 2006

พญ. เพชรพริ้ง ประจวบพันธุ์ศรี\*  
รศ. นพ. พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์\*\*

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Petpring Prajuabpansri, MD,

Peerasak Lerttrakarnnon, MD

Bassett Healthcare, Columbia University Affiliate\*

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความต้องการแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียนต่อเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไป ในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาด้วยการส่งแบบสอบถามไปยังประชากรที่จะศึกษาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขต 1 ภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาจากแบบสอบถามที่ตอบกลับจำนวน 51 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 59.3) พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นว่า ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถึงร้อยละ 94.1 และเหตุผลที่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากที่สุดคือ แพทย์เฉพาะทางด้านอื่นไม่สามารถปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ หรือได้ไม่เต็มที่ (34%) และต้องการแพทย์ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยตรง (34%) ส่วนความเห็นต่อปัจจัยที่ทำให้แพทย์เลือกเรียนต่อเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวคือ แพทย์มีความชอบส่วนตัวด้านนี้ แพทย์มีภูมิลำเนาในชนบท ต้องการใช้ชีวิตการทำงานในชนบท ต้องการงานบริการปฐมภูมิ มีเงินสนับสนุนเพิ่ม การปรับหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวให้น่าสนใจมากขึ้น การเห็นแบบอย่างที่ดี และมีผู้ชักชวนให้เรียน

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝึกอบรมแพทย์ให้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนจากการฝึกอบรมแพทย์ฯ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และทำให้เกิดคุณค่าของบริการเวชปฏิบัติทั่วไปที่ชัดเจนมากขึ้น<sup>1</sup> ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีการปรับเปลี่ยนการอบรมไปด้วย แต่พบว่ามีความสนใจของแพทย์ที่เข้ามาเรียนต่อเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และจากการศึกษาจำนวนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, และสัดส่วนการ



กระจาย ในเขต 1 ภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ แพร่ น่าน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน และลำพูน ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มของการมาเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมีน้อยลง และการกระจายตัวของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เหมาะสม ตามตารางที่ 1

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียนต่อเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ โดยคาดว่าจะการศึกษาชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการปรับปรุงการเรียนการสอนของหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว และได้ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกเรียนต่อเฉพาะทาง เพื่อนำมาใช้ในการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่สนใจมาเรียนต่อเฉพาะทาง และได้มุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อเสนอต่อคณะแพทยศาสตร์ แพทย์สภา และรัฐบาลต่อทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

**ตาราง 1** สัดส่วนและจำนวนของแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเขต 1 (ข้อมูลจากระบบ GIS, กระทรวงสาธารณสุข, พฤษภาคม 2549)

| จังหวัด    | จำนวนโรงพยาบาล<br>กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด<br>(โรง) | จำนวนโรงพยาบาล<br>ที่มีแพทย์เฉพาะทาง (โรง) |    | จำนวนแพทย์เฉพาะทาง (คน) |    |
|------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----|-------------------------|----|
|            |                                                    | GP                                         | FP | GP                      | FP |
| เชียงราย   | 17                                                 | 3                                          | 2  | 3                       | 2  |
| เชียงใหม่  | 23                                                 | 12                                         | 6  | 32                      | 11 |
| แพร่       | 1                                                  | 1                                          | 1  | 1                       | 3  |
| น่าน       | 14                                                 | 1                                          | 0  | 3                       | 0  |
| ลำปาง      | 13                                                 | 0                                          | 2  | 0                       | 5  |
| พะเยา      | 7                                                  | 5                                          | 1  | 10                      | 2  |
| แม่ฮ่องสอน | 7                                                  | 0                                          | 0  | 0                       | 0  |
| ลำพูน      | 7                                                  | 1                                          | 2  | 1                       | 2  |

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบ Cross-sectional survey ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบนของกระทรวงสาธารณสุขเขต 1 พ.ศ. 2549 รวม 8 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงราย เชียงใหม่ แพร่ น่าน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำพูน รวมจำนวน 86 คน จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเพื่อคำนวณค่าทางสถิติคำนวณจากสูตร  $n = N/1 + Ne^2$  ( $n$  = ขนาดตัวอย่าง,  $N$  = จำนวนประชากร,  $e$  = ค่าความผิดพลาด) ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน

วิธีการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ แบบสอบถามส่วนข้อมูลทั่วไป ส่วนความคิดเห็นต่อความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเหตุผลในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาล และส่วนความคิดเห็นต่อบัณฑิตที่มีผลต่อการเลือกเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไปในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แบบสอบถามจะถูกตรวจสอบ ทดสอบแก้ไขให้เหมาะสมและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน จากนั้นส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้อำนวยการตามโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มที่จะศึกษา และตอบกลับทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติเชิงพรรณนา แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ ความถี่ ร้อยละ พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วยใช้ Chi-square test



หาความแตกต่างและความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยใช้นัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  การวิเคราะห์ข้อมูลนี้ใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) Version 13.0 ช่วยในการวิเคราะห์

## ผลการวิจัย

นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ตอบกลับ ซึ่งมีจำนวน 51 คน (ร้อยละ 59.3) มาวิเคราะห์ พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความเห็นว่า ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถึง 48 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ไม่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มี 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.9 ดังตารางที่ 2

เหตุผลที่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากที่สุดคือ แพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ไม่สามารถปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ หรือได้ไม่เต็มที่ และเหตุผลของความต้องการแพทย์ที่มาทำหน้าที่ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนโดยตรง เป็นเหตุผลที่ถูกเลือกมากที่สุด โดยมีจำนวน 26 โรงพยาบาลที่เลือก สองเหตุผลนี้ คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาคือเหตุผลที่ว่าโรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวน 19 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนเหตุผลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้เป็นอย่างดี มีจำนวนรองลงมา คือ 5 โรงพยาบาล ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.6

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีความเห็นว่า ไม่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีเพียงร้อยละ 5.9 ดังตารางที่ 2 เหตุผลคือ จบแพทย์ทั่วไปก็เพียงพอแล้วที่จะมาทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเท่ากับเหตุผลที่ว่า จบแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ก็สามารถทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ และเท่ากับเหตุผลบุคลากรด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ ซึ่งมีจำนวนอย่างละ 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

| ความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | จำนวนโรงพยาบาล (ร้อยละ) |
|-----------------------------------|-------------------------|
| ต้องการ                           | 48 (94.1)               |
| ไม่ต้องการ                        | 3 (5.9)                 |

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละเหตุผลที่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

| เหตุผลที่ต้องการแพทย์ศาสตร์ครอบครัว                                                   | จำนวนโรงพยาบาล (ร้อยละ) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| แพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ไม่สามารถปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ หรือได้ไม่เต็มที่ | 26 (34.2)               |
| ต้องการแพทย์ที่มาทำหน้าที่ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนโดยตรง                          | 26 (34.2)               |
| โรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว                                               | 19 (25.0)               |
| แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้เป็นอย่างดี                       | 5 (6.6)                 |

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเหตุผลที่ไม่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

| เหตุผลที่ไม่ต้องการแพทย์ศาสตร์ครอบครัว                                 | จำนวนโรงพยาบาล (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| จบแพทย์ทั่วไปก็เพียงพอแล้วที่จะมาทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว            | 1 (33.3)                |
| จบแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ก็สามารถทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้        | 1 (33.3)                |
| บุคลากรด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ | 1 (33.3)                |

จากตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ของแพทย์ทั่วไปดังนี้

ปัจจัยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคิดว่ามีผลมากที่สุดที่ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมาเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น คือ แพทย์มีความชอบส่วนตัวในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีจำนวน 31 คน (ร้อยละ 60.8)

ปัจจัยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคิดว่ามีผลมารองลงมาที่ทำให้แพทย์ทั่วไปมาเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น คือ แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท (ร้อยละ 45.1) แพทย์ที่ต้องการใช้ชีวิตการทำงานในชนบท (ร้อยละ 58.8) แพทย์ที่ต้องการทำงานในส่วนของการบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 52.9) การที่มีเงินสนับสนุนเพิ่มมากกว่าการเรียนแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ (ร้อยละ 41.2) การปรับหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวให้น่าสนใจมากขึ้น (ร้อยละ 56.9) การเห็นแบบอย่างที่ดีของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 58.8) และมีผู้ชักชวนแนะนำให้เรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 35.3)

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่คิดว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้แพทย์ทั่วไปเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวน้อยลงคือ แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของสาขานี้ และคาดว่าจะเรียนจบเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทำงานแบบเดียวกับแพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 54.9) รายได้น้อยกว่าเมื่อเรียนจบเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อเทียบกับแพทย์ที่จบเฉพาะทางด้านอื่น ๆ (ร้อยละ 49.0) แพทย์ที่จบแพทย์ศาสตร์บัณฑิตยังไม่ค่อยเข้าใจบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 60.8) แพทย์รู้สึกว่าการเรียนเฉพาะทางด้านอื่น ๆ ก็สามารถทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้ (ร้อยละ 47.1)

ปัจจัยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไปคือ ปัจจัยด้านเพศของแพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 37.3) และความรู้สึกที่ว่าการเรียนต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไม่มีศักดิ์ศรีเทียบกับการเรียนต่อเฉพาะทางด้านอื่น ๆ (ร้อยละ 41.2) ปัจจัยที่ผู้อำนวยการไม่ทราบว่ามีผลต่อการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไปหรือไม่คือ ปัจจัยด้านสถานภาพ (ร้อยละ 35.3) เชื้อชาติ (ร้อยละ 41.2) แพทย์ที่มีพื้นเดิมมาจากครอบครัวที่ยากจนหรือการศึกษาไม่สูงนัก (ร้อยละ 31.4) และการมีเวลาว่างนอกเหนือจากการเรียนไปใช้ทำงานหารายได้อย่างอื่น (ร้อยละ 39.5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้อำนวยการต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไป

| ปัจจัย                                                                           | มากที่สุด         | มาก               | ไม่ทราบ           | น้อย              | น้อยที่สุด        |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                                                                                  | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
| 1. อายุ                                                                          | 1 (2.0)           | 16 (31.4)         | 13 (25.5)         | 15 (29.4)         | 6 (11.8)          |
| 2. เพศ                                                                           | 0 (0)             | 6 (11.8)          | 15 (29.4)         | 19 (37.3)         | 11 (21.6)         |
| 3. สถานภาพ (เช่น โสด สมรส หย่า หม้าย)                                            | 1 (2.0)           | 12 (23.5)         | 18 (35.3)         | 14 (27.5)         | 6 (11.8)          |
| 4. เชื้อชาติ                                                                     | 0 (0)             | 2 (3.9)           | 21 (41.2)         | 13 (25.5)         | 14 (27.5)         |
| 5. แพทย์ที่มีภูมิลำเนาหรือที่อยู่ในชนบท                                          | 5 (9.8)           | 23 (45.1)         | 6 (11.8)          | 13 (25.5)         | 4 (7.8)           |
| 6. แพทย์ที่มีพื้นเดิมมาจากครอบครัวที่ยากจนและ/หรือครอบครัวที่มีการศึกษาไม่สูงนัก | 4 (7.8)           | 14 (27.5)         | 16 (31.4)         | 9 (17.6)          | 8 (15.7)          |
| 7. แพทย์ที่ต้องการใช้ชีวิตการทำงานในชนบท                                         | 16 (31.4)         | 30 (58.8)         | 3 (5.9)           | 1 (2.0)           | 1 (2.0)           |
| 8. แพทย์ที่มีความชอบส่วนตัวในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว                               | 31 (60.8)         | 17 (33.3)         | 2 (3.9)           | 1 (2.0)           | 0 (0)             |



| ปัจจัย                                                                                                              | มากที่สุด         | มาก               | ไม่ทราบ           | น้อย              | น้อยที่สุด        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                                                                                                                     | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
| 9. แพทย์ที่ต้องการทำงานในส่วนของการบริการปฐมภูมิ                                                                    | 19 (37.3)         | 27 (52.9)         | 2 (3.9)           | 3 (5.9)           | 0 (0)             |
| 10. มีเงินสนับสนุนเพิ่มมากกว่าการเรียนแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ                                                       | 14 (27.5)         | 21 (41.2)         | 10 (19.6)         | 6 (11.8)          | 0 (0)             |
| 11. การปรับหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวให้น่าสนใจมากขึ้น                                                               | 10 (19.6)         | 29 (56.9)         | 7 (13.7)          | 5 (9.8)           | 0 (0)             |
| 12. การเห็นแบบอย่างที่ดีของแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว                                                       | 8 (15.7)          | 30 (58.8)         | 6 (11.8)          | 7 (13.7)          | 0 (0)             |
| 13. มีเวลาว่างนอกเหนือจากการเรียนไปใช้ในการทำงานหารายได้อย่างอื่น                                                   | 3 (5.9)           | 12 (23.5)         | 20 (39.5)         | 15 (29.4)         | 1 (2.0)           |
| 14. มีผู้ชักชวนหรือแนะนำให้เรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว                                                               | 2 (3.9)           | 18 (35.3)         | 15 (29.4)         | 16 (31.4)         | 0 (0)             |
| 15. ท่านคิดว่าการเรียนต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไม่มีศักดิ์ศรีเทียบเท่ากับการเรียนต่อเฉพาะทางด้านอื่น ๆ               | 8 (15.7)          | 14 (27.5)         | 6 (11.8)          | 21 (31.4)         | 0 (0)             |
| 16. แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของสาขานี้ แพทย์คาดหวังการเรียนจบเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำงานแบบเดียวกับแพทย์ทั่วไป | 11 (21.6)         | 28 (54.9)         | 5 (9.8)           | 5 (9.8)           | 2 (3.9)           |
| 17. รายได้น้อยกว่าเมื่อเรียนจบเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อเทียบกับแพทย์ที่จบเฉพาะทางด้านอื่น ๆ               | 11 (21.6)         | 25 (49.0)         | 9 (17.6)          | 6 (11.8)          | 0 (0)             |
| 18. แพทย์ที่จบยังไม่ค่อยแน่ใจบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนัก                                                      | 10 (19.6)         | 31 (60.8)         | 5 (9.8)           | 4 (7.8)           | 1 (2.0)           |
| 19. แพทย์รู้สึกว่าจะเฉพาะทางด้านอื่น ๆ ก็สามารทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้                                         | 6 (11.8)          | 24 (47.1)         | 15 (29.4)         | 5 (9.8)           | 0 (0)             |

**หมายเหตุ** ปัจจัยข้อที่ 4 คือ เชื้อชาติ และปัจจัยข้อที่ 18 คือแพทย์ที่ยังไม่ค่อยเข้าใจบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีผู้อ่านรายการที่ตอบจำนวน 50 คน (N = 50)

### บทสรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาจำนวนแพทย์ทั่วไปที่จะมาเลือกเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งคล้ายกับแนวโน้มที่ลดลงของจำนวนแพทย์ทั่วไปที่มาเลือกเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>2,3,4,5</sup> ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการศึกษาวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไป

การศึกษานี้ทำโดยการส่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ทั่วไปไปยังประชากรที่จะศึกษาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ (เชียงราย เชียงใหม่ แพร่ น่าน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำพูน) รวม 86 คน จากแบบสอบถามที่ตอบกลับ ซึ่งมีจำนวน 51 คน (ร้อยละ 59.3) ซึ่งปริมาณการตอบกลับน้อยไปเล็กน้อย การศึกษาต่อไปควรหาวิธีการเพิ่มเติมปริมาณตอบกลับให้มากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อนักศึกษาแพทย์ในการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวในอเมริกา<sup>2</sup> พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัมพันธ์กับการเลือกเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวน้อย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่เห็นด้วย ส่วนปัจจัยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคิดว่ามีผลต่อแพทย์ทั่วไปเลือกเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ แพทย์มีความชอบส่วนตัวในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 60.8) แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท (ร้อยละ 45.1) แพทย์ที่ต้องการใช้ชีวิตการทำงานในชนบท (ร้อยละ 58.8) แพทย์ที่ต้องการทำงานในส่วนของการบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 52.9) การที่มีเงินสนับสนุนเพิ่มมากกว่าการเรียนแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ (ร้อยละ 41.2) การปรับหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวให้น่าสนใจมากขึ้น (ร้อยละ 56.9) การเห็นแบบอย่างที่ดีของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 58.8) และมีผู้ชักชวนแนะนำให้เรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 35.3) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในอเมริกา<sup>2,3,5</sup>

ส่วนการศึกษาของ Janet HS และคณะ<sup>4</sup> พบว่าความสนใจเรื่องการวิจัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสนใจเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งการศึกษานี้ไม่มีความคิดเห็นในส่วนนี้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล รวมถึงการให้นักศึกษาได้ฝึกเวชปฏิบัติครอบครัวระดับคลินิกในการเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นตัวทำนายในการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว<sup>6,7,8</sup>

**สรุป** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบนจากการศึกษานี้ มีความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และมีความคิดเห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้แพทย์ทั่วไปมาเรียนต่อสาขานี้เพิ่มขึ้น ได้แก่ การปรับหลักสูตรให้น่าสนใจมากขึ้น เพิ่มเงินสนับสนุน และค่าตอบแทนแก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ที่เลือกเรียนสาขานี้ เพิ่มจำนวนนักเรียนแพทย์ของโครงการแพทย์ชนบท และเผยแพร่ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

#### เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Residency Training in Family Medicine) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2548. Available from: <http://www.thaifammed.org/ThaiFM2005.pdf>.
2. Senf J, Campos-Outcalt D, Kutob R. Study of factors influencing medical students in their choice of family practice as a specialty. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/aboutus/specialty/specialtychoice.html>
3. Campos-Outcalt D, Senf J, Kutob R. A comparison of primary care graduates from schools with increasing production of family physicians to those from schools with decreasing production. *Fam Med* 2004; 36(4): 260-264.
4. Senf J, Campos-Outcalt D, Kutob R. Family Medicine Specialty Choice and Interest in Research. *Fam Med* 2005;37(4):265-70.
5. Kutob RM, Sent JH, Campos-Outcalt D. Declining interest in family medicine: perspectives of department heads and faculty. *Fam Med* 2003;35(7):504-9.
6. Kassenbaum DG, Szenas PL, Schuchert MK. Determinants of the generalist career intentions of 1995 graduating medical students. *Acad Med* 1996;71:197-209.
7. Senf JH, Campos-Outcalt D, Watkins AJ, Bastacky S, Killian C. A systematic analysis of how medical school characteristics relate to graduates' choice of primary care specialties. *Acad Med* 1997;72:524-33.
8. Campos-Outcalt D, Senf JH. A longitudinal, national study of the effect of implementing a required third-year family practice clerkship or a department of family medicine on the selection of family medicine by medical students. *Acad Med* 1999;74:1016-20.



## ลูกของคนขี้เมา (Child of the Alcoholic parents; COA)

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



“เลิกเหล้าเข้าพรรษา” “ให้เหล้าเท่ากับแข่ง” เป็นข้อความหลักของการสื่อสารสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลปัญหาสุขภาพเรื่องเหล้าในประเทศไทย การมีนโยบายหยุดยั้งผู้ติดเหล้าไม่ให้ดื่มในระดับบุคคล จะเป็นเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ติดเหล้าในประเทศไทย ด้วยมุมมองที่ว่า เป็นความอ่อนแอและความล้มเหลวส่วนบุคคลมากกว่าเป็นภาพรวม

หากติดตามการรักษาเยียวยาผู้ติดเหล้าในต่างประเทศจะพบว่า เขาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้ติดเหล้าแบบทั้งครอบครัว เพราะเมื่อไม่เข้าใจระบบครอบครัวที่มีผู้ติดเหล้า (Alcoholic family systems) ก็จะมีวันช่วยเขาได้ เพราะเหล้าไม่ได้ก่อผลกระทบที่สุขภาพรายบุคคล แต่เป็นวงจรที่กระทบทุกคนในบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเด็กที่เป็นผลผลิตจากบ้านนั้น ๆ

ระบบครอบครัวของผู้ติดเหล้า (Alcoholic family systems) มีลักษณะยุ่งเหยิง วุ่นวาย สับสน ไม่แน่นอน คาดเดาไม่ได้ ไร้ระเบียบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็ก ๆ ในบ้าน เมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ ก็มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตแบบต่าง ๆ เช่น ติดยา ขอบฟุ้งฟงคนอื่น/ช่วยตนเองไม่ได้ สร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับผู้อื่นไม่ได้ (poor interpersonal relationships) ซึมเศร้า วิตกกังวล และขาดความมั่นใจในตนเอง

มีงานวิจัยหลายอันแสดงให้เห็นว่า การเติบโตขึ้นมาจากบ้านที่มีผู้ติดเหล้า (Children of the alcoholic parent/caregiver (COAs) ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (Adult children of alcoholic parent; ACOAs) ซึ่งเป็นเงาสะท้อนของประชากรผู้ใหญ่พันธุ์ใหม่ของโลก อย่างไรก็ตามก็ตามความผิดปกติของ ACOAs ยังมีความหลากหลายสูงจนไม่สามารถสรุปเป็น syndrome เดียวได้





Scharff (2004)<sup>1</sup> พบลักษณะพิเศษของลูกของคนไข้ (Family role of COA) ว่า มีการปรับตัวได้ 4 บทบาท คือ

1. ฮีโร่ (the Hero) เด็กจะทำให้ตัวเองเป็นเด็กดีที่ประสบความสำเร็จสูง (overachievement) เพื่อดึงดูดความสนใจของบ้านมาไว้ที่ตัว
2. ตัวตลก (the Mascot) เด็กจะพยายามหันเหความเครียดและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาภายในบ้านให้ไปอยู่ที่ความตลกขบขันซึ่งเงาของตนเอง
3. เด็กที่หายสาบสูญ (the Lost Child) เด็กจะทำให้ตัวเองเงียบเชียบเหมือนสูญหายเข้าไปในซอกหลืบหนึ่งของบ้าน เหมือนไม่มีตัวตนในขณะที่ต้องอยู่ในบ้านที่มีแต่ความขัดแย้ง
4. แพะรับบาป (the Scapegoat) เด็กจะทำให้ตัวเองเป็นปัญหาเสียเอง เพื่อดึงความสนใจของบ้านมาไว้ที่ตน เช่น มีปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ

เมื่อเติบโตขึ้น เด็กจากบ้านที่มีคนติดเหล้า มักจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น (ACOAs with the difficulty in interpersonal relationships จากการศึกษาของ Jaeger (2000)<sup>2</sup> พบว่า ลูกสาวที่เติบโตจากบ้านที่ติดเหล้า (adult daughters of alcoholics) จะมีความสัมพันธ์ที่ไม่ยั่งยืนกับคู่ครอง (insecure adult attachments) เมื่อเทียบกับบ้านที่ไม่มีคนติดเหล้า ในการศึกษาที่คล้ายกันของ Kelley (2004)<sup>3</sup> พบว่า ACOAs ทั้งชายและหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่า พยายามหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์เชิงเสน่หาและค่อนข้างหวาดกลัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่สนิทชิดเชื้อกับคนอื่น

จากการศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวมาน่าจะเป็นตัวอย่างให้การดูแลสุขภาพผู้ติดเหล้าในประเทศไทย ไม่ให้จำกัดอยู่แต่การลดละเลิกเหล้า แต่เป็นการหันมาสนใจองค์ประกอบครอบครัวของผู้ติดเหล้า และขับเคลื่อนการดูแลไปพร้อมกัน มากกว่าจะรอให้ “ขี้เมาเลิกเหล้า” เสียก่อน

#### เอกสารอ้างอิง

- <sup>1</sup> Scharff JL, et al. The interaction of parental alcoholism, adaptation role, and familial dysfunction. Addictive Behaviors 2004; 29:575-81.
- <sup>2</sup> Jaeger E, et al. Attachment in adult daughters of alcoholic fathers. Addiction 2000; 95 (2):267-76.
- <sup>3</sup> Kelley ML, et al. Psychiatric disorders of children living with drug-abusing, alcohol-abusing, and non substance-abusing fathers. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2004; 43(5):621-8.



# การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ (Motivational Therapy in Clinical Practice)

พญ.สายรัตน์ นกน้อย

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

## บทนำ

ในเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิต หลาย ๆ ด้านด้วยกัน ตั้งแต่การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจติดตามอาการตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น งดการสูบบุหรี่ แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพให้เหมาะสม ทั้งที่ทราบว่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาได้

ในเวชปฏิบัติ แพทย์ พยาบาล หรือนักการทางสาธารณสุข มักให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้กับคนไข้ เช่น “หมออยากแนะนำให้คุณปรับรับประทานน้อยลงซักกิโลกรัมละ เพราะค่าน้ำตาลคุณบ้ำสูงมาก ไม่ทราบว่าคุณบ้ำจะทำได้ไหมคะ” คนไข้อาจจะบอกว่า “คะ แต่ฉันยังไม่ค่อยแน่ใจเท่าไรว่าจะทำได้” หรือ “คะ...แต่ว่า.....” ปฏิกริยาดังกล่าวบ่งว่าผู้ป่วยยังลังเลใจหรือรู้สึกต่อต้าน ไม่คิดว่าจะทำได้ และหลาย ๆ ครั้งคนไข้บอกว่า จะกลับไปปฏิบัติ แต่เมื่อมาติดตามแล้วพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<sup>1</sup>

วิธีการสื่อสารการให้คำแนะนำ เพื่อชักชวนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพข้างต้น เป็นวิธีที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นประจำในเวชปฏิบัติ แต่พบว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ยังไม่ค่อยได้ผลมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการดังกล่าวผู้ที่กำหนดการดูแลจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้คำแนะนำ ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติได้<sup>2</sup>

**การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)** ถูกคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick<sup>3</sup> ใช้หลักการดูแลโดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้คำแนะนำ ซึ่งพยายามที่จะปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ไปเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญและรู้ดีที่สุดถึงชีวิตของตนเอง ซึ่งการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินปัญหาอุปสรรคในชีวิตประจำวัน สำรวจความต้องการในชีวิตของตนเองว่า สิ่งใดมีความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ เหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้แรงจูงใจที่มีอยู่ภายในตัวเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง และถือว่าเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจอย่างอิสระว่า จะเลือกปฏิบัติอย่างไร

ทั้งนี้พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจนี้ สามารถนำไปใช้ได้ดีสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปริมาณการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และรวมไปถึงการรับประทานยาและการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ<sup>4, 5</sup>

## เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ Motivational Interviewing (MI)

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นวิธีการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยพูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจออกมาด้วยตนเอง (Self-Motivation Statement-SMS) อยู่บนพื้นฐานว่าตัวเราเองเท่านั้นที่จะบอกตนเองให้ทำการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งอิงตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง Self perception theory<sup>6</sup> เมื่อคนเราพูดอะไรออกไปจะได้ยินและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนพูด รู้ว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ตนเชื่อและให้ความสำคัญ (As I hear my self talk, I learn what I believe) คำพูดที่ออกจากตัวผู้ป่วยเอง จะเป็นสิ่งที่จูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าที่คนอื่นสั่งให้ปฏิบัติ

พื้นฐานที่สำคัญสำหรับการสัมภาษณ์ คือ การฟังอย่างตั้งใจและมีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อเข้าใจผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวเอง ทักษะที่ใช้ในการฟังอย่างตั้งใจ ประกอบด้วย

1. การถาม ควรถามด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจจากภายในตนเอง และทำให้ได้ยินไปพร้อมกันทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา
2. การสะท้อนความ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา โดยค่อย ๆ สอบถามเพิ่มเติมให้ได้รายละเอียดและข้อมูลเชิงลึก และเป็นการทำให้ผู้ป่วยได้ยินความคิดที่เป็นแรงจูงใจของตนเองเป็นครั้งที่สอง
3. การสรุปความ เพื่อสรุปให้ผู้ป่วยได้ยินประโยคที่เป็นแรงจูงใจของตนเองซ้ำอีกครั้ง

คำถามที่ใช้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจตนเอง มี 4 ประเภท<sup>7</sup> ได้แก่

1. คำถามที่กระตุ้นให้ตระหนักถึงปัญหา (problem recognition) เช่น “คุณสมคิดมีอาการอย่างไรบ้างคะ”
2. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงความกังวลต่อปัญหา (concern) เช่น “คุณสมคิดคิดว่าหากมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้าโรงพยาบาลจะมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างไรบ้าง”
3. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (intention to change) เช่น “เพราะอะไร คุณสมคิดถึงอยากจะเลิกบุหรี่คะ”
4. คำถามที่กระตุ้นให้เห็นทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (optimism for change) เช่น “เพราะอะไรคุณสมคิดถึงมั่นใจว่าจะเลิกบุหรี่ได้คะ”

ในการถามเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย อาจเริ่มต้นด้วยการขออนุญาตเช่น “หมอขออนุญาตถามคุณสมคิดถึงเรื่องส่วนตัวได้ไหมคะ” หรือ “หมอขอถามคุณสมคิดเกี่ยวกับชีวิตประจำวันหน่อยนะคะ” การเริ่มด้วยการขออนุญาตนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญจะได้เป็นฝ่ายผู้เล่าเรื่องราวชีวิตของตน และจะได้เตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่บทสนทนาต่อไป

## หลักการในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ: DARES<sup>8</sup>

หลักพื้นฐานที่จะช่วยกำหนดบทสนทนา ประกอบด้วย

1. Develop discrepancy ทำให้เห็นความแตกต่างของสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น
2. Avoid argumentation หลีกเลี่ยงการโต้เถียง
3. Roll with resistance ตระล่อมหมุนไปกับแรงต้าน
4. Express empathy แสดงความเห็นอกเห็นใจ
5. Support self efficacy ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้

แรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง จะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่าง **สิ่งที่เขาเป็นอยู่** กับ **สิ่งที่เขาอยากให้เป็น** การทำให้เห็นภาพของความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขเป็นอยู่ในปัจจุบันกับอนาคต อาจเริ่มโดยการถามอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และหากยังคงพฤติกรรมเดิมอยู่ จะส่งผลถึงอนาคตอย่างไรบ้าง และให้ลองจินตนาการเปรียบเทียบว่า หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วจะเกิดผลลัพธ์อย่างไรบ้าง ภาพที่เห็นในปัจจุบันกับภาพเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสองภาพนี้มีความแตกต่างกันอย่างไร ความแตกต่างของภาพในปัจจุบันกับอนาคตจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะมีความต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยถึงทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ตัวอย่างเช่น “คุณสมมติคิดว่าหากคุณสมมติยังดื่มสุราต่อจะเป็นอย่างไรบ้าง”

“แล้วหากคุณสมมติเลิกดื่มสุราคุณสมมติว่าตนเองจะเป็นอย่างไรบ้าง”

เป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละคนมีความเฉพาะบุคคล ซึ่งเป็นเป็นแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วยเอง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไต ตั้งใจจะควบคุมโรคให้ดีขึ้นเพราะมีเหตุผลส่วนตัวคือ ต้องการให้ตัวเองมีแรงพอที่จะเลี้ยงหลาน พาหลานไปส่งโรงเรียนได้

การให้ลำดับความสำคัญของปัญหาว่า เรื่องไหนเป็นเรื่องสำคัญก็มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ผู้ป่วยวัยกลางคนที่สูบบุหรี่ คิดจะเลิกบุหรี่เพราะว่ารู้สึกว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งเป็นเหตุผลหลัก ไม่ใช่เหตุผลเรื่องสุขภาพอย่างที่แพทย์อาจเข้าใจ และให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ

#### **Avoid argumentation - หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง**

ในระหว่างการพูดคุย ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ และตัดสินใจคงพฤติกรรมเดิม หากแพทย์โต้แย้งการตัดสินใจของผู้ป่วยในทันที จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าแพทย์ไม่เข้าใจและรู้สึกต่อต้าน ในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ไม่จำเป็นที่จะต้องยืนยันความถูกต้องหรือพยายามโต้เถียงเอาชนะ

#### **Roll with resistance – ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน**

การเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจถือเป็นเรื่องปกติ และควรจะพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้ อย่างเปิดเผย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นเพิ่มขึ้น ควรค่อย ๆ ปรับลดความรู้สึกต่อต้านนั้น โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองด้านอื่น ๆ

ตัวอย่างเช่น

“หมอเข้าใจว่า คุณสมมติคิดว่าคงจะลำบาก ถ้าต้องหยุดดื่มเหล้าไปเลย เพราะมีคนคอยมาชวนตลอด ทั้ง ๆ ที่ใจหนึ่งก็อยากหยุดดื่ม แต่ใจหนึ่งไม่แน่ใจ .....ถ้าอย่างนั้นลองลดปริมาณการดื่มลงคุณสมมติคิดว่ายังไงคะ “

หรือใช้วิธีการปรับมุมมอง “คุณสมมติว่าการทานอาหารหวาน ๆ และการดื่มเหล้ามีข้อดีอย่างไรบ้าง..... แล้วคุณสมมติคิดว่ามีข้อเสียอย่างไรบ้างคะ”

#### **Express empathy – แสดงความเห็นอกเห็นใจ**

แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลแสดงความเห็นอกเห็นใจ ทั้งโดยการแสดงออกทางกายและคำพูดและให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูง ควรให้ผู้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกอย่างอิสระ และกำหนดเป้าหมายของตัวเอง เคารพในสิทธิและการตัดสินใจของผู้ป่วย ในกระบวนการแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ แต่ในขณะเดียวกันมีหน้าที่ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ แพทย์จะเป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะป้อนข้อมูล ใช้การสะท้อนความ (Reflection) เป็นเทคนิคหลักซึ่งจะช่วยทั้งในการสร้างแรงจูงใจและเป็นการแสดงความเข้าใจผู้ป่วย

### Support self efficacy - การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว

เมื่อเห็นปัญหาผู้ป่วยโดยทั่วไปอาจจะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลง จนกว่าจะรู้สึกมีความหวังว่าจะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกที่ตัวเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพก็คือ ความรู้สึกที่ตนมีความสามารถที่จะทำอะไรหรืองานอะไรให้สำเร็จได้ ซึ่งแพทย์จะให้กำลังใจให้เกิดความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเป็นไปได้ และมีผลดีต่าง ๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองด้านบวก

ตัวอย่างเช่น “หมอเชื่อว่าคุณสมคิดต้องทำได้แน่นอนค่ะ เรื่องอื่น ๆ ยากกว่านี้ทำมาตั้งเยอะแล้ว”

### เมื่อผู้ป่วยลังเลใจ

ความรู้สึกลังเลใจเป็นเรื่องปกติ ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจยังไม่พร้อม ไม่อยากหรือขาดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ถ่วงน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับข้อดีและข้อเสียที่จะเกิดขึ้นหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Pros and cons) การสัมภาษณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนขึ้นและนำไปสู่การตัดสินใจ

### การแลกเปลี่ยนข้อมูล

ลักษณะที่สำคัญของการสร้างเสริมสร้างแรงจูงใจ การพูดคุยจะเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยที่แพทย์จะสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก ความสนใจ ความกังวล แล้วค่อย ๆ แลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับความสนใจ ความกังวลดังกล่าว

แพทย์จะปรับวิธีการสนทนาจากการเป็นผู้ให้คำแนะนำหรือสั่งให้ทำ “หมอคิดว่าคนไข้ควร.....” ไปเป็นการเสนอทางเลือกให้กับผู้ป่วย (menu of options) ดังนั้นในบทสนทนาจะปรับ “ทางเลือกทางหนึ่งที่คนสมคิดอาจลองทำก็คือ.....” หรือ “คุณสมคิดอาจลองเริ่มจาก.....”

โดยที่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกอย่างอิสระ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการที่ได้เลือกตัดสินใจเอง

### กรณีศึกษา

คุณสมคิดอายุ 40 ปี อาชีพขับรถรับจ้างส่งของ มาตรวจติดตามรักษาโรคเบาหวาน ผลตรวจวัดระดับน้ำตาลส่วนใหญ่ได้ประมาณ 280 มก.ดล. ผู้ป่วยชอบกินขนมหวาน และดื่มเหล้าเป็นประจำ เป็นหัวหน้าครอบครัว

หมอ : คุณสมคิดมีอาการอย่างไรบ้างคะ

คุณสมคิด : ไม่ไหวเลยหมอ ผมบ๊อสสว่ะวันละหลายครั้ง เพลียมาก ช่วงนี้ทำงานไม่ค่อยไหว อาทิตย์นี้หยุดงานไป สองวันแล้ว

หมอ : รู้สึกว่าช่วงนี้อาการของโรคเบาหวานกำเริบ จนทำให้คุณสมคิดเพลียมาก และกระทบต่อการทำงานแล้วใช่ไหมคะ (Problem recognition)

คุณสมคิด : ครับหมอ ช่วงนี้มันแย่มาก ๆ เลย

แพทย์ : แล้วคุณสมคิดว่าการที่น้ำตาลสูงนี้เป็นจากอะไรคะ

คุณสมคิด : ผมก็รู้อยู่ละครับว่าเป็นจากขนมหวานที่ผมชอบ และผมก็ยังดื่มเหล้าอยู่ แต่หม่อมหมออดไม่ได้จริง ๆ มันอยากอยู่เรื่อย

แพทย์ : คุณสมคิดทราบหรือเปล่าคะ ว่าถ้าระดับน้ำตาลสูงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คุณสมคิด : ครับ ผมก็กลัวอยู่เหมือนกัน



แพทย์ : ที่ว่ากลัว คุณสมคิดหมายถึงกลัวอะไรหรือคะ (Concern)

คุณสมคิด : ผมกลัวว่า ถ้าผมต้องเข้าโรงพยาบาลจะทำให้ครอบครัวลำบาก

แพทย์ : คุณสมคิดเล่าให้หมอฟังหน่อยได้ไหมคะ ว่าครอบครัวคุณสมคิดมีใครบ้างคะ

คุณสมคิด : ก็มีภรรยา และลูกเล็กอีก 2 คน คนหนึ่งยังเล็กอยู่เลย คนหนึ่งเพิ่ง 6 ขวบ อีกคนอายุ 10 ขวบ ผมกลัวว่าถ้าผมเป็นอะไรไปแล้วจะไม่มีคนดูแลภรรยาและลูก

แพทย์ : ฟังดูคุณสมคิดเป็นห่วงเรื่องสุขภาพเหมือนกัน แต่ยังไม่แน่ใจว่าตัวเองจะปรับเรื่องอาหารและการดื่มเหล้าได้ใช่ไหมคะ (Intention to change)

คุณสมคิด : ครับ ผมคิดว่าผมน่าจะลดขนมหวานลงได้ แต่เหล้านี้สัปดาห์นี้ไม่ค่อยแน่ใจเท่าไร เพื่อนคอยมาชวนอยู่เรื่อย

แพทย์ : แปลว่ามีอุปสรรคเพราะเพื่อนชวนดื่มใช่ไหมคะ ....คุณสมคิดลองเล่าให้หมอฟังหน่อยสิคะว่าการดื่มสุรามีข้อดีข้อเสียอย่างไรบ้าง... แล้วข้อเสียของการดื่มล่ะคะ (คุณสมคิดตอบดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การถ่วงน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา<sup>3</sup>

| หากดื่มสุราต่อไป          |                                  | หากหยุดดื่มสุรา                   |                                         |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| ข้อดี                     | ข้อเสีย                          | ข้อดี                             | ข้อเสีย                                 |
| - ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย   | - อาจต้องสูญเสียครอบครัว         | - มีปัญหาทะเลาะกับภรรยา<br>น้อยลง | - หหมดโอกาสรู้สึกผ่อนคลาย<br>จากการดื่ม |
| - สนุกที่ได้อยู่กับเพื่อน | - เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้กับลูก  | - มีเวลาให้ครอบครัวมากขึ้น        | - เพื่อนอาจน้อยลง                       |
|                           | - เสียสุขภาพ                     | - สุขภาพดีขึ้น                    | - ไม่มีทางออกเวลาเครียด                 |
|                           | - เปลือง                         | - ลดปัญหาการเงิน                  |                                         |
|                           | - สมองทำงานแย่ง                  |                                   |                                         |
|                           | - อาจโดนไล่ออกจากงาน<br>เสียเวลา |                                   |                                         |

แพทย์ : เมื่อคุณสมคิดสำรวจดูข้อดีข้อเสีย เห็นเป็นแบบนี้แล้วคิดว่ายังไงคะ

คุณสมคิด : ผมคิดว่าผมอยากหยุดดื่มเหมือนกัน แต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือเปล่า

แพทย์ : ถ้าอย่างนั้นจะลองลดลงก่อนดีไหมคะ (menu of options)

คุณสมคิด : ครับ ผมว่าจะลองลดปริมาณที่ดื่มแต่ละครั้งดู

แพทย์ : คุณสมคิดคิดว่าตัวเองจะทำได้ไหมคะ

คุณสมคิด : ครับ ผมคิดว่าผมทำได้

แพทย์ : เพราะอะไรคุณสมคิดถึงมั่นใจว่าจะทำได้คะ (Optimism for change)

คุณสมคิด : มันชักไม่ค่อยดีแล้วหมอม ผมต้องทำให้ได้แล้ว เดี่ยวลูกและภรรยาจะแยเอา

แพทย์ : ค่ะ หมอก็เชื่อว่าคุณสมคิดต้องทำได้แน่ค่ะ ยังไงแล้วหมอมจะคอยช่วยคุณให้แน่ๆ ค่ะ (support self efficacy)

แพทย์ : ค่ะ วันนี้เราคุยกันหลายเรื่องนะคะ แต่หมอฟังดู คิดว่าเรื่องที่สำคัญ ๆ ก็คือ การกินขนมหวานกับการดื่มเหล้า ไม่เพียงแต่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสูง แต่เริ่มมีผลทำให้คุณสมคิดมีอาการอ่อนเพลียมาก และเริ่มส่งผลถึงการทำงาน ซึ่งทั้งตัวคุณเองและครอบครัวเริ่มไม่สบายใจ และตอนนี้คุณสมคิดก็มีความตั้งใจที่จะปรับลดทั้งเรื่องขนมหวานและการดื่มเหล้าลง และหมอก็มั่นใจว่าคุณสมคิดต้องดีขึ้นแน่นอนค่ะ (สรุปความ)

## สรุป

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนเพื่อนำไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยในการพูดคุยผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางของบทสนทนา แพทย์เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ยื่นแรงจูงใจที่อยู่ภายในตนเอง โดยใช้วิธีการถาม การสะท้อนความ และเมื่อผู้ป่วยมีความลังเลใจ แพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่วงน้ำหนักข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเดิมและพฤติกรรมใหม่ เสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ซึ่งเทคนิคเหล่านี้สามารถนำไปผนวกเข้ากับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากปัญหาพฤติกรรมทางสุขภาพในเวชปฏิบัติได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Welch G, Rose G, Ernst D. Motivational Interviewing and Diabetes: What is it, How is it used and Does it work? Diabetes Spectrum 2006;19(1):5-11.
2. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Educ Couns 2009.
3. Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational Interviewing: preparing people for change,. 2 ed. New York: The Guildford Press, 2002.
4. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol 2003;71(5):843-61.
5. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:91-111.
6. Bem DJ. Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. Psychol Rev 1967;74(3):183-200.
7. พิชัย แสงชาญชัย. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บริษัท คัลเลอร์ฮาโมนี, 2548.
8. Miller WR, Zweben A, Diclemente CC, Rychtarik RG, editors. Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999.
9. Miller WR, Rollnick S. Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stage of Change and Therapeutic process. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 2004;18(4):299-308.



# จะสร้างหมอ...อย่างไร ให้มีหัวใจ Humanized Medicine

นพ.จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สรุปเนื้อหาจากการเข้าร่วมประชุม

Frontiers in Medical and Health Sciences Education : Making Doctors Human

เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551

ณ The University of Hong Kong, Li Ka Shing Faculty of Medicine



ท่ามกลางกระแสความขัดแย้งของแพทย์และผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี ทั้ง ๆ ที่ในอดีต ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่เคยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ ศรัทธา มีเมตตาและเชื่อมั่นในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกันและกัน ถูกสั่นคลอนอย่างรุนแรง ความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ ที่นำไปสู่การฟ้องร้องจนเป็นข่าวครึกโครมอยู่เนือง ๆ สะท้อนถึงภาพความสัมพันธ์อันร้าวฉาน และการสูญเสียความใกล้ชิดผูกพันในความเป็นมนุษย์ต่อมนุษย์ ระหว่างคนไข้กับบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น แต่ละฝ่ายล้วนแต่พยายามจะหาหนทางปกป้องตนเองไม่ให้ถูกเอาเปรียบจากฝ่ายตรงข้าม (โดยอันที่จริงน่าจะเกือบลูกกันมากกว่า) ทางฝ่ายผู้ป่วยก็พยายามตั้งกลุ่มก้อนขึ้นมา ที่มีแนวทางและจุดประสงค์ร่วมกันเพื่อเรียกร้องหาความเป็นธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ ในขณะที่ฝ่ายแพทย์ก็พยายามหาหนทางปกป้องตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การส่งต่อเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงให้แพทย์เฉพาะทางที่จังหวัดหรือศูนย์ที่มีอยู่ไม่มาก เป็นผลทำให้ระบบเสียไป ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์จำนวนมากขึ้น หรือการที่แพทย์บางกลุ่มหันไปเรียนต่อทางด้านกฎหมาย แม้กระทั่งแพทย์บางคนหันไปทำประกันชีวิตคุ้มครองการฟ้องร้องกับบริษัทประกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับสังคมแพทย์เลย ปัญหาการฟ้องร้องในหลาย ๆ กรณีที่เกิดขึ้น หลายคนทราบดีว่าส่วนมากเกิดจากปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Communication failure) ทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไป (Doctor-Patient Relationship) ถึงแม้จะมีแพทย์หลาย ๆ ท่านที่มีจิตใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ก็ตาม แต่จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้มุมมองของแพทย์และผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป มีความระมัดระวังตัวซึ่งกันและกันมากขึ้น เกิดกำแพงอารมณ์และความคิด จากมิตรกลายเป็นคนแปลกหน้า หรืออาจถึงขั้นเป็นศัตรูกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้





จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ทางการแพทย์ปัจจุบันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้พยายามกระตุ้น ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ ให้ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Spiritual Health) มากขึ้น หรือที่เรารู้จักกันดีว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ให้มีความเห็นอกเห็นใจและความเมตตาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Compassionate therapy) สนใจในเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วย (Narrative of illness) และฝึกปฏิบัติในเรื่องของหลักการการสื่อสาร (Communication skill) ให้ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในการเรียนระดับปริญญา (undergraduate) และ หลังระดับปริญญา (Post-graduate) รวมทั้งการศึกษาต่อในระดับแพทย์เฉพาะทาง (Residency Training) โดยเฉพาะในหลักสูตรของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physician training Program)

องค์ประกอบและเครื่องมือที่สำคัญในการส่งเสริมทำให้นักศึกษาแพทย์ รวมถึงแพทย์เวชปฏิบัติและแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้เข้าใจในหลักการดูแลผู้ป่วยทั้งกาย จิต จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งใช้หัวใจของความเป็นมนุษย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้เข้ากับหลักการ Making Doctors Human มีดังนี้



Integration – Basic Sciences & Clinical Sciences

Problem – based learning

Communication skills

Evidence – based medicine

Quality & Safety curriculum

Cultural Competence

Widening access to medical education

Professional' health & well-being

ในด้านของการเรียนการสอนทางแพทยศาสตร์ศึกษา ผู้เรียนต้องมีความรู้เชิงผสมผสานในความรู้ด้านการแพทย์ทั้งพื้นฐานและทางคลินิก ต้องมีความรู้ในเรื่องของการสื่อสารอย่างไรให้ถูกต้องและเหมาะสม ความรู้ความเข้าใจเชิงสังคมวัฒนธรรมในท้องถิ่นของผู้ป่วย การจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลคนไข้ โดยใช้หลักการ Evidence-based medicine (EBM) และ Problem-based learning (PBL) และที่สำคัญคือคุณภาพชีวิตและความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่ดีของตัวแพทย์เอง

## Humanity in Undergraduate Medical Education: The gift of understanding suffering and the development of compassion

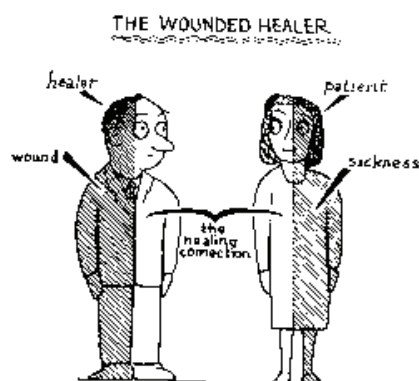
การส่งเสริมการเรียนการสอนในระดับปริญญา ให้เข้าใจถึงการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้หัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อพัฒนาความสามารถให้ผู้เรียนได้มีความเข้าใจ รู้สึกเห็นอกเห็นใจถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยนั้น ได้มีมากขึ้นเรื่อย ๆ สังเกตได้จากการค้นหาข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น Google search

13,500,000 for Humanities and Medicine

3,720,000 for Humanities and Doctors

การเรียนการสอนเพื่อให้เข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์นั้น เราต้องเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกทั้งตัวผู้ป่วยและตัวของผู้รักษาที่เป็นแพทย์ด้วย เพราะโดยส่วนใหญ่ แพทย์ผู้รักษามักจะสนใจแค่ตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยไม่ได้สนใจในเรื่องราวความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่น ๆ (Illness) ดังเช่น งานวิจัย Literature and Medicine: Contribution of Clinical Practice: Rita Charon et.al 1995. Annual of Internal Medicine ได้ศึกษาว่า ผู้ป่วยเมื่อมีความเจ็บป่วยนั้น จะมีความกังวลกับอะไรบ้าง งานวิจัยได้สรุปสิ่งที่น่าสนใจเช่น สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวแพทย์ผู้รักษา คือ ความชำนาญในการวินิจฉัยโรค ประสิทธิภาพในการรักษา และการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความตระหนักในความเป็นมนุษย์ผู้ซึ่งมีความทุกข์จากความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ คำถามที่ผู้ป่วยมีต่อการรักษา คือ เขาจะดำรงชีวิตอย่างไรให้อยู่กับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญได้ แพทย์ผู้ดูแลจะทำอย่างไรที่จะค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอกที่ได้จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ เพราะถ้าแพทย์ไม่เปิดโอกาสหรือไม่ได้สนใจ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถจะแสดงสิ่งที่ต้องการออกมาได้ รวมถึงแพทย์ผู้ดูแลจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองหรือไม่อย่างไร หรือจะยอมรับในภาวะที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างไร รวมถึงประโยคหนึ่งที่คนไข้หลาย ๆ คนได้แสดงความคิดเห็นเชิงตัดพ้อในมุมมองที่มีต่อแพทย์คือ ฉันได้รับการรักษาราวกับฉันไม่ได้เป็นมนุษย์คนหนึ่ง





ในขณะเดียวกันเราก็ควรต้องทราบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ที่กำลังดูแลรักษาผู้ป่วยหรือแม้กระทั่งตัวเราเองในฐานะที่เป็นแพทย์มีความกังวลกับอะไรบ้าง มีงานวิจัยเรื่อง Facing our mistakes: David Hilfiker NEJM 1984 ได้สรุปว่า สิ่งที่แพทย์กังวลในการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่ใช่เพียงแค่การวินิจฉัยกับการรักษาเท่านั้น แต่แพทย์ยังต้องรับมือกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ความทারণจากชั่วโมงการทำงานที่ทำให้เหนื่อยล้า ความไม่แน่นอนทางด้านการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเสมอ ความความหวังของผู้ป่วยที่แพทย์ไม่คาดคิดและคิดกับตนเองว่าไม่เป็นเหตุเป็นผลเลย ความกังวลและรู้สึกผิดเมื่อเกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษา และเกิดความคิดว่าเราจะเผชิญหน้ากับความผิดพลาดอย่างไร รวมทั้งความกังวลในเรื่องของขีดความสามารถของแพทย์ และพฤติกรรมการแสดงออกต่อบุคคลต่าง ๆ เป็นผลทำให้แพทย์รู้สึกลำบากใจเหมือนถูกชนักปักหลังอยู่ตลอดเวลา หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า แพทย์คือผู้รักษาที่มีบาดแผลอยู่ตามร่างกาย ทั้ง ๆ ที่จริงแล้วแพทย์ก็เป็นเพียงแค่มนุษย์คนหนึ่งเท่านั้นเอง ในขณะเดียวกัน แพทย์ผู้รักษาอาจเป็นทุกข์มากขึ้น ถ้าเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง กลับเหมือนหรือคล้ายกับสิ่งที่แพทย์ผู้รักษาเคยพบเจอมาก่อน (Counter-transference) และมันอาจเป็นบาดแผลพิเศษที่เป็นสะพานเชื่อมหัวใจของแพทย์ และคนไข้ให้ใกล้ชิดกันมากขึ้น และทำให้แพทย์มีหัวใจของความเป็นมนุษย์มากขึ้นก็ได้

ภาพจาก <http://www.fortunecity.com/victorian/palette/187/session11.html>

มีคำถามมากมายที่เกิดขึ้นกับหลักสูตรการเรียนแพทย์ระดับปริญญา ว่า ทำไมจึงไม่ค่อยมีใครให้ความสนใจการเรียนการสอนทางด้านจริยธรรม หรือหัวใจของความเป็นมนุษย์ อาจเป็นเพราะหลายสิ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่จับต้องได้ยาก ไม่เหมือนความรู้ทางการแพทย์ที่สามารถพิสูจน์ได้ทันที เช่น อะไรที่จะทำให้เรามีทักษะการ

ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ อะไรคือที่มาของความทุกข์ ที่ทำให้ไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจที่แท้จริง อะไรคือจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการมีชีวิตอยู่ แล้วพวกเราในฐานะที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์จะทำอะไรถ้าทราบว่าโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่จะไม่มีทางหายขาด และไม่มีหวังว่าจะดีขึ้น และเราจะเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอน ความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้อย่างไรและจะตอบสนองต่อสิ่งเหล่านี้ให้เหมาะสมได้อย่างไร คำถามเหล่านี้ล้วนแต่เป็นคำถามที่ตอบได้ยาก และยังคงเหมือนเป็นนามธรรมอยู่

ก่อนอื่นเราต้องเข้าใจคำนิยามในเชิงการแพทย์ของ Humanities และ Medical Humanities ก่อน

Humanities : ความพยายามอดุสาหาที่จะสะท้อนถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

Medical Humanities Medicine : ทางารแพทย์ที่ว่าด้วยการทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์กับการแพทย์ โดยมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

**ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของ Medical Humanities**

- การได้เห็นถึงคุณค่าของการพิจารณาไตร่ตรองในชีวิตของมนุษย์มากขึ้น (Meditative Appreciation)
- ทำให้สิ่งแวดล้อมทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น (Environmental Improvement)
- การส่งเสริมและให้กำลังใจในเรื่องของสุขภาพมากขึ้น (Health Promotion)
- การแสดงออกในเรื่องของศิลปะการสื่อสารได้ดียิ่งขึ้น (Artistic and Communicative displays)
- การรักษาที่ได้รับความสุขสบายใจมากขึ้น (Therapy and Human comforting)
- การได้ทำงานและค้นคว้าหาความรู้ร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพด้านต่าง ๆ ของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์

การที่เราจะเข้าใจหลักการของการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanize medicine) ให้มากขึ้นนั้น เราต้องใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอยากจะบอกเราก่อน สิ่งนั้นเราเรียกว่า Narrative in Medicine หมายถึง เรื่องราวความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารให้เราเข้าใจ และเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วย เป็นความจริงในอีกรูปแบบหนึ่งที่ตัววัดเชิงปริมาณไม่สามารถสะท้อนเรื่องราวออกมาได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวโรค (Disease) หรือ ความเจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ (Illness) เพราะอำนาจของเรื่องเล่านั้นก่อให้เกิดการจัดการความรู้แบบใหม่ ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความละเอียดอ่อน ใส่ใจในการเป็นมนุษย์ของคนไข้มากขึ้น และทำให้จิตใจของผู้รับสารได้เข้าใจถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึก และความคาดหวังมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่เราจะเข้าใจในเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากขึ้นนั้น ต้องมีการฝึกฝน เพราะเรื่องเล่าไม่ได้เป็นจากพรสวรรค์เพียงอย่างเดียว แต่หากอยู่ที่พรแสวง การเรียนรู้นำมาสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) เรียนรู้วิธีการสื่อสารอย่างถูกต้องและเหมาะสมผ่านเรื่องเล่าในเวชปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง (Patients Center Medicine) และสร้างจินตนาการเชื่อมโยงกับสิ่งที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังอย่างมีสติ โดยมีการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) ก่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (Empathy) แต่ไม่ใช่มีใจเหมือนกัน เห็นพ้องต้องกัน หรือมีอารมณ์ร่วมกันไปเสียทุกอย่าง (Sympathy) ดังนั้น สิ่งเหล่านี้จะได้มานั้นล้วนต้องมีการฝึกฝน และฝึกปฏิบัติทำซ้ำไปมาจนเกิดความเข้าใจในที่สุด



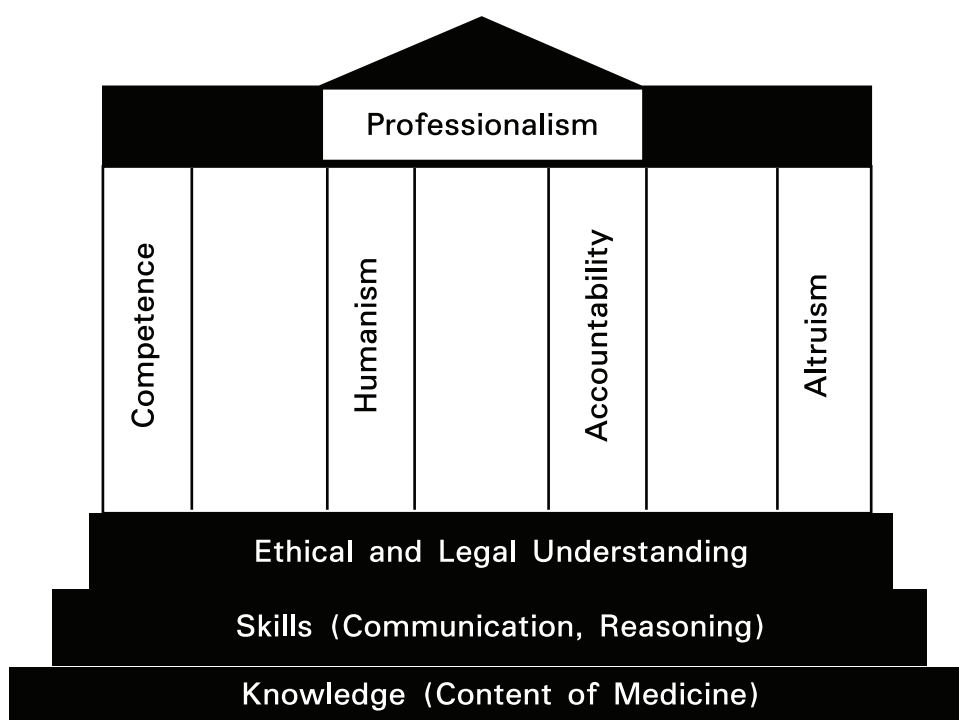
ของ Humanity Medicine กันบ้างแล้ว แต่ถ้า





"Only in the telling is suffering made evidence.... fresh means to understand the disease itself.....not only is the diagnosis embedded in the narratives but deep and therapeutically consequential understandings of the persons who bear the symptoms...."

Narrative and Medicine, Rita Charon NEJM 2004





เรามีแต่ความเข้าใจแต่ไม่ได้ปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นก็คงจะยังไม่เกิด ดังนั้นเราควรต้องเริ่มต้นเสียตั้งแต่วันนี้ เพื่อให้ได้ถึงประสบการณ์ที่แท้จริง อย่างไรก็ตามเรายังมีผู้ช่วยเหลืออีกมากมายในยามที่เกิดปัญหาหรือข้อสงสัย ดังนี้

#### **External Assistance**

1. Article, Monographs, books
2. Medical Humanities Conference ที่จะมีประจำปี
3. Establish Links, Collaborations

#### **Internal (Local) Issues**

1. มีการจัดตั้งกลุ่มในบุคคลที่สนใจในเรื่องเดียวกันนี้ (Interest Group)
2. นโยบายของหน่วยงานหรือในคณะแพทยศาสตร์ของแต่ละสถาบัน (Faculty/Institution aims)
3. Educational Resources



## เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรค

พ.ญ. ดุสิตา ตู๊ประกาย

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

### บทนำ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ทำให้สังคมไทยในขณะนี้ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society) โดยสมบูรณ์ สาเหตุที่มีการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อาทิเช่น คนรุ่นใหม่มีค่านิยมที่จะแต่งงานน้อยลง คนที่แต่งงานแล้วต้องการมีลูกน้อยลง เช่น มีคนเดียวหรือสองคน สัดส่วนคู่สมรสที่มีบุตรยากเพิ่มมากขึ้น หรือการอยู่ร่วมกันระหว่างคนเพศเดียวกัน เป็นต้น

ด้วยปัจจัยดังกล่าว ทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ประเด็นที่สำคัญก็คือ เราจะเตรียมความพร้อมกันอย่างไร ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นเหล่านี้ได้อย่างมีคุณภาพ หากยังไม่ตระหนักถึงความเป็นจริงดังกล่าว มองผู้สูงอายุเป็นเพียงกลุ่มคนกลุ่มหนึ่งที่เรานำไม่ได้ให้ความสำคัญกันอย่างจริงจัง การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับคนทำงานด้านปฐมภูมิที่ต้องดูแลประชากรกลุ่มนี้ เนื่องจากมีการประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2563-2564 จะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก

สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคแล้ว อาจจะไม่เหมือนไม่ได้เป็นโรคที่ร้ายแรง สามารถรักษาให้หายขาดได้ แค่งินยาให้ครบ และป้องกันการแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น แต่จะมีใครบ้างไหมที่คิดว่า โรคนี้จะส่งผลกระทบอะไรกับผู้สูงอายุและครอบครัวบ้าง การประเมินผู้สูงอายุจึงไม่สามารถประเมินในส่วนของโรคเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องพิจารณาบริบทด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคแสดงให้เห็นการทำงานของทีมงานปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการติดตามต่อเนื่อง ที่ช่วยแก้ปัญหา และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 68 ปี อาชีพ รับจ้างทั่วไป ทำไร่ ทำนา อาศัยอยู่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มาด้วยไข้ ไอและหายใจเหนื่อย 5 วัน

### ประวัติปัจจุบัน

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตอนกลางคืนผู้ป่วยไปจับปลา หลังจากกลับมาถึงบ้านผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ มีไข้ ร่วมกับหายใจหอบเหนื่อย มีเหงื่อออกตามตัว ง่วงมือง่วงทำตอนกลางคืน ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีคัดจมูก หรือน้ำมูก กินยาแก้ไอ (พาราเซตามอล) รู้สึกไข้ลดลง ผู้ป่วยรู้สึกตัวตนเองผอมลง



เบื่ออาหาร ไม่อยากกินอะไร ผู้ป่วยรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้นจึงไปโรงพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นวัณโรค จึงให้ยามารับประทาน และนัดติดตามอาการเป็นระยะ ๆ

### ประวัติอดีต

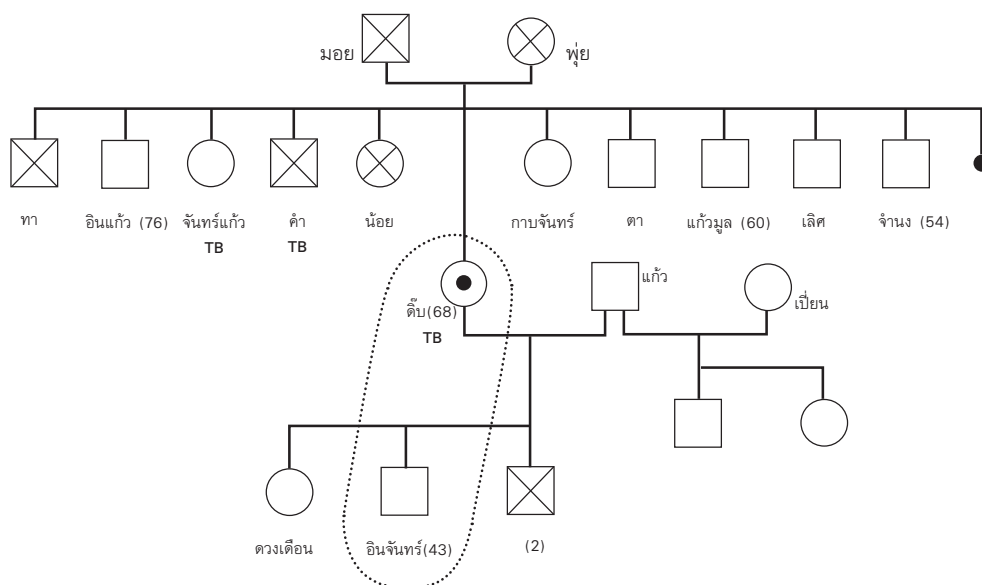
เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กินยาแก้ปวด รักษาที่สถานีนอนามัย หากไม่ดีขึ้นจะไปรักษาโรงพยาบาล เคยมีประวัติถ่ายดำและส่องกล้อง เกิดจากการกินยาแก้ปวด เคยผ่าตัดไส้ติ่งและเต้านมเลือด นอนโรงพยาบาล 3 วัน ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุร้ายแรง

### ประวัติส่วนตัว

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธประวัติการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่

### ประวัติครอบครัว

มีประวัติพี่ชายเสียชีวิตด้วยโรควัณโรคปอด และมีพี่สาวเคยป่วยเป็นวัณโรค แต่ปัจจุบันรักษาจนหายแล้ว มีลูก 3 คน คนสุดท้ายต้องเสียชีวิตตั้งแต่อายุ 2 ขวบ ส่วนลูกสาวคนโตออกเรือนแล้วไปอยู่คนละหมู่บ้าน ปัจจุบันอาศัยกับลูกชายชื่อสุราเกือบทุกวัน สูบบุหรี่วันละ 4-5 มวน/วัน



### ผลการตรวจร่างกาย

ลักษณะทั่วไป เป็นหญิงชรารูปร่างเล็ก ผอมแห้ง ถามตอบรู้เรื่องให้ความร่วมมือดี สิ่งผิดปกติที่ตรวจพบคือ ภาวะซีด ชีพจรเต้นเร็ว ดัชนีมวลกาย BMI : 13.33 kg/m<sup>2</sup> น้ำหนัก 30 กก. ส่วนสูง 150 ซม. ตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ ปกติ

### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC Hb 9.5 g%, Hct 28.5 %, WBC 9,800, N 80% L 10% M 10%, Plt.386,000  
Sputum AFB วันที่ 1: AFB positive 2+ วันที่ 2 : AFB positive 2+



◆ บ้านผู้ป่วย



◆ น้ำพริกที่ผู้ป่วยชอบ

### เยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกชายซึ่งไม่ได้แต่งงาน อายุ 44 ปี อาชีพรับจ้างงานก่อสร้าง, ทาสี, หาของป่า เริ่มแรกมีอาการไอเรื้อรัง รู้สึกผอมลง กลัวเป็นโรคมะเร็งจึงไปพบแพทย์ ผลตรวจออกมาว่าเป็นโรคปอด ซึ่งรู้สึกโล่งใจที่ไม่เป็นมะเร็ง ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในเรื่องวัณโรคเลย ทราบว่าโรคนี้สามารถรักษาให้หาย โดยทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และไปพบแพทย์ตามนัด เบื้องต้นต้องไปตามแพทย์นัด เพราะค่ารถแพงมาก บางครั้งไม่มีเงินค่ารถ แต่โชคดีได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากญาติพี่น้อง แต่ญาติพี่น้องไม่ได้ร่ำรวย ทำงานรับจ้างรายวันเหมือนกัน

### Impairment/Immobility

**Activities of Daily Living (ADL) :** ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การทำอาหาร เวลาทำงานบางครั้งอ่อนเพลีย

### Nutrition

จำนวนมื้ออาหาร : 3 มื้อ/วัน

อาหารประจำ : ข้าวเหนียว, น้ำพริก, ต้มผัก ไม่ชอบของผัดหรือของทอด และไม่ชอบทานอาหารมัน ๆ

คุณภาพอาหาร : ทำอาหารทานเองที่บ้าน ไม่ซื้อกับข้าวทาน และมีการเก็บอาหารไว้ในตู้เย็น

### Home environment

เพื่อนบ้าน : มีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่บริเวณเดียวกัน 3 หลัง โดยทั้งหมดเป็นญาติกัน ไปมาหาสู่และให้ความช่วยเหลือตลอด

อาณาบริเวณ : บ้านของผู้ป่วยอยู่ตรงกลางระหว่างเพื่อนบ้านอีก 3 หลัง ข้างบ้านเป็นทุ่งข้าว 1 หลังรอบ ๆ มีพื้นที่ในการปลูกต้นไม้พืชผัก และเลี้ยงไก่อีก 5 ตัว ส่วน ใต้ถุนบ้านมีข้าวของเก็บไว้ ค่อนข้างรก



◆ ห้องครัว



◆ ห้องครัว



ภายในบ้าน : ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ยกใต้ถุนต่ำ ภายในบ้านค่อนข้างรกรุงรัง มีข้าวของห้อยตามผนังและวางบนพื้นระเกะระกะ ไม่มีหน้าต่าง ทำให้บ้านดูทึบและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่ผู้ป่วยแยกห้องนอนกับลูกชาย โดยลูกชายนอนข้างนอก ส่วนผู้ป่วยนอนข้างในห้องนอน

#### Social support

ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นตระกูลใหญ่ในหมู่บ้าน ดังนั้นจึงมักได้รับความช่วยเหลือจนเจือ ทั้งเรื่องสิ่งของ เครื่องใช้ อาหารหรือแม้แต่เสื้อผ้าจากญาติพี่น้องเสมอ ๆ นอกจากนี้เพื่อนบ้านในละแวกเดียวกันก็เป็นเครือญาติและคนรู้จัก ดังนั้นจึงไปมาหาสู่กันบ่อย ๆ

#### Financial support

ผู้ป่วยทำอาชีพรับจ้างทั่วไปและปลูกหอม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่ถึง 1,000 บาทซึ่งส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยและลูกชายรวมกัน แต่ในบางครั้งจะได้รับเงินช่วยเหลือจากญาติในการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีนิสัยประหยัด อยู่ตามอัตภาพ แต่เงินที่มีก็ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยอยากเห็นลูกชายแต่งงานมีครอบครัว ส่วนตัวผู้ป่วยเองนอกจากอยากหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ก็อยากให้สภาพความเป็นอยู่ของตนและลูกชายดีขึ้น ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

#### Medication

ยาที่แพทย์สั่ง : Isoniazid (100) 1x3 hs  
Rifampicin (300) 1x1 hs

ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง : ไม่มี ผู้ป่วยมีนิสัยไม่ซื้อยาทานเอง

การบริหารยา : ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา สม่ำเสมอ แม้ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ใช้วิธีจำยาแทน ภาชนะบรรจุยาเหมาะสม ยาที่ต้องเก็บให้พ้นแสงก็บรรจุอยู่ในซองสีชาเรียบร้อยดี ไม่มีการนำยาออกมานอกซอง



◆ บ้านไต่บ้าน



◆ รอบ ๆ บ้าน



◆ ที่บูชาเจ้าพ่อคงทรายงาม



◆ ห้องน้ำเก่า



◆ ห้องน้ำใหม่

### Safety

- พื้น : เป็นพื้นไม้ทั้งหลัง สะอาด มีช่องวางระเกะระกะตามข้าง ๆ ผนังบ้าน และมักมีของใช้ และเสื้อผ้าแขวนอยู่ตามผนังบ้านมากมาย
- บันได : เป็นบันไดไม้ มีร่องระหว่างบันได ค่อนข้างห่างและไม่ได้ระดับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
- น้ำประปา : มีใช้ตลอด ไม่ขาดแคลน
- น้ำดื่ม : ชื้อน้ำเป็นถังใช้ สะอาด ปลอดภัย

### Spiritual Health

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ แต่มีความเชื่อพิเศษเพิ่มเติมคือ การศรัทธาในเจ้าพ่อคงทรายงาม โดยเป็นร่างทรงของเจ้าพ่อ ทำหน้าที่ต่อผู้ที่ศรัทธาคือ ขับไล่สิ่งชั่วร้าย อปมงคล และเป่ารักษาโรคภัย แต่จะไม่แจกโชคกลาง หรือใบหวย ของส่วนใหญ่ที่ชาวบ้านมาประเคน มักเป็นของใช้และอาหาร มีเงินทองเพียงเล็กน้อย ครั้งละ 10-20 บาท มีการปฏิบัติตัวพิเศษ เช่น ไม่กินอาหารที่จัดในงานศพ เนื่องจากจะแสดงขัดกับเจ้าพ่อ<sup>2</sup> ปีก่อนผู้ป่วยจึงเลิกเป็นร่างทรง เนื่องจากเบื่อไปไหนมาไหนลำบาก ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานอื่น แต่ยังคงบูชาและศรัทธาเช่นเดิม

### Services

ผู้ป่วยรับบริการทางสุขภาพ 2 ที่

1. สถานีอนามัย : เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดเข้า หรือขอยาทาบรรเทาปวดเพิ่ม
2. โรงพยาบาลศูนย์ : เมื่อมีการเจ็บป่วยมาก หรือไปตามนัดแพทย์ ในเรื่องเจ็บข้อเข่าและวัณโรค

### สรุปปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

TB (วัณโรค)

OA (ข้อเข่าอักเสบ)

Malnutrition and Anemia (ภาวะซีด และทุพโภชนาการ)

Family of elderly (ครอบครัวที่อยู่วัยชรา)

Family of midlife (ครอบครัวที่อยู่วัยกลางคน)

Financial burden (ปัญหาทางการเงิน)

สภาพบ้านไม่เหมาะสม

## การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา จากประวัติทำให้ทีมไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถกินยาได้ถูกต้อง จึงติดตามเรื่อง DOTS แต่ผู้ป่วยสามารถจดจำยาได้และบริหารยาได้เหมาะสม ทุกวันนี้ไม่มีอาการไอ ไม่มีเหนื่อย อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ชี้แจงลักษณะความผิดปกติที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยาให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อจะได้รับหยุดยาทัน ควรมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัว จึงนัดพบลูกชายเพื่อตรวจร่างกายและตรวจเสมหะ พร้อมทั้งอธิบายเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ได้ไปตรวจ X-ray ปอดและย้อมเสมหะตามคำแนะนำเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งก่อน ผลการตรวจพบว่าไม่พบความผิดปกติใด ๆ Sputum AFB : -ve for 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมาก หลังจากที่ต้องเจ็บป่วยมานาน เนื่องจากออกไปไหนไม่ได้ ชาวบ้านรังเกียจ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านแล้ว หวออะไรที่บ้านแทน คาดหวังว่าโรคนี้จะไม่เกิดกับตนเองและคนในครอบครัวอีก สำหรับหมู่บ้านนี้ มีคนป่วยเป็นวัณโรคหลายราย นอกจากนี้ชาวบ้านยังไม่เข้าใจเรื่องโรควัณโรค จึงประสานงานกับทีมงานสถานีอนามัยและเทศบาลในการคัดกรองวัณโรคในชุมชนและให้ความรู้ ตลอดจนวิธีปฏิบัติตัวและป้องกันโรคแก่ชุมชน

นอกจากนี้จากประวัติเบื้องต้นผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกชายเต็มหลักเป็นประจำ ซึ่งเกรงว่าจะถูกทารุณกรรมจากลูกชาย เช่น ถูกทอดทิ้ง ให้อาหารไม่เหมาะสม ไม่ให้เงินซื้ออาหาร เป็นต้น แต่หลังจากทีมติดตามเยี่ยมบ้าน ในครอบครัวของผู้ป่วยมีความรักใคร่กลมเกลียวกันดีระหว่างผู้ป่วยกับลูกชาย

**ผู้ป่วยพูดถึงลูกชาย** “มันเป็นคนดี เวลาไม่มีเงินก็จะเอามาให้แม่ เวลาแม่จะไปหาหมอ ก็ไปส่งในบางครั้งถ้าไม่มีงาน”

**ประโยคที่ลูกชายพูดถึงแม่** “รู้สึกเป็นห่วงสุขภาพของแม่ แม่ไม่ค่อยสบาย บางครั้งก็ดุหรือเสียงดังกับแม่ เพราะเป็นห่วง ต้องเตือนเรื่องการดูแลสุขภาพตัวเอง”

**ประโยคที่ลูกชายพูดถึงบิดา** “เคยอยู่กับพ่อและแม่เลี้ยงตอนเป็นเด็ก รู้สึกไม่อบอุ่น ขอมายู่กับแม่ดีกว่า พ่อเป็นคนขี้เหนียว ไม่ค่อยสนใจใยดีลูก ๆ และแม่”

**ประโยคที่ลูกชายพูดถึงพี่สาว** “เขาก็มีครอบครัวของเขา ไม่ค่อยได้ยุ่งเกี่ยวกับ สุขภาพเขาก็ไม่ค่อยดีด้วย”



◆ ได้ทุนบ้าน



◆ ได้ทุนบ้าน



1. ผู้ป่วยรายนี้มีความกังวลกับอาการปวดเข่ามากกว่าโรคหัวใจ เพราะโรคนี้ท่านยาครบแล้ว หาย อาการปวดเข่าบางครั้งปวดมากจนทำงานไม่ได้ มักได้ยาแก้ปวดจากสถานีนามัยและโรงพยาบาล และมีประวัติเลือดออกทางเดินอาหารมาก่อน

การรักษาข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ให้ยา (non-pharmacological) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก โดยแนะนำการบริหารแบบ isometric เพื่อเพิ่ม joint stability ลดปวด แนะนำหลีกเลี่ยงนั่งพับเพียบและขัดสมาธิได้ เพราะจะทำให้มีอาการปวดตามมา หากจำเป็นต้องมีการทำงานหนัก เช่น การดำนา ควรหมั่นบริหารข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยรายนี้ต้องให้อย่างระมัดระวัง เพราะผู้ป่วยเคยมีอาการเลือดทางเดินอาหารมาก่อน ถ้าจำเป็นอาจให้ยาในกลุ่ม Acetaminophen หรือถ้าต้องการให้ NSAID ก็ควรให้ยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor ร่วมด้วย

หลังจากที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามอาการปวดลดน้อยลง เมื่อเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีอาการถึงระดับที่ต้องนอนหัวเข่า เดินได้ไกลมากขึ้นและนั่งพับเพียบนั่งขัดสมาธิได้ ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคมีอาการดีขึ้น เนื่องจากการที่ตนหมั่นบริหารหัวเข่าเป็นประจำ สำหรับการรับประทานยาเป็นเพียงการระงับปวดเพียงชั่วคราวเท่านั้น

2. ผู้ป่วยรายนี้ มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ BMI 13.33 kg/m<sup>2</sup> ผู้ป่วยกินข้าวได้น้อย ไม่มีปัญหาเรื่องฟันสำหรับบดเคี้ยวอาหาร โดยอาหารที่ชอบกินคือ ข้าวเหนียว น้ำพริก ต้มผัก นอกจากนี้ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคหัวใจและยังมีปัญหาขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นสาเหตุรองลงมาที่พบในผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการกินอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอและไม่ถูกหลักโภชนาการ โดยกินผักและน้ำพริกเป็นประจำ ส่วนปัญหาการเสียธาตุเหล็กออกไปนั้น ไม่พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากการใช้ยาแก้ปวด

การรักษาได้รักษาโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้น นอกจากนี้ยังให้ยา ferrous fumarate 1x3 เป็นเวลา 3 เดือน และแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนที่หาได้ง่ายราคาถูก เช่น ไข่ ปลาทู เต้าหู้ เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการติดตามอาการของภาวะทุพโภชนาและตรวจเช็คเลือดว่ามีภาวะโลหิตจางอีกหรือไม่อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่เคยหน้ามืดเป็นลม ในช่วงที่ผ่านมา ไม่มีอาการใจสั่น

3. ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะซึมเศร้า มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้าน บางช่วงไม่มีเงินใช้จ่ายเลย เครียดจนนอนไม่หลับ บางทีร้องไห้คนเดียวเนื่องจากมีรายได้น้อย ไม่มีอาชีพที่มั่นคง รายได้ต่อเดือนประมาณ 1,000 บาทบางครั้งไม่ถึง และลูกชายไม่มีอาชีพที่มั่นคง บางวันไม่มีงานรับจ้างต้องออกไปหาของป่า



◆ ภายในห้องน้ำเก่า



◆ ภายในห้องน้ำใหม่



◆ ห้องน้ำใหม่

ทีมงานได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) ถึงสวัสดิการที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นรายเดือนเดือนละ 500 บาท หรือการช่วยเหลือในการประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต ที่บ้านมีการปลูกพืชผักสวนครัวบางชนิดเอาไว้รับประทานเอง และเลี้ยงไก่ไว้ขายและรับประทานเอง มีอยู่ 5 ตัว และกำลังหาลูกไก่มาเลี้ยงเพิ่ม ปัจจุบันยังคงเครียดอยู่ แต่น้อยลงกว่าปีที่แล้ว เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน และบุคลากรอื่น ๆ เป็นอย่างดี ทุกวันนี้ตั้งหน้าตั้งตาหาเลี้ยงชีพโดยการรับจ้างทั่วไป เลี้ยงไก่ และสานกระเป๋ายาย ไม่มีเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่อยากฆ่าตัวตาย

4. สภาพห้องนอนอับและทึบ ไม่มีหน้าต่าง มีข้าวของเก็บไว้มากมาย ไม่เหมาะสมกับโรคผู้ป่วย บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านไม้ยกใต้ถุนดิน บ้านใดบ้าน มีร่องระหว่างบันไดคอนกรีตข้างทางและไม่ได้ระดับ นอกจากนั้นห้องน้ำยังอยู่นอกบ้าน เป็นส้วมซึม พื้นเป็นดิน ภายในห้องไม่มีหลอดไฟฟ้าคอยให้แสงสว่าง ไม่มีราวจับให้ผู้ป่วย

ทางทีมพยายามชี้ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของสภาพบ้านที่มีผลต่อความเจ็บป่วย และได้ประสานงานกับทางสถานีอนามัย เพื่อสร้างห้องน้ำขึ้นใหม่ให้มีแสงสว่างเพียงพอ มีลักษณะเป็นโถนั่ง โดยได้รับความช่วยเหลือจากชาวบ้านและทางอนามัย ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปรับสถานที่ภายในบ้านให้โล่งขึ้นและมีการจัดข้าวของให้เป็นระเบียบ แต่บ้านใดขึ้นบ้านยังเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุ

## สรุป

การรักษาโรคของผู้ป่วยสูงอายุในบางราย ไม่สามารถพิจารณาเพียงแค่เฉพาะตัวของ “โรค” ได้ หากไม่ประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ และไม่ได้ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็ไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย มีความพร้อม และเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเริ่มจากการตั้งใจฟังให้เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและเชื่อ เพื่อนำมาประยุกต์เป็นคำแนะนำที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือง่าย ๆ คือ การเยี่ยมบ้าน หัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องประเมินอย่างครอบคลุมทุกมิติ (Comprehensive geriatric assessment) ดูแลต่อเนื่อง และทำงานเป็นทีมสหสาขา อาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสำเร็จอยู่ที่ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนอย่างแท้จริง





## ข้อคิด

การแก้ไขในเรื่องปัญหาทางการเงินเป็นเรื่องยาก หากสามารถดำเนินตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

### บรรณานุกรม

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทิควีพี จำกัด; 2551.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปรียานุช แยมวงษ์. สมทรง เลชะกุล การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 029/42 ตุลาคม. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระบบ หลักการและแนวทางปฏิบัติ. มกราคม 2552.
- สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. 2549
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551) รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.



# “การประเมินและการดูแลผู้ป่วย ภายหลังเผชิญภาวะวิกฤต” ประเด็นที่ไม่ควรถูกลืม

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลระโนด อำเภอรโนด จังหวัดสงขลา

## บทนำ

ภาวะวิกฤต (Life Stressful Event) เป็นเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิต ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับภาวะวิกฤตได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถดถอย และอาจส่งผลต่อการรักษาและการดำเนินโรคทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนเวลาอันควรได้

ป้าส้มจินอายุ 48 ปี ภรรยาของคุณลุงบุญมี อาชีพขายน้ำชา, ผลไม้ มีประวัติ Hypertension และ DM type 2 poor control

## ประวัติการรักษา

ป้าส้มจินเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดัน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัว แต่ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรม และควบคุมอาหาร

## ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

|                 |                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------|
| HCTZ (25 mg)    | รับประทาน 1 เม็ดตอนเช้า                                              |
| ASA (81 mg)     | รับประทาน 1 เม็ดตอนเช้า                                              |
| Amlodipine (5)  | รับประทาน 1 เม็ดตอนเช้า                                              |
| Metformin (500) | รับประทาน 1 เม็ดตอนเช้า                                              |
| Humulin 70/30   | 45 ยูนิตฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังเช้า, 22 ยูนิตฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังเย็น |

## ตรวจร่างกาย

BP 130/80 mmHg, PR 70 ครั้ง/นาที  
ตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

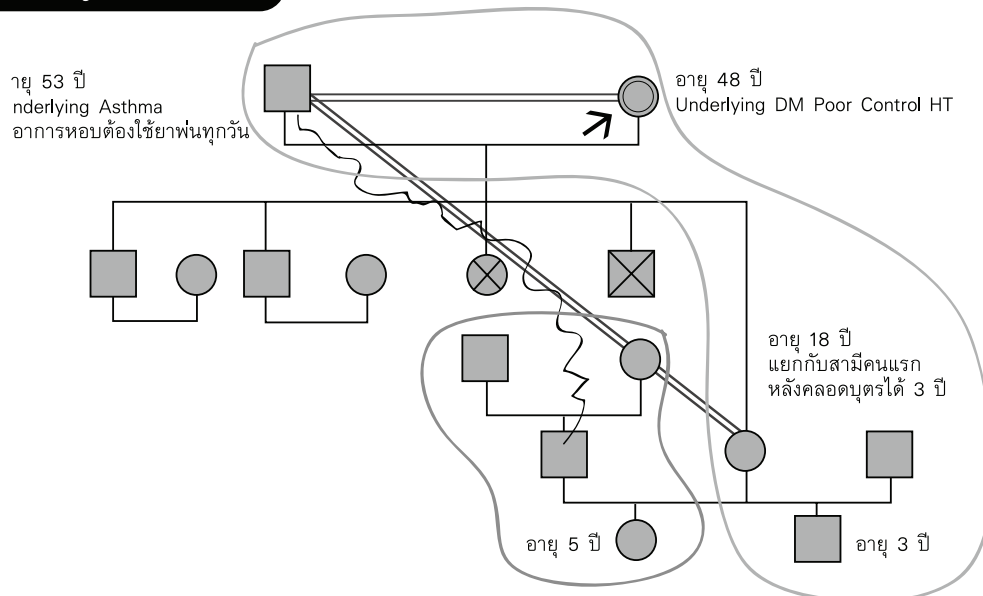


## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

FBS อยู่ในช่วง 220 – 280 mg%, HbA1c ล่าสุด = 11.7 mg%, BUN/Cr = 8/0.8 mg%

จากประวัติการรักษา ป้าส้มจิ้นเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Poor control DM) แต่ป้าส้มจิ้นเป็นผู้ป่วยที่ดีมาตรวจตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาครบถ้วน

### วงเครือญาติของป้าส้มจิ้น



### ในช่วง 4-5 เดือนที่ผ่านมา....

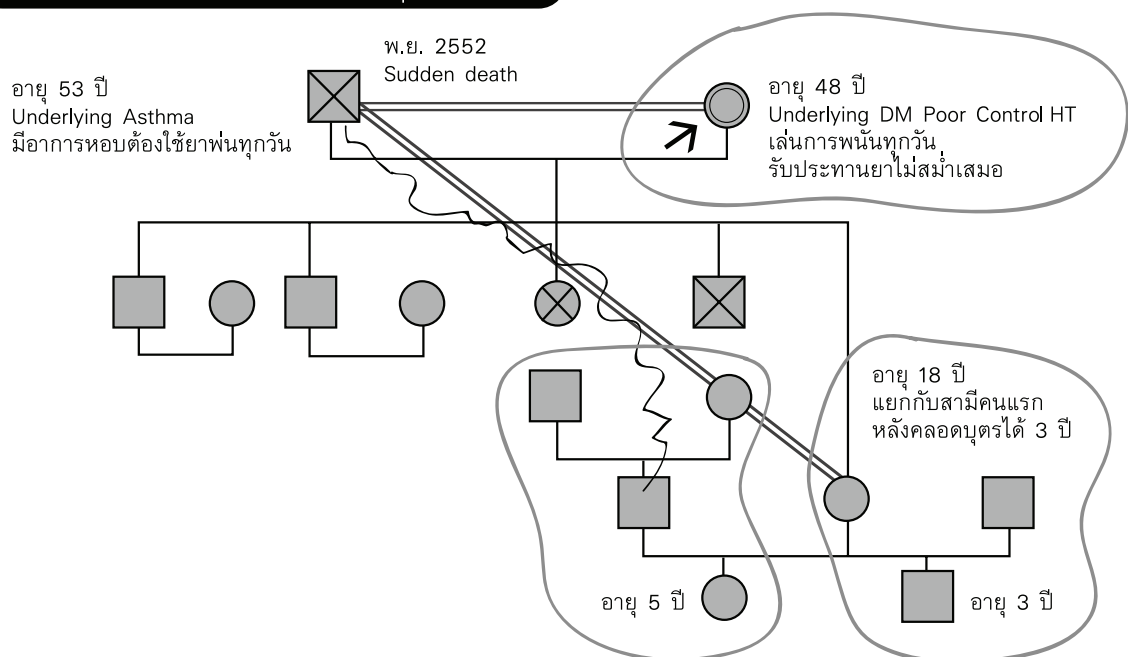
เป็นที่น่าสังเกตว่า ป้าส้มจิ้นยังคงมารับยาที่โรงพยาบาลเป็นระยะ แต่ไม่ตรงตามนัด ขาดยาบ่อย ปฏิเสธการพบแพทย์ ขอรับยาอย่างเดี๋ยวกฎีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้เหตุผลว่าติดธุระ บางครั้งให้คนอื่นมารับยาแทน

แพทย์พยาบาลสังเกตได้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่ยังยินยอมให้ป้าส้มจิ้นรับยาเดิมได้ โดยไม่ได้ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ มาเป็นระยะเวลา 4-5 เดือน เนื่องจากไม่ทราบว่าจะมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของป้าส้มจิ้นอย่างไร คงทำได้แต่เพียงบอกกล่าวให้มาตามนัด รับประทานยาให้ตรงเวลา และควรตรวจเลือดตามแผนการรักษา ซึ่งไม่ได้ทำให้ป้าส้มจิ้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

วันหนึ่ง... ได้มีโอกาสพบกับส้มจุกลูกสาวของป้าส้มจิ้น ส้มจุกบอกว่า “ตอนนี้อยากครอบครัวออกมาแล้วเพราะทนแม่ไม่ได้ หลังจากพ่อเสียชีวิต แม่เล่นการพนันทุกวัน ไม่ช่วยทำมาหากิน ยาเบาหวานความดันกินบ้างไม่กินบ้าง หนูก็ยุ่งไม่มีเวลาคอยจี้จ้ำจี้บ่อย ๆ เพราะหนูก็ต้องทำมาหากิน ลูกก็ยังเล็ก หมดคอยดูแล เดี่ยวแม่คงไปหาหมอดูตอนซีก เพราะน้ำตาลสูง เล่นแต่ไพ่ ไม่กินยา ไม่หาหมอ”

จากคำพูดของส้มจุก ทำให้เกิดการทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมถดถอยของป้าส้มจิ้นที่อาจจะสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของลุงเซ้ง โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจความสัมพันธ์และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวของป้าส้มจิ้น โดยใช้เครื่องมือ PRACTICE ในการประเมินครอบครัว

### ผังเครือญาติของป้าส้มจิ้นหลังจากสูญเสียชีวิต



### ประเมินครอบครัว (Family Assessment) โดยใช้เครื่องมือ PRACTICE

#### P – Presenting Problem

ภายหลังการสูญเสียหัวหน้าครอบครัว ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว (Stressful Life Event) พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาเบาหวานความดัน และการใช้ชีวิตของป้าส้มจิ้นเปลี่ยนแปลงไปในทางถดถอย คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ, ไม่ประกอบอาชีพหารายได้ให้กับครอบครัว, เล่นการพนันทุกวัน ทำให้สถานะของครอบครัวเปลี่ยนไปจนส้มจิ้นทนไม่ได้ต้องแยกครอบครัวออกมา โดยไม่สนใจป้าส้มจิ้น ในอนาคตป้าส้มจิ้นอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เนื่องจากการไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และอาจจะต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ

#### R – Roles

ลุงซึ่งเสียชีวิตกะทันหัน เป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีอิทธิพลเหนือสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้าน เป็นผู้คุมกฎระเบียบในบ้าน (Hierarchy) รวมถึงเป็นผู้หารายได้หลักเลี้ยงครอบครัว (Breadwinner) ตลอดจนเป็นที่เคารพ เชื่อฟังของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากป้าส้มจิ้นที่ไม่ค่อยมีบทบาท หรืออำนาจในการตัดสินใจ ลุงซึ่งและป้าส้มจิ้นเป็นสามีภรรยาที่ห่วงใยซึ่งกันและกัน เวลาที่ลุงป้าส้มจิ้นมาตรวจคุณ ลุงซึ่งจะคอยเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ยอมควบคุมอาหารของป้าส้มจิ้นให้แพทย์และพยาบาลฟัง ส่วนป้าส้มจิ้นก็ได้แต่ยิ้มและบอกว่า “ก็พยายามอยู่แต่ยังทำไม่ได้”

ส้มจิ้นบุตรสาวจะให้ความยำเกรงลุงซึ่งมากกว่าป้าส้มจิ้น เนื่องจากลุงซึ่งเป็นคนเอาจริงจัง ถ้าทำผิดก็จะทำโทษ แต่ป้าส้มจิ้นจะไม่ค่อยทำโทษหรือดุด่าลูก อาจจะมีตักเตือนบ้างเป็นครั้งคราว

### A – Affect (Emotional Expression)

ยังไม่ได้มีโอกาสพบกับป้าส้มจิน พบแต่ส้มจุก ซึ่งมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับพฤติกรรมของป้าส้มจิน แต่ก็ยังคงมีความรู้สึกเป็นห่วงป้าส้มจิน

### C – Communication

สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันอย่างชัดเจน และตรงตัวผู้ที่ต้องการสื่อสาร (Clear and Direct) โดยทุกคนกล้าที่จะสื่อสารกันตรง ๆ แต่มีการอธิบายเหตุผลค่อนข้างน้อย และมักจะสื่อสารโดยใช้ YOU – Messages มากกว่า I – Messages เช่น ส้มจุกสื่อสารถึงป้าส้มจิน ว่า “แม่ออกไปเล่นไฟทุกวัน ไม่ดูแลตนเอง ไม่กินยา ไม่ดูแลลูก ไม่สนใจว่าลูก หลานจะอยู่กันอย่างไร” (YOU – Messages) แทนที่จะพูดว่า “เวลาที่แม่ออกไปเล่นไฟจนลืมกินยา ทำให้ฉันรู้สึกเป็นห่วงสุขภาพของแม่กลัวว่าจะช็อกเพราะน้ำตาลสูง

### T – Time in life cycle of family

ครอบครัวอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเกิดภาวะวิกฤตสูญเสียเสาหลักของครอบครัว

### I – Illness

ทั้งป้าส้มจิน และลุงแข่งต่างป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งยังคงต้องปรับบทบาทหน้าที่ของการเป็นสมาชิกครอบครัวตามปกติ แต่สมาชิกในครอบครัวจะคอยระวังหรือตักเตือนซึ่งกันและกันไม่ให้คนที่ป่วยเสี่ยงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้โรคกำเริบ

### C – Coping with stress

ก่อนที่ลุงแข่งจะเสียชีวิต ลุงแข่งจะเป็นคนตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองในภาวะที่ครอบครัวเผชิญกับปัญหา ไม่ค่อยขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องคนอื่น ๆ

หลังจากที่ลุงแข่งเสียชีวิต ครอบครัวก็ประสบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมถดถอยของป้าส้มจิน ทำให้ส้มจุกแก้ปัญหาโดยการไม่สนใจ เลี่ยงที่จะเผชิญกับปัญหาจนต้องแยกครอบครัวออกมา

### E – Ecology

ครอบครัวเดิมของลุงแข่งไม่พอใจที่ลุงแข่งแต่งงานมีครอบครัวกับป้าส้มจิน ทำให้หลังจากแต่งงานแล้วครอบครัวของลุงแข่งค่อนข้างจะแยกออกจากครอบครัวเดิม (Family of origin) ไม่ค่อยขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเดิม

ก่อนที่ลุงแข่งจะเสียชีวิต สถานะทางการเงินของครอบครัวอยู่ในฐานะพอกินพอใช้ มีเงินเหลือเก็บพอที่จะสามารถซื้อรถกระบะมือสอง เนื่องจากลุงแข่งและป้าส้มจินช่วยกันทำมาหากิน แต่หลังจากลุงแข่งเสียชีวิต ป้าส้มจินไม่ได้ขยันทำมาหากินเหมือนก่อน มีเพียงส้มจุกที่ประกอบอาชีพค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งพอเพียงสำหรับการเลี้ยงดูลูกของส้มจุกเท่านั้น ขณะนี้ป้าส้มจินใช้จ่ายโดยใช้เงินที่ได้จากการทำประกันชีวิตของลุงแข่ง

แม้ว่าส้มจุกจะไม่ได้แสดงว่าต้องการให้ทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของป้าส้มจิน แต่จากการประเมินสถานการณ์ทั้งหมด ถ้าจะปล่อยปละละเลยให้สถานการณ์ยังดำเนินไปเช่นนี้ อาจส่งผลให้โรคเบาหวานของป้าส้มจินแยลงก่อนเวลาอันควร ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวอีกมากมาย หรืออาจจะทำให้ป้าส้มจินต้องมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการ Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia ซึ่งยังไม่รวมถึงการเกิดภาวะเครียดในอนาคตทั้งของป้าส้มจิน และส้มจุกเนื่องจากประสบปัญหาทางเศรษฐกิจหลังจากที่ใช้จ่ายเงินจากการทำประกันชีวิตของลุงแข่งหมดไป





หลังจากทำการประเมินครอบครัวของป้าส้มจิ้นแล้ว ทำให้เกิดความเข้าใจความสัมพันธ์และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวของป้าส้มจิ้น ซึ่งนำมาสู่การวางแผนการดูแลป้าส้มจิ้นที่มากกว่าการให้คำแนะนำให้มาตรงตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ตลอดจนนำไปเป็นบทเรียนที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังเผชิญภาวะวิกฤต ดังนี้

1. ในกรณีที่พบเหตุการณ์การรับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ควรมีการประเมินสภาพอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากสภาพด้านการกินยา หรือให้คำแนะนำแบบเดิม ๆ ควรมีการค้นหาปัจจัยที่รอบด้านดังเช่นในกรณีนี้ที่มีปัจจัยวิกฤตในครอบครัว ซึ่งควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำรงชีวิตภายหลังการเผชิญภาวะวิกฤต
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถดถอยภายหลังเผชิญภาวะวิกฤตจนทำให้ครอบครัวเสียสมดุล หรือมีผลต่อการรักษาโรค ทีมสุขภาพอาจจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย (Facilitator) ให้ผู้ป่วยมีความคิด และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ รวมถึงช่วยถ่ายทอดความรู้สึกห่วงใยของสมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยทราบ
3. หาข้อมูลเพิ่มเติมในการนำบุคคลอื่น ๆ (Extra Familial resources) ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เคารพนับถือ หรืออาจจะมีอิทธิพลทางความคิดของผู้ป่วย มามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย
4. ติดตามให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสไม่มารับการรักษาต่อเนื่องและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้

## บทสรุป

ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถดถอยและครอบครัวเข้าสู่ภาวะเสียสมดุล ควรจะมีการประเมินภาวะวิกฤตของครอบครัว และการปรับตัวภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เพื่อจะได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

1. Janet Christie-Seely. Working With the Family in Primary Care. Westport, Greenwood Publishing Group, Inc., 1984.

## “มาอีกแล้วเหอเนี่ย”

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คนไข้ที่ชอบเวียนเข้าเวียนออก มารักษาบ่อยครั้งจนดูเหมือนจะเกินจำเป็นในสายตาของแพทย์พยาบาล (Overutilization of health care services) เป็นคนไข้ประจำอีกประเภทที่มักจะถูกละทิ้ง ไม่สนใจที่จะเข้าใจเขาจริง ๆ จัง ๆ ว่าปัญหาสุขภาพของเขาเป็นมาอย่างไร ในปัจจุบันคนไข้เหล่านี้ถูกเรียกว่า “Frequent attenders (FA)” การเรียกดังกล่าวเพื่อทำความเข้าใจคนไข้เหล่านี้ให้มากขึ้น ฟังเรื่องราวของชีวิตเขาให้มากกว่าแค่รับฟังอาการทางกายเท่านั้น ที่มักจะมาตั้งแต่หัวถึงเท้า

### หลักการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ข้อแรก ต้องเข้าใจหลักการของ “Family systems theory”<sup>1,2</sup> ก่อน นั่นคือ ทุกสิ่งอย่างมีเหตุปัจจัย และเหตุปัจจัยเหล่านั้นสัมพันธ์กันไปมา ดังนี้

1. เหตุปัจจัยเหล่านั้นมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร (Interaction)
2. เหตุปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันมาอย่างไร (Relationship)
3. เมื่อเกิดเหตุอย่างหนึ่งแล้วมีผลสะท้อนกลับไปมาอย่างไร (Feedback loops)

เพราะการที่คนเราเจ็บป่วย ไม่ได้มีสาเหตุตรงไปตรงมาแบบ  $1 + 1 = 2$  หรือเพราะมีเชื้อโรคตัวเดียวเราจึงป่วย (linear causality ; สมมุติให้ทุกสิ่งอยู่หนึ่งที่เหมือนระบบปิดในห้องทดลอง) แต่ชีวิตจริงของคนมีความสัมพันธ์กับคนอื่น ทั้งในและนอกครอบครัวมาก่อนหน้าและตลอดไป ครอบครัวจึงเป็นหน่วยแรกที่สำคัญและผูกพันอยู่รอบตัวผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เราจึงต้องทำความเข้าใจทั้งเรื่องในตัวและในครอบครัวของเขาด้วย มีปัจจัยอื่นมาเสริมเพิ่มเติมอีกหรือไม่ ปัจจัยเหล่านั้นมาช่วยหรือมาซ้ำเติมปัญหาสุขภาพของเขา ลักษณะแบบนี้เรียกว่า มีเหตุและผลที่เป็น dynamic ตลอดเวลา ไม่ตรงไปตรงมา (Circular causality)





แพทย์ที่เรียนมาแบบการลดตัดทอนสาเหตุของการป่วย ให้เหลือเพียงวินิจฉัยโรคเดียว พยาธิสภาพเดียวที่อธิบายทุกอย่างของความเจ็บป่วยได้ จึงยากที่จะทำให้ใจให้รับมือกับเหตุและผลของการเจ็บป่วยที่วนกลับไปมาเป็นเหตุของความเจ็บป่วยได้อีก เหตุเหล่านั้นไม่หยุดนิ่ง เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และโยงใยกัน ดังนั้นถ้าต้องการเข้าใจเรื่องราวของคนไข้เหล่านี้ ก็**จะเหมือนเวลาเราแกะปมด้ายที่มันพันกันอยู่แน่น** ต้องมองให้รอบด้านก่อน แล้วค่อย ๆ คลายออกทีละเส้นสองเส้น ในที่สุดก็จะแกะออกได้ แล้วคนไข้ก็จะโล่งในที่สุด

#### ข้อสอง เข้าใจประสบการณ์ของความเจ็บป่วย (Illness experience)

อย่าฟังประวัติแค่ **“เจ็บอะไรบ้าง”** เพราะเป็นการฟังแบบตัดขวางเหมือน **“วันนี้เป็นยังไง”** มากกว่าจะฟังว่า **“เรื่องราวมันเป็นยังไงมาying”** นอกจากจะช่วยให้คนไข้ได้ค่อย ๆ เรียบเรียงประวัติความเจ็บป่วยเป็นลำดับก่อนหลัง เหมือนค่อย ๆ ช่วยให้เขาสาวด้ายทีละเส้นออกจากปมด้วยตนเอง การพูดคุยซักประวัติควรมองหาองค์ประกอบต่อไปนี้ของประสบการณ์ความเจ็บป่วย<sup>3</sup> ไปด้วย

1. พื้นฐานนิสัยและบุคลิกเดิมของผู้ป่วย (Individual personality dynamics)
2. ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย (Individual experiences with health and disease)
3. อาการรบกวนทางกายต่าง ๆ ที่มี (Physical symptoms)
4. ความเชื่อถือศรัทธาในการเข้ารับการรักษากับแพทย์หรือสถานพยาบาล (Beliefs about and access to health care professionals)
5. ความคิดและประสบการณ์ของคนในครอบครัวต่อความเจ็บป่วย (Family dynamics and family health beliefs and experiences)
6. ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ (Religious and spiritual beliefs)
7. ความคิด ความเชื่อตามวัฒนธรรมและประเพณีของผู้ป่วย (Cultural beliefs and norms)

#### ข้อสาม ชวนให้เล่าอย่างต่อเนื่อง

จะมาก็ครั้ง นอกจากซักประวัติทางโรคภัยไข้เจ็บ คอยดูแลไม่ให้มีอันตราย ก็ให้กลับไปทำสองข้อแรกอย่างต่อเนื่อง เพราะนอกจากจะเข้าใจเห็นใจในทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ได้เพิ่มขึ้น ยังเป็นการฝึกให้สมองของคนไข้คิดเรียงลำดับเป็นขั้นตอนและวิเคราะห์สาเหตุที่ด้ายในชีวิตเขามันพันกันเป็นปม เพราะในช่วงที่เขาอ่อนแอ เขาจะวนกลับไปคิดยุ่งเหยิงอีก เรามีหน้าที่ถามให้เขาค่อย ๆ คิด และเราก็คิดตามเขาไปด้วย



นอกจากจะไม่เบื่อหน่ายทุกครั้งที่เราเจอหน้าเขา แต่จะรู้สึกสนุกที่จะได้อ่านนิยายบทถัดไป นิยายเขียนสดที่คนไข้เขียนขึ้นใหม่เมื่อเวลาผ่านไป โดยมีเราเป็นผู้ช่วย เขาจะเขียนพล็อตเรื่องของตัวเองได้ดีขึ้น ด้ายมันก็จะคลายปมในที่สุด เมื่อนั้นคนไข้ก็จะกลายเป็น Infrequent attenders จนเราอดคิดถึงไม่ได้ว่า “หายไปไหน ทำไมไม่มา”

#### เอกสารอ้างอิง

1. Zubialde JP, Aspy JP. It is time to make a general systems paradigm reality in family and community medicine. Fam Syst & Health. 2001;19:345-59.
2. Christie-Seely J. (Ed) Working with the Family in Primary Care: A systems approach to health and illness. New York: Praeger. 1984.
3. McBride JL. Family Behavioural Issues in Health and Illness. New York: The Haworth Press. 2006.



## ระบบการดูแลผู้สูงอายุในสิงคโปร์ : บทเรียนจากการศึกษาฐานมูลนิธิเต้า (TSAO Foundation)

ทัศนีย์ ญาณะ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน  
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ทีมงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและนักวิชาการจากองค์กรที่เกี่ยวข้องรวมจำนวน 16 คน ได้ไปศึกษาดูงานด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ประเทศสิงคโปร์ โดยการบริหารจัดการของสำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ผ่านโครงการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จากโปรแกรมทั้งหมดที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 21-23 ธันวาคม 2552 คณะศึกษาดูงานได้เรียนรู้เรื่องระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวม ระบบการเงินการคลังที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ การศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิในบริบทของประเทศสิงคโปร์ โดยเน้นที่บริการผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่แสวงหากำไร (non profit organisation) ซึ่งทางสิงคโปร์เรียกว่า Voluntary Welfare Organization (VWO) ทั้งนี้มุ่งหวังให้คณะศึกษาดูงานได้เปิดมุมมอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับประยุกต์ใช้ในบริบทการทำงานเพื่อการพัฒนาบริการได้ต่อไป สำหรับบทความนี้เป็นการเล่นคำนำส่งจากข้อมูลและบทเรียนจากการศึกษาฐานมูลนิธิเต้า ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรซึ่งดำเนินการเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนและการดูแลตนเองเป็นฐานการพัฒนา โดยคณะศึกษาดูงานได้เรียนรู้ทั้งในเชิงแนวคิด ธุรกรรมกรดำเนินงานที่หลากหลายครบวงจรและสามารถถ่ายทอดขยายผลการพัฒนาได้ รวมทั้งบทเรียนการจัดการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับทีมงานวิชาชีพและกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชน





## 1. สถานการณ์สภาพปัญหาผู้สูงอายุและระบบบริการผู้สูงอายุ

ความท้าทายในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์นั้น มีความไม่ต่างจากบริบทประเทศอื่น ๆ ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่สะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะในช่วงปี 2010 เป็นต้นไป โดยจำนวนวันเฉลี่ยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Average Length of Stays: ALOs) ของกลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับ 6.8 วัน โดยกลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการใช้บริการ (Utilisation rate) ร้อยละ 29.7 ของกลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั้งหมด ซึ่งเมื่อเทียบข้อมูลดังกล่าวกับกลุ่มอายุอื่น ๆ ทั้งหมดโดยสรุปพบว่า ผู้สูงอายุมีการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า และมีระยะเวลาพักรักษาตัวนานกว่า ไม่รวมกับสภาพปัญหาเรื่องการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนภาระการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือต้องการพึ่งพามากขึ้น เช่น จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ในปี 2549 เสนอว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงและต้องการการพลิกตัวสม่ำเสมอร้อยละ 1.1, ผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือและการดูแลทางกายทั้งหมดร้อยละ 1.3, ผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยดูแลและใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร้อยละ 2.6, ผู้สูงอายุที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร้อยละ 5.2 และกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหวและดูแลตนเองได้ดีร้อยละ 92.2

นอกจากนี้ ปัญหาการจัดระบบบริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการดูแล ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมให้ได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความจำเป็นในการพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพ ความรู้ความสามารถ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเตรียมความพร้อม ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวในประเทศสิงคโปร์ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว จากสภาพดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดการพึ่งพิงระบบบริการที่มากเกินไป ขาดการบูรณาการเครือข่ายบริการทางด้านสังคมและสุขภาพ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรภาคีต้องจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุใหม่ภายใต้นโยบายการปรับรูปแบบการดูแลแบบสถาบันสู่ชุมชนเป็นฐาน (shift from institutional based model to community based model)

## 2. ข้อมูลจากการศึกษาฐานมูลนิธิเต้า (TSAO Foundation : The Successful Ageing Organisation)

มูลนิธิเต้าตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนทุกช่วงวัยให้ความสำคัญ สนับสนุน และให้คุณค่ากับกลุ่มผู้สูงอายุในสังคม โดยมีแนวทางการพัฒนาบริการแบบครบวงจรภายใต้หลัก self care driven model of active ageing เสริมศักยภาพในเชิงองค์ความรู้และทักษะของบุคคลและชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดการให้เกิดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งยังส่งเสริมการสะท้อนความคิดเห็นจากผู้สูงอายุในแต่ละระดับ เพื่อขยายผลต่อการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว



โปรแกรมและกิจกรรมที่หลากหลายของมูลนิธิเต๋า จึงเกิดขึ้นตามแนวนโยบายการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารของมูลนิธิ ซึ่งจัดทะเบียนเป็นองค์กรการกุศลอย่างเป็นทางการของรัฐบาลสิงคโปร์ในปี 1991 ปัจจุบัน (มกราคม 2553) มูลนิธิมีงบประมาณดำเนินการมากถึงประมาณ 4.8 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ (เงินไทยประมาณ 115 ล้านบาท) ที่มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในแผนกต่าง ๆ มากถึง 52 คน ด้วยการวางแผนและประสบการณ์ที่สั่งสมจากการดำเนินงานมานาน ทำให้มูลนิธิดังกล่าว เป็นหนึ่งในหน่วยงานด้านผู้สูงอายุที่สามารถสร้างการยอมรับทั้งจากแวดวงคนทำงานด้านสาธารณสุข นักวิชาการ หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศสิงคโปร์และต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับผลงานในการทำงานจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม และสมาชิกในชุมชนที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มูลนิธิ ฯ ไปทำงานด้วยอย่างมากมาย



มูลนิธิเต๋าใช้กรอบแนวทางการทำงานตาม 3 องค์ประกอบของการพัฒนา Active Ageing ขององค์การอนามัยโลกซึ่งประกอบด้วย 1. ความมั่นคงทางด้านรายได้ (income security) 2. การบริการด้านสุขภาพ (health care) และ 3. การมีส่วนร่วม (participation) ตัวอย่างบางส่วนของกิจกรรมมูลนิธิในช่วงปีที่ผ่านมาสะท้อนภาพตามแนวทางการทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** กิจกรรมมูลนิธิเต๋า ปี 2552 ตามองค์ประกอบการพัฒนา ACTIVE AGEING ตามกรอบแนวคิดจากองค์การอนามัยโลก

| กรอบการพัฒนา<br>มิติเนื้อหา          | ความมั่นคงด้านรายได้                                                                                                                                                                                                             | การบริการด้านสุขภาพ                                                                                                                                                           | การมีส่วนร่วม                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ลักษณะรูปแบบโครงการ                  | โปรแกรมการให้การศึกษาด้านการเงิน (Citi-TSAO Foundation Financial Education Programme) โดยโปรแกรมนี้นั้นผู้หญิงในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและอายุระหว่าง 40-60 ปี                                                                      | การจัดเวทีวิชาชีพเสวนา (professional forum) ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (primary care specialists) ในเรื่อง “Challenges of an Ageing Population – the Primary Care Perspective” | การเปิดตัวอย่างเป็นทางการเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกิจกรรมและได้ทำงานร่วมในชุมชนที่กว้างขวางมากขึ้นผ่านโครงการ Voice of Older People Programme                                                                      |
| เป้าหมาย/รูปแบบกิจกรรม/วิธีดำเนินงาน | กิจกรรมหลักเป็นการเพิ่มทักษะพื้นฐานการจัดการด้านการเงิน รวมทั้งการวางแผนการเงินเมื่อสูงอายุ และกิจกรรมที่กระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มหญิงที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาสเป็นสำคัญด้วย | สร้างเสริมแนวคิดและเปิดมุมมองของกลุ่มวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนความร่วมมือในการทำงานด้านสุขภาพแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข        | เน้นให้ผู้สูงอายุได้ร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบายเพื่อผู้สูงอายุในระดับชาติ โดยส่วนหนึ่งให้มีการจัดทำรายงานส่งรัฐบาลสิงคโปร์ เพื่อสะท้อนเสียงจากกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งกิจกรรมพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มแกนนำในชุมชน |

| กรอบการพัฒนา<br>มิติเนื้อหา | ความมั่นคงด้านรายได้                                                                                                                                                                        | การบริการด้านสุขภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | การมีส่วนร่วม                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เนื้อหาสำคัญ                | เนื้อหา 2 ประเด็นหลักคือ<br>1) การเงินส่วนบุคคล (personal financing) เช่น เรื่องการออมหนี้สิน การลงทุน การประกัน และ 2) การเสริมพลังความมั่นคงทางด้านสังคม (empowerment of social security) | เนื้อหาครอบคลุมบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การคัดกรองภาวะสุขภาพ การประเมินและจัดการความเจ็บปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ ตลอดจนความร่วมมือการบริการและบริหารจัดการจากภาครัฐ ด้านการสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานบริการปฐมภูมิ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น | เนื้อหาการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนานโยบาย ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เช่น กรณีข้อเสนอในประเด็นนโยบายการจัดที่พักอาศัยและบริการร้านอาหาร รวมทั้งกิจกรรมเสริม เช่น Senior's Talkshop ในชุมชน, Guided Autobiography (GAB) รวมทั้งการสื่อสารสาธารณะในชุมชน เป็นต้น |

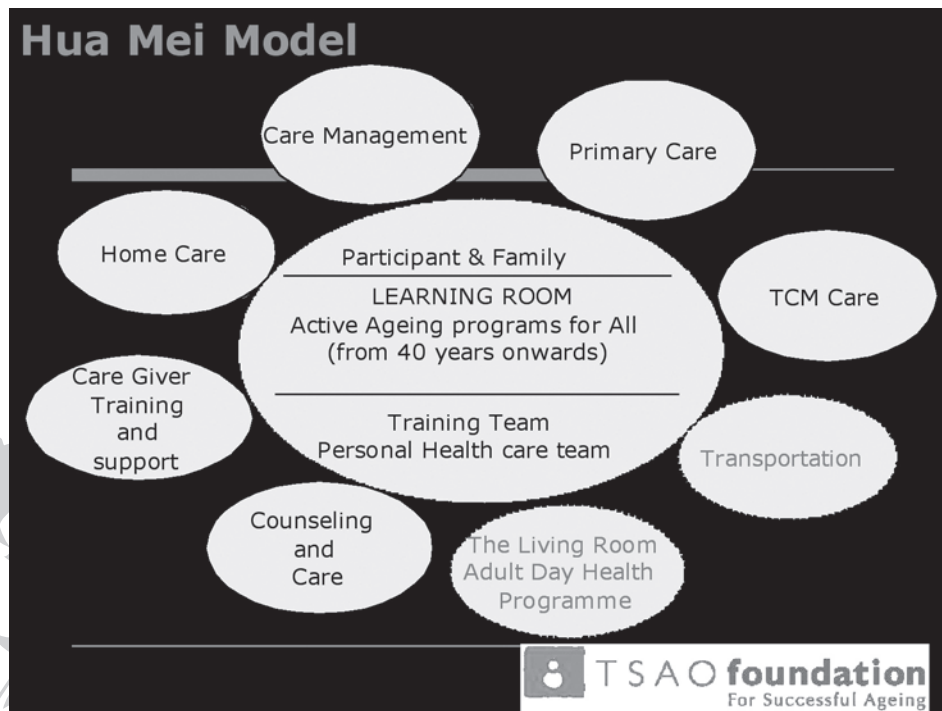
จากตารางข้างต้น เป็นเพียงกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการในช่วงสองปีที่ผ่านมาเท่านั้น แต่กิจกรรมหลักที่มูลนิธิเต๋าดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และขยายบทบาทกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายนั้น ประกอบด้วย การจัดให้มีศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ (Hua Mei Center For Successful Ageing) เป็นหน่วยงานครบวงจรที่พัฒนางานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมทั้งด้านบริการรักษา การให้การปรึกษา การอบรมและสถานที่ผ่อนคลายภายในคลินิก (Senior clinic) การบริการเคลื่อนที่ (Mobile clinic: home medical care) การบริการฝังเข็มและการแพทย์แผนจีน (Acupuncture and Traditional Chinese Medicine) การจัดการดูแลเฉพาะ (Care Management) และกิจกรรมสำคัญที่เน้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาคือ การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร (Training Academy) เพื่อพัฒนาศักยภาพที่จำเป็น



สำหรับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครในชุมชน รวมทั้งผู้สนใจพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้มีรายได้สนับสนุนการทำงานของมูลนิธิ ฯ และสร้างความต่อเนื่องในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี

สรุปกิจกรรมของ “Hua Mei Model” ดังกรอบภาพที่ 1 ซึ่งดำเนินการทุกมิติอย่างชัดเจน โดยริเริ่มกิจกรรมด้านบริการด้านการเดินทางและจัดกิจกรรมผ่อนคลายระหว่างวันภายในศูนย์การดูแล นอกจากนี้ ยังสร้างความร่วมมือกับองค์กรด้านการวิจัยในเรื่องความจำเป็นต้องการของผู้สูงอายุในอนาคตด้วย ปัจจุบันมูลนิธิ ฯ มีหลักสูตรและการผลิตคู่มือจัดอบรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายและน่าสนใจ

กรอบภาพที่ 1 รูปแบบกิจกรรมของศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ (Hua Mei Center For Successful Ageing) ภายใต้มูลนิธิเต๋า



### 3. ประเด็นน่าสนใจในการปรับประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนรู้ในบริบทประเทศไทย

จากการแลกเปลี่ยนระหว่างทีมแพทย์และทีมงานในมูลนิธิบางส่วน ประกอบกับการแลกเปลี่ยนกันเองในคณะศึกษาดูงาน มีประเด็นการเรียนรู้ที่หลากหลายซึ่งสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนาในบริบทประเทศไทยได้ เช่น 1) การทำงานเรื่องผู้สูงอายุที่เริ่มต้นในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 40 เป็นต้นไปเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ 2) แนวทางการออกแบบระบบบริการและรูปแบบการบริการที่ครบวงจรในระดับพื้นที่ โดยที่มีแนวคิดชุมชนเป็นฐานการพัฒนา ซึ่งหน่วยบริการไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ หรือ องค์กรสาธารณประโยชน์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ สมาชิกในชุมชนและผู้สูงอายุเองสามารถมีส่วนร่วมและเป็นภาคีในการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี 3) การเปิดโอกาสและพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการจัดการเครือข่ายระบบดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นภาคส่วนใดแต่ขอให้มีความพร้อมในเชิงการบริหารจัดการและประสานงานกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดบริการที่ครบวงจรและครอบคลุมมิติความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถที่จะส่งเสริมศักยภาพกลุ่มที่เกี่ยวข้องให้สนับสนุนระบบการดูแลในแต่ละประเภทของปัญหาได้เป็นอย่างดี 4) บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตลอดจนทีมงานที่มีความรู้ความสามารถในการบริการที่บ้านตามระดับของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุ ก็เป็นประเด็นที่คณะศึกษาดูงานสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการทำงานได้เป็นอย่างดี และประเด็นสำคัญหนึ่งที่จะทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม คือ การให้ความสำคัญจากส่วนกลางในระดับนโยบาย การจัดระบบบริการ ระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการบูรณาการจากหน่วยงานและองค์กรที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง



สุดท้ายของบทความนี้ ขอฝากด้วยประโยคที่ประธานมูลนิธิ ฯ คนปัจจุบัน (Dr Mary ANN Tsao) ที่เน้นย้ำเป้าหมายของมูลนิธิไว้ใน The Handbook on Successful Ageing ว่า “Our goal is to prepare people to age well, regardless of life stage, health status or physical ability. Ageing well also means being supported during their journey to self-mastery, making the most of their physical, mental and emotional health, and making choices about how they want to live.”

A totally new concept in Singapore, the Hua Mei Centre for Successful Ageing (HMCSA) is a comprehensive and integrated service centre that aims to promote and support a self-care driven model of active-ageing over the life course from age 40 and above. From disease prevention, health promotion, chronic disease management, long term care, end-of-life, professional training to financial literacy, centric: providing what a person needs-the right services, at the right time and in a holistic way. (Tsao Foundation Annual Report 2008)

สนใจติดต่อและศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

Dr Normala Manap Tel.: +65- 6593- 9510

298 Tiong Bahru Road #15-01/06 Central Plaza Singapore 168730

Tel: +65-6593-9500 Fax: +65-6276- 7128

Email: [tsao1@tsaofoundation.org](mailto:tsao1@tsaofoundation.org) Website: [www.tsaofoundation.org](http://www.tsaofoundation.org)





## ดูงานระบบการดูแลปฐมภูมิ ณ Village medical center เมือง Littleborough ประเทศอังกฤษ

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด

### ลักษณะทั่วไป

เมือง Littleborough เมืองเล็ก ๆ ที่อยู่ใน Lanchester ทางฝั่ง North West ของประเทศอังกฤษ อยู่ทางด้านทิศเหนือของเมือง Rochdale ประมาณ 3 ไมล์ มีประชากร 13,800 คน ลักษณะภูมิประเทศเป็นแบบที่ราบเชิงเขา อยู่ในเขตเทือกเขา Roch valley ประชากร ส่วนใหญ่ 85% เป็นชาวอังกฤษ แต่ก็มีชาวจีน ชาวอินเดีย และปากีสถานอาศัยอยู่จำนวนหนึ่ง



รูปที่ 1 Dr. Garth Manning, ดร.ปัทมา วาจามั่น, นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, Dr. Chayan Datta (ซ้ายไปขวา)

### ระบบบริการสาธารณสุขของเมือง Littleborough



รูปที่ 2 Village medical center

มีแพทย์ทั้งสิ้น 152 คน มี clinic 22 แห่ง คิดอัตราส่วนแพทย์ GP ต่อ ประชากร เป็น 1: 1790-1:2250 มี GP clinic 3 แห่ง คือ Village medical center, Littleborough health center และ Trinity health center โดยการศึกษาดูงานครั้งนี้ได้ดูงานที่ Village medical center

มีแพทย์ประจำเฉพาะทาง GP ทั้งสิ้น 2 คน คือ Dr. C. Datta และ Dr. A. Bishop trainee GP 2 ท่าน (ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของ GP), practice manager 1 คน receptionists 3 คน, practice nurse 1 คน visitor มีประชาชนขึ้นทะเบียนกับที่นี่ทั้งสิ้น 4,479 คน

**ตรวจรักษา** ตั้งแต่ 8:30-10:40 และ 15:30-18:00 น. (ช่วงเวลาที่เหลือเป็นช่วงเวลากำหนดงานเอกสารและงานบริหารจัดการต่าง ๆ) โดยผู้ป่วยจะต้องโทรศัพท์มาที่ศูนย์ในช่วงเช้าที่รอคิวตรวจโดยระบบการนัดทุกคนจะได้ช่วงเวลาคนละ 10-15 นาที

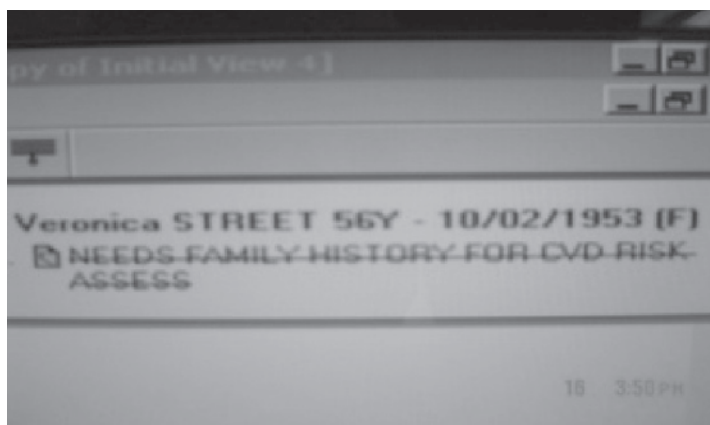
**เยี่ยมบ้าน** กรณีฉุกเฉินเดินทางมาไม่ได้ สามารถร้องขอแพทย์ให้ไปเยี่ยมบ้านได้ โดยให้โทรมาที่ reception ก่อน 10:00 น. แพทย์จะโทรกลับไปที่บ้านก่อน หากมีความจำเป็นจริง ๆ จึงจะไปเยี่ยมหลังตรวจคนไข้นัดเสร็จสิ้น หากแพทย์พิจารณาแล้วไม่จำเป็นต้องไปเยี่ยม ก็จะให้ญาติมารับใบยาที่คลินิกเพื่อรับยาที่ร้านยา

**ช่วงนอกเวลา** ใช้ได้เฉพาะในกรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉินเท่านั้น โดยโทรศัพท์มาที่เบอร์ Village medical center จะถูก divert ไปที่ศูนย์ให้คำปรึกษานอกเวลาโดยแพทย์ GP ที่ on call ชื่อ Bury & Rochdale Doctors on Call (BARDOC)

**การรับยาเดิม (Repeat prescription)** สามารถทำได้โดยติดต่อที่ reception เพื่อให้แพทย์พิจารณาว่า จะสามารถรับยาได้เลย หรือต้องพบแพทย์ก่อน หลังจากนั้นสามารถมารับ reorder slip เองที่ reception หรือรับผ่านจดหมายที่เจ้าหน้าที่ส่งถึงตัวเอง หรือโดย fax

**Chronic Disease Management** ให้บริการโดยแพทย์และ practice nurse โดย practice nurse มีหน้าที่หลักคือขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรัง ติดตามอาการ ปรับยา ตรวจเช็คเลือดประจำปี และจ่ายยาภายใต้การดูแลของแพทย์ โดยในรายที่ควบคุมได้ดีจะไม่ต้องพบแพทย์ แต่หากมีความผิดปกติ หรือควบคุมโรคได้ไม่ดีจะต้องพบแพทย์

**การส่งต่อผู้ป่วย** แพทย์ GP ส่งต่อผู้ป่วยส่งตัวโดยระบบนัดทาง computer สามารถเลือกวันนัดที่ secondary care ได้เอง หากคิวเต็มสามารถเลือกไปที่ โรงพยาบาลอื่นที่ยังมีคิวได้หลังจากการนัดหมายเรียบร้อย จะพิมพ์ใบส่งตัวให้ผู้ป่วยถือไป 1 ฉบับ และ e-mail เอกสารให้กับ specialist อีกหนึ่งฉบับ และ scan ไว้ เป็นหลักฐาน



รูปที่ 3 สามารถเตือนเมื่อต้องได้รับการตรวจที่จำเป็น เช่น มีความเสี่ยงโรคหัวใจ, ตรวจ Pap smear, vaccine หรือตรวจประจำปี DM ก็จะมีขึ้นข้างจอและตัวเหลืองบนจอ หากเป็น case ที่สำคัญแพทย์ GP ก็จะโทรศัพท์คุยกับ specialist โดยตรงเวลาเกิดปัญหาในการส่งตัวก็สามารถที่จะประสานแก้ไขได้จากตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง

ผู้ป่วยหญิง 49 ปี symptomatic gall stone ถูกส่งตัวไปเพื่อทำ cholecystectomy ที่ รพ.แต่ถูกปฏิเสธถึงสองครั้งโดยที่ผู้ป่วยโกรธโรงพยาบาลมาก Chayan รับฟังอย่างตั้งใจและโทรประสานกับ specialist ที่โรงพยาบาล ถึงเหตุผลที่ปฏิเสธการผ่าตัด โดย 1 วันต่อมาก็มีข้อมูล refer กลับทาง e-mail ว่าผู้ป่วยไปครั้งแรก คิวผ่าตัดเต็ม และครั้งที่สองผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เกิดอาการหอบได้รับการรักษาแบบปอดอักเสบจนไม่สามารถทำการผ่าตัดได้และจะผ่าตัดก็ต่อเมื่อสภาพร่างกายพร้อม Chayan อธิบายให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจและตรวจ pulmonary function test ที่สามารถทำได้ในคลินิก ปรากฏว่าเป็น COPD จึงรักษาต่อเนื่องและวางแผนส่งตัวหลังควบคุมอาการหอบได้ดี

### District nurse

District nurse เป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ช่วงนี้มีผู้ป่วย 300 ราย ที่มาของผู้ป่วยมาจากผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล, ส่งต่อจาก GP clinic ที่เป็นเครือข่าย, Hospice, nursing home หรือจากผู้ป่วยโดยตรง การออกพื้นที่ใช้รถส่วนตัวออกปฏิบัติงานคนเดียว ส่วนอุปกรณ์การแพทย์ เช่น suction จะใช้วิธีเช่าจากบริษัทเครื่องมือแพทย์ เพื่อลดค่าบำรุงรักษา และสถานที่ในการเก็บรักษา พยาบาลสามารถจ่ายอุปกรณ์ทำแผลได้โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไปเบิกที่ร้านยา การไปเยี่ยมบ้านเป็นไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากต้องทำงานให้ทัน ต้องเยี่ยมบ้านโดยเฉลี่ยวันละ 9 ราย/คน (สังเกตว่าขับรถไปต้องจอดเป็นระยะเพื่อคุยโทรศัพท์กับญาติผู้ป่วยที่โทรมาเมื่อถึงเวลานัดหมายที่บ้าน) ถึงแม้จะดูรีบร้อนแต่ nurse district รู้จักคนไข้เป็นอย่างดีเนื่องจากส่วนใหญ่ดูแลกันมายาวนานบางรายเป็นปี มีคนไข้รายหนึ่งสามารถให้ TPN ที่บ้านมา 6 เดือน โดยไม่ติดเชื้อ หากมีปัญหาก็จะประสานกับวิชาชีพอื่น เช่น หากมีปัญหามากก็จะปรึกษา special nurse หรือ GP



รูปที่ 4 District nurse Palliative care

### ดูงานที่ Springhill Hospice มีบริการหลายรูปแบบ

1. admission มี 16 เตียง เพื่อควบคุมอาการทุกข์ทรมาน หรือ last hour of life มีทั้งแพทย์ดูแลทางกาย และ chaplain ดูแลทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ต้องการ
2. Respite care เป็นบริการที่ฝากผู้ป่วยไว้กับ hospice ชั่วคราว เพื่อให้ care giver ได้มีโอกาสพักผ่อน หรือไปทำภารกิจส่วนตัวให้เสร็จสิ้น ลด care giver stress
3. Day hospice เน้นให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่เหมือนคนปกติทั่วไปให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นจับกลุ่มพูดคุย อ่านหนังสือ หรือแม้แต่ตัดผมก็มีให้บริการ



รูปที่ 5 Sheila ผู้จัดการการพยาบาล นำชม hospice

ผมมีโอกาสร่วม multidisciplinary team conference ที่มีสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการนำผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่มาทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้ทราบความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ให้ความสนใจทั้งข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนสถานะของ Carer ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง ผมได้เยี่ยมบ้านร่วมกับ MacMillan's nurse เป็นพยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นผู้จัดการผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ สามารถให้ทั้งคำปรึกษาและควบคุมอาการทุกข์ทรมาน รวมถึงจ่าย morphine กับผู้ป่วยได้ และประสานกับทีมทั้ง district nurse ที่ดูแลปัญหาทางกายทั่วไปและ hospice ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

### สรุปผลการดูงาน

**วิธีการดูแลผู้ป่วย** พบว่าเจ้าหน้าที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนตามความเชี่ยวชาญของตัวเอง (specialty) ประสานงานกันเป็นทีมอยู่ตลอดเวลา (multidisciplinary team) และเน้นที่ความจำเป็นทางสาธารณสุข (health need) โดยมีแพทย์ GP เป็นเจ้าภาพในการดูแล ขณะที่ดูงานพบคำถามประจำที่วิชาชีพต่าง ๆ ถามผู้ป่วยบ่อยครั้งคือ “Who is your GP?” เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตคนอังกฤษที่ต้องมีแพทย์ประจำตัวเป็นแพทย์ GP การมาให้บริการที่คลินิก GP ใช้คำว่า “consultation” คือผู้ป่วยมาปรึกษาปัญหาสุขภาพโดยใช้เวลาในการพูดคุย จากการสังเกตผู้ป่วยที่นี้จะบอก GP ของตัวเองว่า มีปัญหาหาการรักษาที่เรื่อง บางคนก็ list เตรียมมาเรียบร้อยแล้ว และต้องการคำอธิบายที่เป็นเหตุเป็นผล ส่วนการรักษา



ส่วนใหญ่ได้ยาไม่เกิน 3 items และต้องเป็นยาที่ตรงกับคำอธิบาย บางรายไม่ได้ยาหรือบางคน GP จะจ่ายยาผู้ป่วยบอกว่าขอสังเกตอาการโดยไม่ใช้ยา ซึ่งแสดงให้เห็นถึง “effective communication” ซึ่งปัจจัยสำคัญคือ มีเวลาเพียงพอ (10 นาที) มีทักษะในการให้คำปรึกษา และมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (therapeutic relationship) ส่วนคุณภาพของการรักษาถูกกำหนดด้วยมาตรฐาน NHS ทำให้ถึงแม้จะมีผู้ป่วยใช้บริการน้อยกว่าประเทศไทยมาก แต่ก็ถูกทดแทนด้วยงานคุณภาพที่เข้มข้น ทั้งบันทึกทางการแพทย์ต้องสมบูรณ์

**การบริหารจัดการคลินิก GP** มีการบริหารจัดการที่ดี

1. ระบบ IT ที่ดี ทำให้งานทุกอย่างทั้งงานบริการและงานบริหาร เป็นไปอย่างคล่องตัว ง่ายต่อการจัดการข้อมูลและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเชื่อมโยงไปถึง secondary care และส่งข้อมูลให้ trust

2. มีระบบธุรการ ที่ช่วยจัดการงานที่มีใช้บริการทางการแพทย์ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาทำงาน clinic ได้อย่างเต็มที่

3. พยาบาล มีบทบาทอย่างมากและได้แสดงศักยภาพอย่างเต็มที่ในการจัดบริการทางการแพทย์ โดยได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ลดการพึ่งพาแพทย์ไปได้มาก พยาบาลมีความรู้และทักษะเฉพาะเรื่องที่ดูแลดีมาก ให้เวลากับคนไข้และดูแลอย่างองค์รวม อีกทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนว่าเมื่อใดต้องดูแลโดยแพทย์

4. มีระบบเข้าถึงบริการหลายแบบ มีทางเลือกให้กับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่ามีปัญหาตัวเองไม่รุนแรงก็จะใช้วิธี Repeat prescription หรือรับยาที่ร้านยาในโรคที่กำหนดให้รับยาที่ร้านยาได้ บางรายปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์หรือ e-mail ในช่วงเวลาหลังแพทย์ตรวจเสร็จ 11:00 น. ในรายที่เป็นผู้ป่วย chronic disease ที่เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด จะถูกดูแลโดยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและจะปรึกษาแพทย์เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเท่านั้น ทำให้การบริหารจัดการเวลาซึ่งเป็นกุญแจสำคัญ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนนอกเวลาทาง trust จัดตั้งศูนย์แพทย์ที่เป็นแพทย์ GP ที่ต้องการทำ part-time on call หาก GP คนไหนไม่ต้องการอยู่เวรก็จะร่วมจ่ายประมาณ 2% ของรายได้เพื่อสนับสนุนงานนี้ ที่ trust

5. มีเอกภาพในการบริหารงานและเป้าหมายตรงกัน

6. ระบบส่งต่อที่ดี นอกเหนือจากใช้ IT คือ มีจัดหมวดหมู่การส่งต่อเช่น emergency urgency และ routine มีการวิเคราะห์ทั้งปริมาณและคุณภาพการส่งต่อ

7. วัฒนธรรมองค์กร การพูดคุยกันในทีม ทุกทีมไม่ว่าจะเป็นที่ GP clinic, palliative care team หรือ district nurse team มีความเป็นมืออาชีพมาก ในเวลางานคุยแต่เรื่องงานเท่านั้น ฐานะของตัวเองดีมากตอบได้ทุกคำถามในรายละเอียดของงานตัวเอง อีกทั้งทุกคนมีวินัยและตรงต่อเวลามาก (รวมถึงคนไข้ด้วย) สังเกตได้จากพอถึงเวลา 8:30 น. ทุกคนจะพร้อมทำงาน โทรศัพท์คนไข้สายแรกจะเข้ามานัดตรวจทันที หากพลาดเวลาที่นัดจะไม่ได้เข้าตรวจ หากผู้ป่วยคนไหนไม่มาในช่วงนั้นจะถูกตำหนิ เพราะทำให้คนไข้รายอื่นเสียโอกาสในการใช้บริการ



## การประยุกต์ใช้กับประเทศไทย

### ระดับบุคคล

ถึงบริบทในการทำงานของแพทย์ FP ไทยกับแพทย์ GP ของอังกฤษจะมีความแตกต่างกันมาก แต่หัวใจสำคัญของการเป็นแพทย์ปฐมภูมิ คือ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องยาวนานและเป็นที่ยอมรับของชุมชน สังเกตได้จาก ขณะที่ผมเดินไปรับประทานอาหารกับ Chayan จะมีคนทักทายเขาตลอดทางมีคนไ้รายหนึ่งให้ของขวัญเป็นอัลบั้มรูปดอกไม้เป็น *hand-made* ทำอย่างประณีตมาก GP เป็น “ผู้จัดการสุขภาพของคนไข้” สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการเข้าถึงทรัพยากรทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสมตามความจำเป็นทางสุขภาพ (health need) สังเกตได้จากที่ GP จ่ายยาน้อยมากและคนไ้ยอมรับ จะประสานได้กับทุกหน่วยงาน ผมถาม Chayan ถึงการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเขาบอกว่า “GP คนไหนเก่งหรือไม่เก่งดูได้จากการส่งต่อผู้ป่วย *specialist* จะให้การยอมรับ GP ที่ส่งต่อโดยส่ง *case* ที่ควรส่งเตรียมคนไ้อย่างเหมาะสมก่อนส่งและติดตามคนไ้ตลอด ถึงแม้จะส่งตัวไปแล้วก็ตาม” อีกทั้งการรักษาต้องมีมาตรฐาน และ *update* สังเกตจากจะวินิจฉัยโรคปอดโดยตรวจ *pulmonary function test* ก่อนและติดตามอาการด้วย *peak flow*

### ระดับสถานบริการ

1. ระบบส่งต่อผู้ป่วย วางแผนเก็บข้อมูลการส่งต่ออย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยใน CUP อย่างมีคุณภาพ โดยนำร่องใน PCU หลัก 6 แห่ง และการปรึกษาผู้ป่วยผ่านทาง internet
2. ใช้ศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติมากขึ้น โดยเฉพาะการมอบหมายงานคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและรายโรค (Case and disease management) โดยปรับบทบาทแพทย์เป็นพี่เลี้ยงเสริมความมั่นใจวิชาการ และวางแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น
3. บริหารจัดการ *back office* วางแผนให้เป็นแม่ข่ายเรื่องประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในระดับ PCU 6 แห่ง
4. ระบบ IT อาจเริ่มที่ระบบส่งต่อโดย IT และศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ IT ในงานบริการ ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลที่ดีจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาบริการและงานวิจัย
5. เพิ่มวิธีเข้าถึงบริการในผู้ป่วยบางประเภท เช่น DM HT ที่อาจนำระบบ *repeat prescription* ในที่ที่มีความพร้อมโดยวางแนวทางดูแลและป้องกันความเสี่ยง และ *therapeutic DM group* เป็นทางเลือกโดยพยาบาลเวชปฏิบัติเป็น *facilitator*



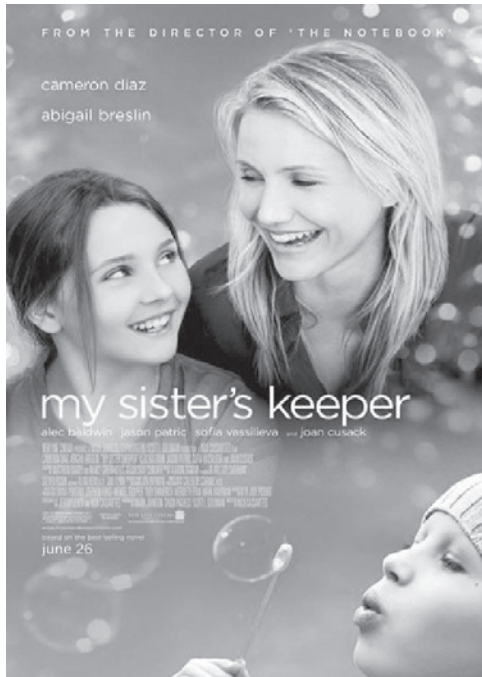
---

## ข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กับประเทศไทย

---

1. หากไม่มีระบบส่งต่อที่ดี หรือ ขาดผู้บริหารนโยบายพื้นที่ที่ดีก็จะเกิดปัญหา ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการและแยกส่วนบริการ จนเกิดความเสียหายต่อประชาชน
2. งบประมาณที่ให้ไม่เพียงพอ ลำช้า หรือการบริหารงบประมาณที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดปัญหา
3. โครงสร้างปฐมภูมิของประเทศไทยในปัจจุบันซับซ้อนมาก ทั้งเรื่องสายงานและการปฏิรูปที่เปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา ไม่มีความแน่นอน ทำให้ผู้ปฏิบัติสับสน
4. บทบาทของการเมืองท้องถิ่นต่อการบริการสาธารณสุข ควรจะเป็นแบบมีส่วนร่วมในการบริหาร ซึ่งจะเป็นผลดีต่องาน primary care ที่ยั่งยืนในอนาคต แต่คงต้องเป็นไปตามความพร้อมของนักการเมือง และระบบราชการที่ยังมีปัญหาเชิงโครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน





# My sister's keeper

## ชีวิตหนูขอลิขิตเอง

กำกับโดย Nick Cassavetes

พ.ญ. ดาริน จตุรภัทรพร  
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี

My sister's keeper เป็นเรื่องราวของครอบครัวชาวอเมริกัน ครอบครัวหนึ่งที่ประกอบด้วย แม่ (ชาร์ล่า) พ่อ (ไบรอัน) ลูกสาวคนโต (เคท) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด APL (Acute Promyelocytic Leukemia) ลูกชายคนที่ 2 ชื่อเจฟฟรีย์

หนังเริ่มเรื่องด้วยการบรรยายของ แอนนา ลูกสาวคนสุดท้อง ซึ่งพ่อและแม่ตั้งใจมีเธอขึ้น โดยใช้เทคนิคทางพันธุวิศวกรรม เพื่อเป็นผู้ให้อวัยวะ (Donor) ได้แก้ไขกระดูกและเม็ดเลือดกับ เคท ลูกสาวคนที่ป่วย และตั้งแต่เคทป่วย แม่ผู้เคยเป็นทนายที่มีอนาคตไกล ก็ลาออกจากงานมาทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักให้กับเคท

ภาพยนตร์เรื่องนี้มีหลายช่วงหลายตอนที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้ทางการแพทย์ ได้แก่ การสื่อสารเรื่องการแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ ฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวต่อข่าวร้าย เมื่อมีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็ง และประเด็นทางเรื่องจริยธรรมซ้ำเจ้าได้มีโอกาสนำหนังเรื่องนี้มาใช้ในการเรียนการสอนแบบที่เรียกว่า Cinemeducation สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปี 4 และ 5 ที่เลือกมาเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นวิชาเลือกเพิ่มเติม

**Cinemeducation** นั้นแปลว่า การนำเอาคลิปหนังมาใช้สำหรับสอนนักเรียน ซึ่งในที่นี้คือนักศึกษาแพทย์ การเรียนการสอนใน 3 ชั่วโมงประกอบด้วย การสลับไปมาของ การดูคลิปหนัง การพูดคุยถึงประเด็นต่าง ๆ จากคลิปหนัง และการนำทฤษฎีมาสรุปองค์ความรู้ที่ได้เรียนไป มีเรื่องต่าง ๆ ที่เราได้เรียนรู้ร่วมกันจากภาพยนตร์ดังต่อไปนี้





## Breaking Bad News ABCDEF



1. **Advance preparation:** get physical context right
2. **Breaking news:** find out how much Pt. know and wants to know
3. **Communication:** share the information
4. **Deal with relatives:**
5. **Empathy:** respond to Pt's reaction
6. **F/U:** Plan & follow through

Buckman R. How to Break Bad News. U. of Toronto Press. 1992

### คลิปที่ 1 แพทย์แจ้งข่าวร้ายกับแม่ว่าเคทเป็นโรคมะเร็ง

แพทย์คนที่ 1 ใช้วิธียื่นนามบัตรของหมอโรคมะเร็งให้ และเมื่อไปเจอแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็ง คุณหมอเลือกที่จะแจ้งข่าวร้ายว่า เคทเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผ่านการใช้คำศัพท์เฉพาะที่ฟังเข้าใจยาก และยังใช้วิธีแจ้งข่าวบนทางเดินของโรงพยาบาลโดยไม่มีห้องเป็นส่วนตัว อย่างไรก็ตามคุณหมอได้แสดงความเสียใจกับครอบครัวก่อนที่จะเดินจากไป

กิจกรรม ให้นักศึกษาแพทย์สังเกตข้อดีข้อเสียของการแจ้งข่าวร้ายจากคลิปวิดีโอ

ทฤษฎี เราได้เรียนรู้เรื่องหลักการแจ้งข่าวร้ายแบบเป็นขั้นเป็นตอนกัน โดยใช้ตัวย่อ

ABCDEF

## Kubler-Ross's Stages of Dying

Stage I : Shock & Denial  
"No, not me"

Stage II : Anger  
"Why me?"

Stage III : Bargaining  
"Yes me, but..."

Stage IV : Depression  
"Yes, me"

Stage V : Acceptance  
"My time is very close now, and it's alright"



### คลิปที่ 2 ปฏิกริยาของครอบครัว

ฉากที่พ่อแม่นอนคุยกันหลังจากได้รับรู้ว่าเคทเป็นมะเร็ง พ่อบอกว่าโรงพยาบาลอาจจะวินิจฉัยผิดก็ได้ เพราะยังเคยเข้าเฟือกแขนให้เพื่อนบ้านผิดข้างเลย (Denial) ส่วนแม่ก็บอกว่า "ฉันจะไม่ยอมแพ้และไม่ยอมให้เคทตาย" (Denial & Bargain)

### คลิปที่ 3 ปฏิกริยาของผู้ป่วย

ฉากที่เคทมีอาการซึมเศร้าและไม่อยากออกไปข้างนอก เพราะอายุที่ตัวเองมรณะ (Depress & Anger) แม้จะไปโกนหัวบ้าง การกระทำของแม่ทำให้ทุกคนซ็อก แต่ก็ได้ผล เพราะทุกคนออกไปเที่ยวด้วยกันด้วยความร่าเริง (Acceptance)

กิจกรรม ให้นักศึกษาแพทย์สังเกตว่า เห็นปฏิกริยาใดในผู้ป่วยและครอบครัวบ้าง

ทฤษฎี เราได้เรียนรู้เรื่องปฏิกริยาหลังจากการแจ้งข่าวร้ายทั้ง 5 อย่างกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในญาติและผู้ป่วย ปฏิกริยาทั้ง 5 อย่างนี้สามารถเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาได้

#### คลิปที่ 4 ประเด็นทางจริยธรรม

เล่าถึงตอนที่แอนนา ลูกสาวคนเล็ก อายุ 11 ปี เป็นช่วงที่เคทเริ่มมีอาการไตวาย และจำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนไต แม่จึงวางแผนให้แอนนาบริจาคไตให้กับเคท แต่คราวนี้แอนนาไม่ยอมและเก็บเงินทั้งหมดที่มีไปปรึกษาทนายความด้วยตนเอง ให้ความมั่นใจตัวเองสามารถตัดสินใจได้ว่า จะไม่ให้อวัยวะกับพี่สาว เนื่องจากตามท้องเรื่องเด็กต้องมีอายุถึง 18 ปีก่อนจึงจะสามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้

**กิจกรรม** การโต้วาทีถึงประเด็นที่แพทย์แนะนำให้มิลูกมาเป็น Donor และการที่พ่อแม่ตัดสินใจมิลูกมาเป็น donor โดยทีมหนึ่งเห็นด้วย และอีกทีมหนึ่งไม่เห็นด้วย จากนั้นให้โหวตว่าใครเห็นด้วยกับแบบไหน และคิดว่าเด็กอายุ 11 ปีควรมีสิทธิตัดสินใจด้วยตัวเองหรือไม่

**การเรียนรู้** ไม่มีการสรุปว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด ให้นักศึกษาแพทย์คิดเอง อย่างไรก็ตามอายุ 11 ปีเป็นอายุโดยประมาณที่เด็กจะเริ่มมีความคิดและการมองเรื่องความตายและการตัดสินใจเหมือนกับผู้ใหญ่

#### Family Structure Family Process

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. Hierarchy      | 1. Enmeshment      |
| 2. Boundaries     | 2. Disengagement   |
| 3. Role selection | 3. Triangulation   |
| 4. Scapegoat      | 4. Family Patterns |
| 5. Alliance       |                    |
| 6. Coalition      |                    |

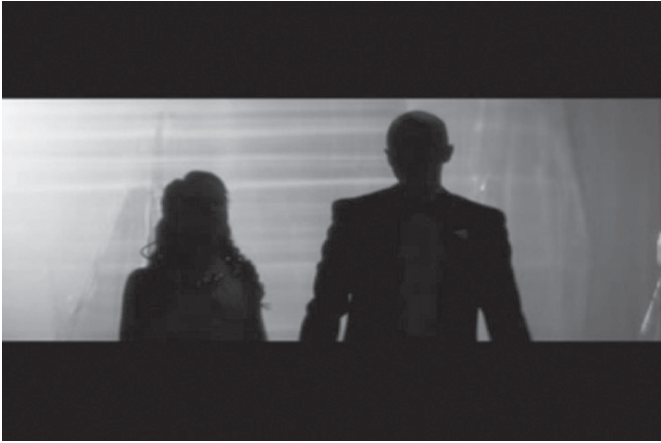
#### คลิปที่ 5 ผลกระทบ บทบาท และการปรับตัวของครอบครัว

แสดงให้เห็นถึงความเครียดของพ่อกับแม่ที่ต้องฝ่าฟันต่อสู้กับเรื่องทั้งหมดมา แม่มีบทบาทเป็นแม่มากกว่าที่จะเป็นภรรยา ลูกชายคนกลางคือเจฟฟรีย์เริ่มมีพัฒนาการช้าทางด้านการศึกษา และเริ่มเป็นเด็กมีปัญหา เพราะพ่อแม่ทุ่มเทความสนใจไปที่ลูกที่ป่วยมากกว่าลูกคนอื่น ๆ

**กิจกรรม** ให้วาดแผนภูมิครอบครัว และลองคิดถึงผลกระทบต่อสุขภาพกายใจ และสังคม (Impact on health) ที่มีต่อคนที่เหลือในครอบครัวเมื่อมีคนป่วยหนัก 1 คนในบ้าน

**ทฤษฎี** เราได้เรียนรู้เรื่อง Family structure และ Family process กันผ่านการวาดแผนภูมิครอบครัว





### คลิปที่ 6 ผู้ป่วยก็มีหัวใจ

เป็นเรื่องราวของเคทช่วงที่เข้าสู่วัยรุ่น และได้พบกับเพื่อนชายที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มาให้เคมีบำบัดอยู่เตียงข้าง ๆ กัน ตอนหลังทั้ง 2 คนได้ไปงานเลี้ยงด้วยกันและใช้เวลาที่มีความหมายด้วยกัน

**กิจกรรม** ให้นักศึกษาแพทย์ได้ซาบซึ้งกับเรื่องราวความรักความผูกพันของทุก ๆ คนในครอบครัวผ่านคลิปภาพยนตร์ตอนนี้แล้วลองเขียนดูว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง

**“หมอ  
ฉันเหลือเวลาอีกเท่าไร”**

- “ทำไมถามหมออย่างนี้จะคะ ทำไมคิดว่าตัวเองกำลังจะตาย”
- “มีอาการอะไรผิดปกติหรือเปล่า” [Symptoms]
- “ที่ถามเพราะอยากจะทำอะไรหรือเปล่านั้น” [Unfinished business]
- ถ้าต้องตอบจริงๆ ให้ละแนวเวลาเป็น Unit of time เช่น อยู่ได้กี่วัน ถ้าป่วย เดือน ปี



### คลิปที่ 7 “หมอ ฉันเหลือเวลาอีกนานเท่าไร”

เคทถามหมอว่าจะเหลือเวลาอยู่ได้อีกนานไหม หมอตอบว่าไม่นาน  
**กิจกรรม** ให้นักศึกษาแพทย์พิจารณาว่า แพทย์สื่อสารเป็นอย่างไรบ้าง และลองเล่นบทบาทสมมติเป็นหมอกับผู้ป่วยว่า ในกรณีแบบนี้ควรจะมีการสื่อสารอย่างไร

**ทฤษฎี** เราได้เรียนรู้ว่ามีอะไรอยู่เบื้องหลังคำถามนี้กัน เรื่องของสิ่งที่ยังค้างค้ำสำหรับผู้ป่วย (Unfinished business)

Living will (พินัยกรรมชีวิต): จากมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 ที่มีบัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดยื้อการดาในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”

Power of attorney:

an authorization to act on someone else's behalf in a legal or business matter

#### คลิปที่ 8 สิ่งที่ยังค้างค้ำ (Unfinished business) ความปรารถนา (Wishes) พินัยกรรมชีวิต (Living will) และผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Power of attorney: POA)

ความจริงแล้วเคทถามหมอว่า จะอยู่ได้อีกนานหรือไม่ เพราะมีอะไรบางอย่างที่อยากจะทำในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้แก่การไปพักผ่อนที่ทะเลกับครอบครัว และต้องการเตรียมแม่ของตนเองให้พร้อมกับการจากลาโดยการทำอัลบั้มรวบรวมความทรงจำให้กับแม่

**กิจกรรม** ถามว่ามีใครจะอนุญาตให้เคทไปทะเลได้บ้างในภาวะที่ป่วยหนักขนาดนี้

**ทฤษฎี** คำจำกัดความของ Living will และ POA

ท้ายที่สุดแล้วได้มีการเฉลยว่า เคทเป็นผู้อยู่เบื้องหลังเรื่องราวทั้งหมด เป็นคนขอร้องให้แอนนาไปฟ้องศาล เพื่อให้ตนเองไม่ต้องทรมานกับโรคอีกต่อไป ในทางหนึ่งเคทคงไม่รู้ว่าพุดกับแม่อย่างไร เพราะแม่ดูเหมือนจะไม่เคยฟังคนอื่น แต่ในอีกทางหนึ่ง เคทก็รู้ว่าแม่ทำทุกอย่างลงไปด้วยความรักที่มีต่อเคท

ภายหลังการตายของเคททุกคนในครอบครัวล้วนเติบโตขึ้น แม่ได้เรียนรู้ที่จะยอมรับความเป็นจริงและกลับไปทำงาน พ่อกับแม่มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น เจฟฟรีย์กลับมาตั้งใจเรียนอีกครั้ง และแอนนาสามารถใช้ชีวิตที่มีความสุขต่อไปได้



การเจ็บป่วยของคนคนหนึ่งในครอบครัว เป็นความเครียดในครอบครัว (Family Stress) ที่ส่งผลกระทบต่อคนที่เหลือในครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับช่วงวัยของคนแต่ละคนในครอบครัว พ่อกับแม่ที่อยู่ในระยะคู่ครองและระยะลูกเล็ก ได้รับผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสามีภรรยาต่อกันทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งและความขัดแย้งทางความคิด (Quarrel & Conflict) และการดูแลลูกคนที่เหลืออยู่ (Inadequate parenting) ลูกชายคนกลาง ซึ่งอยู่ในวัยประมาณ 3 ขวบตอนที่เคทได้รับการวินิจฉัย ได้รับผลกระทบที่มีผลต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมระยะยาวได้ ส่วนลูกคนสุดท้องอาจจะรู้สึกน้อยใจที่ดูเหมือนพ่อแม่ไม่สนใจตัวเองเท่าที่ควร (Neglected child) และความสำคัญของบ้านคือเรื่องราวความเจ็บป่วยของเด็กที่ป่วยเท่านั้น การได้เห็นวงจรชีวิตของครอบครัวนี้ผ่านภาพยนตร์ จึงน่าจะช่วยให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจผลกระทบต่อครอบครัวในแต่ละช่วงวัยของครอบครัวได้ดีขึ้น ทำให้สามารถวางแผนการดูแลครอบครัวแบบองค์รวมสำหรับทุกคนในครอบครัวได้ดีขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

- <sup>1</sup> McWhinney IR. Textbook of Family Medicine. 2nd Ed. New York: Oxford University Press. 1997.
- <sup>2</sup> Rakel RE. Textbook of Family Practice. 5th E. Philadelphia: WB Saunders 1995.
- <sup>3</sup> Christie-Seely (Ed.) Working with the Family in Primary Care: A system approach to health and illness. Westport, Connecticut: Praeger. 1984.
- <sup>4</sup> McDaniel SH, Cambell TL, Hepworth J. Lorenz A. Family-Oriented Primary Care. 2nd Ed. New York: Springer 2005. p. 1-53
- <sup>5</sup> McKenry PC, Price SJ. Families & Change: Coping with Stressful Events and Transitions. 3rd Ed. London: Sage Publications. 2005



## แนวทางการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ในวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

### รูปแบบบทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)
2. รายงานผู้ป่วย (Case report)
3. บทความปริทัศน์ (Review article)
4. บทความพิเศษ (Special article)

#### ความรับผิดชอบของผู้รายงานหรือคณะผู้รายงาน

1. ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานต้องรับรองว่า บทความที่ท่านส่งมาเป็นผลงานของท่านเองและยังไม่เคยส่งไปตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน ถ้าผลงานนั้นได้เคยเสนอในที่ประชุมวิชาการใดมาก่อนให้ระบุในตอนท้ายของบทความว่า ท่านได้เสนอผลงานนั้นในที่ประชุมแห่งใดบ้าง
2. ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานต้องรับรองว่า ถ้าบทความของท่านได้รับการยอมรับ จากกองบรรณาธิการ บทความนั้นจะตีพิมพ์โดย “วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว” เพียงแห่งเดียวเท่านั้น
3. ในกรณีที่ได้รับทุนวิจัย ผู้รายงาน หรือคณะผู้รายงานต้องระบุแหล่งเงินทุนวิจัยอย่างชัดเจน โดยให้ระบุไว้ในหน้าแรกของบทความ
4. รายชื่อของคณะผู้รายงาน ต้องเป็นไปตามความเป็นจริง ผู้ที่มีชื่อต้องเป็นผู้ที่ได้อุทิศตัวเองแก่รายงาน หรือบทความนั้นอย่างแท้จริง และทราบรายละเอียดในบทความนั้นทุกประการ ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าของผู้ป่วย ห้ามระบุในรายชื่อของคณะผู้รายงาน
5. ถ้ามีความไม่ถูกต้องในเนื้อหาของบทความ ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานของบทความนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

#### การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับไม่สมบูรณ์หรือถูกต้อง จะถูกส่งคืนเจ้าของบทความ เพื่อแก้ไขก่อนส่งตรวจสอบบทความ (review) ต่อไป
- ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟ และตาราง มาอย่างละ 3 ชุด โดยทั้ง 3 ชุดนี้ต้องเหมือนกันทุกประการ พร้อมส่งแผ่นซีดีรอม โดยโปรแกรมที่ใช้พิมพ์ต้องเป็น Microsoft Word for Window version 1997-2003
- ให้พิมพ์ลงในกระดาษหน้าเดียว ขนาด 8 1/2 x 11 นิ้ว หรือขนาด เอ 4 และให้เว้นช่องแต่ละบรรทัด เป็นช่องพิมพ์ (double space) ห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน 1 นิ้ว
- ตัวเลขที่ใช้ให้ใช้เป็นตัวเลขอารบิกทั้งหมด หน่วยที่ใช้ควรใช้หน่วย System International (SI) หรือควบคู่กับหน่วย SI เช่น ฮีโมโกลบิน 12 กรัม ต่อดล. (120 กรัมต่อลิตร) และในกรณีที่มีความจำเป็นก่อนโลมให้ใช้หน่วยอื่นได้



- บทความที่จะนำลงตีพิมพ์ต้องใช้ภาษาที่ง่าย ชัดเจน การใช้ภาษาไทย ยึดหลักการเขียนทับศัพท์และศัพท์บัญญัติตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ยกเว้นคำที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน และใช้ปี พ.ศ. ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด

- คำย่อ ใช้เฉพาะที่เป็นสากลเท่านั้น และต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
- ชื่อยา หรือสารเคมีใช้ generic name เท่านั้น
- หน้าแรก หรือ title page เขียนเป็นภาษาไทย และอังกฤษ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง
2. ชื่อ สกุลของคณะผู้รายงานหรือผู้เขียน
3. คุณวุฒิ
4. ตำแหน่งวิชาการ
5. สถานที่ทำงาน
6. ชื่อเรื่องอย่างย่อ หรือ running title (ความยาวไม่เกิน 40 ตัวอักษร)

- บทคัดย่อ หรือ abstract ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 250 คำ สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับ (original article) การเขียนบทคัดย่อหรือ abstract ต้องเขียนภายใต้หัวข้อต่อไปนี้

- (1) วัตถุประสงค์ (Objective)
- (2) แบบวิจัย (Design)
- (3) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods)
- (4) ผลการศึกษา (Results)
- (5) สรุป (Conclusions)

- คำสำคัญ (Key words) เขียนภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับจัดทำดัชนี ระบุไว้ใต้บทคัดย่อ หรือ abstract

การเขียนบทความประเภทต่าง ๆ ให้ลำดับเนื้อหา ดังนี้

**1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ให้ลำดับเนื้อหา ดังนี้**

- (1) บทนำ (Introduction)
- (2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods)
- (3) ผลการศึกษา (Results)
- (4) วิจารณ์ (Discussions)
- (5) สรุป (Conclusions)
- (6) เอกสารอ้างอิง (References)

**2. รายงานผู้ป่วย (Case report) ให้ลำดับเนื้อหา ดังนี้**

- (1) บทนำ (Introduction)
- (2) รายงานผู้ป่วย (Case report)
- (3) วิจารณ์ (Discussions)
- (4) สรุป (Conclusions)
- (5) เอกสารอ้างอิง (References)





3. บทความปริทัศน์ และ บทความพิเศษ อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียน คล้ายกับบทความนิพนธ์ต้นฉบับ โดยประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ เนื้อเรื่อง และสรุป

- ตาราง พิมพ์แทรกในบทความ
- ภาพประกอบหรือรูปภาพ เป็นภาพถ่ายขาว-ดำ ขนาด 5 x 7 นิ้ว และเขียนหมายเลขของภาพกำกับไว้ด้านหลัง หรือถ้าเป็นภาพสแกนให้จัดแทรกไว้ในบทความ ส่วนคำบรรยายภาพ ให้พิมพ์ไว้ใต้ภาพ

**หมายเหตุ** - หากต้องการตีพิมพ์ภาพสี ต้องติดต่อบรรณาธิการล่วงหน้าก่อน และหากได้รับลงตีพิมพ์เจ้าของบทความต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ด้วย

---

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

---

- การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's International Committee of Medical Journal Editors) ใส่หมายเลขเรียงลำดับที่อ้างถึงในบทความ โดยพิมพ์ระดับเหนือข้อความที่อ้างถึง
- การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ การย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยเขียนแบบเดียวกัน ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็มใส่ชื่อตัวก่อนชื่อสกุล ชื่อวารสารใช้ชื่อเต็มและใช้ปี พ.ศ.

---

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

---

1. บทความวารสาร ใส่ชื่อผู้ร่วมงานทุกคน  
ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al เช่น
  - Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lai LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on chromosome 21. Lancet 1989;1:352-5.
  - สืบสาย กฤษณะพันธุ์, อานุภาพ เลขะกุล. การศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดชนิดเฉียบพลันที่มีไข้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ 2529;3:170-5.
2. ในกรณีที่ไม่มีชื่อผู้เขียน
  - Coffee drinking and cancer of the pancreas [editorial]. BMJ 1981;283:628.
3. หนังสือหรือตำรา
  - Colson JH, Armour WJ. Sportinjuries and their treatment. 2nd rev ed. London: S Paul; 1986.
  - Diener HC, Wilkinson M, editors. Drug-induced headache. New York: Springer Verlag; 1988.



#### 4. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

- Musher DM. Enterococcus species and group D streptococci. In: Mandell GL, Douglas RG Jr, Bennett JE, editors. Principles and practice of infectious diseases. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1990;1550-4.
- โรคไขกระดูกฝ่อ [Aplastic anemia] ใน: บุญเชียร ปานเสถียรกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ปัจจุบันและกลไกวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2533:125-43.
- ประเวศ วะสี. ธาลัสซีเมีย. ใน: จินตนา ศิรินาวัน, ชนิกา ตู้จินดา, บรรณาธิการ. เวชพันธุศาสตร์ และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2524:1-13.

#### 5. บทคัดย่อ

- Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by *Toxoplasma gondii*. (Abstract). Clin Res 1987;5:475A.

#### 6. บทความใน Supplement

- Gardos G, Cole JO, Haskell D, Marby D, Paine SS, Moore P. The natural history of tardive dyskinesia. J Clin Psychopharmacol 1988;8 [4 Suppl]:315-75.



#### ส่งผลงานได้ที่

สุมาลี ประทุมนันท์

Email : sumalee.p@nhso.go.th

ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

Email : mai\_riss@yahoo.com

## ใบสมัครสมาชิก

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

หมายเลขสมาชิก.....

ชื่อ - นามสกุล นาย / นาง / นางสาว.....

ชื่อหน่วยงาน องค์กร / สถาบัน.....

เลขที่.....หมู่บ้าน / อาคาร.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

### ประเภทการสมัครสมาชิก

บุคคล

1 ปี (..3...ฉบับ) ราคา.....300.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

2 ปี (..6...ฉบับ) ราคา.....550.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

องค์กร / สถาบัน

1 ปี (..3...ฉบับ) ราคา.....400.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

2 ปี (..6...ฉบับ) ราคา.....750.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

### การชำระเงิน

โอนเงินเข้า บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อบัญชี สพช.อาเซียน

ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 333-229991-7

FAX: สำนักงานการเงิน มาที่ เบอร์ 02-4410163 เบอร์โทร 02-4419040-3 ต่อ 15-18

### สถานที่จัดส่งเอกสาร

#### 1. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

หน่วยงาน

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

#### 2. ใบเสร็จ

หน่วยงาน

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร / แทน)

วันที่สมัคร...../...../.....

ที่อยู่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถ.พุทธมณฑล 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170