

**โครงการประชุมวิชาการระดับชาติ SMARTS ครั้งที่ 2**  
**(The National SMARTS Conference II)**

**หัวข้อ**

**“ชีวิตและสุขภาพ”**

ผู้ดำเนินรายการ

**อาจารย์นพเก้า เรืองสมบัติ**

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียด  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต

Effects of Information and Emotional Support Program on Caregiver's Stress in  
Caring for Patients with Traumatic Brain Injury in Critical Period

สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฤนาท

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

วิชา แพทย์

ประณีต ส่งวัฒนา

อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงแรก จำนวน 29 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 14 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์เป็นเวลา 3 วัน ประกอบด้วยการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลจากผู้วิจัย และสนับสนุนอารมณ์โดยทำกลุ่มสนทนากับผู้ดูแลซึ่งมีผู้วิจัยและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มนี้มาก่อนร่วมกับผู้ดูแลรายใหม่ ประเมินความเครียดก่อนหลังการทดลองด้วยแบบประเมินสถานการณ์ความเครียด

ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = .01$ ) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลเพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์โดยการทำกลุ่มสนทนากับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลมาก่อนสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลรายใหม่ที่ต้องพบกับการบาดเจ็บศีรษะอย่างเฉียบพลันในระยะวิกฤตได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์นี้ไปใช้ร่วมกับการพยาบาลปกติเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต

**คำสำคัญ:** การให้ข้อมูล, สนับสนุนด้านอารมณ์, ความเครียด, บาดเจ็บศีรษะ, ผู้ดูแล

**Abstract**

The purpose of this quasi-experimental study aimed to examine the effects of information and emotional support program on stress of 29 caregivers in caring for patients with traumatic brain injury in critical period within 72 hours after injury. Fifteen subjects were assigned to control group and 14 subjects were assigned to experimental group. A control group received conventional nursing care while an experimental group received information and emotional support program for 3 days with conventional nursing care. The information was distributed to the experimental group by the principal investigator and the emotional support was addressed by the experienced caregivers who used to care for this group of patients. Stress was assessed pre and post intervention by using the Stress Questionnaire.

The results showed that the stress level the experimental group was significantly lower than that of the control group ( $P = .01$ ). Providing information with emotional support by experienced caregivers can reduce stress in caregivers who care for patients with traumatic brain injury in the critical period. Therefore, this program is recommended to be implemented to the caregivers who firstly care for this group of patients in addition to conventional nursing care.

**Keywords:** Informational support, emotional support, stress, traumatic brain injury, caregiver

**1. บทนำ**

การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตและพิการระยะยาว ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้พิการอย่างถาวรจากการบาดเจ็บศีรษะ 8 หมื่นถึง 9 หมื่นคน เสียชีวิต 5 หมื่นคน (National Center for Injury Prevention and Control, 2008; Morris, 2010) สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากบาดเจ็บศีรษะปีละประมาณ 5,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางหรือรุนแรงในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บจะเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีความพิการด้านร่างกายอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแล (พิทยาภรณ์, 2549) การบาดเจ็บศีรษะนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแลตามแนวคิดของลาซารัสและโพลด์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) พบว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินในระบอบปฐมภูมิว่า การบาดเจ็บศีรษะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลจึงแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ มาใช้ประเมินในระบอบทุติยภูมิเพื่อประเมินสถานการณ์ใหม่ให้ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์ความเครียดนั้นไม่รุนแรง ทำให้ลดความรุนแรงของความเครียดลง ความเครียดของผู้ดูแลจึงลดลง

ดังนั้นการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์โดยการทำกลุ่มสนับสนุนจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลใช้ประเมินสถานการณ์ในระยะทุติยภูมิได้ เพื่อนำไปวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ใหม่ให้ถูกต้องกับความเป็นจริง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องทำให้ความเครียดลดลง

## 2. วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 3. ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงและเป็นผู้ดูแลหลักขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่รักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 29 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่มีกรได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง และรุนแรง 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 14 ราย

## 4. อุปกรณ์และวิธีการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ในระยะวิกฤต แผ่นพับแสดงระเบียบของหอผู้ป่วยและการติดต่อสิทธิบัตรและ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์ความเครียดซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของดาร์รัตน์ (2549) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและความเที่ยงแบบวัดความสอดคล้องภายในได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.93

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายใน 3 วัน แรกของการบาดเจ็บศีรษะ หรือตั้งแต่ 24- 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บศีรษะที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย ดังนี้

กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยเป็นเวลา 3 วัน โดยในวันที่ 1 ผู้วิจัยประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลก่อน (pre-test) หลังจากนั้นผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลตามความต้องการของผู้ดูแลจากผู้วิจัย และผู้วิจัยทำการสนับสนุนด้านอารมณ์ไปพร้อมๆ กับการให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 2 เมื่อครบ 2 วัน ผู้วิจัยนัดผู้ดูแลประมาณครั้งละ 2-3 คน เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนในวันที่ 3 จากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การตรงในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อนร่วมกับผู้วิจัย กระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย สอบถามปัญหาของผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะกับสมาชิกกลุ่ม การให้คำแนะนำและกำลังใจ ตอบคำถามของผู้ดูแล และการสิ้นสุดการทำกลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในวันที่ 3 ผู้วิจัยประเมินผลโดยใช้แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลอีกครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลจากพยาบาลตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและเมื่อผู้ดูแลซักถาม ส่วนการสนับสนุนอารมณ์ผู้ดูแลจะได้รับตามทักษะของพยาบาลแต่ละคน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact-test) สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และเปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

## 5. ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.86 ปี (SD = 18.48) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30 ปี (SD = 12.11) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสโสดและคู่ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มควบคุมและทดลองมีการบาดเจ็บอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 42.8 ตามลำดับ) แต่พบว่ากลุ่มทดลอง มีการบาดเจ็บในระดับรุนแรง (ร้อยละ 57.1) จำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 33.3) และเมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

2. กลุ่มผู้ดูแลในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 36.14 ปี (SD = 15.10) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.47 ปี (SD = 17.80) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 71.4 ตามลำดับ ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยใกล้เคียงกันคือเป็นมารดา พี่น้อง ภรรยาและสามี และพบว่าผู้ดูแลจำนวน 2 ใน 3 ของกลุ่มควบคุมและ 3 ใน 4 ของกลุ่มทดลองไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน ผู้ดูแลจำนวน 3 ใน 4 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องรับภาระรับผิดชอบบุคคลอื่นในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 60 และ 64.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

3. เมื่อพิจารณาคะแนนความเครียดโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่

หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{55} = 3.1, p = .01$ ) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนความเครียดรายด้านทุกด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์โดยใช้สถิติทีอิสระ (N= 29)

ความเครียด	คะแนนความเครียด				t	p-value
	กลุ่มควบคุม n = 15		กลุ่มทดลอง n = 14			
	M	SD	M	SD		
<b>ด้านสภาพร่างกาย</b>						
ก่อนทดลอง	25.40	6.54	25.00	6.10	-.17	.87
หลังทดลอง	20.47	8.39	14.71	5.67	-2.18	.04
<b>ด้านจิตใจ</b>						
ก่อนทดลอง	12.13	4.87	12.28	3.49	.10	.92
หลังทดลอง	10.47	5.44	5.50	2.79	-3.12	.01
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>						
ก่อนทดลอง	14.06	7.76	15.36	6.88	.473	.64
หลังทดลอง	12.00	6.13	6.64	1.64	-3.260	.01
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>						
ก่อนทดลอง	9.33	3.70	8.43	3.34	-.689	.50
หลังทดลอง	7.93	3.67	4.93	2.33	-2.646	.01
<b>โดยรวม</b>						
ก่อนทดลอง	60.93	19.58	61.07	17.42	.02	.98
หลังทดลอง	47.13	19.57	29.64	8.01	- 3.19	.01

หมายเหตุ: df = 55, \* p < .05

## 6. อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดจากการประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยเฉพาะระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บศีรษะ (kamsap, 2006) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของความเครียดที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการศึกษานี้พบว่า เกิดจากความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อสภาพร่างกายผู้ป่วย และจากเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก่อน ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง กล่าวคือผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการเห็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะตายหรือมีความพิการเกิดขึ้น ผู้ดูแลไม่ทราบว่าคุณป่วยต้องผ่าตัดสมองหรือไม่ หรือถ้าผ่าตัดแล้วจะเป็นอย่างไร กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถหายเป็นปกติ กังวลเรื่องระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ดูแลกลัวว่าหลังจากดีขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม ปวดศีรษะหรือสติปัญญาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตลอดจนกังวลเรื่องแผนการรักษา และกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมานจากการประเมินอาการทางระบบประสาทของพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา(ดาร์ธัน, 2549; ศรีนยา, 2549; Kamsap, 2006; Ketchum et al., 2009 ) พบว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำนายผลในอนาคตได้ อาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ และในระยะวิกฤตนี้ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ไม่ถูกต้องกับความเป็นจริง หรือมีข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับกาบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วย จากการที่ผู้ดูแลประเมินการเจ็บป่วยไม่ถูกต้องตามสถานการณ์ผู้ดูแลจึงประเมินว่าเป็นความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลนั้นจะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ หรือทางเลือก เพื่อให้ตนเองปรับเปลี่ยนการรับรู้ให้ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นจริง ทำให้ประเมินสถานการณ์การใหม่ในระยะทุติยภูมิ ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ได้รุนแรงจนหาทางแก้ไขไม่ได้ และตนเองก็สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ความเครียดจึงลดลง (Lazarus & Folkman, 1984) แสดงว่าผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตนั้นมีผลทำให้ความเครียดลดลง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต พัฒนามาจากแนวคิดความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กลุ่มสนับสนุนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคมรวมทั้งครอบครัวในด้าน 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองยังมีคนที่รู้สึกวางใจได้ในยามทุกข์ และ 3) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของและการบริการ ทั้ง 3 อย่างนี้จะส่งผลให้บุคคลปรับตัวต่อความเครียดได้ดี (Cohen & Will, 1985 อ้างตาม สมจิต, 2540) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลเป็นและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลในวันที่ 1 และวันที่ 2 ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลเป็นรายบุคคลช่วยให้มีความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและพูดคุยเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว การที่ผู้วิจัยแสดงความจริงใจ และยอมรับพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น ตอบปัญหาข้อข้องใจต่าง ๆ ของผู้ดูแล ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นการสนับสนุนอารมณ์ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเชื่อใจว่าพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เกิดความไว้วางใจ

พยาบาล ส่งผลให้ประเมินปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น (นิตยา, 2549) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา วิธีการดูแลและเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมและพักผ่อนได้ มีแนวทางในการเผชิญปัญหาได้ชัดเจนทำให้ความเครียดลดลง (รุ่งนภา, 2552) และการได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ซึ่งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ อาการและอาการแสดง ทำให้ครอบครัวเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Defloor; Grypdonck & Verhaeghe, 2006)

การทำกลุ่มสนับสนุนในวันที่ 3 ช่วยเสริมในเรื่องการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ครอบครัว และจากพยาบาลที่ให้การดูแล โดยมีการนำผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลให้กำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่ามีบุคคลที่ผ่านเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ดูแลลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาเดียวกันกับตน ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันช่วยเหลือกันทั้งด้านอารมณ์และข้อมูล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีเผชิญความเครียดได้และทำให้ความเครียดลดลง (บุศกร, 2549) และจากการศึกษาการทำกลุ่มในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและบาดเจ็บศีรษะพบว่าช่วยลดระดับความตึงเครียดของผู้ดูแลได้ และช่วยเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพิ่มการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทำให้มีทักษะในการแก้ปัญหา มีความสามารถในการจัดการความเครียดและช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ (Becker, Dyck, Short, Stroude, & Rodgers, 2007 )

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์โดยการทำกลุ่มสนับสนุนจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อนซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเข้าใจในปัญหา ช่วยให้เข้าใจในข้อมูล รับรู้ถึงความหวังโย ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถประเมินสถานการณ์และดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ได้ทำให้อลดความรุนแรงของสถานการณ์ความเครียดลง และมีการประเมินสถานการณ์นั้นใหม่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตมีความเครียดลดลงได้

## 7. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่มีการทำกลุ่มสนับสนุนมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์มาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะการวางแผนจำหน่ายหรือระยะที่กลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



## 8. กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ซึ่งสำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ ผศ.ดร.วิภา แซ่เซี้ย และ อาจารย์ รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำแก้ไขจนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์ ฐากร เอี้ยวสกุลที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือคำแนะนำขอบเขตในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการบาดเจ็บศีรษะ และคุณ ภิณวรินทร์ เพชรบำรุงเขตต์ ที่ให้คำแนะนำในการอ่านรายละเอียดคู่มือและสถิติในการศึกษาครั้งนี้



- Ketchum, J. S., Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Menzel, J. C., & Stejskal, T. M. (2009). A preliminary investigation of the brain injury family intervention: Impact on family members. *Brain Injury Journal*, 23, 535-547.
- Khiewchaum, R., Thosingha, O., Chayaput, P., & Utriyaprasit, K. (2011). The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Preparation of Caregivers of Patients with TBI (Traumatic Brain Injury). *Journal of Nursing Science*, 29(1), 18-25.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- National Center for Injury Prevention & Control. (2010). *Injury Prevention & Control :Traumatic Brain Injury* Retrieved December 4, 2010, from <http://www.cdc.gov/TraumaticBrainInjury/index.html>.
- Rodgers, M. L., Strode, A. D., Norell, D. M., Short, R. A., Dyck, D. G., Becker, B. (2007). Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. *America Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(6), 482-492.

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับ  
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากหย่าเครื่องช่วยหายใจ

**Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for  
Difficulty Weaning from Ventilation in Surgical Critically Ill Patients**

นริสา จงใจอนุรักษ์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

วิภาวี คงอินทร์

ทิพมาส ชินวงศ์

อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) การวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา 5) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงาน โดยการศึกษาในห้อง 6) การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้สอดคล้องกับการพยาบาลมาใช้กับหน่วยงาน 7) การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยเครื่องมือใช้ในการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้รับการตรวจสอบความตรงในการนำไปใช้ และพบว่ามีผลสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ใช้ (inter-rater) ร้อยละ 100 หลังจากนั้นแนวปฏิบัตินี้ได้ นำไปทดลองใช้โดยพยาบาล 23 คน ที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยรวม 8 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การดูแลระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) การดูแลระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) การดูแลระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 4) การดูแลระยะก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ 5) การดูแลขณะถอดท่อช่วยหายใจ 6) การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผลจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่าพยาบาลผู้ใช้ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในระดับมากร้อยละ 95.65 ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จจำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 (จากผู้ป่วย 8) ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วง 4-7 วัน จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 ในช่วง 8-10 วัน จำนวน 1

ราย ร้อยละ 12.5 ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

**คำสำคัญ :** การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม, การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

### **Abstract**

This research aimed to develop and evaluation of the clinical nursing practice guideline (CNPG) for Difficulty Weaning from Ventilation in Surgical Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit at a hospital the development process consists of: 1) define the clinical problem to be edited 2) the search for empirical evidence and research, and 3) Analysis and Synthesis. Research and development is the practice of nursing 4) the practice nurse. The validity of the content experts 5) The guidelines were developed for use in organizations. The pilot study 6) changes to comply with the Nursing Unit 7) to measure the results of the practice of nursing care including the assessment is. Possible adoption. The tools used in this study were the feasibility of its use. The satisfaction of its use. And the patient has difficulty in weaning from mechanical ventilation. Which has been validated for content validity by 5 experts. The inter-rater reliability of the CNPG care record was evaluated, yielding 100 % agreement. The feasibility evaluation of the CNPG was conducted in the pilot testing by 23 nurse who were providing care for 8 patients. Data were analyzed by descriptive statistic. The newly develop CNPG was composed of 6 domains, namely 1) care take time before weaning from mechanical ventilation, 2) care in weaning from mechanical ventilation, 3) care. After weaning from mechanical ventilation, 4) care take time before extubation 5) the supervision of the extubated 6) care after extubation. The practice of bringing to trial, found that nearly all participants. Commented that the guidelines were developed to be used in combination with a high level. And satisfaction in the practice level were 95.6 patients weaning from mechanical ventilation has been 7 cases 87.5 % (patient 8) duration of intubation and mechanical ventilation. 4-7 days in 7 cases 87.5 % during the first 8-10 days of the study, 12.5 % of the practices developed can be used in weaning from mechanical ventilation in critically ill patients. Surgery is the difficulty in weaning from mechanical ventilation can.

**Keywords:** *Difficult weaning in surgical, Protocol weaning in surgical, guideline weaning in surgical*

## บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจและทรวงอก ช่องท้อง ระบบประสาท และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบกระดูก ภายหลังจากการผ่าตัดระยะแรกภาวะพร่องออกซิเจนจะพบได้บ่อย จากการที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยมีภาวะหายใจช้า (hypoventilation) มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ภาวะขาดออกซิเจนหลังดมก๊าซไนตรัสออกไซด์ (diffusion hypoxia) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจต่อ และจากการผ่าตัดใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจเข้าออกลึกๆ (กันยา, 2546) ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามมา หากผู้ป่วยวิกฤตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 3 วัน (Burns, 2010) จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาเพิ่มขึ้น เช่น การเกิดถุงลมปอดแตกและภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด การเกิดปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงถึงร้อยละ 8-28 ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ได้ถึงร้อยละ 25-50 (ธัญลักษณ์ และคณะ, 2546) และจะส่งผลให้ เกิดภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจจากการที่ไม่ได้ถูกใช้ ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ (ไชยรัตน์, 2545)

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือดที่ดีขึ้นแล้ว จึงควรได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้มาตรฐานในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม แต่ทั้งนี้พบว่าถึงแม้จะมีการนำมาตราฐานในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาใช้แล้วก็ตามแต่ยังพบความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเกิดขึ้นดังการศึกษาของ แกรนท์และคณะ (Grant et al., 2007) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 95 คน ร้อยละ 93 ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการผ่าตัด และใช้ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 3 วันขึ้นไป และใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 4 วันขึ้นไป โดยร้อยละ 34 ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ทั้งนี้สาเหตุของความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมเกิดจากในช่วงที่ทำการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาสงบ ส่งผลให้การทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจมีปัญหา ทำให้หายใจได้น้อยลงจนถึงหยุดหายใจ ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง จากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ผิดปกติ รวมทั้งการขยายตัวของปอด ทำได้น้อย การระบายอากาศได้ไม่ดี กลไกการหายใจเข้าออกและทางเดินหายใจส่วนต้นผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงในการหายใจได้น้อยด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมหลังการผ่าตัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจและต้องพักรักษาตัวในหออภิบาลต่อหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้น แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเอาท่อช่วยหายใจออกได้ภายในระยะเวลา 3 วัน ทั้งที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาแล้วอย่างเต็มที่ แสดงว่าผู้ป่วยมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ(Burns, 2010)

หออภิบาลผู้ป่วยโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภททั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรมและนารีเวชกรรม มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 17 เตียง และมีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 40-50 ของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน (หออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่ สถิติการใช้เครื่องช่วยหายใจ, 2553) โดยในจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนี้

พบว่าผู้ป่วยวิกฤตทางด้านศัลยกรรม มีปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากรองจากผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการหย่าเครื่องช่วยหายใจขององค์กรมีมาตรฐานการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ใช้เหมือนกันกับผู้ป่วยทุกประเภทโดยใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 3-30 วัน เมื่อผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานและมีปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ถึงแม้จะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม เนื่องจากทำให้อัตราการนอนรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยนาน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดภาวะแผลกดทับจากการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การเกิดภาวะติดเชื้อจากแผลผ่าตัดจนเกิดเป็นภาวะช็อค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเสียชีวิตสูงตามมา ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมากตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีผู้ศึกษามาแล้ว (ฉวีวรรณ, 2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในหลายสถาบันไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตและใช้เครื่องช่วยหายใจต้องมีการแนวปฏิบัติสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้บุคลากรที่มสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่บ่งบอกความมีคุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการศึกษาของศศิพินท์ (ศศิพินท์, 2552) ศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การศึกษายังมีจุดอ่อนที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงมีข้อเสนอแนะให้ทำการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงขึ้น

สำหรับแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมก็มีการศึกษาดังการศึกษาของยุพา เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ยุพา, 2548) เป็นการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก ในงานวิจัยยังมีจุดอ่อนตรง วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบค่อยเป็นค่อยไป ยังใช้วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบ SIMV จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าวิธีการหย่าแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ช้าที่สุดในงานวิจัยนี้มีการเสนอแนะควรมีการพัฒนา ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีมีการสร้างแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ด้วยเหตุนี้ทางผู้วิจัยจึงได้มีการสร้างแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guideline) ตามแบบของไอโอวา

(IOWA Mode of Evidence Based Practice to Promote Quality Care, 2001 อ้างตามฟองคำ, 2549) เพื่อให้หน่วยงานมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาในหน่วยงาน ได้จริง โดยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความเหมาะสมของหน่วยงานทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่มีอยู่ เพื่อให้คุณภาพบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ ผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรมที่หยาเครื่องช่วยหายใจลำบากสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจในได้สำเร็จเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการหยาเครื่องช่วยหายใจและประเมิน ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความ ยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตศัลยกรรมที่ ได้รับการผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จแม้จะเข้ามาตรฐาน การพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจมาแล้วอย่างเต็มที่ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน แต่ไม่สามารถ ที่จะหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามแบบของไอโอวา (ฟองคำ, 2549) นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนทั้งหมด 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่ต้องการ แก้ไข 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยต่างๆ 3) การวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล 4) การ นำแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของ 5) การตัดสินใจนำแนว ปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงาน 6) การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับ แนวปฏิบัติการพยาบาล 7) การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลในเรื่อง จำนวนผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจสามารถหยา เครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ คือสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่กลับไปใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ภายใน 48 ชั่วโมง ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง แนวปฏิบัติพยาบาลใน การหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วย หายใจ ประกอบด้วย ขั้นตอนปฏิบัติ และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล สำหรับเครื่องมือใน การประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ ได้แก่



**แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาล**

1. แบบบันทึกให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

**แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วย**

1. แบบบันทึกการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยระยะก่อนการหย่า
2. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจและหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ
4. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะถอดท่อช่วยหายใจ
5. การติดตามภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ

**ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย**

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การดูแลระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) การดูแลระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) การดูแลระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 4) การดูแลระยะก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ 5) การดูแลขณะถอดท่อช่วยหายใจ 6) การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจ
2. ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 23)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	21	91.30
ชาย	2	8.70
อายุ (ปี)		
20-30	17	73.91
30-40	6	26.09
การศึกษา		
ปริญญาตรี	22	95.65
ปริญญาโท	1	4.35

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 23) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานพยาบาล (ปี)		
1-5	19	82.60
6-10	4	17.40

ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ (N=23)

การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้	ระดับความคิดเห็น		
	สูง (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)
โดยรวม	22 (95.65)	1 (4.35)	-
รายด้าน			
1. การประเมินความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	15 (65.2)	6 (26.1)	2 (8.7)
2. การประเมินระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	20 (86.95)	-	3 (13.40)
3. การดูแลระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	23 (100)	-	-
4. การดูแลระยะก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ	22 (95.65)	1 (4.35)	
5. การดูแลขณะถอดท่อช่วยหายใจ	23 (100)		
6. การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจ	23 (100)		

ข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 8 ราย โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเพศหญิง 3 ราย เพศชาย 5 ราย มีอายุระหว่าง 29-60 จำนวน 4 ราย ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 1 ราย ร้อยละ 12.5 และอายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 3 ราย ร้อยละ 37.5 การวินิจฉัยโรค Sever head injury จำนวน 2 ราย ร้อยละ 25 Brain tumor จำนวน 1 ราย ร้อยละ 12.5 Mitral regurgitation จำนวน 2 ราย ร้อยละ 25 Upper gastrointestinal bleeding จำนวน 2 ราย ร้อยละ 25 Cord compression จำนวน 1 ราย ร้อยละ 12.5 ดังในตาราง 3

**ตารางที่ 3** แสดงจำนวนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ  
(N = 8)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	3	37.5
ชาย	5	62.5
<b>อายุ (ปี)</b>		
29-60	4	50
61-70	1	12.5
> 70	3	37.5
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
Sever head injury	2	25
Brain tumor	1	12.5
Mitral regurgitation	2	25
Upper gastrointestinal bleeding	2	25
Cord compression	1	12.5
<b>การผ่าตัด</b>		
Exploratomy laparotomy with stop bleeding, organ resection	2	25
Carniectomy	2	25
Craniotomy	1	12.5
Laninectomy	1	12.5
Mitral Valve Replacement	2	25
<b>ระดับความปวด (วัดในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด คะแนน เต็ม 10)</b>		
0-3	4	50
4-7	2	25
8-10	2	25
<b>ภาวะโภชนาการ (ตรวจจากค่า Albumin)</b>		
< 2	1	12.5
2-3	2	25
3-4	5	62.5

ผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หยาเครื่องช่วยหายใจลำบากจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จจำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 (จากผู้ป่วย 8) ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วง 4-7 วัน จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 ในช่วง 8-10 วัน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 12.5 และจำนวนวันที่ได้รับการรักษาใน

หออภิบาลผู้ป่วยในช่วง 4-7 วัน จำนวน 5 ราย ร้อยละ 62.5 ในช่วง 8-10 วัน จำนวน 3 ราย ร้อยละ 37.5 ดังแสดงในตาราง 4

**ตาราง 4:** แสดงจำนวนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกตามผลลัพธ์ทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	7	87.5
2. ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)		
4-7	7	87.5
8-10	1	12.5
3. วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ		
การหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบ CPAP	2	25
การหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบ O <sub>2</sub> T-piece	6	75
4. อุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการถอดท่อช่วยหายใจ 48 ชม.	0	0

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลเป็น 2 ส่วนคือ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากไปใช้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

*แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก*

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลัก ทั้งนี้ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นความรู้ที่เป็นปัจจุบัน (IOWA Mode of Evidence Based Practice to Promote Quality Care, 2001) (พองคำ, 2549) นอกจากนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากอย่างต่อเนื่องซึ่งผลจากการสอบความตรงพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่านเป็นแพทย์วิสัญญีโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่ ซึ่งได้ตรวจสอบว่าแนวปฏิบัตินี้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติในหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่ด้วย และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณาเชิงจริยธรรมจากฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่ ก่อนนำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่ ดังนั้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก จึงมีความเหมาะสมและมั่นใจในการนำไปใช้

### สรุปผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่หยาเครื่องช่วยหายใจ ลำบากที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การดูแลระยะก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ 2) การดูแลระยะหยาเครื่องช่วยหายใจ 3) การดูแลระยะหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ 4) การดูแลระยะก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ 5) การดูแลขณะถอดท่อช่วยหายใจ 6) การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจ
2. ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในระดับมากกว่าร้อยละ 95.6

### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและสนับสนุนให้กำลังใจจนกระทั่ง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษาค้นคว้าวิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณแม่อารีย์ จองใจอนุรักษ์ และทุกคนในครอบครัวที่ต่างเป็นกำลังใจให้ วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณคุณจิราพร สร้อยละเอียด หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่ประจำหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ทุกท่าน รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ขอมอบแด่ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกท่าน

### บรรณานุกรม

#### ภาษาไทย

- กันยา ออประเสริฐ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึก. ในเบญจมา  
ปรีชา คุณและเบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยหลังการ  
ผ่าตัด ในห้องพักฟื้น* (หน้า 87-120). กรุงเทพมหานคร: เอ.พี. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2550). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐาน  
บนความรู้เชิงประจักษ์ในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม: การศึกษาหลายสถาบัน.  
*วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล 2007*, 11(1), 35-48.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2545). การประยุกต์ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดใส่ท่อช่วยหายใจใน ชายชาญ  
โพธิรัตน์, *การดูแลด้วยระบบหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 2002* (หน้า 172-181). เชียงใหม่:  
ชนบรรณการพิมพ์.
- ธัญลักษณ์ ปริมน และคณะ(2546). การศึกษาการเพาะเชื้อจากสิ่งคัดหลั่งในคอ แบบเฝ้าระวัง  
ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารวันโรคและทรงอก*. 25(2),  
138-142.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก. *การปฏิบัติการพยาบาล  
ตามหลักฐานเชิงประจักษ์:หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ, ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีวัน.
- ยุพา วงศ์สไตร. (2548). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วย  
หายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต  
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพินท์ มงคลไชย. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วย  
หายใจในผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หออภิบาลผู้ป่วย. (2553). *สถิติประจำปี หออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่*. จังหวัด  
สงขลา.

#### ภาษาอังกฤษ

- Burns, S.M., (2010). Multifactor Clinical Score and Outcome of Mechanical Ventilation  
Weaning Trials: Burns Wean Assessment Program. *Pulmonary Critical Care*, 19(5),  
431-442.
- Grant E., Kenneth and Boynton. (2007). Indicators of Fatigue and of Prolonged Weaning  
from Mechanic Surgical Patients. *World J. Surg*, 25(1), 98-10 .

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า  
ต่อความเร็วการไหลเวียนเลือดบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

The Effect of Promoting Circulation with Foot Reflexology Program  
on Femoral Blood Flow Velocity in Traumatic Patients

สุพรรณิการ์ ทองผา

นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต

ประณีต ส่งวัฒนา

วิภา แซ่เซี่ย

อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำที่ขาหนีบของโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว จำนวน 32 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้า 3 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 30 นาที วัดความเร็วในการไหลเวียนกลับสูงสุดของเลือดดำที่ขาหนีบก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและภายหลัง 90 นาทีของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าแต่ละครั้ง ด้วยเครื่องฟังเสียงสะท้อนการไหลของเลือด (doppler) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติวิเคราะห์ที่คู่ (pair t-test) และความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ผลการศึกษาหลังการทดลอง พบว่าความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบที่เปลี่ยนแปลงไปหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทันที เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและ 90 นาทีหลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทุกครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และยังพบว่าความเร็วในการไหลเวียนเลือดกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบหลังได้รับการนวดการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ายังคงสูงกว่าก่อนได้รับการนวดและคงความเร็วได้นานถึง 10 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน สามารถคงความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำได้และสามารถเป็นทางเลือกให้การพยาบาลในการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดำได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกได้

**คำสำคัญ:** การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า, การไหลเวียนของเลือดดำ, ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

**Abstract**

The purpose of quasi-crossover design study was to compare venous blood flow velocity at different time points in promoting circulation with foot reflexology program in immobilized traumatic patients. The 32 subjects were purposively selected to receive foot reflexology 3 times daily each for 30 minute. The femoral blood flow velocity was measured at baseline, immediately, and 90 minute after foot reflexology by vascular doppler detector. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired t-test and Repeated Measures ANOVA. The results revealed that the average of femoral blood flow velocity after receiving foot reflexology was significantly higher immediately compared to baseline and 90 min of foot reflexology ( $p < .001$ ). The femoral blood flow velocity after foot reflexology was still significantly higher than that compared to the initial baseline ( $p < .001$ ) and last long for 10 hours. The findings indicated that venous blood flow velocity can be maintained by performing foot reflexology at least 3 times a day and it can be used as alternative nursing intervention for deep vein thrombosis prevention.

**Keywords:** Reflexology, venous blood flow, traumatic patient

**บทนำ**

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) พบอุบัติการณ์ความถี่สูงขึ้นในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ (McLaughlin, Wade, Champion, Salinas, & Holcomb, 2009) มีสาเหตุมาจากกลไกการแข็งตัวของเลือดที่เร็วกว่าปกติ ส่งผลให้การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีผลทำให้สารป้องกันการแข็งตัวของเลือดในเนื้อเยื่อลดลงซึ่งมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Owings et al., 2000) อาจนำไปสู่การหลุดไปตามกระแสเลือดและเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแบบกะทันหันได้ (จุมพล วิชาศิริ, 2550) การป้องกันคือ การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น เฮปาริน (heparin) ซึ่งพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดได้ถึงร้อยละ 50 แต่ผลข้างเคียงทำให้เลือดออกง่าย (Geerts et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะและการใช้ถุงน่องผ้ายืด สามารถใช้ในการป้องกันได้และมีประโยชน์มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Slobogean, Lefaire, Nicolaou, & Peter, 2009) แต่เป็นอุปกรณ์ที่มีราคาสูง ในการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดำอีกวิธีคือ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าโดยการนวดสามารถกระตุ้นให้กล้ามเนื้อบริเวณขาเกิดการหดและคลายตัว มีผลให้เกิดการไหลเวียนเลือด ลดการคั่งของเลือดดำ (มุกดา ตันชัยและ อภิชาติ ลิมติยะโยธิน, 2547) ดังการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำที่ขาหนีบระหว่างการได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับการใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี (สุพัตรา อุปนิสากร ประณีต ส่งวัฒนา และวิภา แซ่เซี้ย, 2553ก) และในผู้ป่วยวิกฤตที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (สุพัตรา อุปนิสากร



ประณีต ส่งวัฒนาและวิภา แซ่เซี่ย, 2553ข) ผลการศึกษาพบคล้ายคลึงกันว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นเวลานาน 30 นาที เพียงครั้งเดียวทำให้ความเร็วเฉลี่ยในการไหลเวียนของเลือดดำที่เปลี่ยนแปลงมากกว่าหลังใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้นจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยอาศัยผลจากการศึกษาการออกกำลังกายโดยการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยความถี่ 3 ครั้งต่อวัน (Morris, et al., 2008) แม้การศึกษาดังกล่าว ไม่ได้วัดผลลัพธ์ของส่งเสริมการไหลเวียนกลับของเลือด แต่การส่งเสริมการเคลื่อนไหวน่าจะส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดที่เพิ่มขึ้นโดยทำให้เกิดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อลายซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ถ้านวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อวันน่าจะทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดดำดีขึ้น ซึ่งสามารถใช้เป็นอีกหนทางเลือกในการเพิ่มการไหลเวียนเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้มาจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าและการบำบัดทางการพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นความสำคัญทั้งด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ทำให้เกิดการบีบตัวของกล้ามเนื้อเป็นบทบาทหลักที่เพิ่มปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวโดยเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำ (Fleming, Fitzgerald, Devitt, Rice, & Murray, 2000) มีผลให้หลอดเลือดดำในกล้ามเนื้อบริเวณขาหดตัว คลายตัว แรงดึงตัวของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เลือดในหลอดเลือดมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น เกิดการไหลไปข้างหน้าในทิศทางกลับสู่หัวใจ ลดการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ (มุกดา ตันชัยและอภิชาติ ลิมติยะโยธิน, 2547) นอกจากนี้ การสัมผัสที่พยาบาลได้แสดงถึงความสนใจเอาใจใส่ และเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยนี้ จะสื่อความหมายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการให้กำลังใจ ปลอดภัย เห็นอกเห็นใจ มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความไว้วางใจต่อกัน (ชอลดา พันธุเสนา, 2536)

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในแต่ละครั้งทันทีและหลังนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 90 นาที

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเร็วในการไหลเวียนเลือดกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยใช้รูปแบบการศึกษากลุ่มเดียว

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจำนวน 3 ครั้งต่อวัน วัดความเร็วในการไหลเวียนกลับสูงสุดของเลือดดำที่ขาหนีบทั้งก่อนการทดลอง และวัดซ้ำหลังการทดลองทันทีและ 90 นาทีหลังการทดลอง เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทดลอง รวมทั้งเปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนเลือดกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในการวัดครั้งแรกและครั้งสุดท้ายก่อนการนวด

## อุปกรณ์และวิธีการ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า คือ มีคะแนนความเสี่ยงของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก อยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง (คะแนนต่ำกว่า 14) ประเมินโดยแบบประเมินออตาร์ (Autar DVT risk assessment scale) ซึ่งถูกพัฒนามาโดยออตาร์ เมื่อปี ค.ศ. 1994 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (k value) เท่ากับ 0.88-0.95 เครื่องมือนี้มีความสามารถในการทำนายโอกาสการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำได้ถูกต้องถึงร้อยละ 70 (Autar, 2003) และไม่มีข้อห้ามในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

### เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. คู่มือการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ผู้วิจัยดัดแปลงคู่มือการนวดของสุพัตรา, ประณีต, และวิภา (2553ข) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของสถาบันแพทย์แผนไทย (2544) โดยดัดแปลงเนื้อหาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้เป็นไปตามระบบในร่างกายรวมถึงเรียบเรียงภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำ คือ เครื่องฟังเสียงสะท้อนการไหลเวียนเลือดด้วยเครื่องดอปเปลอร์ ยี่ห้อ Bestman รุ่น vascular Doppler detector BV-620V ของบริษัท Shenzhen Bestman Instrument จำกัด ผลิตในประเทศจีน บริษัทไทยโฮมเฮลท์แคร์ (Thai home healthcare) เป็นตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทย หัวตรวจของเครื่องมีความถี่ของคลื่นเสียง 8.0 ล้านต่อรอบวินาที วัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดได้ 0-100 เซนติเมตร/วินาที ) วางหัวตรวจเพื่อวัดความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำที่ตำแหน่งหลอดเลือดดำใหญ่ขาหนีบ (common femoral vein) ของขาด้านซ้าย นานประมาณ 1 นาที แล้วเลือกค่าความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำที่สูงที่สุด

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

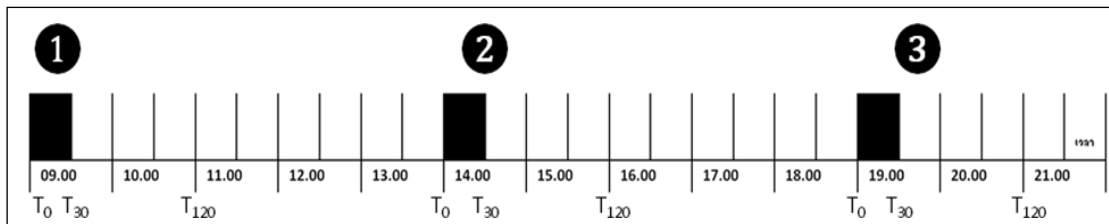
2. แบบบันทึกความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำที่ขาหนีบ ผู้วิจัยช่วยจะบันทึกข้อมูลทั้งก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ให้ข้อมูลและจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยให้นอนพักในท่านอนหงายเป็นเวลา 10 นาที ลดสิ่งรบกวนให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยวัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำที่ขาหนีบและสัญญาณชีพก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ที่เวลา 09.00, 14.00, และ 19.00 น. (ก่อนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า)

ขั้นตอนที่ 3 ทำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่เท้าครบทั้ง 58 จุด เป็นเวลานาน 30 นาที ดำเนินการ 3 ครั้งต่อวัน ที่เวลา 09.00, 14.00, และ 19.00 น. (ให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักในท่านอนหงายตลอดเวลา)

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยวัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำบริเวณขาหนีบ และสัญญาณชีพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ที่เวลา 30 นาทีและ 120 นาที (หลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง) ดังภาพ



① คือ นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ครั้งที่ 1

② คือ นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ครั้งที่ 2

③ คือ นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ครั้งที่ 3

■ คือ ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

$T_0$  วัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำบริเวณขาหนีบและสัญญาณชีพก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

$T_{30}$  วัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำบริเวณขาหนีบและสัญญาณชีพหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทันที

$T_{120}$  วัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำที่ขาหนีบและสัญญาณชีพหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 90 นาที

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทดลอง และการวัดความเร็ว ระยะเวลาในการไหลเวียนกลับของเลือดดำในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวัดความเร็วในการไหลของเลือดดำแบบทางอ้อมด้วยเครื่องฟังเสียงสะท้อนการไหลของเลือดซึ่งอาจมีความผิดพลาดในการวัดได้ถึงร้อยละ 20 แต่ได้ใช้เครื่องมือนี้วัดผู้เดียวตลอดการทดลอง
2. การวัดผลหลังนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าไม่ได้กระทำต่อเนื่องแต่เป็นเพียงการวัด ณ ช่วงเวลา จึงไม่ทราบค่าของการเปลี่ยนแปลงระยะยาวก่อนนวดครั้งต่อไป
3. ผู้วิจัยไม่สามารถทำการทดลองตามเวลาที่กำหนดได้ในบางรายเนื่องจากมีปัจจัยรบกวนในระหว่างการทดลอง ได้แก่ หัตถการที่กลุ่มตัวอย่างบางรายได้รับทั้งในหอผู้ป่วยและนอกหอผู้ป่วยระหว่างการทดลอง ทำให้ต้องเริ่มทำทดลองใหม่ในวันต่อไป ซึ่งอาจมีผลต่อระยะเวลาในการทดลอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าแต่ละช่วงเวลาโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

### ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในแต่ละช่วงเวลา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทันที เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทุกครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำบริเวณขาหนีบก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ( $T_{1-0}$ ,  $T_{2-0}$ ,  $T_{3-0}$ ) และหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทันที ( $T_{1-30}$ ,  $T_{2-30}$ ,  $T_{3-30}$ )

ความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำ (ชม./วินาที)	ก่อน ( $T_0$ )		หลัง ( $T_{30}$ )		t-value
	M	SD	M	SD	
หลังนวดครั้งที่ 1 ( $T_{1-30}$ )	10.3	0.91	10.6	0.88	-7.66**
	7		7		
หลังนวดครั้งที่ 2 ( $T_{2-30}$ )	10.4	0.91	10.8	0.83	-8.30**
	0		3		
หลังนวดครั้งที่ 3 ( $T_{3-30}$ )	10.4	0.92	10.8	0.86	-9.18**
	6		1		

\*\* $p < .001$ ,  $df = 31$

เมื่อเปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำก่อนนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าแต่ละครั้งพบว่า ความเร็วการไหลเวียนเลือดดำเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและ 90 นาที หลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทุกครั้ง พบว่าความเร็วในการไหลเวียนเลือดเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำบริเวณขาหนีบก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ( $T_{1-0}$ ,  $T_{2-0}$ ,  $T_{3-0}$ ) และภายหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 90 นาที ( $T_{1-30}$ ,  $T_{2-30}$ ,  $T_{3-30}$ )

ความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำ (ชม./วินาที)	ก่อน ( $T_0$ )		หลัง ( $T_{120}$ )		t-value
	M	SD	M	SD	
หลังนวดครั้งที่ 1 ( $T_{1-120}$ )	10.37	0.91	10.63	0.80	-5.57**
หลังนวดครั้งที่ 2 ( $T_{2-120}$ )	10.40	0.91	10.70	0.78	-8.04**
หลังนวดครั้งที่ 3 ( $T_{3-120}$ )	10.46	0.92	10.67	0.85	-5.29**

\*\* $p < .001$ ,  $df = 31$

นอกจากนี้ยังพบว่า ความเร็วในการไหลเวียนของเลือดที่วัดได้ ณ เวลาสุดท้ายก่อนการนวดครั้งที่ 3 ( $T_{3-0}$ ) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับความเร็วในการไหลเวียนของเลือดที่วัด ณ ครั้งแรก ( $T_{1-0}$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำบริเวณขาหนีบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ในการทดลองครั้งที่ 1(ครั้งแรก) และ ครั้งที่ 3 (ครั้งสุดท้าย)

ความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำ (ชม./วินาที)	ก่อนนวด		หลังนวด		t-value
	M	SD	M	SD	
ครั้งที่ 1 ( $T_{1-0}$ ) ( $T_{3-0}$ )	10.3	0.91	10.4	0.92	-5.57
	7		6		
ครั้งที่ 3 ( $T_{1-120}$ ) ( $T_{3-120}$ )	10.6	0.80	10.6	0.85	-5.29
	3		7		

\*\* $p < .001$ ,  $df = 31$

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำที่ขาหนีบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) พบว่า

ความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำที่ขาหนีบหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทันทีและ 90 นาทีหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทุกครั้งมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมขออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของความเร็วในการไหลเวียนของเลือดดำที่ขาหนีบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในแต่ละช่วงเวลา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F <sup>a</sup>
ความเร็วในการไหลเวียนเลือด				
ระหว่างเวลา	7.39	4.04	1.83	34.93*
ความคลาดเคลื่อน	6.56	125.31	0.52	

<sup>a</sup> = Grennhouse-Geisser, \*  $p < .001$

### อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความเสี่ยงการเกิด DVT อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ โดยมีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ 1) อายุเฉลี่ย 38.38 ปี 2) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง จากการใส่ท่อระบายทรวงอก ใส่ฝีกตามคอ (philadelphia collar) ใส่ท่อระบายอื่นๆ ใส่ท่อช่วยหายใจหรือใช้ออกซิเจนและยึดตรึงกระดูกช่องเชิงกราน และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกรายนอนพักบนเตียง การจำกัดการเคลื่อนไหวหรือนอนบนเตียงนานกว่า 72 ชั่วโมง ซึ่งการบาดเจ็บส่งผลให้เกิดการมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว (Norwood et al., 2001) เป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้นถึง 2.46 เท่า (Ageno, Becattini, Brighton, Selby, & Kamphuisen, 2008) 3) การบาดเจ็บมากกว่า 1 ระบบขึ้นไป จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37 ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อระบบการไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะผู้ที่บาดเจ็บหลายระบบ พบว่า มีภาวะการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ (hypercoagulability) เนื่องจากการขาดโปรตีนซี (protein C) โปรตีนเอส (protein S) และแอนติทროมบิโน (antithrombin) ซึ่งเป็นกลไกการควบคุมการแข็งตัวของเลือดไม่ให้มากเกินไปในภาวะปกติการกลายพันธุ์ของแฟคเตอร์ห้า (factor 5) ที่ทำให้ตีต่อการทำลายโดยโปรตีนซี (protein C) (Selby et al., 2009) และผู้ที่ได้รับเลือดมากกว่า 5 ยูนิต จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Spinella et al., 2009) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก นอกจากการเฝ้าระวังแล้ว การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกโดยการส่งเสริมความเร็วในการไหลเวียนของเลือดนั้นมีความสำคัญ ซึ่งในการศึกษาพบว่า ความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในแต่ละครั้งของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทันทีและภายหลัง 90 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยสามารถอภิปรายตามประเด็นที่พบได้ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการไหลเวียนเลือดด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดโดยประกอบด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 3 ครั้งต่อวัน ซึ่งการนวดมีกลไกในการเพิ่มการไหลเวียนเลือดได้ โดยการนวดด้วยมือสามารถกระตุ้นให้กล้ามเนื้อบริเวณขาทุกส่วนเกิดการหดตัวและคลายตัว มีผลให้หลอดเลือดดำในกล้ามเนื้อหดตัว คลายตัว แรงดึงตัวของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เลือดในหลอดเลือดมีการเคลื่อนไหลมากขึ้น (มุกดา ตันชัยและอภิชาติ ลิมติยะโยธิน, 2547) โดยการนวดด้วยความถี่ 3 ครั้ง มีความเหมาะสมเนื่องจาก เมื่อเปรียบเทียบความเร็วในไหลเวียนของเลือดก่อนได้รับโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีความเร็วในการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับความเร็วหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 90 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 3) จะเห็นว่าค่าความเร็วการไหลเวียนของเลือดไม่ลดลงจากเดิมและยังคงสูงกว่าก่อนได้รับการนวดและคงความเร็วได้นานถึง 10 ชั่วโมง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการเพิ่มการไหลเวียนเลือดหรือลดการคั่งของเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำต่อไป

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. การนวดกดจุดฝ่าเท้าวันละ 3 ครั้ง อาจนำมาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาล ในการส่งเสริมการไหลเวียนกลับของเลือดดำให้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือในสถานบริการที่ไม่มีเครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ
2. ควรสนับสนุนให้มีการใช้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยจัดอบรมฝึกทักษะ ให้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ หรือญาติผู้ป่วย สามารถเป็นทางเลือกให้การพยาบาลในการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดำได้ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกได้

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ รวมทั้งขอบคุณผู้ป่วยและบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

### บรรณานุกรม

#### ภาษาไทย

- จุมพล วิชาศรีศมี. (2550). *ตำราโรคหลอดเลือดดำ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: อเมริกันพรินติ้งกรุ๊ป.
- มุกดา ตันชัย, และอภิชาติ ลิมตริยะโยธิน. (2547). *วิทยาศาสตร์ในการนวด. เอกสารประสอนชุดวิชา วิทยาศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มืออบรมการนวดไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ).
- สุพัตรา อุปนิสากร, ประณิต ส่งวัฒนา, และวิภา แซ่เซี้ย. (2553ก). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับการใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะต่อความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำที่ตำแหน่งขาหนีบในผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี. *วารสารสุขภาพพยาบาล 25*, 25-36.
- สุพัตรา อุปนิสากร, ประณิต ส่งวัฒนา, และวิภา แซ่เซี้ย. (2553ข). ผลของการนวดแบบกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับการใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะต่อความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำที่ตำแหน่งขาหนีบในผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารสุขภาพพยาบาล 25*, 28-38.

#### ภาษาอังกฤษ

- Agno, W., Becattini, C., Brighton, T., Selby, R., & Kamphuisen, P. (2008). Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism: A meta-analysis. *Circulation, 117*, 93-102.
- Autar, R. (2003). The management of deep vein thrombosis: the Autar DVT risk assessment scale re-visited. *Journal of Orthopaedic Nursing, 7*, 114-124.
- Fleming, P., Fitzgerald, P., Devitt, A., Rice, J., & Murray, P. (2000). The effect of the position of the limb on venous impulse foot pumps. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, 82*, 433-434.
- Norwood, S. H., McAuley, C. E., Berne, J. D., Vallina, V. L., Kerns, D. B., Grahm, T. W., et al. (2001). A potentially expanded role for enoxaparin in preventing venous thromboembolism in high risk blunt trauma patients<sup>1</sup>. *Journal of the American College of Surgeons, 192*, 161-167.
- Selby, R., Geerts, W., Ofosu, F., Craven, S., Dewar, L., Phillips, A., et al. (2009). Hypercoagulability after trauma: Hemostatic changes and relationship to venous thromboembolism. *Thrombosis Research, 124*, 281-287.



Spinella, P. C., Carroll, C. L., Staff, I., Gross, R., Mc Quay, J., Keibel, L., et al. (2009). Duration of red blood cell storage is associated with increased incidence of deep vein thrombosis and in hospital mortality in patients with traumatic injuries. *Critical Care*, 13, R151.

คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้  
กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา

Quality of Life of People Affected by the Unrest Situation in Southern Border  
Provinces: A Case Study of Songkhla Province

กุลวดี แก้วชะโน

นักศึกษาระดับปริญญาโท

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนเอกสารของสารนิพนธ์ เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพรวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ กับเพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดสงขลา จำนวน กลุ่มประชากร 480 คน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าไคสแควร์ และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้อัตราส่วนออด (Odd Ratio)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบขนาดใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 81.46 มีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพอยู่ในเกณฑ์ดีคิดเป็นร้อยละ 68.96 และตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต คือ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพโดยเพศชายมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิงถึง 0.49 เท่า อาชีพเกษตรกรรม อาชีพข้าราชการ และอาชีพรับจ้างทั่วไป มีโอกาสที่จะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต สูงกว่าอาชีพค้าขาย ถึง 13.89, 10.50 และ 9.38 เท่า ตามลำดับ รวมทั้งตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ และการดำรงชีพคือ เพศ โดยเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพสูงกว่าเพศชายถึง 1.63 เท่า

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

**Abstract**

The purposes of this study were: to investigate quality of life in mental health, and living and occupational conditions of 480 people affected by the unrest situation in Songkhla Province, and to explore the relationships between their quality of life in mental health, and living and occupational conditions and their religion, marital status, educational level,

occupation, and income. The data were analyzed using frequency, percentage, chi-square, and odds ratio was used to test the relationships.

The results of the study revealed that most of the people affected by the unrest situation had good quality of life in each aspect as follows: 81.46 percent in mental health, and 68.96 percent in living and occupational conditions. The variables that affected their quality of life in mental health were: gender, educational level, and occupation. Males had 0.49 times higher opportunity to have good quality of life than females. Occupations in agriculture, government and general employment had 13.89, 10.50, and 9.38 times higher opportunity to have good mental health than those in trading, respectively. The variable that affected quality of life in living and occupational conditions was gender. Females had 1.63 times higher opportunity to have good quality of life in living and occupational conditions.

**Keyword :** *Quality of life, who have been affected by the unrest.*

## บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าตอนนี้ปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ต้องหนีไม่พ้นปัญหาสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นปัญหาที่แก้ไขกันมายาวนาน ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ดังกล่าวจึงเป็นปัญหาเรื้อรังที่เคยเกิดขึ้นมานานแล้ว บางครั้งก็รุนแรงขึ้น บางครั้งก็เบาบางลง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของรัฐบาลและการปฏิบัติของหน่วยงานราชการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (พิสมัย แบนสนิท 2553) รวมถึงพื้นที่ที่หลากหลายด้วยวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความหลากหลายวัฒนธรรม หลากหลายความคิด ความเชื่อ นั่นอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้พื้นที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในปัจจุบันเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในปัจจุบัน จากจังหวัดชายแดนภาคใต้สามจังหวัดอันได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่สามจังหวัด ลุกลามมาถึง 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ดีจังหวัดหนึ่งในภาคใต้

จากสถิติศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศชต.) สรุปสถานการณ์ความไม่สงบและความสูญเสียในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2554 ตลอดระยะเวลา 6 เดือน มีเหตุการณ์รุนแรงรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้น 479 เหตุการณ์ โดยที่ในระยะเวลาเดียวกันนี้ในปีที่แล้วเกิดเหตุการณ์รุนแรง 566 เหตุการณ์ เท่ากับลดลง 87 เหตุการณ์ หรือคิดเป็นร้อยละ 18.16 โดยแยกเหตุการณ์ออกเป็นเหตุยิงด้วยอาวุธปืน 327 เหตุการณ์ เหตุระเบิด 103 เหตุการณ์ เหตุวางเพลิง 11 เหตุการณ์ และอื่นๆ 38 เหตุการณ์ โดยยอดความสูญเสียชีวิตมีทั้งสิ้น 262 ราย เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเดียวกันของปีที่แล้วมีความสูญเสียทั้งสิ้น 239 ราย เพิ่มขึ้น 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.77 โดยผู้เสียชีวิต 262 ราย ในครึ่งปีแรกของปี 2554 นี้ แยกเป็นประชาชน 223 ราย ทหาร 29 นาย และตำรวจ 10 (ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2554) รวมทั้งข้อมูลสถิติ

ความไม่สงบในพื้นที่ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิประเทศที่มีความเชื่อมต่อกับจังหวัดปัตตานี และจังหวัดยะลา รวมทั้งความเจริญทางด้านการค้าในตัวเมืองอำเภอหาดใหญ่ ทำให้กลุ่มก่อความไม่สงบสะดวกในการเข้ามาก่อความไม่สงบในพื้นที่เพื่อให้นักธุรกิจ นักท่องเที่ยวขาดความเชื่อมั่นในพื้นที่ ซึ่งเห็นได้จากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่เกิดขึ้นที่ อำเภอเทพาที่เกิดเหตุคนร้ายไม่ทราบชื่อใช้อาวุธปืนลูกซองสั้นยิง นายสุพิศ ชุมแก้ว อายุ 56 ปี ซึ่งเป็นชาวบ้านตำบลวังใหญ่ อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เสียชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นในวันที่ 28 มิถุนายน 2550 นี้เป็นเยื่อผู้เคราะห์ร้ายที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา 2550)

นั่นเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบตามมา แล้วผู้ได้รับผลกระทบเหล่านั้นจะมีคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ และทางด้านร่างกายอย่างไร เมื่อต้องประสบพบเจอเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นแสดงให้เห็นว่า “เรากำลังมาถูกทาง” แต่สิ่งที่ทำให้สังคมไทยยังคงประสบกับปัญหาการก่อความไม่สงบในพื้นที่นั้น คือ การขาดความพยายามในการที่จะเข้าไปถึงกระบวนการแก้ไขปัญหา การเข้าไปให้ถึงประชาชนที่กำลังดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางปัญหาที่เกิดขึ้น และการเข้าไปให้ถึงกลุ่มบุคคลที่ก่อปัญหาความไม่สงบ ทั้งที่มีเจตนาที่บริสุทธิ์ หรือที่มีเจตนาที่มุ่งหวังแต่ประโยชน์ส่วนตน นี่คือนโยบายใหญ่ของแก้ไขปัญหাজังหวัดชายแดนภาคใต้ที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ แต่นั่นเป็นส่วนหนึ่งที่ควรค้นหาสาเหตุและวิธีแก้ไข แต่เหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นในรายวัยในพื้นที่ นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบเหล่านั้นจะมีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ และการดำรงชีพตลอดจนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ฯ นั้นเป็นอย่างไร โดยมองว่าคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบเหล่านั้น มีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ ศาสนา สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพนั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบหรือไม่

คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ถึงแม้ในระยะแรกเริ่มอาจเป็นจุดเล็กๆ ประเด็นเล็กๆ ที่แลดูอาจไม่มีใครสังเกตเห็นหรือให้ความสนใจ แต่จะรู้บ้างหรือไม่ว่าเบื้องหลังคุณภาพชีวิตหลังที่พวกเขาประสบพบเจอกับเหตุการณ์ความไม่สงบ การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน อาทิ เช่นความเป็นอยู่ทางด้านที่อยู่อาศัย พวกเขาเหล่านั้นจะมีอาหารเพียงพอหรือไม่ มีไฟฟ้าใช้หรือไม่ เพราะบางรายอาจโดนกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบลอบวางเพลิงบ้านจนสูญเสียทรัพย์สินในส่วนของบ้านที่อยู่อาศัยไป หรือจะมีน้ำสะอาดไว้ใช้ในการอุปโภคบริโภคเพียงพอหรือไม่ ตลอดจนหลังจากผู้ตกเป็นเหยื่อในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องเผชิญบางรายอาจสูญเสียผู้นำครอบครัว ซึ่งเป็นหัวแรงหลักในการหาเลี้ยงชีพไปนั้น พวกเขาเหล่านั้นจะมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตต่อไปหรือไม่ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันที่เขาเคยปฏิบัติก่อนที่จะได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ในครั้งนี้ เช่น กรณีที่นับถือศาสนาอิสลาม การไปร่วมประกอบศาสนกิจที่มัสยิด พฤติกรรมด้านนี้เป็นเช่นไร ส่งผลกระทบต่อเช่นไรกับพวกเขาเหล่านั้นบ้าง

บทความเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา” เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ” จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำเช่นไรให้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นลดลง พร้อมทั้งเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบให้กลับมาสู่สภาวะจิตใจที่เข้มแข็งและดำรงชีวิตในสังคมได้ พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ตรงจุด ดังนั้นจึงนำไปสู่แนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ เพื่อสร้างฐานอันมั่นคงในการดำรงชีพ ความเป็นอยู่ที่ดีสามารถพึ่งตนเองได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ เพราะพวกเขาเหล่านั้นต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจที่หนักหน่วงทั้งทางสภาพแวดล้อม สภาพจิตใจ สภาพสังคม ซึ่งจากปัญหาที่ผู้ได้รับผลกระทบประสบนั้นส่งผลอย่างไรกับคุณภาพชีวิต ซึ่งถือเป็นพื้นฐานหลักในการดำเนินชีวิต รวมทั้งความเป็นอยู่ตลอดจนการดำรงชีพของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดสงขลาว่ามีความสัมพันธ์กับเพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

### วิธีการวิจัย

#### 1. วิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา โดยศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานราชการ โดยศึกษากลุ่มประชากรตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยศึกษาเฉพาะพื้นที่อำเภอเทพา อำเภอสะบ้าย้อย อำเภอจะนะ อำเภอนาทวี อำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ของจังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 480 คน ซึ่งกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นกลุ่มข้อมูล ตั้งแต่ปี 2550 – 2554 โดยผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดสงขลา รวมทั้งสิ้นจำนวน 983 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลาได้ลงพื้นที่และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งข้อมูลนั้นมีอยู่ในฐานข้อมูลของหน่วยงาน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในพื้นที่จังหวัดสงขลา เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ตอนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดสงขลา ซึ่งแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาศึกษานั้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

โดยลักษณะการตอบของแบบสอบถามที่นำมาศึกษานั้น ผู้ตอบมีการตอบในสองลักษณะ คือ ใช่ หมายถึง ระดับความคิดเห็นหรือคำตอบที่เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ระดับความคิดเห็นหรือคำตอบที่ไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น

### การวัดค่าตัวแปร

ด้านการวัดค่าตัวแปรนั้น เป็นการวัดค่าตัวแปรนั้นถูกกำหนดจากทางสำนักงานพัฒนามนุษย์และสังคมจังหวัดสงขลาโดยตรงว่าตัวแปรจากข้อมูลแบบสอบถามให้ค่าเท่ากับเท่าไร ซึ่งใน ด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ทางหน่วยงานดังกล่าวเป็นผู้กำหนด ดังตารางการกำหนดสัญลักษณ์ข้อมูลตัวแปร

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดข้อมูลตัวแปร

ชื่อตัวแปร	รายการข้อมูล	ค่าเป็นได้และความหมาย	ข้อสังเกต
ID	เลขที่แบบสอบถาม		
G	เพศ	1 = ชาย 2 = หญิง	
R	ศาสนา	1 = พุทธ 2 = อิสลาม	
ST	สถานภาพ	1 = โสด 2 = สมรส/ เคยสมรส	
EC	การศึกษา	1 = ประถมศึกษา 2 = มัธยมศึกษาตอนปลาย 3 = ปริญญาตรี	
C	อาชีพ	1 = ค้าขาย 2 = พนักงานเอกชน 3 = ข้าราชการ 4 = เกษตรกรรม 5 = รับจ้างทั่วไป	
RE	รายได้	1 = ต่ำกว่า 5,000 – 10,000 บาท 2 = 10,001 – 20,000 บาท 3 = 20,001 บาทขึ้นไป	

โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา กำหนดให้ผู้ตอบข้อมูลในแบบสอบถาม หากตอบคำถามในข้อคำถามว่า “ใช่” ทางสำนักงานให้ความหมายว่า มีคุณภาพชีวิตด้านนั้นอยู่ในระดับดี แต่หากตอบข้อคำถามนั้นว่า “ไม่ใช่” ให้ความหมายว่า ไม่มีคุณภาพชีวิตด้านนั้นหรือคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งการกำหนดนั้นเป็นไปตามฐานข้อมูลของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาศึกษา

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กระบวนการประสานงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลงานด้านของสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา เพื่อขอความอนุเคราะห์สนับสนุนข้อมูล ซึ่งภายในหน่วยงานจะมีเจ้าหน้าที่ด้านการเยียวยาประจำอำเภอแต่ละอำเภอในจังหวัดสงขลา หลังจากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามที่ได้ได้รับมาลงในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับการสนับสนุนมา ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านเอกสาร ดังนั้นจึงนำข้อมูลเหล่านั้นลงสู่ระบบดิจิทัลเสียก่อน เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และสร้างรหัส code ในการวิเคราะห์ผลข้อมูลต่อไป โดยกำหนดให้คำถามที่ตอบในแบบสอบถามแต่ละชุดสามารถคำนวณออกมาได้ ดังนี้

คำถามที่ตอบ “ใช่” ให้มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

คำถามที่ตอบ “ไม่ใช่” ให้มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน

ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ค่าที่กำหนดมานั้นได้จากหน่วยงานที่นำมาศึกษาข้อมูลในครั้งนี้ โดยข้อมูลกลุ่มตัวอย่างประชากรที่นำมาศึกษา จำนวน 480 คน เป็นกลุ่มข้อมูลที่ทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลาได้ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนและสอบถามถึงความเดือดร้อนโดยทางสำนักงานเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรจากสภาพความเดือดร้อนที่ได้รับ นำไปสู่การได้ผลของข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ของผู้ได้รับผลกระทบ

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้านการวิเคราะห์ใช้การประมวลผลข้อมูลเพื่อหาค่าทางสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ซึ่งนำมาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ รวมทั้งใช้สถิติ Chi – square เพื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างเพศ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรง และทดสอบความแตกต่างของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน โดยใช้การทดสอบอัตราส่วนออด (Odd Ratio)

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิต ด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มประชากรผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท

2. ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ และการดำรงชีพ คิดเป็นร้อยละ 68.96 ซึ่งจากผลอัตราส่วนร้อยละของข้อมูลแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

3. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ เพศหญิงมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพสูงกว่าเพศชายถึง 1.63 เท่า

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั้งด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี คือ ตัวแปรเพศ

จากการที่ได้ไปสัมภาษณ์ผู้หญิงที่ทำการเผยแพร่เรื่องราวในโปรแกรมสนทนาแคมฟรอกในประเด็นที่ทำให้ผู้หญิงกล้าที่จะเผยแพร่เรื่องราวโดยได้แบ่งได้เป็น 3 ประเด็น

1. การเข้าสู่พื้นที่ในโปรแกรมแคมจนนำสู่การเผยแพร่เรื่องราวมีผลมาจากการชักชวนของเพื่อน และสื่อทางโทรทัศน์ทำให้ผู้หญิงมีความอยากจะลองเข้าไปเล่น

2. โลกออนไลน์ถือเป็นเวทีหนึ่งที่ทำให้ตนเองเป็นจุดสนใจของผู้อื่น และการเผยแพร่เรื่องราวนั้นก็ทำให้มีผู้คนมาสนใจ

3. การที่มีแรงเชียร์ การช่วย การแข่งขันกัน ทำให้มีการอย่างที่จะเอาชนะผู้อื่น ซึ่งมีผลทำให้อยากที่จะให้ผู้อื่นมีความสนใจตนมากกว่าผู้อื่น

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา มีประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังนี้

1. ด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่ที่พบคือส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เนื่องจากเหตุการณ์ที่พบและประสบมาเกิดจากการวางระเบิด และฆ่าทำร้ายเจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย ในด้านศาสนาพบว่าผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ ที่นับถือศาสนาพุทธเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ ด้านสถานภาพโดยส่วนใหญ่สมรสแล้ว ด้านระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ด้านอาชีพพบว่าอาชีพเกษตรกรรมถือเป็นอาชีพหลักของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ ด้านรายได้พบว่าผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000



บาท ด้านข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นตัวสนับสนุนข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยในการดูแลแนวทางการแก้ไขคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบให้ตรง โดยจากข้อมูลข้างต้นที่นำมาศึกษานั้นมีการสำรวจสอบถามถึงกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในด้านคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ โดยข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับตัวแบบวัดระดับคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของ จปฐ. ของกรมพัฒนาชุมชน (2545) ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) เพื่อเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นการที่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตย่อมทำให้คุณภาพชีวิตทุกๆ ด้านดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตจะดีได้ต้องมาจากปัจจัยหลายด้านโดย ประเวศ วะสี (2547) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากพื้นฐานความเป็นอยู่ที่ดี 4 ประการ คือ (1) ทางกาย โดยครอบคลุมถึงสุขภาพทางกาย เศรษฐกิจแบบพอเพียง (2) ทางใจ ครอบคลุมถึงความเครียดลดลง ความมีสติ สุขภาพใจดี (3) ทางสังคม การอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุขในครอบครัว ชุมชน สังคมสันติสุข และการพัฒนาทางวัฒนธรรม (4) ทางจิตวิญญาณ ความเห็นใจ ทัศนคติการมองโลกที่ถูกต้อง ความเห็นแก่ตัวน้อยลง ซึ่งคุณภาพชีวิตพื้นฐานเหล่านี้ล้วนอยู่ในปัจจัยที่ต้องคำนึงของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในพื้นที่จังหวัดสงขลา ซึ่งรายละเอียดจะอยู่ในส่วนขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทางกาย และทางใจ

2. ด้านคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านกายภาพ ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ มีความเป็นอยู่ที่ได้มาตรฐานบ้านทำด้วยสิ่งก่อสร้างที่มั่นคงแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ มีอาหารเพียงพอ มีไฟฟ้าใช้ มีน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมพัฒนาชุมชน (2545) ในหมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย เพราะที่อยู่อาศัยนั้นถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการวัดระดับคุณภาพชีวิตนั่นเอง รวมไปถึงสัมพันธ์กับหมวดที่ 4 ซึ่งเป็นเรื่องของรายได้ด้วย และจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีโดยองค์รวม แต่อย่างไรก็ตามมีปัจจัยบางปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพคือเพศเพราะจากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเพศมีส่วนให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลสัมพันธ์หรือแตกต่างกัน โดยเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพ ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดสงขลา ซึ่งเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพสูงกว่าเพศชายถึง 1.63 เท่า เนื่องจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงนั้นมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย เพราะอาจสืบเนื่องจากปัจจัยหลายๆ ด้านที่เพศหญิงถือเป็นเพศที่มีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ และการดำรงชีพสูงกว่าเพราะเพศหญิงมีคุณลักษณะทางด้านภาวะผู้นำในครอบครัวในด้านการดูแลบุคคลในครอบครัวเป็นพื้นฐานเดิม หรือการเป็นแม่ของลูก การเป็นภรรยาของสามี และเป็นแม่บ้านประจำครอบครัวของ แต่ละครอบครัว นั้นเลยไม่ใช่เรื่องแปลกที่ผู้ได้รับผลกระทบเพศหญิงจึงมีคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพที่ดีกว่านั่นเอง แต่ที่ขาดไม่ได้คือปัจจัยความต้องการพื้นฐานทางด้านที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์

ซึ่งสอดคล้องกับวิภากร มาพบสุข (2543) ซึ่งแบ่งระดับความต้องการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ความต้องการทางสรีระ (Physiological needs) หมายถึง ความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย ความต้องการพักผ่อน ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ความต้องการเหล่านี้มนุษย์มีความต้องการเหมือนกัน แต่จะแตกต่างกันในรายบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเพศ วัย สถานการณ์ 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security and Safety needs) หมายถึง ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ปราศจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การถูกข่มขู่จากบุคคลอื่น มนุษย์จึงมีความต้องการความมั่นคงปลอดภัยเป็นหลักประกันในชีวิต เช่น มีอาชีพที่มั่นคง มีบ้านที่แข็งแรง มีการออมทรัพย์ มีการสะสมทรัพย์ มีการประกันชีวิตงานที่ทำไม่เสี่ยงภัยอันตรายต่อชีวิต ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล หากเจ็บป่วยระหว่างปฏิบัติงาน เป็นต้น 3) ความต้องการความรัก และเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ (Love and Belonging Need) หมายถึง ความต้องการที่จะเป็นที่รักของผู้อื่น และต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ เพราะมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการ การยอมรับจากกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับนับถือจากผู้อื่น (Esteem Needs) หมายถึง ความปรารถนาที่มองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นที่น่าเคารพยกย่องจากตนเอง และผู้อื่น ต้องการให้ผู้อื่นเห็นว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ หากความต้องการดังกล่าวถูกทำลาย และไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกมีปมด้อย สิ้นหวัง และ 5) ความต้องการที่จะรู้จักตนเองตามสภาพที่แท้จริง และพัฒนาศักยภาพของตน (Self-Actualization) หมายถึง ความต้องการที่จะรู้จักเข้าใจตนเอง ตามสภาพที่แท้จริงเพื่อพัฒนาชีวิตของตนเองให้สมบูรณ์ ความพยายามที่จะให้บุคคลอื่นยอมรับนับถือกับความต้องการและความสำเร็จของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่และการดำรงชีพของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีความต้องการทั้งทางด้านปัจจัยพื้นฐาน เช่น เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ตลอดทั้งมีความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ จากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการ 5 ประการ

### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าข้อมูลพบการวิเคราะห์ที่ออกมานั้นมีความละเอียดของข้อมูลยังไม่ครอบคลุม ทำให้ความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบไม่ครอบคลุมด้วยเช่นกัน ดังนั้นทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ โดยการนำผลวิจัยที่ได้มาลงมือปฏิบัติจริง เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และควรเพิ่มเติมรายละเอียดด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น รวมทั้งควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ ให้ครอบคลุมข้อมูลมากขึ้น พร้อมทั้งด้านการจัดเก็บข้อมูลควรชี้แจงรายละเอียดให้มากขึ้นและแบ่งเป็นระดับๆ เพื่อต่อการนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

## บรรณานุกรม

- กรมการพัฒนาชุมชน. (2545). ข้อมูล จปฐ. และข้อมูล กชช. 2 ค มีข้อมูลมากพอที่จะใช้ประโยชน์.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพิ่มเสริมกิจ.
- ประเวศ วะสี. (2547). ความสุขมวลรวมประชาชาติมุ่งสู่กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา. ใน  
จินตลาวิเศษกุล(บรรณาธิการ) กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาชีวิตด้วยความสุขมวลรวม  
ประชาชาติแทนผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (ฉบับที่ 1) : หน้า 165-174.  
กรุงเทพมหานคร : ลานเงินมีมา.
- พิสมัย แนนสนิท. (2553). ปัญหาในการให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจาก  
เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา  
บริหารงานยุติธรรม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิภาพร มาพบสุข. (2543). การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.  
ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้. 2554.
- ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้. (2554). สถิติผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความ  
ไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา. (2550-2554). แบบฟอร์มการเก็บ  
ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ได้รับผลกระทบ.

## การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดใน “แบบจिरาสา” เป็นเช่นไร Rehabilitation of drug addicts in the “jirasa Program” be like

ธนิห เมืองจีน

นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแบบจिरาสา กรณีศึกษา ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กองบิน 56 จังหวัดสงขลา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในแบบจिरาสา 2) ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสังเกตและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้เข้ารับการฟื้นฟูจำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ และครูพี่เลี้ยงจำนวน 6 คนผลการวิจัยพบว่า ภูมิหลังของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสาเหตุการติดยาเสพติดมาจาก ปัจจัยหลายอย่าง เนื่องจากแต่ละคนมาจากพื้นฐานครอบครัว ฐานะ อาชีพ การศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ก่อนที่จะใช้ยาเสพติดประเภทอื่น ยาเสพติดที่ใช้เสพมากที่สุดคือ ยาบ้า รองมาคือยาไอซ์ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระบบจिरาสา (Jirasa Program) ซึ่งเป็นหลักสูตรของ ศูนย์วิชาการยาเสพติด กองวิทยาการ กรมการแพทย์ทหารอากาศการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การปรับตัว การปรับสภาพร่างกายและจิตใจ การจัดระเบียบตนเอง และการใช้ชีวิตร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และขั้นตอนที่ 3 เตรียมตัวกลับสู่สังคม เน้นการปลูกฝังอุดมการณ์ สร้างความรับผิดชอบต่อตนเอง สังคม ชุมชน เพื่อปฏิบัติตนเป็นคนดีของสังคม ควบคู่กับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบจिरาสา โดยทุกกระบวนการถูกควบคุมด้วยอำนาจภายใต้ทฤษฎีความสัมพันธ์เชิงอำนาจของฟูโกต์ ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูส่วนใหญ่รู้สึกพอใจกับการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระบบจिरาสาเป็นโครงการที่ดี พอใจในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ได้รับผลดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนใหญ่คาดหวังว่าเมื่อฟื้นฟูจะเลิกเสพยาเสพติดเพื่อกลับไปประกอบอาชีพตามที่ตนเองถนัด เพราะยาเสพติดทำให้ชีวิตต้องสูญเสียอิสรภาพ เกิดปัญหาตามมามากมาย เสียอนาคต เสียเวลา และไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติด อีกปัญหาที่พบคือการขาดแคลนนักจิตวิทยามืออาชีพ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูและปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟู

**คำสำคัญ :** ผู้ติดยาเสพติด, จिरาสา

### Abstract

Study. "The rehabilitation of drug addicts in New York For the case of rehabilitation centers for drug addiction, Fleet 56, Songkhla Province," The objective was to investigate

1) the rehabilitation of drug addicts in the Chi. For this, 2) study the problems and solutions in the rehabilitation of drug addicts-notch image. A qualitative study. From observation and interview. Participants in the Fund, 10 officers of various departments and teachers were 6 results found. Background for the rehabilitation of drug addiction, causes of drug addiction. Many factors. Since each person comes from a family background of the different professions. Most experts before taking any other drugs. Drug abuse is the most used drug is a secondary drug ice. Forms of rehabilitation can be a destination (Jirasa Program), a program of Academic Department of Medical Science Narcotics Division of the Air Force is divided into three phases: the first step to get the body and mind. To organize themselves. And living together at the second stage of treatment in rehabilitation centers for drug addicts. And step 3 to prepare for return to society. The ideological indoctrination. Responsibility for the community to behave as a good citizen. Coupled with the rehabilitation of New York can. The process is controlled by the authority. The theory of power relations Foucault. The rental rehabilitation, most were pleased with the rehabilitation of drug addicts with a destination can be a good project. Satisfied with their rehabilitation. Benefit both physically Mental and behavioral changes. Most expect that upon release is to give drugs to return to work by their students. The drugs that have lost their freedom. Many problems as it will waste time and not come back to the drug problem is a shortage of professional psychologists. Health problems of those admitted to rehabilitation. The behavior of individuals on the recovery and restoration process.

**Keywords :** *Drug addiction , Jirasa Program.*

## บทนำ

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เมื่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพิจารณาวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด และต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลาไม่เกิน 6 เดือน หากผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบถ้วนตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นที่พอใจแล้ว ให้ถือว่าผู้นั้นพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหาตามมาตรา 19 และคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอาจจะมีคำสั่งให้ขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดออกไปครั้งละไม่เกิน 6 เดือน แต่รวมกันไม่เกิน 3 ปี หรือส่งตัวคืนให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อดำเนินคดีต่อไป และตามมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ให้กำหนดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่ง เป็นกฎหมายในระบบบังคับบำบัดบัญญัติขึ้นตามหลักการที่ว่า ผู้เสพยาเสพติดนั้นมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มิใช่อาชญากร จึงควร

ได้รับการบำบัดรักษา จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดขึ้น เพื่อรับตัวผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยวิธีการ 3 ระบบ คือ 1) ระบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งระบบแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ 2) ระบบต้องโทษ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดและถูกคุมขังต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์ กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม 3) ระบบบังคับ หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2534 แต่ไม่มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายหลายประการซึ่งต่อมากระทรวงยุติธรรมจึงได้มีการขอแก้ไขพระราชบัญญัติดังกล่าวเพื่อให้มีความสมบูรณ์ในการบังคับใช้และให้สอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 )

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาเสพติด ได้ขยายวงกว้างไปสู่ประชาชนกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา เกษตรกรผู้ใช้แรงงาน คนขับรถบรรทุก ฯ ผู้ให้บริการในสถานเริงรมย์ หรือแม้แต่ดาราศิลปิน จนทำให้ปัญหายาเสพติดคืบคลานเข้ามาใกล้ตัวทุกที่ ยาเสพติดที่แพร่ระบาดมีหลายชนิดและได้พัฒนารูปแบบการค้า การเสพที่แยบยลขึ้น หากประชาชน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ประกอบกับความอยากลอง อาจทำให้ประชาชนหันไปลองใช้ หรือถูกหลอกให้ใช้ยาเสพติด ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งเป็นก้าวแรกของการนำไปสู่การติดยาเสพติดการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดไม่ว่าจะเป็นโทษพิษภัย สถานการณ์การแพร่ระบาดสาเหตุที่ชักนำไปสู่การเสพติดเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้เสพและต่อสังคมเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม อุบัติการณ์การติดยาเสพติดในภาพรวมของภาคใต้ มีการแพร่ระบาดอย่างมากในสถานการณ์ปัจจุบันยังจะเห็นได้ว่า ยาเสพติดบางชนิดได้ทวีความรุนแรงพบว่าอัตราการแพร่กระจายเพิ่มมากขึ้นทุกจังหวัดทุกชุมชนและทุกกลุ่มประชากรในภาคใต้โดยมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาการระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ชนบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ กระบวนการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบำบัด การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การปฏิบัติตามระเบียบการบำบัดรักษา การศึกษากรณีศึกษา (นิตยา สำเร็จผลและคณะ 2545)

ยาเสพติดนับได้ว่าเป็นปัญหาร้ายแรงต่อประเทศ เป็นมะเร็งของสังคมที่คอยบั่นทอนความมั่นคงของประเทศชาติ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการต่าง ๆ หรือมีกฎหมายขึ้นมาเพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้หมดไป ทั้งในด้านของผู้ค้าและผู้เสพ แต่ก็ยังคงมีผู้คนและผู้เสพให้เห็นอยู่ทุกวัน แต่เมื่อมีผู้เสพแล้วรัฐบาลจะปล่อยให้ผู้เสพเหล่านั้นตกอยู่ในวังวนของยาเสพติดต่อไปไม่ได้ จำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อช่วยเหลือผู้เสพเหล่านั้น นั่นคือการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวนี้ได้มีมาตั้งแต่อดีต และพัฒนาวิธีการต่าง ๆ มาจากกระทั่งถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าใน

อดีตอาจจะยังไม่มีมาตรการหรือตัวบทกฎหมายที่ชัดเจน แต่รัฐบาลก็ได้ตั้งนอเนียงหาทางที่จะช่วยเหลือผู้ที่ติดยาเสพติดในมาตรการและรูปแบบต่าง (รัชพงษ์ วงษ์เหรียญทอง, 2546)

โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนั้น มีหลากหลายหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งจะแบ่งความรับผิดชอบอย่างชัดเจน จังหวัดสงขลามีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่นกับจังหวัดอื่นๆ มีความสำคัญและส่งผล โดยตรงต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการบำบัดรักษา เพื่อให้ไม่ให้อาสาสมัครกลับไปเสพยาเสพติดอีกการช่วยเหลือกันเยี่ยงอาสาสมัครอย่างเต็มใจและอย่างยั่งยืน จึงได้นำมาใช้เรียก วิธีการป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยได้นำวิธีการที่ใช้ได้ผลในต่างประเทศ นำมาปรับให้เหมาะสมกับสังคมไทย โดยคำนึงถึงสถาบันครอบครัว ขนบธรรมเนียม และอุปนิสัยคนไทย นั่นก็คือ วิธีการบำบัดฟื้นฟูบำบัด “แบบจิราสา” ซึ่งเมื่อฟังแล้วคำๆ นี้อาจไม่คุ้นหู เพราะนี่เป็นวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผสมผสานระหว่างชุมชนบำบัดและแบบฟาสโมเดล ซึ่งเป็นวิธีการฟื้นฟูบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่ใช้ได้ผลในต่างประเทศจึงนำมาใช้ในประเทศไทย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิราสานี้ มีการใช้เฉพาะหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในสังกัดกองทัพอากาศ เพราะการฟื้นฟูโดยวิธีนี้จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดรู้สึกถึงความตึงเครียดในช่วงระหว่างการบำบัดน้อยลง เพราะแบบจิราสานี้ใช้ชุมชนบำบัดและอาสาสมัครเข้ามาช่วยในการบำบัดด้วย ในสังกัดส่วนภูมิภาคของกองทัพอากาศ กองบิน 56 ถือเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้ความช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดในการฟื้นฟูบำบัด “แบบจิราสา” ซึ่งการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรูปแบบนี้เป็นที่สนใจว่า สามารถได้ผลมากน้อยเพียงใด เพราะถือเป็นการบำบัดยาเสพติดในรูปแบบที่แตกต่างไปจากการบำบัดทั่วไป ที่ใช้ระบบการบำบัดยาเสพติดแบบฟาสโมเดล อีกทั้งผลการฟื้นฟูบำบัดสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในแบบ “จิราสา” มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นจำนวนมาก แล้วผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดเหล่านั้น นั้น มีทัศนคติ ความเข้าใจในรูปแบบการฟื้นฟูแบบจิราสาและความคาดหวังเช่นไรต่อการบำบัดยาเสพติด ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกองบิน 56

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในระบบจิราสาสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

## วิธีการวิจัย

### 1. วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การปรึกษาในงานสังคม ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกองบิน 56 และเป็นการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด

## 2. การเลือกพื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัย ได้เลือก ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กองบิน 56 เนื่องจากเป็นสถานที่ศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน ข้อยาเสพติดมากเป็นจำนวนต้น ๆ ของจังหวัดสงขลาจะมีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันตาม ศักยภาพของหน่วยงานที่ดำเนินการ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกองบิน 56 เป็นแห่งเดียว ของจังหวัดสงขลา ที่ทำการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแบบจิราสา โดยการบำบัดด้วยวิธีเปลี่ยน ความนึกคิดและพฤติกรรมโดยใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 - 16 สัปดาห์ เมื่อครบการบำบัด ผู้รับการ บำบัดจะสามารถปฏิบัติ “สุปฏิบัติ 10 ประการ” เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังนี้ สร้างเวลาที่มี คุณภาพ , สร้างการสื่อสารที่มีคุณภาพ, สร้างการรู้จักคุณค่าของตัวเอง, สร้างกฎระเบียบในบ้าน, สร้าง หน้าที่และความรับผิดชอบ, สร้างทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่สุนทรีย์, สร้างความคุ้นเคยกับ สิ่งแวดล้อมของลูก, สร้างความรู้เรื่องยาเสพติดให้แก่ลูก, สร้างทักษะในการแก้ปัญหาและการ ตัดสินใจ และสร้างทักษะการปฏิเสธยาเสพติดผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษามาจากคดีตาม คำสั่งศาลที่สั่งให้มาควบคุมการประพฤติตัวอยู่จนกระทั่งครบกำหนดถึงจะปล่อยตัวไปยังบ้านของ ตนเองต่อไป

## 3. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับมาตามคำสั่งศาลตัดสิน ให้มาบำบัดฟื้นฟู ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กองบิน 56

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหมายถึง ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ ติดยาเสพติดกองบิน 56 จังหวัด สงขลา ช่วงเดือน ธันวาคม 2554 – 26 กุมภาพันธ์ 2555 ในการ เลือกผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทำการสำรวจจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 67 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2555 ) และเลือกโดยพิจารณาถึงผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่สามารถให้ข้อมูลในเรื่องที่จะศึกษาได้เป็นอย่างดี จำนวน 10 คน สอบถามความสมัครใจจากผู้ติดยาเสพติดโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและ ขอความร่วมมือเป็นตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

## 2) ผู้ให้ข้อมูล ( Informants)

บุคลากรฝ่ายปฏิบัติการของกองบิน 56 จังหวัด สงขลา ได้แก่ พันจ่าอากาศดำรง แก้วมณี ซึ่งทำหน้าที่เป็นครูพี่เลี้ยง จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถ ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ หน่วยงานรวมถึงรูปแบบและวิธีการดำเนินงานตามกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ ติดยาเสพติด และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

## 4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น โดยการศึกษา ประเด็นคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการอธิบายสภาพ



ชีวิตของผู้เข้ารับการศึกษาที่ผู้พิการผู้ด้อยโอกาสในระหว่างการศึกษาโดยสร้างเป็นแนวคำถาม ปลายเปิดคือ 1.ท่านเริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุเท่าไร 2.สาเหตุในการใช้ยาเสพติด 3.ท่านเคยถูกจับกุม มาแล้วกี่ครั้ง ฯลฯ ให้มีความครอบคลุมตามกรอบแนวคิดและขอบเขตของการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ ต้องการการศึกษา และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้มีการเรียงลำดับคำถาม เนื้อหาของคำถาม สามารถปรับได้ตามลักษณะของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยอาศัยหลักการตั้งแนวคำถามที่มีความเข้าใจง่าย เป็นคำถามปลายเปิดไม่เป็นคำถามนำ

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในช่วงแรกเป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถาน ฟื้นฟู จากฝ่ายปฏิบัติการและครูพี่เลี้ยงต่อมาได้ทำการเข้าไปทำความรู้จักกับกลุ่มผู้เข้ารับการศึกษา ในการทำกิจกรรมต่าง เช่นการประชุมที่งาน กิจกรรมกลุ่มสัมมนาและทำกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิก เพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนที่จะมีการสัมภาษณ์จริง และทำให้ทราบถึงสภาพการเป็นอยู่การประกอบ อาชีพ ลักษณะของการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มประชากร

ในการลงภาคสนามผู้วิจัยได้ใช้สมุดงานและแฟ้มข้อมูลเป็นสมุดบันทึกเล็กสะดวกต่อ การพกพาในการเข้าพื้นที่แต่ละครั้ง ผู้ศึกษาได้ใช้สมุดบันทึกเหตุการณ์ ทันททีที่มีโอกาสขณะอยู่ใน พื้นที่ และหลังจากการสังเกตหรือจบการสัมภาษณ์แล้ว กลับมาจดรายละเอียดอีกครั้งเพื่อป้องกันการ หลงลืมข้อมูลที่สำคัญ โดยทำการบันทึกแบ่งข้อมูลเป็นหมวดหมู่ เพื่อสะดวกในการตรวจสอบและ วิเคราะห์ในขั้นต่อไป

นอกจากนี้ยังใช้เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็กพร้อมเทปบันทึกเสียงและแบตเตอรี่ ในการ เข้าพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้นำเครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็กพร้อมเทปบันทึกเสียง และแบตเตอรี่ เพื่อใช้ในการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และก่อนที่จะมีการ บันทึกเสียงแต่ละครั้งต้องมีการขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ และต้องได้รับความยินยอมในการ บันทึกเสียงก่อน จึงทำการบันทึกเสียงได้โดยทำการบันทึกแบบเปิดเผย และรับรองในการที่จะไม่ เปิดเผยข้อมูลให้บุคคลอื่นทราบ ในเรื่องของการกล่าวหาตักเตือนหรือวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อป้องกันการ ปกปิดข้อมูลที่สำคัญ หลังจากจบการบันทึก ผู้ศึกษาได้ทำการเขียนชื่อและจัดทำเป็นรหัสพร้อมลง วันที่ในการสัมภาษณ์ไว้เพื่อป้องกันความผิดพลาด และใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้สำรวจและศึกษาการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด โดย ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติดและ รูปแบบ วิธีการดำเนินงานตามกระบวนการ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กองบิน 56

1) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) เป็นวิธีการสนทนาให้ผู้ให้ ข้อมูลเล่าเรื่องให้ฟัง และผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย สัมภาษณ์ผู้ติดยาเสพติด ระหว่างการสัมภาษณ์ได้มีการจดบันทึกและบันทึกเสียงการพูดคุยในการ สัมภาษณ์โดยขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน ซึ่งช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ย้อนกลับมาสัมภาษณ์ซ้ำ เมื่อ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non – Participation Observation) เป็นการสังเกตจากวงนอก โดยผู้วิจัยสังเกตกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด และวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูรวมถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ติดยาเสพติด นอกจากนี้ยังสังเกตการณ์ใช้ชีวิตภายในที่พักของผู้บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สภาพความเป็นอยู่โดยรวม เป็นอย่างไร โดยทำการจดบันทึกทุกขั้นตอนและสรุปข้อมูลที่ได้เป็นระยะ ๆ ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสัมภาษณ์ รูปแบบ วิธีการดำเนินงานตามกระบวนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

## 6. การวิเคราะห์

การเก็บข้อมูลภาคสนามผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation ) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้อง หรือไม่วิธีการตรวจสอบของข้อมูลนั้น จะต้องตรวจสอบแหล่งที่มา 3 แหล่ง ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล

1) การตรวจแหล่งเวลาหมายถึง การตรวจสอบว่าตัวแปรอยู่ในช่วงเวลาต่างกัน หรือเหมือนกัน ถ้าเหมือนกันควรตรวจสอบในช่วงเวลาที่ต่างกันด้วย

2) การตรวจสอบสถานที่ หมายถึง การตรวจสอบในแหล่งสถานที่ที่แตกต่างกันด้วย

3) การตรวจสอบบุคคลหมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

พร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบเพื่อทดสอบให้แน่ใจว่าการวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นถูกต้อง ชักถามผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและบุคลากรฝ่ายปฏิบัติการ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นและตีความหมายว่าตรงกับสิ่งที่ศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาสร้างข้อมูลทั้งหมดมาสร้างข้อสรุปและบรรยายผลการศึกษาเพื่อสะท้อนให้เห็นความเป็นจริงของการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแบบจิราสา

## ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแบบจิราสาสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น

1. จากการศึกษาแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบจิราสา พบว่าสภาพชีวิตในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแต่ละคนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาจากเส้นทางที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นจากการสูบบุหรี่และเปลี่ยนมาเป็นเสพกัญชา หรือยาบ้า จนกระทั่งถูกเจ้าหน้าที่จับกุม และศาลสั่งพิจารณาคดีให้สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นระยะเวลา 120 วัน

2. ปัญหาที่พบคือ ขาดแคลนนักจิตวิทยามืออาชีพ หน่วยงานได้ประสบปัญหาแคลนผู้เชี่ยวชาญนักจิตวิทยามืออาชีพเพื่อช่วยในการฟื้นฟู ปัญหาด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟู

ปัญหาด้านพฤติกรรม ผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่เข้ามาในช่วงแรก บางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟู

3. แนวทางการแก้ไขปัญหา ด้านผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟู เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับสู่สังคม ด้านการขาดแคลนบุคลากรด้านจิตวิทยามีอาชีพ จึงต้องมีการขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น สำนักงานคุมประพฤติ และสำนักงานสาธารณสุข ให้จัดส่งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ความชำนาญในด้านจิตวิทยา และด้านสุขภาพ เข้ามาร่วมในกระบวนการฟื้นฟู

### อภิปรายผล

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิราสา เป็นรูปแบบของการใช้การควบคุมปกครองแบบครบถ้วนนักเรียน โดยมี ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกองบิน 56 เป็นผู้ที่ผู้อำนวยการตัดสินใจและผู้อำนวยการบังคับบัญชาสูงสุด เน้นการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องพื้นฐานเรื่องความเป็นอยู่ เพื่อการดำเนินชีวิตเพื่อให้รู้วิธีการปฏิบัติกับอาการยาเสพติดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมอย่างชาวจิราสา ซึ่งความสงบเรียบร้อย จะต้องมีการตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล นั่นคือสมาชิกแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเรียนรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา บุคลิกภาพ ความต้องการที่จะเรียนรู้หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ ปัญหาที่สลับซับซ้อนแตกต่างกัน ดังนั้นการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจึงต้องคำนึงถึงรูปแบบและเทคนิคที่จะนำมาใช้รูปแบบการฟื้นฟูจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม มีการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมกลุ่มบำบัด ที่จัดขึ้น จะต้องมีการปรับปรุงให้มีความหลากหลายสอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของสมาชิก เน้นให้มีการแสดงออกที่ถูกต้องรู้จักควบคุมตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหา และแก้ไขปัญหาในแนวทางที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิราสา โดยสังคมแห่งระเบียบวินัยมีเครื่องมือที่เรียกว่า การฝึกฝน ที่ค่อยๆ แทรกซึมเข้าไปในชีวิตประจำวัน การดำเนินการตามรูปแบบจิราสา ในการดำเนินการกิจกรรมกลุ่มบำบัด ที่จัดขึ้นเป็นการกลุ่มจิตบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจ กลุ่มประเมินผล และกลุ่มประชุมเช้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจตนเองตามความเป็นจริง มองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับตนเอง รู้จักควบคุมตนเอง อดทนอดกลั้น ความพึงพอใจในตนเอง และด้านพฤติกรรมที่ตนเองแสดงออก ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาตนเองตามรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

มุมมองของครูพี่เลี้ยงที่มองผู้เข้ารับการฟื้นฟูว่าเป็นนักเรียน ไม่ใช่นักโทษที่ต้องได้รับอบรมสั่งสอน สอนให้เป็นคนมีระเบียบ มีวินัย มีความรับผิดชอบ มีความอดทน มีความเสียสละ เรียนรู้การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม ศูนย์ฟื้นฟูจึงเหมือนโรงเรียนซึ่งปรับเปลี่ยนเส้นทางชีวิตหลังจากที่พลาดมาแล้วในอดีต สำหรับความคาดหวังหลังจากเข้ารับการฟื้นฟู ส่วนใหญ่ตั้งใจว่าจะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ตั้งใจประกอบอาชีพสุจริต และกลับไปอยู่กับครอบครัว

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแบบจิราสา กรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กองบิน 56 จังหวัดสงขลา ผู้ศึกษามีประเด็นในการอภิปรายผลดังนี้

ด้านภูมิหลังของผู้เข้ารับการบำบัด พบว่าเส้นทางเดินชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกันส่วนใหญ่มักเริ่มต้นจากการสูบบุหรี่ และเปลี่ยนมาเป็นการเสพยาเสพติดอื่นๆ จนกระทั่งถูกจับกุมและศาลสั่งพิจารณาส่งเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ด้านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นรูปแบบของการใช้การควบคุมปกครองแบบครบถ้วนกับนักเรียน โดยมี ผู้อำนวยการศูนย์ฯ เป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจและอำนาจการบังคับบัญชาสูงสุด

จากการศึกษาพบว่า อำนาจที่เกิดขึ้น ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นอำนาจที่แสดงออกในรูปแบบของบทบาทผู้ควบคุมหรือบทบาทของครูพี่เลี้ยงที่มีต่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูซึ่งควบคุมการปฏิบัติตนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ว่าภายหลังจากการฟื้นฟูแล้ว มีการกระทำความผิดซ้ำหรือไม่ และหวนกลับไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบกับกรบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบอื่นๆ ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เห็นถึงรูปแบบและวิธีการ ว่ามีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

กรมแพทยทหารอากาศ. (2553). คู่มือการปฏิบัติการในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.

ศูนย์วิชาการยาเสพติด กองวิทยาการ กรมแพทยทหารอากาศ.

รัชพงษ์ วงษ์เหรียญทอง. (2546). การบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.

2545: ปัญหาข้อกฎหมายและแนวทางปฏิบัติ .จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา สำเร็จผล , มณี อภานันท์กุลและศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด (2545) . ผลการดำเนินงาน

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด . กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา  
เสพติด กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม.

ฟูโกต์ มิแชล. 2541. ร่างกายใต้บังคับการ : *The chapter "Les corps dociles" from Surveiller et  
Punir.* กรุงเทพฯ : คบไฟ.