



## เอกสารคำสอน



### บูรณาการเวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสรญา แก้วพิบูลย์  
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน

สำนักวิชาแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปีการศึกษา 2554



## เอกสารคำสอน

### รายวิชา

609230 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1

(Family and Community Medicine I)

609231 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 2

(Family and Community Medicine II)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสรญา แก้วพิบูลย์  
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน

สำนักวิชาแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปีการศึกษา 2554

## คำนำ

วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน (Family and Community Medicine) เป็นวิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสังคมที่จะทำให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจภาพรวมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในมิติอื่นๆ นอกเหนือจากมิติด้าน Biomedical Science อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนแท้จริง เพราะช่วยให้เข้าใจที่มาของปัญหาความเจ็บป่วย และผลกระทบอันสืบเนื่องจากความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนต่อเนื่องเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะความสำคัญของครอบครัวนั้นแม้จะเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมแต่ก็เป็นหน่วยที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะบุคคลจะมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ปรับตัวได้ดีใช้ชีวิตอย่างปกติสุขนั้นจะต้องมีพื้นฐานมาจากครอบครัวที่ดี และในขณะเดียวกันผลของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในครอบครัวด้วย

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของวิชานี้จะทำให้แพทย์สามารถเรียนรู้ธรรมชาติและพัฒนาการของโรคและความเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สามารถบูรณาการความรู้ ทักษะและเจตคติที่เหมาะสมซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญของแพทย์ในการที่จะช่วยแก้ปัญหา ป้องกันปัญหา ให้กับชุมชน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานะสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างต่อเนื่องครบวงจร

เอกสารคำสอนฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเอกสารหลักในการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน สำหรับนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 2 และนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 3 ผู้เขียน ได้รวบรวมและจัดทำหลักสูตรรายวิชา ประกอบด้วย คำอธิบายรายวิชา การแบ่งหน่วยบทเรียนและหัวข้อ วัตถุประสงค์ โดยเนื้อหาหลัก เป็นทักษะเบื้องต้นที่สำคัญโดยได้บูรณาการในเนื้อหาของพฤติกรรมศาสตร์ เวชศาสตร์ครอบครัวและการศึกษาชุมชน ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการประกอบวิชาชีพแพทย์มาไว้ด้วยกัน ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้นักศึกษา พัฒนาทั้งทางด้านความรู้และทักษะควบคู่กันไป

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ประกาศคุณูปการ	6
ประมวลรายวิชา	7
บทที่ 1 ความหมายความสำคัญของวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์ คลินิกและเวชศาสตร์ครอบครัว	13
บทที่ 2 วงจรชีวิตระดับบุคคลและวงจรชีวิตครอบครัว	22
บทที่ 3 การเขียนแผนภูมิครอบครัว	44
บทที่ 4 เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมวิชาชีพ	51
บทที่ 5 การพัฒนาการทางเพศ	58
บทที่ 6 การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารพื้นฐาน	67
บทที่ 7 การตายและการตอบสนองต่อการสูญเสีย	75
บทที่ 8 เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมวิชาชีพ	88
บทที่ 9 กระบวนการในการประเมินผลการประยุกต์กระบวนการจัดการเรียน การสอน การบริการวิชาการและงานวิจัยจากประสบการณ์ของผู้เขียน ประวัติผู้นิพนธ์	101

## ประกาศคุณูปการ

เอกสารคำสอนฉบับนี้ใช้ประกอบการจัดการเรียนการสอน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระอันส่งผลให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์จากเอกสารและทำให้กระบวนการเรียนการสอน ซึ่งนักศึกษาสามารถอ่านเพื่อทบทวนภายหลังจากการเรียนรู้ในช่วงโมงเรียนที่เน้นเรื่องการนำไปใช้ และประยุกต์มากกว่าเนื้อหาในรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นทักษะเบื้องต้นที่สำคัญสำหรับนักศึกษาแพทย์ เนื้อหาในวิชาได้บูรณาการในเนื้อหาของการศึกษาชุมชน ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการประกอบวิชาชีพแพทย์ในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพในชุมชน

ผู้เขียนใคร่ขอขอบคุณผู้ที่ทำให้เอกสารคำสอนนี้สมบูรณ์ได้แก่ คือ ท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วรารุช สุมาวงษ์ ผู้ที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและจุดประกายแนวทางในการดำเนินชีวิตในบทบาทของครูแพทย์ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานและครอบครัวที่ให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา และที่สำคัญที่จะลืมไม่ได้ คือ ขอรำลึกถึงพระคุณ ครูอาจารย์ ที่ได้อบรมและให้ความรู้เพื่อเกิดเป็นกำลังใจอย่างแรงกล้าในการจัดทำเอกสารคำสอนฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารคำสอนฉบับนี้ สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้นักศึกษา พัฒนาทั้งทางด้านความรู้และทักษะควบคู่กันไป

## ประมวลรายวิชา

### Course Syllabus

#### 1. ความสำคัญของรายวิชา

วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน (Family and Community Medicine) เป็นวิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสังคมที่จะทำให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจภาพรวมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในมิติอื่นๆ นอกเหนือจากมิติด้าน Biomedical Science อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนแท้จริง เพราะช่วยให้เข้าใจที่มาของปัญหาความเจ็บป่วย และผลกระทบอันสืบเนื่องจากความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนต่อเนื่องเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะความสำคัญของครอบครัวนั้นแม้จะเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมแต่ก็เป็นหน่วยที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะบุคคลจะมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ปรับตัวได้ดี ใช้ชีวิตอย่างปกติสุขนั้นจะต้องมีพื้นฐานมาจากครอบครัวที่ดี และในขณะเดียวกันผลของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในครอบครัวด้วย

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของวิชานี้จะทำให้แพทย์สามารถเรียนรู้ธรรมชาติและพัฒนาการของโรคและความเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สามารถบูรณาการความรู้ ทักษะและเจตคติที่เหมาะสมซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญของแพทย์ในการที่จะช่วยแก้ปัญหา ป้องกันปัญหา ให้กับชุมชน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานะสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างต่อเนื่องครบวงจร

#### 2. เกณฑ์มาตรฐานแพทยสภา

##### ลักษณะที่พึงประสงค์ และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ

1. พฤตินิสัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (Professional Habits, Attitudes, Moral and Ethics)
  - พฤตินิสัยในการทำงาน (Work Habits) และความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ
  - ความรับผิดชอบในการให้ความจริงแก่ผู้ป่วย รักษาความลับ และ เคารพในสิทธิของผู้ป่วย

- ปกป้องและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย
  - แสดงเจตคติที่ดีต่อการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยทุกระดับ
  - ปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม
  - มีคุณธรรม จริยธรรมที่เหมาะสมต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์
  - ซื่อสัตย์สุจริตต่อการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ (Communication and Interpersonal skills)
3. ความรู้พื้นฐาน
- 3.1 มีความรู้ความเข้าใจในวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคลินิก และสามารถหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 3.2 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้
- 3.2.1 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย
- 3.2.2 งานสาธารณสุขมูลฐาน เวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว
- 3.2.3 เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมในการทำเวชปฏิบัติ
- 3.2.4 หลักการด้านระบาดวิทยา ชีวสถิติ เวชสารสนเทศ (Medical Informatics) ระบาดวิทยาคลินิกและ Evidence-based Medicine
- 3.2.5 งานบริหารและสังคมศาสตร์
- หลักการบริหารทั่วไป และการบริหารด้านการแพทย์และสาธารณสุข
  - สังคมศาสตร์ มานุษยวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ที่จำเป็นสำหรับการเสริมสร้างเจตคติ และความเข้าใจต่อเพื่อนมนุษย์และสังคม
- 3.2.6 หลักกฎหมายทั่วไป และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตลอดจนกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ของแพทยสภา และกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### 4. ทักษะทางคลินิก

ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Approach) ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ในสภาพที่เป็นปัจเจกบุคคล และในสภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

#### 5. การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Professional Development)

5.1 มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆโดยสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) ในการหาข้อมูลใหม่ๆ

5.2 ตระหนักถึงความสำคัญของชีวเวชศาสตร์ (Biomedical Sciences) ระบาดวิทยาคลินิก Evidence-based Medicine และการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

5.3 มีเจตคติในการพัฒนาคุณภาพงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

### ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะทางคลินิก

#### หมวดที่ 1 ภาวะปรกติและหลักการดูแลทั่วไป

1.1 สามารถรวบรวมข้อมูล และประเมินปัญหาทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในความรับผิดชอบตามวิธีการทางระบาดวิทยา

1.1.1 Statistical concepts of measurement in medical practice

1.1.2 Appraisal and Interpretation of medical literature

1.1.3 Epidemiology of health and diseases

1.2 สามารถส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชนเกี่ยวกับการสุขศึกษา การสุขภาพบาล การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคในท้องถิ่น การตรวจสุขภาพ และการตรวจหาโรคในระยะเริ่มแรก

1.2.1 Health service organization and delivery

1.2.2 Community dimension of medical practice



- 1.3 สามารถประเมินสุขภาพและให้คำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อควมมีสุขภาพดี แก่บุคคลตามวัยและสภาวะต่างๆ ตั้งแต่ทารกในครรภ์ ทารกแรกเกิด วัยก่อนเข้าเรียน วัยเรียน วัยรุ่น วัยหนุ่มสาว ผู้ใหญ่ หญิงมีครรภ์ วัยสูงอายุ และผู้พิการ
  - 1.3.1 Fetus
  - 1.3.2 Infancy and Childhood
  - 1.3.3 Adolescence
  - 1.3.4 Adulthood
  - 1.3.5 Senescence
  - 1.3.6 Disability
- 1.4 สามารถตรวจสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรค และออกความเห็นหรือหนังสือรับรองความเห็นได้อย่างเหมาะสม
- 1.5 สามารถระบุปัญหา วิเคราะห์ และให้แนวทางปฏิบัติเชิงเวชจริยศาสตร์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
  - 1.5.1 Consent and informed consent to treatment
  - 1.5.2 Physician–patient relationship
  - 1.5.3 Death and dying
  - 1.5.4 Birth–related issues
  - 1.5.5 Research issues

### 3. วัตถุประสงค์ทั่วไป

วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้นักศึกษามีความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยสามารถ

- 3.1 ประยุกต์หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
- 3.2 แสดงบทบาทของแพทย์ในการให้บริการและพัฒนาสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
- 3.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบบริการสาธารณสุข เสนอแนวทางพัฒนาการจัดการที่พึงประสงค์

- 3.4 ประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Biomedical Sciences) เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (Evidence-based Medicine) และทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพ
- 3.5 ประยุกต์หลักการบริหารงาน สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ในการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน
- 3.6 แสดงเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชุมชนและตระหนักการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.7 มีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนบรรลุการมีสุขภาพดี
- 3.8 ตระหนักความสำคัญและสร้างสัมพันธภาพ ตลอดจนการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน ด้วยทักษะการติดต่อสื่อสารขั้นพื้นฐานและการสื่อสารเฉพาะเรื่องได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนตระหนักและมีค่านิยม จรรยาบรรณและมารยาทที่เหมาะสมแห่งวิชาชีพ

#### 4. รายชื่ออาจารย์

- 4.1 ผู้ประสานงานรายวิชา ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสรญา แก้วพิบูลย์

#### 5. คำอธิบายรายวิชา

รูปแบบ ชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial models) ทฤษฎีครอบครัว (Family system theory) รูปแบบการประเมินครอบครัว (Family assessment models) ระดับการเกี่ยวข้องของแพทย์ในการดูแลครอบครัว เครื่องมือทั่วไปที่ใช้ในการดูแลครอบครัว ได้แก่ Genograms และ Family life cycle เป็นต้น อิทธิพลของวัฒนธรรมและความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ กลวิธีการดำเนินงานเวชปฏิบัติในครอบครัวและชุมชน (Working with families) การฝึกทักษะการสื่อสารที่ใช้บ่อยทางคลินิก ปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติครอบครัว โจทย์ปัญหาทางพฤติกรรม

#### 6. วัตถุประสงค์เฉพาะรายวิชา

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

- 6.1 อธิบายความหมายของ รูปแบบ ชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial models)
- 6.2 อธิบายความหมายของ ทฤษฎีครอบครัว (Family system theory) และ รูปแบบการประเมินครอบครัว (Family assessment models)
- 6.3 อธิบายระดับการเกี่ยวข้องของแพทย์ในการดูแลครอบครัว

- 6.4 อธิบายหลักการสื่อสารขั้นต้นในงานบริการทางสาธารณสุข
- 6.5 ประยุกต์เครื่องมือทั่วไปที่ใช้ในการดูแลครอบครัว
- 6.6 ตระหนักความสำคัญอิทธิพลของวัฒนธรรมและความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ
- 6.7 อธิบายกลวิธีการดำเนินงานเวชปฏิบัติในครอบครัวและชุมชน (Working with families)
- 6.8 อธิบายปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติครอบครัวรวมถึงตระหนักความสำคัญของการประยุกต์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วย

## 7. เนื้อหาวิชารายวิชา

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนชั่วโมง
1	ความหมายความสำคัญของวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์คลินิกและเวชศาสตร์ครอบครัว	2
2	วงจรชีวิตระดับบุคคลและวงจรชีวิตครอบครัว	6
3	การเขียนแผนภูมิครอบครัว	4
4	เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมวิชาชีพ	2
5	การพัฒนาการทางเพศ	2
6	การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารพื้นฐาน	4
7	การตายและการตอบสนองต่อการสูญเสีย	4
8	เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมวิชาชีพ	4
9	กระบวนการในการประเมินผลการประยุกต์กระบวนการจัดการเรียนการสอน การบริการวิชาการและงานวิจัย	8
	รวม	36

## บทที่ 1

# ความหมายความสำคัญของวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์คลินิก และเวชศาสตร์ครอบครัว

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความหมาย ความสัมพันธ์ ของวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และวิทยาศาสตร์คลินิกว่ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการเชื่อมโยงในการศึกษาทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ตระหนักถึงความสำคัญ ของการศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และวิทยาศาสตร์คลินิกว่ามีความสำคัญในการศึกษาวิชาทางการแพทย์ต่อไป
3. อธิบายความหมาย แนวคิดและความแตกต่างของของคำว่าโรคและการเจ็บป่วย
4. ตระหนักถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งในมุมมองของผู้ป่วยที่เน้นในเรื่องความเจ็บป่วย และในมุมมองของแพทย์ที่เกี่ยวกับโรค เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้าน การ จิต สังคม ได้

### ความหมาย

การดูแลผู้ป่วย มีขั้นตอนที่สำคัญ คือสืบค้นหาโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (illness) การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient-centered care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่าการดูแลภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงมุ่งให้ความสำคัญแก่ "คน(person) มากกว่า โรค(disease) วิธีการดูแลจึงต้องคำนึงถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยร่วมด้วย กระบวนการรักษาโรคที่จะเรียนรู้ในชั้นปีที่สูงขึ้นต่อไปสำหรับการเรียนแพทย์นั้น ประกอบไปด้วยการศึกษาวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์คลินิกซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยทั้งตัวโรค ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านกาย จิตและสังคม

การศึกษาทางแพทย์นั้นในช่วงต้นๆ จะเป็นการศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic medical sciences) ประกอบด้วยการศึกษาวิชาทางการแพทย์ในสาขาวิชากายวิภาคศาสตร์ ชีวเคมี จุลชีววิทยา พยาธิวิทยา เภสัชวิทยาและสรีรวิทยา ซึ่งนักศึกษาควรจะศึกษาหลักการทางวิทยาศาสตร์คลินิก (Clinical science) ไปพร้อมๆ กันด้วย ซึ่งวิทยาศาสตร์คลินิกจะประกอบไปด้วย

การศึกษาในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การแก้ไขสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพควบคู่กันไป โดยหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตได้มีการสร้างหลักสูตรแบบบูรณาการโดยได้จัดการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานโดยสอดแทรกความรู้ทางวิทยาศาสตร์คลินิกควบคู่กันไป

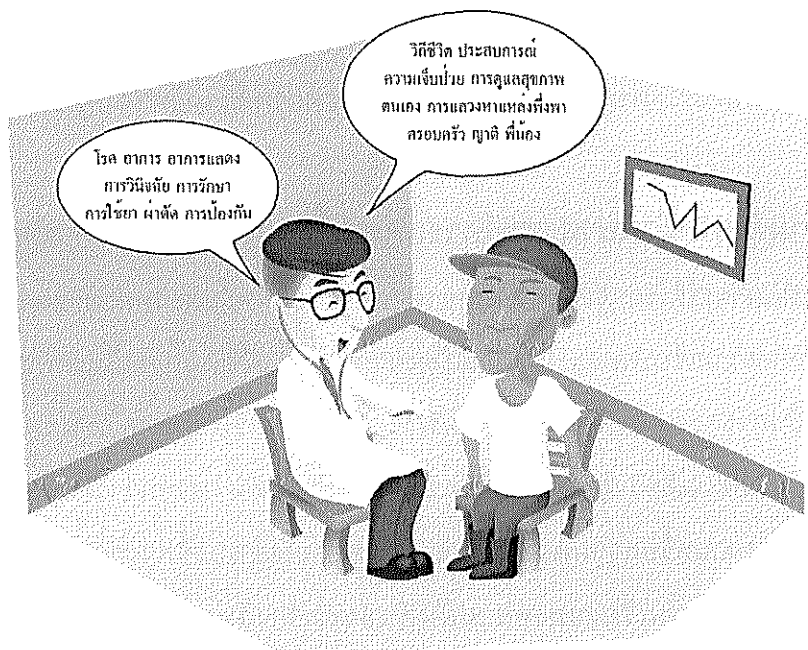
### **ความหมาย ความสัมพันธ์วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์คลินิก**

ก่อนที่นักศึกษาจะได้เรียนรู้เรื่องของวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและโรคก่อนเนื่องจากการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient-centered care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่าการดูแลภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงมุ่งให้ความสำคัญแก่ "คน" มากกว่า "โรค" วิธีการดูแลต้องคำนึงถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยภายใต้ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ร่วมด้วย นักศึกษาจะสามารถเข้าใจในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกได้เป็นอย่างดี

**ความเจ็บป่วย (Illness)** หมายถึง ความป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตในภาวะปกติทั้งในด้านร่างกายและการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งเป็นมุมมองของผู้ป่วย มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย พื้นฐานทางความคิดของผู้ป่วย ความคาดหวัง บริบททางสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรค ซึ่งการที่แพทย์จะได้มาในข้อมูลดังกล่าวจะต้องประกอบด้วยทักษะของแพทย์ที่สำคัญ คือการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

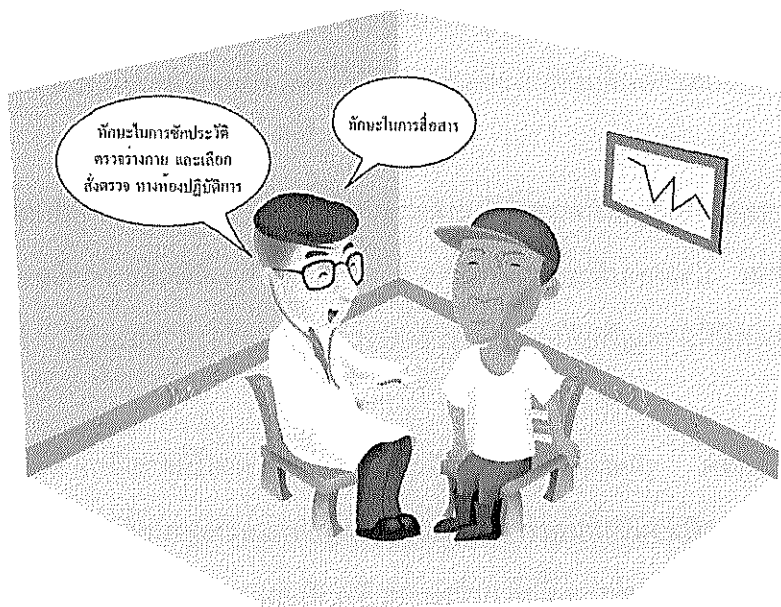
**โรค (Disease)** หมายถึง ความผิดปกติทางร่างกาย ที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกาย ประกอบด้วย โรค อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การใช้ยา ผ่าตัด ทักษะของแพทย์ที่สำคัญคือทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกายและเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**การป้องกันโรค (Prevention)** เป็นวิธีการดูแลรักษา การให้คำปรึกษาผู้ป่วย เป็นการดูแลแบบองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว การเลือกวิธีการรักษา เน้นให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม มากกว่าการดูแลภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว โดยให้ความสำคัญแก่ คนมากกว่าโรคโดยคำนึงถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยร่วมด้วย



ภาพที่ 1 ความเจ็บป่วยซึ่งเป็นมุมมองของผู้ป่วย มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือพื้นฐานทางความคิด ความคาดหวัง บริบททางสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว ความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรค ทักษะของแพทย์ที่สำคัญคือการสื่อสาร

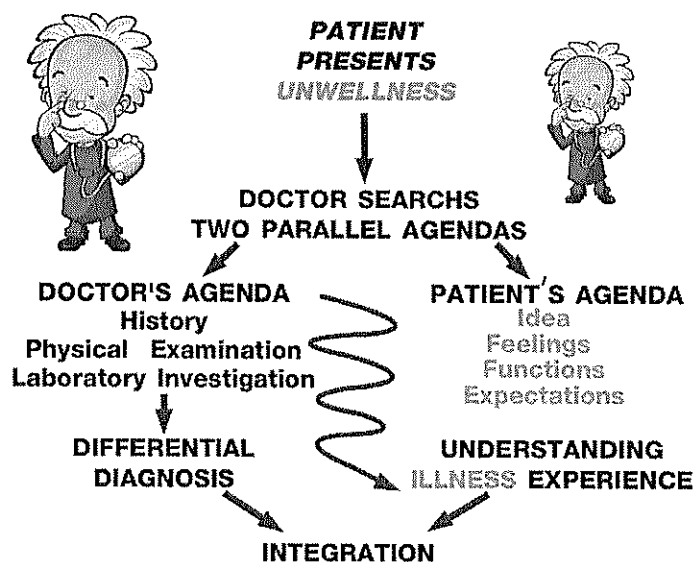
ดัดแปลงจาก; เอกสารประกอบการสอนเวชศาสตร์ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2548



ภาพที่ 2 โรคในมุมมองของแพทย์ หมายถึง ความผิดปกติทางร่างกายในบริบทของแพทย์ ทักษะของแพทย์คือการซักประวัติ ตรวจร่างกายเลือกตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ที่มา; เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2548

สรุปการดูแลผู้ป่วย มีขั้นตอนที่สำคัญ คือสืบค้นหาโรค และความเจ็บป่วย ไปพร้อมกับการทำความเข้าใจผู้ป่วย ค้นหาแนวทางร่วมในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้การดูแลบนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง



ภาพที่ 3 การดูแลผู้ป่วยเน้นให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ร่วมกับการดูแลภาวะเจ็บป่วย ให้ความสำคัญแก่ คน มากกว่าโรค ดังนั้นวิธีการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงบริบทของแพทย์และความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยด้วย

ดัดแปลงจาก สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์. Patient center medicine. เอกสารประกอบการสัมมนา. คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี, 2549.

### วิชาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาแพทย์

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิชาแพทย์ประกอบไปด้วยการศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิกก่อนที่นักศึกษาจะได้เรียนรู้เรื่องของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมนั้น ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกให้ถ่องแท้เสียก่อน เนื่องจากการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient-centered care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่าการดูแลภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ดังนั้น จึงมุ่งให้ความสำคัญแก่ "คน" มากกว่า "โรค" วิธีการดูแลต้องคำนึง ถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยภายใต้ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ร่วมด้วย ถ้า นักศึกษาสามารถเข้าใจในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์

คลินิก ได้เป็นอย่างดีจะส่ง ผลให้นำมาเป็นหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมได้เป็นอย่างดี วิชาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิชาแพทย์ประกอบไปด้วยการศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก ซึ่งรายละเอียดในการศึกษานั้นจะมีวิชาที่แยกย่อยออกไปอีก ดังนี้ ซึ่งรายละเอียดในการศึกษานั้นจะมีศาสตร์ที่แยกย่อยออกไปอีก ดังนี้

**วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน** ประกอบด้วยการศึกษา ในสาขาวิชากายวิภาคศาสตร์ ชีวเคมี จุลชีววิทยา พยาธิวิทยา เภสัชวิทยา สรีรวิทยา ซึ่งแต่ละสาขานั้นเน้นการศึกษาในส่วนต่างๆ ซึ่งแต่ละสาขานั้นเน้นการศึกษาในส่วนต่างๆ ได้แก่

1. **กายวิภาคศาสตร์ (Anatomy)** เป็นการศึกษาโครงสร้างพื้นฐานของมนุษย์ ในระดับจุลกายวิภาคศาสตร์และมหากายวิภาคศาสตร์ รวมทั้งการเจริญและพัฒนาการตัวอ่อน
2. **สรีรวิทยาและพยาธิสรีรวิทยา(Physiology and Pathophysiology)** เป็นการศึกษาหน้าที่พื้นฐานของระบบของร่างกาย สมดุลร่างกาย ผลที่เกิดจากการเสียสมดุลของระบบต่างๆในร่างกาย
3. **ชีวเคมี (Biochemistry)** เป็นการศึกษากระบวนการสังเคราะห์และสลายสารชีวโมเลกุล กรดนิวคลีอิก โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต สารประกอบภายในเซลล์ การขจัดสารเคมี กระบวนการเมตาบอลิซึมและความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการเมตาบอลิซึมจากอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ
4. **พยาธิวิทยา (Pathology)** เป็นการศึกษากระบวนการของโรค สาเหตุของโรค พยาธิกำเนิดหรือวิธีที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่เซลล์ของร่างกาย การตอบสนองของเซลล์ เนื้อเยื่อและอวัยวะในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ เนื้อเยื่อและอวัยวะในร่างกายที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า และกล้องจุลทรรศน์ การแบ่งประเภทของรอยโรค และความสำคัญทางคลินิก
5. **จุลชีววิทยาและภูมิคุ้มกันของร่างกาย(Microbiology and Immunology)** เป็นวิชาที่ศึกษาชนิด ส่วนประกอบ พัฒนาการของระบบภูมิคุ้มกัน กระบวนการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม ปฏิกริยาอักเสบ การต่อสู้ การทำลาย การจดจำและหลักการสร้างภูมิคุ้มกัน กระบวนการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม
6. **เภสัชวิทยา(Pharmacology)** เป็นการศึกษาที่มาของยา การประเมินยาใหม่ เภสัชจลนศาสตร์ เภสัชพลศาสตร์ รูปแบบของยา การชั่ง ตวงยา วิธีใช้ยา การเขียนใบสั่งยา



การจำแนกยา การใช้ยาทางคลินิก ปฏิบัติการของยา การแพ้ยา พิษยา และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

### วิทยาศาสตร์คลินิก (Clinical science)

การแพทย์หรือเวชศาสตร์คลินิก Henry Sigerist นักประวัติศาสตร์การแพทย์ได้แบ่งการศึกษาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย (Health promotion and Preventive medicine )
2. การแก้ไขสุขภาพและการฟื้นฟู ( Rehabilitation )

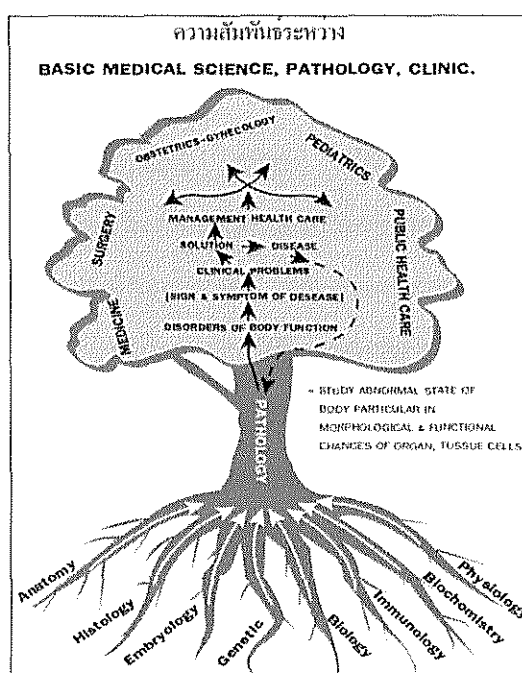
การแพทย์หรือเวชศาสตร์คลินิก Henry Sigerist นักประวัติศาสตร์การแพทย์ได้แบ่งการศึกษาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก ออกเป็น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย (Health promotion and Preventive medicine) และการแก้ไขสุขภาพและการฟื้นฟู (Rehabilitation) ทักษะที่ใช้ในการศึกษาทางวิทยาศาสตร์คลินิกนั้นการซักประวัติ ตรวจร่างกาย กระบวนการดังกล่าวขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และใช้เหตุผลทางคลินิกให้ได้ข้อสรุปประเด็นที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อการวินิจฉัยโรครวมถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากการรับรู้โรคของผู้ป่วย นำมาวางแผนการรักษาให้ครอบคลุม ทักษะทางคลินิกนั้นต้องฝึกฝนประสบการณ์ เนื่องจากจะพบกับความแตกต่างกัน ทั้งด้านอายุ เพศ วัฒนธรรม ความเชื่อ และความคาดหวังของผู้ป่วยรวมถึงความคาดหวังที่เกิดจากสังคม การโฆษณา การฟ้องร้องที่สูงขึ้น ปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อแพทย์อย่างมาก

### ทักษะที่ใช้ในการศึกษาทางวิทยาศาสตร์คลินิก

การซักประวัติ ตรวจร่างกาย กระบวนการดังกล่าวขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และใช้เหตุผลทางคลินิกให้ได้ข้อสรุปประเด็นที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อการวินิจฉัยโรครวมถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากการรับรู้โรคของผู้ป่วย นำมาวางแผนการรักษาให้ครอบคลุม ทักษะทางคลินิกนั้นต้องฝึกฝนประสบการณ์ เนื่องจากจะพบกับความแตกต่างกัน ทั้งด้านอายุ เพศ วัฒนธรรม ความเชื่อ และความคาดหวังของผู้ป่วยรวมถึงความคาดหวังที่เกิดจากสังคม การโฆษณา การฟ้องร้องที่สูงขึ้น ปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อแพทย์อย่างมาก

## ความสัมพันธ์ระหว่างวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิก

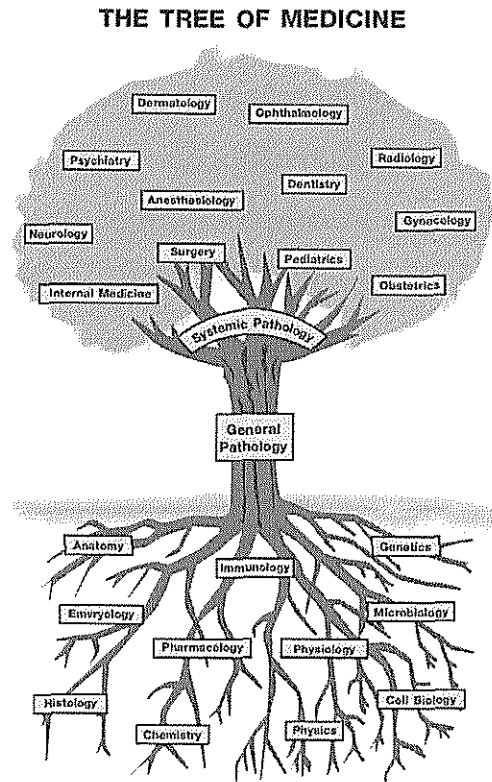
การศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เปรียบเสมือนรากแก้วของต้นไม้ ซึ่งมีวิชาพยาธิวิทยาที่ศึกษาภาวะที่ผิดปกติของอวัยวะร่างกายและเนื้อเยื่อที่เปรียบเสมือนลำต้น ซึ่งจะแตกความรู้ ออกเป็นกิ่งก้าน สาขาและใบ เป็นอาการและอาการแสดงของโรค นำมาซึ่งกระบวนการแก้ปัญหาทางคลินิก การรักษา กระบวนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงศึกษาทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยาโดยผสมผสานให้กลมกลืนกันโดยเน้นที่การดูแลรักษาทั้งทางกาย จิตและสังคม



ภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เสมือนรากแก้วของต้นไม้ มีวิชาพยาธิวิทยาที่ศึกษาภาวะที่ผิดปกติของอวัยวะร่างกายและเนื้อเยื่อที่เปรียบเสมือนลำต้น ซึ่งจะแตกความรู้ ออกเป็นกิ่งก้าน สาขาและใบ เป็นอาการและอาการแสดงของโรค นำมาซึ่งกระบวนการแก้ปัญหาทางคลินิก การรักษา กระบวนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ

ที่มา [www.med.nu.ac.th/patho/405311/book/Intro%20PT%20405311-49.ppt](http://www.med.nu.ac.th/patho/405311/book/Intro%20PT%20405311-49.ppt)

วันที่สืบค้น 10 เมษายน 2549



ภาพที่ 5 The tree of medicine แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เปรียบเสมือนรากแก้วของต้นไม้ ซึ่งมีวิชาพยาธิวิทยาที่ศึกษาภาวะที่ผิดปกติของอวัยวะร่างกายและเนื้อเยื่อที่เปรียบเสมือนลำต้น ซึ่งจะแตกความรู้ออกเป็นกิ่งก้าน สาขาและใบ

ที่มา Majno, G. and Joris, I.: Cells, Tissues, and Disease. "Principles of General Pathology". MA: Blackwell Science Cambridge, 1996: 3

เมื่อเราเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกแล้วจะทำให้แพทย์สามารถนำความรู้ที่ได้เรียนมา หรือทำให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจถึงกระบวนการศึกษาวิชาแพทย์และวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างถ่องแท้ และนอกจากจะเป็นแพทย์ที่มีความรู้แล้วยังต้องทำความเข้าใจในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยในมุมมองของตัวโรคโดยแพทย์ (Disease) และโรคในมุมมองของผู้ป่วย (Illness) จะทำให้นักศึกษาเรียนรู้วิชาแพทย์ได้อย่างสมบูรณ์แบบ

## บทสรุป

วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และวิทยาศาสตร์คลินิกเป็นศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการเชื่อมโยงในการศึกษาทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสำคัญในการศึกษาวิชาทางการแพทย์ต่อไป โดยนักศึกษาจะได้เรียนรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วย ตระหนักถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและในมุมมองของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรค ซึ่งบางครั้งอาจไม่ตรงกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจ และเกิดปัญหาในการฟ้องร้องตามมาได้ โดยนักศึกษานำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้าน การ จิต สังคม ได้

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยนั้น มีขั้นตอนที่สำคัญคือสืบค้นหาโรค (Disease) บางครั้งทำให้ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับคำว่าความเจ็บป่วย (illness) น้อยลง ดังนั้นเราควรที่จะต้องให้ความสำคัญของหลักการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient-centered care) ซึ่งเป็น การดูแลผู้ป่วยที่เน้นให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่าการดูแลภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงมุ่งให้ความสำคัญแก่ "คน(person) มากกว่า โรค(disease) ดังนั้นวิธีการดูแลต้องคำนึงถึงความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยร่วมด้วย รักษาความเจ็บป่วย (illness care) รักษาโรค (disease therapy) ซึ่งเกิดในผู้ป่วยคนเดียวกันและในเวลาเดียวกันไปพร้อมๆ กัน ช่วยแก้ปัญหาในการดูแลหรือข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติลดลงด้วย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ส่งผลให้กระบวนการรักษาราบรื่น

## เอกสารอ้างอิง

1. สายพิน หัตถ์รัตน์. คู่มือหมอครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2545.
2. De Villiers M. "Handbook of family medicine". Oxford University: Press Southern Africa, 2000.

## บทที่ 2

### วงจรชีวิตระดับบุคคลและครอบครัว

#### The individual life cycle and family life cycle

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายพัฒนาการของวัยเด็ก และวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชราทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญาโดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมที่สำคัญได้
2. ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาการแต่ละลำดับขั้นว่ามีสำคัญในการพัฒนาระบบครอบครัวและสังคม
3. ตระหนักและวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสำคัญของระบบครอบครัวและสังคมได้
4. เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของชีววิทยาจิตวิทยาสังคมวิทยาที่มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพทางจิตในระดับ บุคคล ครอบครัวและสังคมได้
5. อธิบายความหมาย ความเป็นไปของสิ่งมีชีวิตและมนุษย์ ความสัมพันธ์และอิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อมนุษย์
6. อธิบายกลไกเมื่อบุคคลประสบปัญหาทั้งทางกายและจิตใจ รวมถึงทฤษฎีทางพฤติกรรมที่สามารถอธิบายปัญหานั้นๆ และลักษณะการปรับตัวที่พบได้บ่อย
7. ตระหนักถึงปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และบริบทครอบครัวและสังคม มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทั้งสาเหตุ การดำเนินปัญหา และการป้องกันและแก้ไข เพื่อเป็นแนวทางในเวชปฏิบัติต่อไป

## แนวคิด

ในหัวข้อนี้นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับ พัฒนาการตามเพศ ตามระยะและตามวัยของชีวิตมนุษย์โดยช่วงชีวิตของมนุษย์สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิด ได้แก่ระยะอยู่ในครรภ์ และระยะหลังเกิด ระยะหลังเกิดแบ่งได้เป็นวัยที่สำคัญ 7 วัย พัฒนาการของ ร่างกาย ปัญญา คุณธรรม และจิตใจไปตามลำดับขั้นตอนตามวัยต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปฏิสนธิจนสิ้นอายุขัย

หลักการสำคัญที่ได้จากการศึกษาหัวข้อนี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน ช่วยให้สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตและการปรับตัว ซึ่งมีความสำคัญกับนักศึกษาแพทย์ นอกจากจะได้เรียนรู้ในเรื่องของตนเอง บุคคลรอบข้างแล้ว ในการประกอบวิชาชีพแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ทั่วไปนั้น จะต้องรักษาผู้ป่วยที่หลากหลายช่วงอายุ หากเราเรียนรู้ในเรื่องของลักษณะทางพฤติกรรมและการแสดงออกของแต่ละช่วงวัยเป็นอย่างดี ก็จะช่วยให้เราเข้าใจผู้ป่วย และสามารถให้การรักษาที่ครอบคลุมทั้งทางกาย จิตและสังคมได้

## กรณีศึกษา

เทพเจ้า Oedipus ได้ฆ่าพ่อแล้วแต่งงานกับแม่ของตน โดยที่ตนเองไม่รู้ตัวและไม่เข้าใจว่าเหตุใดจึงเป็นเช่นนี้ Freud เรียกเหตุการณ์นี้ว่าปมบิตุฆาต (Oedipus complex) ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินไปด้วยดีในระยะ Oedipal phase จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการปัญหาด้านบุคลิกภาพ อธิบายได้โดยการพัฒนา Oedipal phase ในเด็กชายจะรักแม่ มีความปรารถนาที่จะให้แม่สนใจตนเอง จึงแข่งขันกับพ่อเพื่อแย่งชิงความรักแม่ มีความอหังการต่อพ่อ ความคิดนี้ทำให้เกิดความลำบากใจเนื่องจากเด็กชายก็มีความรักพ่อเช่นกัน ความคิดร้ายที่มีต่อพ่อทำให้เกิดความรู้สึกสำนึกผิดและกลัวบาป กลัวการถูกแก้แค้น กังวลว่าพ่อจะแก้แค้นโดยการตัดอวัยวะเพศของตน เด็กชายจึงคิดว่ารักษาอวัยวะเพศของตนไว้ดีกว่า จึงเลียนแบบลักษณะท่าทางเหมือนพ่อ และพยายามหาผู้หญิงที่มีลักษณะคล้ายแม่เป็นภรรยา ส่วนในเด็กหญิง จะมีความรู้สึกด้อยที่ไม่มี penis จึงโทษแม่ที่ไม่สร้าง penis ให้ เด็กจึงสนใจพ่อและรักพ่อมากขึ้น ต่อมามีการพัฒนาความคิดโดยกลัวว่าหากเป็นศัตรูกับแม่อยู่ จะสูญเสียความรักที่แม่จะมอบให้จึงยุติและคงความสัมพันธ์ที่ดีกับแม่อังเดิม

จากกรณีศึกษานี้ จึงเป็นที่น่าสนใจ และชวนให้ศึกษาลักษณะทางพฤติกรรมของตัวเราเองว่าช่วงที่เราเป็นเด็ก เหตุใดจึงเคยมีความรู้สึกเช่นเดียวกับเทพเจ้าองค์ดังกล่าว

เมื่อมีการศึกษาลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคล มักนิยมอธิบายร่วมกับระยะต่างๆ ของ การเจริญเติบโต ซึ่งควรที่นักศึกษาจะทำความเข้าใจคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน แต่มีความแตกต่างกันในบางประเด็น ได้แก่ Growth Development Maturation ซึ่งแต่ละคำมีความแตกต่างกัน คือ Growth หมายถึง การเพิ่มจำนวนและขนาดของ ร่างกาย ตลอดจนกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถประเมินได้จาก น้ำหนัก ส่วนสูง ความกว้างและความหนา แต่ไม่ได้กล่าวถึงการพัฒนาทางด้านอารมณ์และวุฒิภาวะ ส่วน Development คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกันตลอดชีวิต ทั้งพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และบุคลิกภาพ พัฒนาการ ที่สำคัญคือการเจริญเติบโตถึงขีดสุดในแต่ละระดับมีความพร้อมของ ร่างกายและจิตใจ วุฒิภาวะของระบบประสาทพร้อมกับแรงจูงใจและทักษะที่จำเป็น ทำให้บุคคลมีความพร้อมเรา จะเรียกว่า Maturation

Individual life cycle เป็นพัฒนาการขั้นต่างๆ ที่บุคคลต้องประสบ โดยต้องทำภารกิจแห่ง พัฒนาการ (developmental tasks) ให้สำเร็จ มิฉะนั้นจะเกิดผลเสียต่อบุคลิกภาพได้ ในบทนี้จะกล่าว ถึงการพัฒนาการของมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้บูรณาการ การเจริญเติบโตทางกาย ทฤษฎีทางพฤติกรรม การพัฒนาบุคลิกภาพรวมถึงภาวะผิดปกติที่อาจพบ ได้บ่อย โดยแบ่งตามวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

## ตอนที่ 1 วัยเด็ก (Infancy and Child hood)

การแบ่งวัยของเด็ก สามารถแบ่งออกเป็นช่วงวัยดังนี้

1. วัยทารก (Infant years) อยู่ในช่วง แรกเกิด – 15 เดือน การเรียนรู้ในวัยนี้โดยใช้ประสาทสัมผัสเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องอยู่ในความดูแลจากผู้เลี้ยงดูอย่างใกล้ชิด
2. วัยเตาะแตะ (Toddlers years) อยู่ในช่วงอายุ 15 เดือน – 2 ปีครึ่ง เด็กในวัยนี้มีพัฒนาการความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่มากขึ้น เริ่มหัดเดิน อยากรู้อยากเห็น
3. วัยก่อนเรียน (Preschool) อยู่ในช่วงอายุ 2 ปีครึ่ง – 6 ปี เด็กในวัยนี้สามารถช่วยเหลือทำกิจกรรมงานบ้านบางอย่างได้ ทานอาหารเองได้
4. วัยเรียน (School-age) อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี เด็กในวัยนี้สามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งตัวไปโรงเรียน

ทฤษฎีทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการในวัยเด็ก

การที่บุคคลมีความแตกต่างกัน เกิดจากปัจจัยทางด้านกายภาพ จิตใจ การเลี้ยงดู หรือสังคม ในทางพฤติกรรมศาสตร์มีทฤษฎีที่อธิบายกลไกของจิตใจ ในวัยนี้มีทฤษฎีทางพฤติกรรม ที่ศึกษาโดยนักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียง ได้อธิบายพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับช่วงวัยต่าง ๆ ไว้ ได้แก่

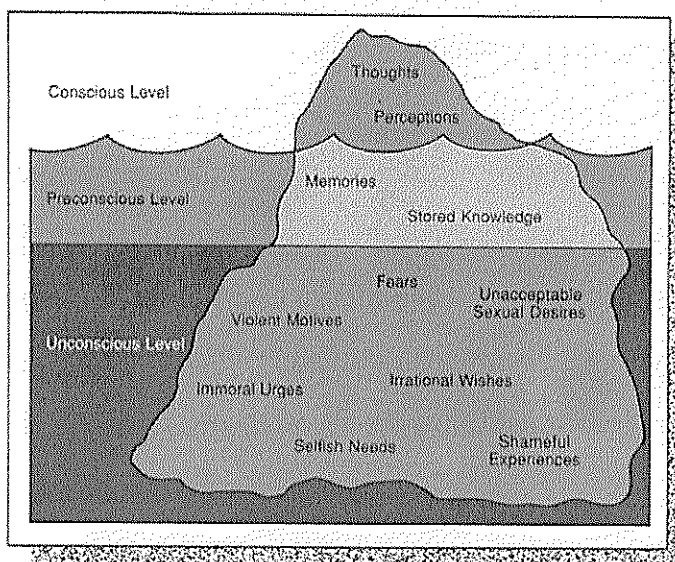
1. Psychoanalytic theory ของ Sigmund Freud
2. Cognitive theory ของ Erik Erikson
3. Psychosocial development theory ของ Jean Piaget

Psychoanalytic theory เป็นทฤษฎีที่ใช้มาก ได้กล่าวถึงระดับการรับรู้ของจิตใจ โดยระดับการรับรู้ของจิตใจ (Topographic model) ประกอบไปด้วย ส่วนต่างๆ

- 1) จิตสำนึก (The conscious) ส่วนของจิตใจที่การรับรู้สิ่งเร้าจากทั้งภายนอกหรือภายใน (ทั้งร่างกายและจิตใจ) ถูกนำขึ้นสู่การตระหนักรู้ (Awareness)
- 2) จิตก่อนสำนึก (The pre conscious) ส่วนของจิตใจในภาวะปกติไม่ตระหนักถึงแต่หากตั้งใจก็สามารถนำขึ้นสู่จิตสำนึกได้ เช่น ชื่อของเพื่อนสมัยเรียนชั้นประถมศึกษา Preconscious จะอยู่ระหว่าง unconscious และ conscious โดยจะขึ้นสู่ conscious ง่าย
- 3) จิตไร้สำนึก (The unconscious) ส่วนของจิตใจที่ไม่ตระหนักถึง



PERS 5 Freud's View of the Human Mind: The Mental Iceberg



© by Allyn and Bacon

ภาพที่ 6. จากภาพจะเห็นว่าระดับของจิตใจเปรียบได้กับภูเขาน้ำแข็ง จิตไร้สำนึก เป็นส่วนที่มองไม่เห็น แต่เป็นส่วนที่มีปริมาณมากและสำคัญที่สุด

ที่มา Allen, B. P. "Personality Theories: Development, Growth, and Diversity": Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 2006.

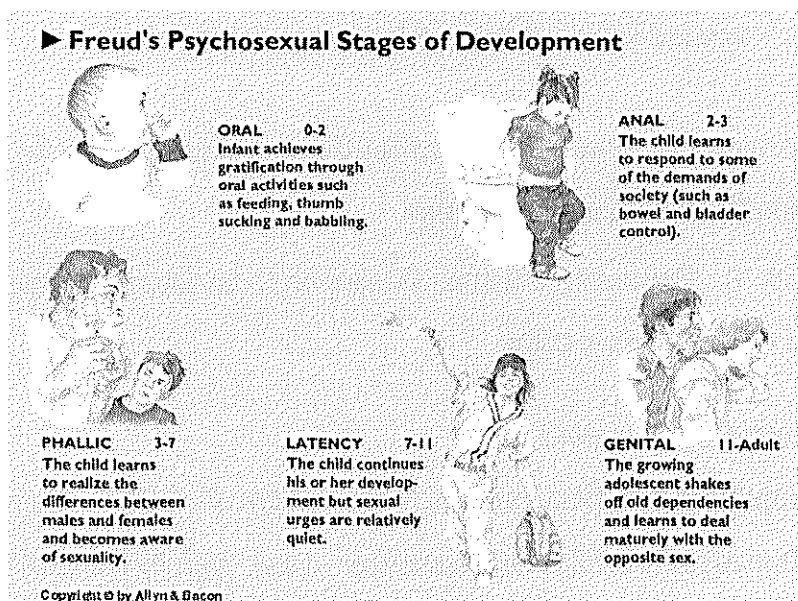
## 2. โครงสร้างของจิตใจ (Structural model)

ทฤษฎีนี้มองว่าจิตใจแบ่งออกเป็น 3 ส่วน แต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน

- 1) Id เป็นส่วนของจิตใจที่มีแรงขับ (Instinctual drive) อยู่ในจิตไร้สำนึกทำให้ถูกจัดการโดย primary process ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนความต้องการให้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมได้
- 2) Ego มีหน้าที่จัดการควบคุมแรงขับ ทำให้บุคคลมีเหตุมีผล และสามารถระงับได้
- 3) Superego ส่วนของมโนธรรมที่ได้จากการเลี้ยงดูจากบิดามารดา สามารถตัดสินว่าควรทำและไม่ควรทำสิ่งใด ฟรอยด์ กล่าวว่า superego เป็นผลมาจากการแก้ไข oedipal complex ในช่วงอายุ 5-6 ปีระหว่างพัฒนาการ

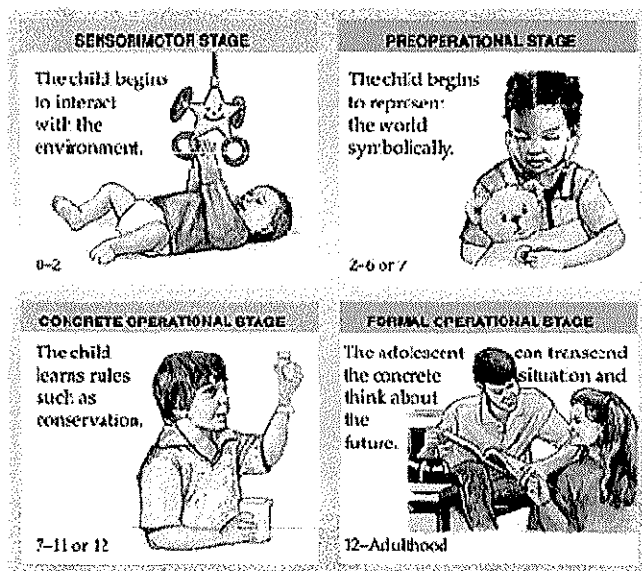
3. Psycho sexual stage of development แบ่งช่วงอายุเป็นระยะต่างๆ ได้ดังนี้

- 1) ระยะปาก (Oral Stage) เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงประมาณอายุ 2 ปี เป็นระยะที่เด็กมีความพึงพอใจกับการใช้ปากโดยการดูดและการกลืน
- 2) ระยะทวาร (Anal Stage) อยู่ในช่วงอายุ 2-3 ปี เป็นระยะที่เด็กได้รับความพึงพอใจได้ขับถ่ายและสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นถ้าพ่อแม่เข้มงวดกับการฝึกขับถ่ายเด็กมากเกินไปในระยะนี้จะทำให้โตขึ้นเด็กจะมีนิสัยดื้อรั้น และย้ำคิดย้ำทำ
- 3) ระยะอวัยวะเพศ (Phallic Stage) 3-6 ปี เป็นระยะที่เด็กสนใจเล่นอวัยวะเพศ และความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย สนใจความรักจากพ่อแม่ที่มีเพศตรงข้ามกับตนเอง และเลียนแบบพฤติกรรมพ่อแม่ที่มีเพศเดียวกับตน (Oedipus complex) เพื่อให้เป็นที่สนใจ



ภาพที่ 7 แสดงระยะต่างๆของแต่ละช่วงวัยตามทฤษฎี Psycho sexual stage of development ที่มา Allen, B. P. "Personality Theories: Development, Growth, and Diversity": Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 2006.

2. ทฤษฎีของ Piaget ได้อธิบายเกี่ยวกับ พัฒนาการทางความรู้ ความเข้าใจหรือสติปัญญา ทำให้มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ความคิดและการแสดงออก ซึ่งแบ่งออกเป็นระยะต่างๆ เรียกว่า Piaget's Stages of Cognitive Development ได้ดังนี้
- 1) Sensori-motor period เป็นระยะของการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัสร่วมกัน จัดอยู่ในช่วงอายุ 0-2 ปี พฤติกรรมของเด็กมักจะอยู่กับการเคลื่อนไหว การดู การมอง แต่เป็นลักษณะปฏิกิริยาสะท้อน ยังไม่มีความเข้าใจในความหมาย
  - 2) Pre-Operational period เป็นระยะเริ่มมีความคิดและเข้าใจร่วมกัน อายุ 2-7 ปี แบ่งเป็น 2 ระยะ Pre-conceptual thought ช่วงอายุประมาณ 2-4 ปี มีพัฒนาการใช้ภาษา รู้จักคำสัมพันธ์ของสิ่งของ มีความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆแต่ยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีเหตุผล Intuitive thought ช่วงอายุประมาณ 4-7 ปี เริ่มมีเหตุผลมากขึ้น มีการพัฒนาการรับรู้อย่างรวดเร็ว เชื่อและไม่ยอมเปลี่ยนความคิด เชื่อเรื่องการทรงภาวะเดิมของวัตถุ
  - 3) Concrete Operational period 7-11 ปี สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม เช่น เข้าใจลักษณะมวลสารที่เท่ากัน การเปลี่ยนรูปร่าง เช่นน้ำแข็งถ้าตั้งทิ้งไว้จะเปลี่ยนเป็นน้ำที่เป็นของเหลวได้ สามารถนำความรู้หรือเหตุการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาที่พบได้
  - 4) Formal Operational period 11-15 ปี การใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม จัดว่าขั้นสูงสุดของพัฒนาการของความเข้าใจ รู้จักใช้เหตุผล ทำงานแบบผู้ใหญ่ได้



ภาพที่ 8 แสดงระยะต่างๆของแต่ละช่วงวัยตามทฤษฎี Piaget's Stages of Cognitive Development

ที่มา Allen, B. P. "Personality Theories: Development, Growth, and Diversity": Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1995

3. ทฤษฎีของ Erikson ได้แบ่งพัฒนาการตามความต้องการของสังคม เรียกว่า psychosocial stage of development

- 1) Trust and Mistrust เป็นระยะเชื่อถือไว้วางใจกับความระแวงไม่ไว้วางใจ แรกเกิด-1 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เด็กต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นโดยเฉพาะแม่ ความอบอุ่นจากครอบครัวจะทำให้เด็กรู้จักเชื่อถือและไว้ใจคนอื่น
- 2) Autonomy and Doubt อายุ 1-3 ปี เป็นระยะที่มีอิสระกับความสงสัยไม่แน่ใจ เนื่องจากเด็กเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เช่น กิน ขับถ่าย เดิน ทำอะไรได้อิสระ และเป็นระยะที่สำรวจสิ่งแวดล้อม เป็นแน่ใจ ถ้าพ่อแม่สนับสนุนจะทำให้เด็กรู้จักช่วยเหลือตัวเอง
- 3) Initiative and guilt อายุ 4-5 ปี เป็นระยะมีความคิดริเริ่มกับความรู้สึกลึกซึ้ง เรียนรู้บทบาททางสังคม ถ้าพ่อแม่ ควบคุมตลอดเวลา จะทำให้เด็กขาดความคิดริเริ่มได้เมื่อโตขึ้น เด็กที่ถูกห้ามไม่ให้ทำอะไรในสิ่งที่เขาอยากทำ หรือเด็กที่ปล่อยเกินไปโดยที่ไม่มีผู้ใหญ่คอยแนะนำ เป็นเหตุให้เด็กเกิดความรู้สึกลึกซึ้ง ทำให้ไม่กล้าที่จะทำอะไรและไม่มั่นใจในตนเอง
- 4) Industry and Inferiorly อายุ 6-11 ปี ระยะเวลาขยันกับความรู้สึกลึกซึ้งมีปมด้อย เริ่มมีทักษะทางด้านร่างกายและสังคมมากขึ้น สามารถมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ ชอบให้มีคนชม ถ้าขาดการสนับสนุนอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยขึ้น

ตารางเปรียบเทียบพัฒนาการตามทฤษฎี Psychosexual, Psychosocial, Cognitive Development

Psychosexual development (Freud)	Psychosocial development (Erikson)	Cognitive development (Piaget)
Oral stage	Basic trust and Basic mistrust	Sensorimotor stage
Anal stage	Autonomy and Shame and doubt	Preoperational stage
Phallic stage	Initiative and Guilt	Concrete operational stage
Latency stage	Industry and Inferiority	Formal operational stage
Genital stage	Identity and Role confusion	
	Intimacy and Isolation	
	Generativity and Stagnation	
	Integrity and Despair	

เมื่อเราได้เรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีทางพฤติกรรมแล้ว สิ่งที่สำคัญที่เราควรประเมินควบคู่กันไป คือว่าพฤติกรรมที่พบเห็นนั้นสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของร่างกาย จิตใจ สติปัญญาหรือไม่ การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ซึ่ง เราสามารถประเมินการเจริญเติบโตของเด็กได้จากทั้งทางร่างกาย การพัฒนาการทางอารมณ์ สังคม ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. การประเมินการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย

สามารถประเมินได้จากน้ำหนักตัว ความยาว ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก อายุ การเจริญเติบโต และพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย วัยทารก(Infant) แรกเกิด – 1 ปี มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยที่สุด โดยเริ่มมีความสามารถของกล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่ และเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิด วัยหัดเดิน 1-3 ปี มีพัฒนาการความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่ เช่นเริ่มหัดเดิน อยากรู้อยากเห็น และซุกซน ผู้ดูแลควรให้อิสระเด็กในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่ยังคงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากจะเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยกว่าวัยอื่น วัยก่อนเรียน 3-6 ปี สามารถช่วยเหลือทำกิจกรรมงานบ้านบางอย่างได้ ทานอาหารเองได้ โดยมีผู้ดูแล วัยเรียน หมายถึง 6-12 ปี สามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งตัว

### 2. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา

พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กก่อนวัยเข้าเรียนเป็นพื้นฐานนำไปสู่พัฒนาการทางปัญญาในวัยต่อไป พัฒนาการของเด็กวัยนี้ที่เด่นชัด คือพัฒนาการทางภาษา การชักถามที่เกิดจากการอยากรู้อยากเห็น ในวัยเรียนพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนคือ การทดลองเมื่อเกิดการอยากรู้อยากเห็น และสร้างผลงานที่เป็นสิ่งประดิษฐ์ตามความนึกคิดของตนเอง

### 3. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

วัยก่อนเรียนมีพัฒนาการทางสังคมที่เด่นชัดคือ พฤติกรรมที่ดีอีกรัน ก้าวร้าว การทะเลาะเบาะแว้ง รู้ความแตกต่างระหว่างเพศ และเริ่มเรียนรู้บทบาททางเพศของตน เด็กผู้ชายชอบใช้กำลังในการต่อสู้ ขณะที่เด็กผู้หญิงชอบใช้วาจาเป็นอาวุธในการต่อสู้ และแม้เด็กจะมีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวแต่พ่อแม่ก็ยังเป็นศูนย์กลางของเด็กจนปลายปีที่ 6 เด็กจึงเริ่มมีความเป็นตัวของตัวเอง

### 4. การประเมินจากภาวะสุขภาพด้านอารมณ์

เด็กทารกอายุ 6 เดือนเมื่อโกรธ จะแสดงออกโดยการร้องไห้เมื่อถูกขัดใจ พอใจแสดงออกโดยการหัวเราะและดีดตัวไปมา เมื่อมีอารมณ์กลัวคนแปลกหน้า เด็กวัยก่อนเรียนจะมี

อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โกรธ กลัว อิจฉาริษยา ร่าเริง แจ่มใส รักใคร่ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์น้อย กลัวความมืด มีการเล่นสมมุติ เด็กในวัยนี้มักมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายยังควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ไม่มั่นคง ในวัยเรียนมีพัฒนาการทางอารมณ์ รู้จักแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เปลี่ยนท่าทีเมื่อได้รับคำติชม พฤติกรรมที่แสดงออกจะเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่เด็กได้เรียนรู้ คำแนะนำและการสนับสนุน การตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควรมีการใช้เหตุผล ไม่ควรใช้การลงโทษ เด็กที่มีความอบอุ่นได้รับความรักจากพ่อแม่จะมีอารมณ์คงที่ เสมอต้นเสมอปลาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางจิตใจสามารถจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย พันธุกรรม ระดับฮอร์โมนที่แตกต่างพื้นฐานของอารมณ์ สภาพร่างกายและสภาพแวดล้อมรอบตัว เด็กจะนำมาปรับตัวจนกระทั่งมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง

#### ระยะของการพัฒนาบุคลิกภาพ ( Stages of Personality Development )

ในวัยทารก (Infant stage, อายุ 0-9 ปี) พื้นฐานอารมณ์เด็กมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่เกิด ถ้าเด็กและแม่เข้ากันได้ในพื้นที่ของอารมณ์จะช่วยให้ความสัมพันธ์ราบรื่น เดือนที่ 5 - 6 เริ่มจำหน้าแม่ได้ ติดแม่แสดงว่ามีขอบเขตการผูกพันเกิดขึ้น ความผูกพันจะเกิดได้เมื่อผู้เลี้ยงดูต้องใกล้ชิดสม่ำเสมอ ความผูกพันอาจไม่พัฒนาเลย ถ้าเลยระยะวิกฤตในช่วง 5 - 12 เดือน การพลัดพรากในช่วงอายุที่พัฒนาการผูกพันยังไม่ถาวรหรือสมบูรณ์ (5 เดือน ถึง 4 - 5 ปี) ถ้ามีการพลัดพรากจากแม่ถึงแม่จะอยู่แต่หยุดเลี้ยงดูเด็กทำให้เด็กมีอาการของเด็กขาดแม่ หรือทำให้มีความบกพร่องของความผูกพัน กระทั่งกระทบถึงการพัฒนาบุคลิกภาพ

วัยเตาะแตะ (Toddler stage, อายุ 1 - 3 ปี) วัยนี้เด็กเริ่มเดินได้ พูดได้ อยากรู้อยากเห็น อยากรสำรวจสิ่งแวดล้อม การควบคุมการขับถ่าย การต่อต้าน อยากรเป็นตัวของตัวเอง ต่อต้านคำสั่งของผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวิธีที่เด็กใช้เพื่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง

วัยเรียน การติดสิ่งของเป็นพฤติกรรมปกติที่มีได้ และจะหายไปเมื่อโตขึ้น การฝึกการขับถ่ายมีความสำคัญ รู้สึกภูมิใจในตนเองที่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้โดยการหัดอย่างค่อยเป็นค่อยไป

วัยก่อนเรียน (Preschool age, 3 – 6 ปี) มีการพัฒนาทางภาษาและสติปัญญามากขึ้นตามลำดับ ทำให้เด็กสนใจ อยากรู้อยากเห็น ชอบถามคำถาม ว่าอะไร ทำไม เด็กวัยนี้จะเล่นมาก พัฒนาความเป็นหญิงหรือชายเด็กเริ่มรู้ว่าเป็นเพศหญิงและเพศชาย โดยดูจากความแตกต่างของเสื้อผ้า วิธีพูดจา และเห็นความแตกต่างของอวัยวะเพศ เด็กมักจะดูจากพ่อแม่และผู้ใหญ่รอบข้างเป็นตัวอย่างแล้วเริ่มบทบาทที่เหมาะสมสำหรับตน ความอยากรู้อยากเห็นเรื่องเพศ ขณะเดียวกันมีความกลัวในการสูญเสียอวัยวะเพศ กังวลใจในเด็กหญิงที่ไม่มีอวัยวะเพศแบบชายให้เห็น ช่วงอายุนี้เด็กมีความคิดและจินตนาการมากจะมีการเล่นสมมุติ เช่น เล่น พ่อ แม่ ลูก

วัยเรียน (School age, 6 – 12 ปี) การคิด การจำ การพูด และการรับรู้ดีขึ้น ทำให้เด็กเริ่มรู้ความเป็นจริงในชีวิต การเกิด การตาย ความแตกต่างของเพศหญิงและชายชัดเจน ความคิดมีเหตุผล ระยะแรกเกิดจนถึงอายุ 5 – 6 ปี จะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ดี จึงสามารถเห็นว่าบางครั้งเด็กเล็กจะมีพฤติกรรมสลับไปมาในการแสดงออกของความรัก ความโกรธ ความเกลียด วัยนี้ได้มีความคิดได้มากขึ้น สงบอารมณ์ได้ทำให้เด็กพร้อมที่จะเรียนหนังสือ ความคิดของเด็กเมื่ออายุ 6 ปี สามารถคิดย้อนกลับไปได้ เช่น รู้ว่า  $6 + 4 = 10$  และก็รู้ว่า  $10 - 4 = 6$  ความคงที่ของปริมาณ แยกแยะ น้ำหนัก ส่วนสูงได้ การพัฒนาของระบบประสาทและกล้ามเนื้อสมบูรณ์ขึ้น การพัฒนาจริยธรรม อาศัยพ่อแม่เป็นตัวอย่าง รู้สึกจริงว่าอะไรถูกต้อง เริ่มยอมรับความถูกผิดให้เป็นคุณธรรมของตัวเองรู้สึกว่าจะตัวเองมีความสามารถทำวัยนี้ชอบเล่นเป็นกลุ่มอย่างมีกติกา ชอบเล่นกับเพื่อน และคนนอกบ้านมากขึ้น

### ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยในเด็ก

ภาวะผิดปกติในเด็กที่สามารถพบได้บ่อยที่นักศึกษาแพทย์ ควรทราบ ซึ่งรายละเอียดนักศึกษาจะได้เรียนในวิชาจิตเวชศาสตร์ในชั้นคลินิก ต่อไป

#### 1. Mental Retardation (MR) โรคปัญญาอ่อน

ภาวะที่มีระดับสติปัญญาที่ด้อยหรือต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ร่วมกับความบกพร่องของพฤติกรรมปรับตัว ซึ่งมีสาเหตุเกิดขึ้นในระหว่างการเจริญโตในวัยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจำกัดในด้านการเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม มีการเจริญเติบโตไม่สมวัย ระดับสติปัญญาวัดได้ด้วยการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) โดยการนำระดับสติปัญญาที่วัดได้มาหารด้วยอายุจริง แล้วคูณด้วย 100 การวัด IQ โดยทั่วไปอายุมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ย IQ ปกติ คือ 90-110 สาเหตุมีได้หลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติขณะตั้งครรภ์

ความผิดปกติระหว่างคลอด ความผิดปกติหลังคลอด การรักษาภาวะนี้จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาสาเหตุ และให้การศึกษาศึกษาพิเศษรวมถึงจิตบำบัดแก่ผู้ปกครอง

## 2. Learning Disorders

คือ ความผิดปกติด้านการเรียน ความสามารถในการอ่าน การคำนวณ หรือการเขียน ต่ำกว่าเด็กในระดับที่เท่ากัน ซึ่งสามารถวัดจากแบบทดสอบมาตรฐาน พิจารณาจากอายุการศึกษา และระดับเซิร์ฟปัญญา ความสามารถในการอ่านต่ำกว่าเด็กทั่วไปที่อยู่ในชั้นเดียวกัน มีความบกพร่องเรื่องอ่านหนังสือซ้ำ ไม่เข้าใจภาษา ความสามารถในการคิดคำนวณต่ำกว่าเด็กทั่วไปที่อยู่ในชั้นเดียวกัน ไม่เข้าใจสัญลักษณ์ คำนวณผิด ความสามารถในการเขียนต่ำกว่าเด็กทั่วไปในชั้นเดียวกัน สะกดคำผิด เขียนผิดโดยที่ความผิดปกติดังกล่าวต้องไม่ได้เป็นผลมาจากภาวะปัญญาอ่อน

## 3. Autistic Disorder

คือ กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการเข้าสังคม การสื่อสาร และการมีพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะ มีความผิดปกติในการเข้าสังคม ไม่สามารถติดต่อและสื่อความหมายกับผู้อื่น ความผิดปกติในการสื่อสาร มีความบกพร่อง มีการเปียงเบนพัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการการพูดซ้ำ พูดไม่มีความหมาย เรียงประโยคไม่ถูกต้อง พูดบางคำไม่ได้ พูดคำหรือวลีที่ไม่มี ความหมาย เลียนแบบคำพูด ทำเสียงประหลาด ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะไม่พูด ความผิดปกติด้านพฤติกรรม มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ กิจกรรมที่จำกัด ไม่ยืดหยุ่น ชอบของที่หมุนได้หรือสั้นได้ มีอิริยาบถซ้ำๆ หมกมุ่นอยู่กับส่วนของวัตถุ ส่วนของร่างกายโดยความผิดปกตินี้ต้องเกิดก่อนอายุ 3 ปี

## 4. Attention-Deficit / Hyperactive Disorder-ADHD

คือ ภาวะการมีสมาธิสั้น ขนผิดปกติ ขาดการควบคุมอารมณ์ มีผลเสียต่อการเรียน การเข้าสังคม ขาดสมาธิ ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานได้ ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจ ไม่ได้ยินว่าใครพูดอะไร ไม่สามารถรวบรวมงานให้เป็นระบบ ขนผิดปกติ ไม่สามารถอยู่นิ่ง อาการแตกต่างกันตามวัยและระดับพัฒนาการ หุนหันพลันแล่น ขาดการควบคุมอารมณ์ ขาดความอดทน อารมณ์ฉุนเฉียว โดยมีอาการก่อนอายุ 7 ปี ในการวินิจฉัยโรคความผิดปกติอาการดังกล่าวต้องคงอยู่อย่างน้อย 6 เดือน

## 5. Encoporesis

คือ ภาวะที่การถ่ายอุจจาระในลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับสถานที่ เกิดจากการตั้งใจหรือการควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ สามารถวินิจฉัยได้เมื่อถ่ายอุจจาระรดโดยเกิดขึ้นบ่อยกว่า 1 ครั้ง



ต่อเนื่อง ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และอายุมากกว่า 4 ปี สาเหตุที่พบบ่อย คือ การไม่ได้รับการฝึกหัดขับถ่ายอย่างเหมาะสม ไม่สามารถควบคุมหูดทวาร เกิดขึ้นหลังจากที่เคยควบคุมการขับถ่ายได้ แล้วเกิดจากปัญหาเครียด เช่น การมีน้องใหม่ การรักษาภาวะนี้โดยการให้ครอบครัวบำบัดลดความตึงเครียดในครอบครัว จิตบำบัดชนิดอิงจิตพลวัตจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเอง ลดการแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมบำบัด และการฝึกการขับถ่าย

## 6. Enuresis

คือ การปัสสาวะรดที่นอนโดยไม่ตั้งใจหรือไม่สามารถควบคุมได้ สามารถวินิจฉัยในเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี มีการปัสสาวะรดมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือนและไม่มีโรคทางกายที่เป็นสาเหตุ อาการของ Enuresis มักหายไปได้เอง สาเหตุที่แน่ชัดของ Enuresis ยังไม่ทราบ แต่มีสมมติฐานการเกิดโรคดังนี้ คือ พัฒนาการ ช้ากว่าปกติ พันธุกรรม การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ความเครียดที่พบบ่อย เช่น การมีน้องใหม่ การรักษานั้นมีหลายวิธีร่วมกัน คือ ฝึกถ่ายปัสสาวะ ให้กำลังใจเมื่อสามารถกลั้นไว้ได้ เป็นต้น

## 7. Separation Anxiety Disorder

คือ ภาวะที่เด็กมีความกังวลในการพรากจาก (Separation anxiety) เป็นพัฒนาการปกติของเด็กที่จะแสดงออกในรูปของความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับคนแปลกหน้า (Stranger anxiety) พฤติกรรมเช่นนี้จัดว่าเป็นเรื่องปกติเมื่อต้องเข้าโรงเรียนครั้งแรก แต่จะถือว่าเป็นเรื่องผิดปกติเมื่อเด็กมีพัฒนาการไม่เหมาะสม มีความกลัว ไม่สบายใจเมื่อมีการแยกจาก โดยแสดงออกในลักษณะของการบ่นปวดศีรษะหรือผื่นร้าย ปฏิกริยารุนแรงมากขึ้นจนมีผลเสียต่อบุคลิกภาพ พบในเด็กอายุ 7-8 ปี สาเหตุมักเกิดจากปัจจัยทางด้านจิตสังคม เด็กที่พึ่งพาสูงมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลในการแยกจากได้มากขึ้น บิดามารดาบางคนปกป้องมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงสูง

ปฏิกริยาต่อการแยกจากที่พบได้ในเด็ก ระยะแรกเรียกว่า Stage of protest มีอาการร้องไห้ ไม่ยอมกิน ไม่ยอมนอน กอดของที่ติดตัวมาจากบ้าน ระยะนี้นาน 2-3 ชั่วโมง หรือถึงหนึ่งสัปดาห์ ต่อมาเป็น Stage of despair เด็กจะร้องเสียงอ่อนลง หยุตร้องเป็นระยะ แยกตัว ซึมเศร้า และสุดท้าย Stage of detachment ถ้าไม่ได้พบแม่เป็นเวลานานจะทำให้มีการสูญเสียความผูกพันระหว่างแม่และเด็กที่ได้สร้างมา ซึ่งเป็นผลเสียต่อเด็ก ไม่สามารถรู้สึกผูกพันกับใครได้อีก การรักษาโดยภาวะ Separation Anxiety Disorder คือ ครอบครัวบำบัด ให้บิดามารดาเข้าใจความต้องการความรักที่มั่นคงของเด็กและให้ความสำคัญกับการเตรียมการเปลี่ยนแปลงในชีวิต Cognitive therapy และ relaxation technique ลดความวิตกกังวล

## ตอนที่ 2 วัยรุ่น Adolescence

วัยรุ่น แบ่งเป็น 2 ช่วง คือวัยรุ่นตอนต้น อายุ 13-15 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย 16-19 ปี ในวัยนี้เด็กจะมีความรู้สึกรักอิสระ อยากตัดสินใจด้วยตนเอง วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เด่นชัดในเรื่องระบบสืบพันธุ์ และสรีระทางกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตและสังคมไปด้วยกัน

### การเชื่อมโยงกับทฤษฎีบุคลิกภาพ

ระยะนี้สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีบุคลิกภาพของ Erik Erikson ได้แก่ ความเอาใจใส่ในงาน หรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry VS Inferiority) ถ้าเด็กประสบความสำเร็จจะเกิดความรู้สึกมีปมด้อย ผลที่ตามมาอาจเป็นการหนีเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ความมีเอกลักษณ์แห่งตน หรือความไม่เข้าใจตนเอง (Identity VS Identity diffusion) ในช่วงวัยรุ่นหรือ 12-19 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีบทบาทต่างๆกับเพื่อน ดารา นักร้องที่ตนชื่นชอบเด็กจะเรียนรู้ที่จะมีแบบอย่างหรือเอกลักษณ์ของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการแต่งกาย กิริยาท่าทางการพูดจา ถ้าไม่สามารถสร้างเอกลักษณ์ให้ตนเองได้ก็จะทำให้เกิดความสับสน เกิดการเลียนแบบผู้อื่น

### การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

สามารถแบ่งได้เป็นช่วง ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) วัยรุ่นตอนกลาง (Mid-adolescence) และระยะวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence )

### วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence)

วัยรุ่นตอนต้น ในเด็กผู้หญิง 11 ถึง 14 ปี เด็กผู้ชายจะช้ากว่าเด็กผู้หญิงประมาณ 1 ถึง 2 ปี ช่วงนี้เต็มไปด้วยความสงสัยและวิตกกังวล เด็กผู้ชายจะเริ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีโครงสร้างของกระดูกที่ใหญ่ขึ้น มีกล้ามเนื้อที่เห็นได้ชัดเจนซึ่งเป็นผลจากระดับฮอร์โมนเพศ เด็กจะรู้สึกอึดอัดและรุ่มง่าม อายและขาดความมั่นใจ เริ่มมีลักษณะทางเพศทุติยภูมิ เสียงห้าว มีหนวด มีขนรักแร้ มีขนที่อวัยวะเพศ มีการเจริญเติบโตของอวัยวะเพศ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การรวมกลุ่มเหมือนเพื่อที่จะค้นหาตัวเองโดยปลีกตัวออกจากพ่อแม่ มีการรวมกลุ่มคนที่มีความคล้ายคลึงกัน เช่น เพศเดียวกัน วัยเดียวกัน มีรสนิยมคล้ายกัน มีพัฒนาการในการคิดถึงเรื่องที่เป็นนามธรรม ในการศึกษาจะเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่เด็กที่จะก้าวจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่นควรมีความรู้สึกว่าตัวเองเป็นเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวเพื่อที่จะได้มีพื้นฐานที่ดีที่จะสามารถพัฒนาต่อไปได้ อย่างไม่มีปัญหา พ่อแม่ต้องเป็นกำลังสำคัญ

### วัยรุ่นตอนกลาง (Mid-adolescence)

อายุ 14 – 19 ปี แยกตัวออกจากครอบครัว ฮอร์โมนเพศเพิ่มสูงผลักดันให้มีพฤติกรรมทางเพศเกิดความขัดแย้งขึ้นในจิตใจของตัววัยรุ่น โดยธรรมชาติแล้วตัววัยรุ่นรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขกับเรื่องที่เกิดขึ้นขณะเดียวกันก็รู้สึกผิดว่าตัวเองยังไม่สมควรที่จะมีพฤติกรรมอย่างนี้ ถ้าการพัฒนาที่มีอุปสรรคก็จะเสริมให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบน

### ระยะวัยรุ่นตอนปลาย(late adolescence ) 15-19 ปี

อยู่ในระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ เปลี่ยนจากภาวะพึ่งพาผู้อื่นเป็นพึ่งพาตัวเอง ค้นหาความเป็นเอกลักษณ์ มีคุณค่าในตัวเอง สนใจเพศตรงข้าม มีพัฒนาการทางสังคม อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อกับการเลือกอาชีพ มีการวางแผนเรื่องอาชีพ และการศึกษา พัฒนาความคิดจะสูงขึ้น สามารถคิดในเรื่องของรูปธรรมและนามธรรมตัดสินใจปัญหา เรียนรู้จากความสัมพันธ์ในระหว่างเพื่อนฝูง เรียกว่า Identity Crisis ใช้เวลาช่วงหนึ่งในการทำให้สำเร็จในราวอายุ 20 ปี บางครั้งพยายามปกป้องตัวเองจากความรู้สึกวิตกกังวลในการค้นหาตัวเองโดยการกลับไปสร้างความสัมพันธ์กับพ่อแม่ขึ้นมาใหม่ Intimacy ความรักจำเป็นที่จะต้องอาศัยความมั่นคงของความสัมพันธ์กับสังคม ระยะแรกไม่จำเป็นสำหรับวัยรุ่นจนเข้าสู่ระยะวัยรุ่นตอนปลาย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการรักและสนใจตัวเอง เริ่มสนใจความรู้สึก ความต้องการของคนอื่นมากขึ้น

ความนับถือผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะให้ความสำคัญผู้ใหญ่น้อยลง มักมีความคิดว่าผู้ใหญ่มีความคิดที่ล้าหลัง ไม่ทันสมัย และเห็นว่าความคิดของตนดีกว่าถูกต้องกว่า ควรปล่อยให้วัยรุ่นมีอิสระอย่างเหมาะสม ไม่บังคับระเบียบมากเกินไป ควรให้ตัดสินใจในขอบเขตที่เหมาะสม วัยรุ่นต้องการความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองอย่างมาก แสวงหาเอกลักษณ์ของตน รู้สึกมั่นใจในตนเองจะเกิดขึ้นได้เมื่อวัยรุ่นรู้สึกว่าตัวเองมี ความสามารถในงานที่ได้รับมอบหมาย

### สภาพจิตใจของวัยรุ่น

Erikson นักจิตวิทยามองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ไม่ใช่ความผิดปกติ การแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง(Identity Versus Role Confusion :12-20 ปี) เป็นพัฒนาการต่อจากวัยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการที่พึ่งพาอาศัยพ่อแม่มารับผิดชอบตัวเองมากขึ้น ทำให้ต้องปรับตัวทางอารมณ์และสังคม มีการสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง เรียกว่า identity crisis หรือวิกฤตการณ์แห่งการแสวงหาเอกลักษณ์ ถ้าผู้ใหญ่เข้าใจก็จะสามารถให้คำแนะนำ จัดประสบการณ์ให้เด็กได้เปลี่ยนแปลงพัฒนาไปในทางที่ดี และเหมาะสมก็จะเป็นการสร้างบุคลิกภาพที่ดีให้แก่เด็กตั้งแต่เริ่มต้น

### ตอนที่ 3 Adult วัยผู้ใหญ่

เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายสูงสุด มีอิสระในการคบเพื่อน มีอาชีพ มีครอบครัวเป็นของตนเอง รับผิดชอบตนเองและครอบครัว มีวิถีการดำเนินชีวิตเป็นของตนเอง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทางสังคม เป็นเวลาที่มีความมุ่งมั่นในการสร้างจุดหมายให้กับชีวิตตนเอง

อายุ 18-23 ปี เป็นระยะเริ่มแรกที่คนเริ่มมองหาอาชีพการงาน แสวงหารูปแบบของตนเอง หน้าที่ ภาพพจน์เป็นระยะที่เริ่มแยกออกจากครอบครัว ทำงาน เริ่มต้นมีรายได้สำหรับตนเอง ฟังพาทอาคัย พ่อแม่ครอบครัวน้อยลง เพื่อนหรือภาวะแวดล้อม ทางสังคม หน้าที่การงานจะมีบทบาทมากขึ้นแทนที่ครอบครัว

อายุ 24-34 ปี เป็นการเริ่มต้นงานอาชีพ เป็นระยะที่เริ่มปักหลักเรื่องหน้าที่การงาน และมีครอบครัว ได้รับความรับผิดชอบต่างๆ มีความมุ่งมั่นกระตือรือร้นที่จะสร้างความสำเร็จในหน้าที่การงาน อันมีความหมายถึงการประสบความสำเร็จและความภาคภูมิใจในตนเอง

ทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายการแสดงออกทางพฤติกรรมได้ ดังนี้

#### 1. ทฤษฎี แรงจูงใจ (Motivation)

ความต้องการของมนุษย์ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ความต้องการพื้นฐาน (primary needs) เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม การนอนหลับ พักผ่อนเกิดจากพัฒนาการและการเรียนรู้ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละคน

Maslow นักจิตวิทยาได้กำหนดความสำคัญของแรงจูงใจไว้ตามลำดับขั้นตอน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเรียงตามลำดับจากความต้องการพื้นฐานไปสู่ความต้องการอันสูงสุด ดังนี้ความต้องการพื้นฐาน ความมั่นคงปลอดภัย ต้องการมีส่วนร่วมและความรัก ต้องการศักดิ์ศรี ความภาคภูมิใจในตนเองและผู้อื่นต้องการที่จะได้ทำเต็มความสามารถและเป็นตัวของตัวเอง

## 2. กลไกการปรับตัว (Defense mechanism)

กรณีที่เกิดอุปสรรค การตอบสนองของความต้องการจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ร่างกายจะใช้กลไกการปรับตัวให้มีพฤติกรรมตอบสนองของความต้องการทำให้ต้องเผชิญกับความกดดัน และเป็นเหตุให้มีการปรับตัว (Adjustment) ผู้ที่มีพัฒนาการบุคลิกภาพเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ (Emotional mature) จะสามารถปรับตัวได้ดีมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความยืดหยุ่นและมีพฤติกรรมแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แต่ในคนที่มมีปัญหาทางอารมณ์ หรือ มีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้มีพฤติกรรมความคับข้องใจตามมาได้

ลักษณะของ Defense mechanism ที่สามารถพบได้ จะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ได้แก่

- Aggression มีการแสดงออกถึงความก้าวร้าว
- Withdrawal การยอมแพ้ หยุดการต่อสู้ดิ้นรน
- Fixation การกระทำซ้ำซึ่งไม่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยตั้งต้นทั้งที่ทราบว่าจะไม่ได้ประโยชน์อะไร
- Compromise การรอมชอม เป็นกลไกการปรับตัวที่มีหลายรูปแบบ เช่น การหาสิ่งอื่นทดแทน(sublimation) การพยายามหาเหตุผลมาอธิบาย (rationalization) การโยนให้เป็นเรื่องของคนอื่นหรือความผิดของผู้อื่นไป (projection)
- Sublimation การสร้างเป้าหมายขึ้นมาทดแทน ซึ่งพฤติกรรมใหม่นี้เป็นที่ยอมรับได้มากกว่าทั้งในด้านสังคมและคุณธรรม
- Rationalization การปกป้องจิตใจโดยอ้างเหตุผลที่ทำให้สบายใจซึ่งอาจจะให้เหตุผลที่ไม่เป็นความจริง
- Projection เกิดจากความรู้สึกหรือพฤติกรรมของตนเป็นสิ่งที่ตนเองยอมรับไม่ได้ และอ้างว่าเป็นความรู้สึกหรือ พฤติกรรมของคนอื่น

## ตอนที่ 4 วัยกลางคน Elderly

การเปลี่ยนแปลงจากวัยกลางคนสู่วัยสูงอายุ นั้น ในวัยกลางคนความสนใจจะเปลี่ยนแปลงจากการเตรียมสำหรับชีวิตส่วนตัวไปสนใจสังคมมากขึ้น ชีวิตการงาน ผู้ที่ผ่านวัยกลางคนนี้เป็นที่น่าพอใจจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างภาคภูมิใจในตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและหน้าที่ต่อสังคม แต่หลายคนที่ล้มเหลวไม่สามารถประสบความสำเร็จจากชีวิตครอบครัว จะมีความรู้สึกหมดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เป็นไปในทางเลื่อมลง แบ่งการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ด้านหลัก

### 1. ด้านร่างกาย

สภาพร่างกายภายนอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้มีรอยฟกช้ำตามตัว กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวได้ช้า จำเรื่องใหม่ได้น้อยลง คิดช้าลง การรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น สัมผัสทางผิวหนังน้อยลง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายลดลง การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง มีผลให้เบื่ออาหาร ท้องอืดและท้องผูก หลอดเลือดแข็งตัวทำให้หัวใจต้องสูบน้ำเลือดแรงขึ้นขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเกิดอาการหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง

### 2. ด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพในสังคม ภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุว่าเป็นระยะที่สามารถรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมา และเมื่อหันกลับไปมองชีวิตตัวเองแล้วก็เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ภาวะของความสิ้นหวังต่อแท้ รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาของตนนั้นล้มเหลว เกิดความรู้สึกต่อแท้สิ้นหวังหมกมุ่นกับเรื่องของตัวเอง ความสามารถในการเก็บกตระับความกังวลในยามที่เกิดความคับข้องใจลดลง เมื่อเผชิญปัญหาทำให้เครียด ปัญหาทางด้านจิตใจ เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความสามารถของตนเอง เช่น การเคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียงเพื่อนฝูง ขาดการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่น บุตรหลานก็เติบโตมีครอบครัวแยกย้ายกันไป ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา นอนไม่หลับ สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้เกิดภาวะที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น ต่างคนต่างอยู่

## การปรับตัวและการใช้กลไกการปรับตัวในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวในวัยสูงอายุที่พบได้บ่อย คือ การแสดงออกทางกาย (Somatization) การถอยหนีไม่สู้กับปัญหา (withdrawal) การโทษผู้อื่น (projection) การปฏิเสธไม่รับรู้ความจริง (denial) การท้อแท้เศร้าซึม (depression) แสดงออกโดยเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ทำให้เกิดปัญหาความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดระแวง (paranoid thinking) เกิดขึ้น เนื่องจากมีการใช้ projection มากขึ้น การขาดความยืดหยุ่น ความแข็งงวด (rigidity) พฤติกรรมการปรับตัวในผู้สูงอายุสามารถสรุปได้เป็น 4 ลักษณะ คือ ปรับตัวโดยการแสดงออกทางกาย เช่น มีความสนใจร่างกายมากขึ้น ปรับตัวโดยใช้เหตุใช้ผล ใช้สติปัญญาความรู้ เช่น การอ่านหนังสือ การศึกษาเรื่องใหม่ที่แปลกใหม่ ปรับตัวโดยใช้กลไกทางจิตที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง ปรับตัวโดยการแสดงออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้าน

ปัจจัยทางด้านจิตใจให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสีย Valued object นักจิตวิทยา Freud ได้อธิบายสาเหตุว่าเกิดจากความอ่อนแอของ ego การที่บุคคลไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกไปสู่ภายนอกได้ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดซึ่งจะทำให้ความโกรธกลับมาสู่ตนเองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนทฤษฎี Cognitive ของ Erikson กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการประเมินตนเองในทางลบ (Integrity versus despair) ถ้าบุคคลล้มเหลวในการยอมรับตนเอง นำตัวเองไปยึดติดกับอดีตและอนาคต ก็จะทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังเกิดขึ้น

## Family Life Cycle

Family life cycle (วงจรชีวิตครอบครัว) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยต่างๆ ที่ครอบครัวต้องประสบเปรียบเทียบกับวงจรชีวิตของบุคคล (individual life cycle) ที่เป็นพัฒนาการขั้นต่างๆ ที่ต้องทำภารกิจแห่งพัฒนาการ (developmental tasks) วงจรชีวิตครอบครัวตามการแบ่งของ Carter และ McGoldrick มี 6 ระยะ ได้แก่

1. เป็นผู้ใหญเต็มตัว
2. แต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่
3. ครอบครัวที่มีลูกเล็ก
4. ลูกโตเป็นวัยรุ่น

5. ลุกแยกไปจากครอบครัว
6. สูบั้นปลายชีวิต

### บทสรุป

หลักการสำคัญที่ได้จากการศึกษาหัวข้อนี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน ช่วยให้สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตและการปรับตัว ซึ่งมีความสำคัญ นอกจากจะได้เรียนรู้ในเรื่องของตนเอง บุคคลรอบข้างแล้ว ในการประกอบวิชาชีพ แพทย์โดยเฉพาะแพทย์ทั่วไปนั้น จะต้องรักษาผู้ป่วยที่หลากหลายช่วงอายุ หากเราเรียนรู้ในเรื่องของลักษณะทางพฤติกรรมและการแสดงออกของแต่ละช่วงวัยเป็นอย่างดี ก็จะช่วยให้เราเข้าใจผู้ป่วย และสามารถให้การรักษาที่ครอบคลุมทั้งทางกาย จิตและสังคมได้

### คำถามทบทวน

1. พัฒนาการทางด้านจิตใจที่สำคัญที่สุด สำหรับ ช่วงวัย Infancy คือ ข้อใด
  - A. Form intimate attachment mother
  - B. Development of speech
  - C. Development of stranger anxiety
  - D. Development of a conscience
  - E. Ability for logical thought

เฉลย A การที่เด็กทารกจะสามารถมีพัฒนาการด้านจิตใจที่สมบูรณ์นั้น การตอบสนองอย่างใกล้ชิดจากมารดาหรือผู้เลี้ยงดูอย่างใกล้ชิด จะทำให้เด็กเรียนรู้และสามารถสร้างความมั่นคงทางจิตใจ และเรียนรู้ที่จะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนและบุคคลในอนาคต



2. เด็กหญิงอายุ 10 ปี ชอบแสดงออก มักได้รับเลือกให้แสดงความสามารถในงานประจำปีเสมอ ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กหญิง รายนี้

- A. Formation of conscience is complete.
- B. Capacity for logical thought.
- C. Identification with mother.
- D. Her family, friends, is more important.
- E. She plays mainly with other girls.

เฉลย D ในวัยนี้ต้องการแรงสนับสนุนและคำชมเชย ทั้งจากเพื่อน และบุคคลในครอบครัว

3. เด็กชายอายุ 8 ปี มักมีอาการปวดท้อง ปวดศีรษะบ่อยๆ ในช่วงที่อยู่โรงเรียนทำให้มารดาต้องมารับกลับบ้านบ่อยๆ ช่วงกลางคืนจะนอนนอนห้องเดียวกับมาตาและให้เหตุผลว่ามีผีหรือ สัตว์ประหลาดอยู่ใต้เตียงในห้องตน ข้อใดกล่าวถูกต้อง เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กชาย คนนี้

- A. Abnormal child
- B. Normal of latency-age
- C. Separation anxiety disorder
- D. Socialized conduct disorder
- E. Psychosis

เฉลย C เด็กกลัวการแยกจากผู้เลี้ยงดู

4. เด็กชายอายุ 15 ปี มารับการรักษาในคลินิกอดบุหรี่ สาเหตุที่ติดบุหรี่เพราะเพื่อนสูบบุหรี่ และพ่อก็สูบบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้เด็กชายผู้นี้ไม่ตั้งใจที่จะอดบุหรี่ มากที่สุด คือข้อใด

- A. มีความซึ่มเคี้ยว
- B. พ่อสูบบุหรี่
- C. เพื่อนสูบบุหรี่
- D. ไม่รู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตราย
- E. สุขจนติด

เฉลย C ในวัยนี้ ปัจจัยหลักในการแสดงออกทางพฤติกรรมของวัยรุ่น คือ เพื่อนเป็นหลัก

5. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับ ช่วงวัย Elderly ที่เกิดภาวะ Menopause

- A. It occurs suddenly
- B. Dyspareunia is common
- C. Severe depression is common
- D. Severe anxiety is common
- E. Usually occurs in the early forties

เฉลย B

### เอกสารอ้างอิง

1. เกษม ต้นติผลลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
2. วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2530.
3. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
4. Allen, B. P. "Personality Theories: Development, Growth, and Diversity": Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 2006.
5. Barbara Fadem. "behavior science": Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
6. Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.

## บทที่ 3

### การเขียนแผนภูมิครอบครัว

**วัตถุประสงค์การเรียนรู้:** เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายหลักการและฝึกทักษะการใช้แผนภูมิครอบครัวได้
2. เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวิทยาที่มีผลต่อสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวได้
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกัน รวมทั้งบอกความแตกต่างของลักษณะบุตรใน ลำดับต่างๆ ได้
4. ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพบุคคลและครอบครัวได้

#### แนวคิด

การศึกษาพันธุกรรมใช้วิธีการสังเกตและสอบถามถึงการปรากฏของลักษณะในบุคคลที่เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาเขียนเป็นแผนภาพพันธุประวัติโดยใช้สัญลักษณ์ที่เป็นสากล เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ สรุปผลการศึกษาและรวบรวมข้อมูลของครอบครัวที่สนใจ ด้วยการวาดผังสัญลักษณ์ โครงสร้างหลักของแผนภูมิครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางกาย โรคพันธุกรรม นิสัยและพฤติกรรม ฐานะทางสังคม การศึกษา ศาสนา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้แพทย์นำข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยมาใช้ในการระบุนการแก้ปัญหา เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

#### เนื้อหา

ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยทางครอบครัวร่วมด้วย เนื่องจากในบางโรค ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค และการรักษาโรคอาจเกี่ยวข้องกับครอบครัว การศึกษาครอบครัวโดยมากจะใช้วิธีการสังเกต และสอบถามถึงการปรากฏของลักษณะในบุคคลที่เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาเขียนเป็นแผนภาพพันธุประวัติโดยใช้สัญลักษณ์ที่เป็นสากล เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ สรุปผล

การศึกษาและรวบรวมข้อมูลของครอบครัวที่สนใจ ด้วยการวาดผังสัญลักษณ์ เมื่อผู้อื่นมาศึกษาจะสามารถเข้าใจได้ตรงกัน

### วงจรชีวิตครอบครัว(Family life cycle)

วงจรชีวิตครอบครัว คือ การเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัวทั่วไปต้องประสบโดยเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของแต่ละครอบครัว ขึ้นอยู่กับยุคสมัยและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ นั้น โดยมีรูปแบบที่แน่นอน เกิดขึ้นเป็นระยะตามลำดับขั้น มีความเป็นสากล โดยทั่วไปในการดูแลครอบครัวเราสามารถแบ่งระยะวงจรชีวิตครอบครัวได้เป็น 7 ระยะคือ

1. ระยะสร้างครอบครัวใหม่(Family formation) เป็นระยะที่ปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่และคนใหม่(สามีหรือภรรยา) พัฒนาสร้างความสัมพันธ์แบบสามีภรรยาที่เหมาะสม
2. ระยะครอบครัวมีบุตรเล็ก(Childbearing family) เป็นระยะตั้งแต่มีบุตรถึงบุตรอายุประมาณ 30 เดือน ระยะนี้ครอบครัวต้องปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเพื่อรับบุตรที่เกิดใหม่
3. ระยะครอบครัวกับบุตรก่อนวัยเรียน(Family with preschool children) เป็นระยะที่ครอบครัวมีบุตรอายุ 2 ขวบครึ่งจนถึง 6 ปี ระยะนี้จะเป็นการเตรียมห้องสำหรับลูกปรับตัวเพื่อให้มีความส่วนตัวของชีวิตคู่
4. ระยะครอบครัวกับบุตรวัยเรียน(Family with school-age children) เป็นระยะที่ครอบครัวมีบุตรอายุ 6-13 ปี ระยะนี้ครอบครัวจะสร้างระเบียบใหม่ให้ลูกและเริ่มเข้าสังคม มอบหมายงานให้ลูกรับผิดชอบ
5. ระยะครอบครัวกับบุตรวัยรุ่น(Family with teenage children) ระยะที่ครอบครัวมีบุตรอายุ 13-18 ปี ครอบครัวมีการขยายขอบเขตและความรับผิดชอบของลูกมากขึ้น ลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม มีพัฒนาการเพื่อสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงและความเป็นตัวของตัวเอง
6. ระยะลูกแยกจากครอบครัว(Family dispersion) ระยะที่ครอบครัวมีลูกอายุมากกว่า 18 ปี ระยะนี้ลูกจะเริ่มแยกตัวออกจากครอบครัว
7. ระยะคู่สมรสสูงอายุ(Older couple) ระยะนี้คู่สมรสต้องปรับตัวต่อการไม่มีงานทำ สร้างความสัมพันธ์และมีบทบาทใหม่กับลูกหลานและชีวิตคู่

นอกจากวงจรชีวิตครอบครัวที่จะทำให้เราเข้าใจลักษณะพฤติกรรมแล้วเครื่องมือหนึ่งที่จะทำให้ศึกษาคครอบครัวได้ง่ายขึ้นคือ **แผนภูมิกครอบครัว**

โครงสร้างหลักของแผนภูมิกครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางกาย โรคพันธุกรรม พฤติกรรม ฐานะทางสังคม การศึกษา ศาสนา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการเขียนแผนภูมิกครอบครัวที่สมบูรณ์นั้นเป็นเครื่องมือที่ช่วยแพทย์ในการนำข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยมาใช้ในการระบวงวนการแก้ปัญหา เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

#### ส่วนประกอบของแผนภูมิกครอบครัว

1. โครงสร้างของครอบครัว (family structure)
2. วงจรชีวิตในครอบครัว (life cycle stage)
3. รูปแบบซ้ำซ้อนที่ผ่านมายังรุ่นต่างๆในครอบครัว (pattern repetition across generation)
4. เหตุการณ์ชีวิตและหน้าที่ครอบครัว (life events and family functioning)
5. ความสัมพันธ์ สัมพันธภาพและความขัดแย้งในครอบครัว (relationship patterns and triangles)
6. ความสมดุลของครอบครัว (family balance and imbalance)
7. พันธุกรรม (genetic purpose)

#### หลักในการเขียนแผนภูมิกครอบครัว

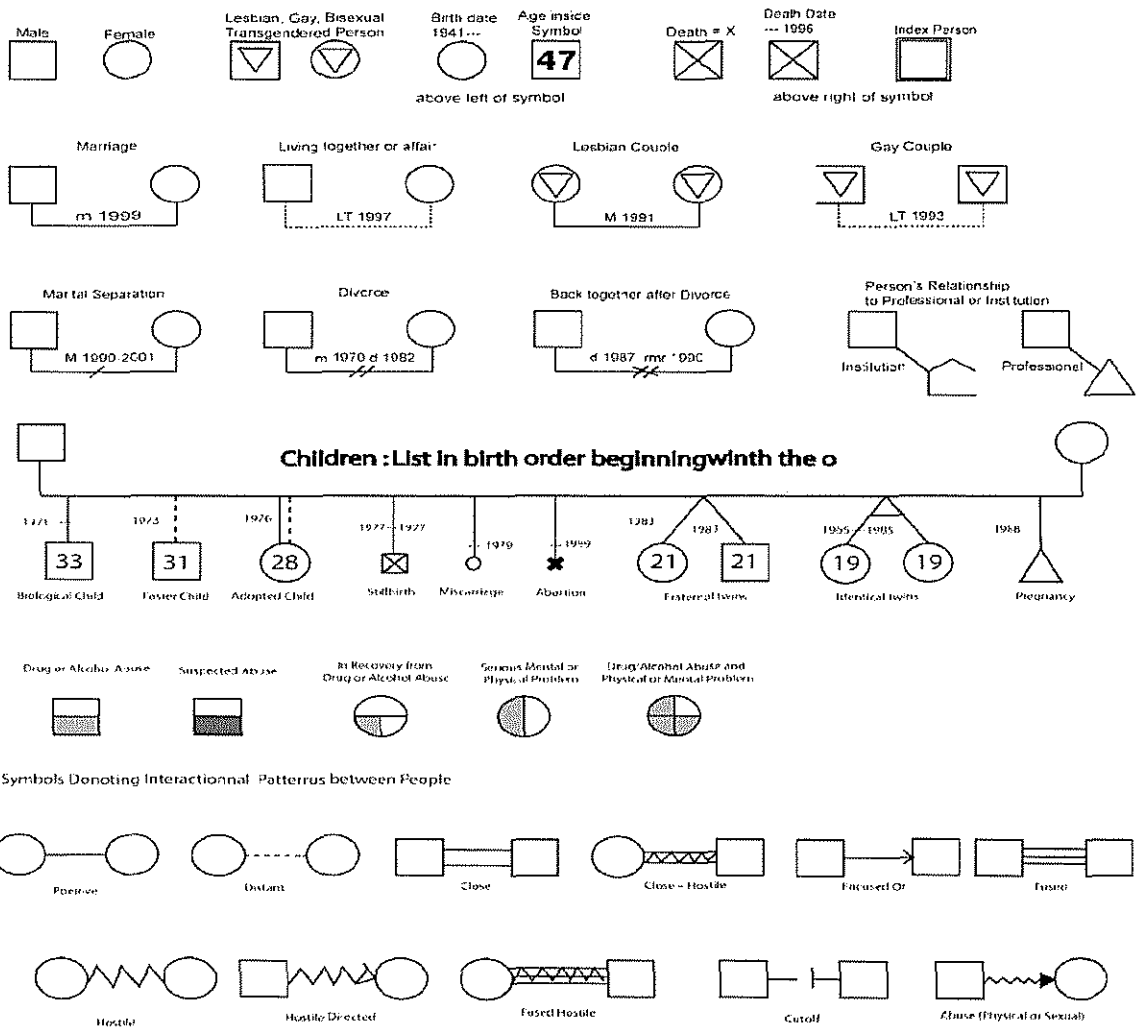
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวาดแผนภูมิกครอบครัวนั้นได้รับการทำเป็นมาตรฐาน ทำให้แพทย์สามารถวาดโครงสร้างครอบครัวได้รวดเร็วและแม่นยำ ทำให้ทราบได้ว่ามีผลอย่างไรในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย การบันทึกแผนภูมิกครอบครัวนั้นจะต้องบันทึกข้อมูล อย่างน้อย 3 รุ่น (generation) และตามปกติในการซักประวัติครอบครัวและการบันทึก จะเริ่มที่ตัวบุคคลที่ถูกสัมภาษณ์ก่อน สิ่งที่ต้องบันทึกลงไปแผนภูมิกครอบครัวประกอบด้วย

1. ชื่อ อายุ ปีเกิด ของสมาชิกในครอบครัว ใส่อายุและสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว
2. ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว
3. วาดลงล้อมสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน พร้อมชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ที่ตำแหน่งใดของแผนภูมิ
4. ระบุนวันที่ของการแต่งงานหรือหย่าร้างของสมาชิกในครอบครัว
5. เรียงสมาชิกที่เกิดตามลำดับก่อนหลังจากย้ายไปขวา
6. ถ้าทราบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ให้ลากเส้นแสดงลงในแผนภูมิ

## สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวาดแผนภูมิครอบครัว

นักศึกษาควรทำความเข้าใจในสัญลักษณ์ที่เป็นมาตรฐาน เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

### Standard Symbols for Genogram



ภาพที่ 8 แสดงสัญลักษณ์การเขียนแผนภูมิครอบครัว

ที่มา ดัดแปลงจาก <http://courses.wcupa.edu/treadwe/courses/O2courses/Standard%20Symbols.gif>

วันที่สืบค้น วันที่ 18 เมษายน 2552

## การอ่านแผนภูมิครอบครัว

หลักการอ่านแผนภูมิครอบครัวนั้นควรศึกษาให้เข้าใจ เนื่องจากเราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้นอกเหนือจากการรักษาผู้ป่วยที่ตัวโรคแล้ว ยังมีบางปัจจัยที่สามารถทำให้ตัวโรคดำเนินต่อไป หรือดีขึ้นได้ เช่น ผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย หรือความสัมพันธ์ที่ไม่ดีก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย เป็นต้น การอ่านแผนภูมิครอบครัวนั้นมีหลักการประกอบไปด้วย

### 1. องค์ประกอบหลักของครอบครัว

ครอบครัวที่มีการหย่าร้าง หรือ คู่ครองเสียชีวิต บ่งบอกถึงภาวะวิกฤตในครอบครัวที่ก่อให้เกิดความเครียด อาจทำให้เกิดความเศร้า

บุตร ลำดับพี่น้องมีความสำคัญต่อวุฒิภาวะทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ ของสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรคนโตมักมีความรับผิดชอบสูง ในขณะที่คนสุดท้ายของมีลักษณะเอาแต่ใจตนเอง

2. ลักษณะที่เกิดซ้ำข้ามรุ่นในครอบครัว แผนภูมิครอบครัวสามารถแสดงลักษณะที่เกิดซ้ำในหลายรุ่นให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ความสมดุลภายในครอบครัว แสดงด้วยการลากเส้นแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

4. การวิเคราะห์พันธุประวัติ มีหลักเกณฑ์ตามที่นักศึกษาเรียนรู้ในวิชาพันธุศาสตร์ คือ ถ้าลักษณะนั้นปรากฏในเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน แสดงว่ายีนที่ควบคุมลักษณะน่าจะอยู่บนโครโมโซมร่างกาย ถ้าลักษณะนั้นปรากฏเฉพาะเพศใดเพศหนึ่ง หรือเกิดในเพศหนึ่งมากกว่าอีกเพศหนึ่งแสดงว่ายีนที่ควบคุมลักษณะนั้นน่าจะอยู่บนโครโมโซมเพศ ถ้าลักษณะนั้นปรากฏในพ่อแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือทั้งสองฝ่าย และปรากฏในลูกทุกชั่วรุ่น แสดงว่ายีนที่ควบคุมลักษณะนั้นน่าจะเป็นยีนเด่น ถ้าลักษณะนั้นไม่พบในพ่อแม่ แต่พบในลูก และลักษณะดังกล่าวอาจไม่พบในลูกทุกรุ่น แสดงว่ายีนที่ควบคุมลักษณะนั้นน่าจะเป็นยีนด้อย

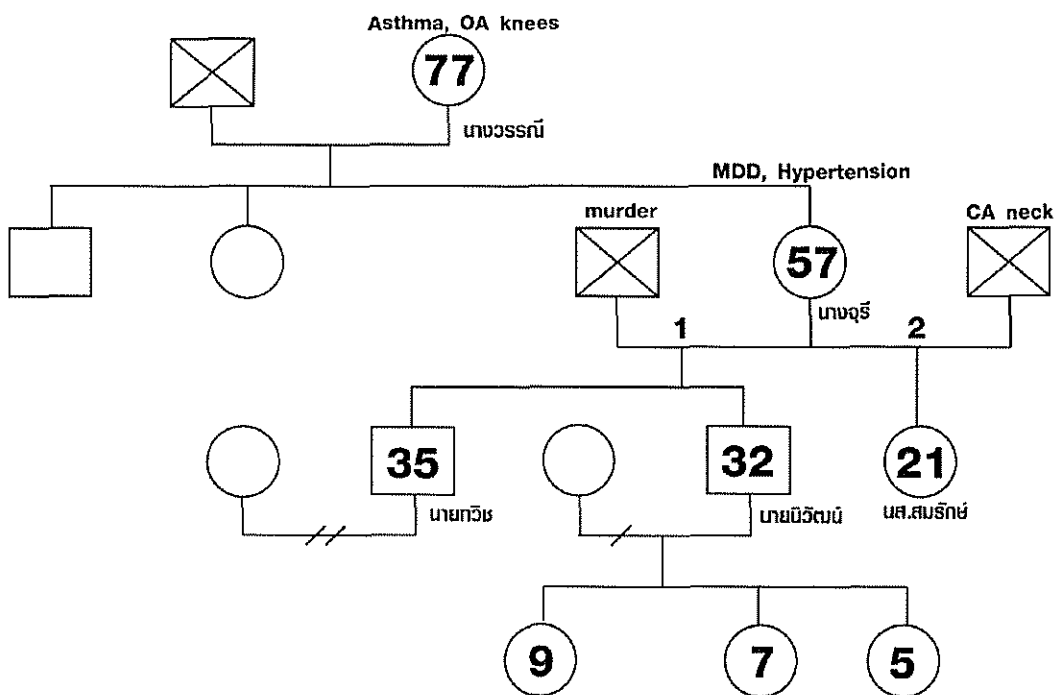
## บทสรุป

ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยทางครอบครัวร่วมด้วย เนื่องจากในบางโรค ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค และการรักษาโรคอาจเกี่ยวข้องกับครอบครัว การศึกษาครอบครัวโดยมากจะใช้วิธีการสังเกต และสอบถามถึงการปรากฏของลักษณะในบุคคลที่เป็นสมาชิกรุ่นต่างๆ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาเขียนเป็นแผนภาพพันธุประวัติโดยใช้สัญลักษณ์ที่เป็นสากล เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ สรุปผลการศึกษาและ

รวบรวมข้อมูลของครอบครัวที่สนใจ ด้วยการวาดผังสัญลักษณ์ เมื่อผู้ขึ้นมาศึกษาจะสามารถเข้าใจได้ตรงกันได้

**คำถามทบทวน**

จากแผนภูมิครอบครัวของผู้ป่วยหญิง อายุ 34 ปี ให้นักศึกษาวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน bio-psycho-social



**แนวคำตอบ**

จากแผนภูมิครอบครัวจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้การรักษาความดันโลหิตสูง (Hypertension) และปัญหาซึมเศร้า(Major depressive disorder)ในผู้ป่วยหญิงอายุ 57 ปี หากแพทย์ทราบประวัติครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ทั้งในเรื่องของภาวะเสี่ยงต่อความเครียด เนื่องจากแต่งงาน 2 ครั้งและสามีเสียชีวิตไปแล้ว บุตรชาย 2 คนก็มีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยหากสามารถดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผนภูมิครอบครัวดังกล่าวจะสามารถปฏิบัติงานในด้านการรักษาผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งในด้านตัวโรค จิต และสังคม(bio-psycho-social) ทำให้สามารถปฏิบัติงานด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมได้ดีขึ้น



### เอกสารอ้างอิง

1. Taylor B R. Family Medicine Principles and practice. Newyork: Springe, 1988.
2. WWW.<http://courses.wcupa.edu/ttreadwe/courses/O2courses/Standard%20Symbols.gif>
3. Baird MA, Grant WD. Families and Health. In:Taylor RB editor. Family Medicine Principles and Practice 4<sup>th</sup> edition. New York: Springer-Verlag;1994. p.10-15
4. Smith KB. Human Development and Aging. In:Taylor RB editor. Family Medicine Principles and Practice 4<sup>th</sup> edition. New York: Springer-Verlag;1994.p.5-9.
5. สายพิน หัตถ์ธีรรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549.
6. อุมาพร ตรังคสมบัติ. วงจรชีวิตและการปรับตัวของครอบครัว. ใน: อุมาพร ตรังคสมบัติ บรรณาธิการ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว Family therapy and family counseling. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้า พรินติ้ง; 2540. หน้า 21-37.

## บทที่ 4

### ความเครียดและการปรับตัว

#### Stress and Adaptation

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายผลของการเจ็บป่วยต่อภาวะจิตใจ ปัจจัยต่อทัศนคติและจิตใจได้
2. อธิบาย การปรับตัวและลักษณะของคนที่มีการปรับตัวดีและไม่ดีได้
3. ตระหนักถึงความสำคัญของความเครียด การจัดการความเครียด และการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการจัดการความเครียดไม่สำเร็จได้
4. เข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความเครียด สามารถประเมินการจัดการกับความเครียดของตนเองได้

#### แนวคิด

ความรู้พื้นฐานเรื่องความเครียดและการจัดการเป็นสิ่งที่นักศึกษาควรทราบ เนื่องจากในวิถีการดำเนินชีวิตของนักศึกษาแพทย์ นอกจากจะมีการเรียนที่หนักมากกว่าสาขาอื่นๆ แล้วในชีวิตประจำวันยังต้องเผชิญกับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการที่ทำให้เกิดภาวะเครียดได้

ทักษะการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นรวมถึง การฝึกผ่อนคลาย การปรับทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ซึ่งให้เห็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด ปฏิบัติทางร่างกายและจิตใจในขณะที่เกิดความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด นี้แล้วหวังว่าผู้เรียนจะมีเข้าใจเรื่องความเครียดและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในภาวะแห่งความเครียด และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างปกติสุข

#### เนื้อหา

ก่อนที่จะกล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดนั้น ขอให้ศึกษากรณีศึกษาต่อไปนี้และวิเคราะห์สาเหตุและการจัดการความเครียดในผู้ป่วยรายนี้ หลังจากนั้นให้นักศึกษาศึกษาทฤษฎี และแนวคำตอบของกรณีศึกษาในท้ายบท

## กรณีศึกษา

นักศึกษาหญิงมาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการหอบเหนื่อย มือจับเกร็ง 5 นาที 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายอื่นๆ ปกติ แพทย์จึงให้การรักษาโดยให้ยานอนหลับ หลังจากนั้นได้ชักประวัติจากเพื่อน บอกว่าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่าย บางครั้งตะคอกใส่เพื่อนโดยที่เพื่อนก็ไม่ทราบสาเหตุ เพื่อนถามว่ามีปัญหาอะไรก็ไม่ยอมบอก มักเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ค่อยกินข้าว นอนไม่หลับ ทำทางกระสับกระส่าย ตื่นสาย บางครั้งไม่ยอมไปเรียน อ้ากับเพื่อนว่าปวดหัวบ้าง ปวดท้องบ้าง ซึ่งเพื่อนก็ไม่แน่ใจว่ามีอาการจริงหรือไม่ ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร แต่สังเกตว่าถ้าไม่สบายใจอาการก็จะเป็นมากขึ้น เรื่องที่ไม่สบายใจเรื่องการเรียนที่ทำคะแนนสอบไม่ดีกว่าพอจะดูว่า แต่เพื่อนบอกว่าคะแนนอยู่ในระดับต้นเกือบทุกวิชา ผู้ป่วยกล่าวโทษว่าอาจารย์ออกข้อสอบไม่ดีจึงทำคะแนนได้ไม่ดี รู้สึกท้อแท้ไม่รู้จะจัดการอย่างไรกับปัญหาเหล่านี้เพราะคิดว่าปัญหาเกิดจากคนอื่น ตนไม่สามารถจะแก้ไขอะไรได้เอง

30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลไม่พอใจเพื่อนที่มาหยิบหนังสือของตนไปใช้โดยไม่ขออนุญาตทำให้ผู้ป่วยโกรธเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อยขึ้นมา จนเพื่อนต้องพามาส่งโรงพยาบาล

## แนวคิด

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียด
2. วิเคราะห์ผลกระทบจากความเครียดต่อสภาพ ร่างกาย จิตใจและสังคม
3. แนวทางการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ความเครียด หมายถึง สิ่งที่ต้องการที่มีผลต่อร่างกายเพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว ซึ่งมีนักจิตวิทยา ได้กล่าวถึงความหมายของความเครียดแตกต่างกันไปดังนี้

Cannon 1932 กล่าวว่า ความเครียดคือสิ่งที่ทำให้ความสมดุลของบุคคลเสียไป และใช้คำว่าความเครียดเมื่อมีสิ่งเร้ากระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับการสู้หรือหนี

Selye 1956 กล่าวว่า ความเครียดคือปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อสิ่งที่มากระทบร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น การใช้ความร้อน ความผิดหวัง ยา ฮอรโมน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัวเพื่อนำมาซึ่งภาวะสมดุลในที่สุดการปรับตัวจะนำไปสู่ความเครียด ความเครียดในระดับที่พอดีจะเป็นแรงผลักดันในการดำรงชีวิต แต่ถ้ามากเกินไปและไม่สามารถปรับตัวได้ ก็อาจนำมาสู่ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

### Stress–Diathesis Model

การเกิดโรคขึ้นกับความรุนแรงของความเครียดซึ่งแปรผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ หากความเสี่ยงสูงถ้ามีระดับความเครียดที่ไม่รุนแรงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่ผสมผสานและมีการกระทำระหว่างกันมีอิทธิพลต่อโครงสร้างและหน้าที่ทางชีวภาพ ประสบการณ์การเรียนรู้ในวัยเด็ก พัฒนาการทางจิตใจและสังคม ความขัดแย้งในวัยเด็ก ความขัดแย้งในครอบครัวถือได้ว่าเป็นเหตุในการสร้างความอ่อนแอสำหรับการเกิดโรค สิ่งที่เป็นความเครียดในการกระตุ้นให้ความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ได้แก่ ความไม่เข้าใจตนเอง ความเครียดทางสังคม การดูแลผู้ป่วยโดยอาศัย Stress diathesis model ข้อมูลนั้นสามารถพิจารณาจากปัจจัย 4 ประการ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด บุคลิกภาพผิดปกติ
2. ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating factors) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดนำมาก่อน onset ของการเกิดโรค เช่นการเสียชีวิตของพ่อแม่ ความเครียดกดดันจากการทำงาน
3. ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Perpetuating factors) ปัจจัยที่เสริมให้อาการยังไม่หายไป
4. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยด้านดีที่ช่วยให้ปรับตัวอย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองของสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ขั้นตอนการพัฒนาการ พื้นฐานทางอารมณ์ ความสามารถในการแก้ปัญหา

### การเผชิญความเครียด (Coping)

กระบวนการที่ใช้ความพยายามกระทำ ความคิดในการจัดการกับความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม มีนักจิตวิทยา ได้กล่าวเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดไว้ ดังนี้

#### ทฤษฎีการเผชิญความเครียดแบบที่ 1 Lazarus and Folkman, 1984

เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญคือ ความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ของการปรับตัว ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การประเมินตัดสิน เป็นกระบวนการของความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ตัดสินเหตุการณ์ ได้แก่ การประเมินปฐมภูมิ และการประเมินทุติยภูมิ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่

บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านองค์ประกอบของบุคคล บุคลิกภาพและลักษณะประจำตัว ลักษณะคนเครียดต่างวัย ไร้แรง แข่งขันสูง อารมณ์ หมายถึง ลักษณะอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความคับข้องใจ ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กมีผลต่อการประเมินสิ่งเร้า

### ทฤษฎีการเผชิญความเครียดแบบที่ 2 Luxman and saresan

กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม
2. ด้านฟิลิกส์และเคมี แบ่งออกเป็นอันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอกอันตรายจากสภาพร่างกายในร่างกายหรือจากสิ่งแวดล้อมภายใน อันตรายจากการขาดปัจจัยทางเคมี
3. ด้านจิตใจ ความคับข้องใจเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง
4. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี
5. การเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ
6. การอพยพ การโยกย้ายหรือการเปลี่ยนสถานที่พักอาศัย หรือสถานที่ทำงานใหม่รวมถึง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ เทคโนโลยีและสังคม

### การตอบสนองทางพฤติกรรมที่พบได้ในภาวะเครียด

การตอบสนองทางพฤติกรรมในมนุษย์เมื่อเผชิญกับสภาวะเครียดนั้น ประกอบด้วย การตอบสนองในด้านต่างๆ ดังนี้

#### 1. การตอบสนองทางด้านจิตใจ

ความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยที่ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อร่างกายแล้ว สิ่งที่จะกระทบกระเทือนต่อผู้ป่วยมากที่สุดคือด้านอารมณ์ ของผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ตกใจ ปฏิเสธความจริง (Shock and Denial)
2. กังวล สับสน และโกรธ (Anger)
3. ต้อรอง (Bargaining) เริ่มสงบ ต้อรองว่าตนอาจจะไม่ได้เจ็บป่วยร้ายแรง
4. เศร้าและหมดหวัง (Depress) เริ่มรู้สึกหมดหวังยอมรับความจริงว่าตัวเองป่วย
5. ยอมรับความจริง (Acceptance)

## 2. การตอบสนองทางด้านร่างกาย

ความเครียด ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. มีการหลั่ง Neurotransmitter เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้มีการกระตุ้นสมองทำให้หลั่ง  
Catecholamine กระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานหนัก Glucocorticoids ทำให้เกิดการ  
ยับยั้งระบบภูมิคุ้มกัน ลดการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ
2. Arrythmia ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ใจสั่น
3. Dyspnea หอบเหนื่อย หายใจเร็ว อาการชา มือจับเกร็ง
4. Peptic ulcer อธิบายโดย Nonspecific theory เมื่อเกิดความเครียด ความวิตกกังวลทำให้มี  
การหลั่งกรดออกมา เกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหารได้
5. Obesity ความอ้วนเกิดจากปัจจัยด้านจิตใจ เกิดภาวะ Oral regression, Overvaluation of  
food
6. Headache ปวดศีรษะพบในผู้ป่วยมักมีบุคลิกภาพแบบไม่ยืดหยุ่น อธิบายได้โดยกดทับ  
ความรู้สึกโกรธไม่แสดงอาการออกมา แต่จะมีอาการทางกายแทน

### การประเมินความเครียดและความเจ็บป่วยทางจิต

การประเมินความเครียดซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตนั้นสามารถประเมินได้โดยการ  
สังเกต และซักถามญาติ หรือผู้ที่ใกล้ชิด ในเรื่องต่างๆ เช่น การสูญเสียอวัยวะทั้งภายนอกและ  
ภายในร่างกายจากโรคหรือการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและภาวะของโรค เช่นมีเนื้องอกที่  
มองเห็นภายนอก ร่างกาย การเปลี่ยนแปลงร่างกายจากการสูญเสียของอวัยวะ มีความผิดปกติของ  
การควบคุมในระบบกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากวัยและพัฒนาการ

### กระบวนการปรับตัว

กระบวนการปรับตัวเป็นกระบวนการของความรู้สึกที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจเหตุการณ์  
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคคลนั้นจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข มี  
นักจิตวิทยาหลายท่าน ได้กล่าวถึงกระบวนการดังกล่าว เช่น

### ทฤษฎีของ Norris Connell และ Spelic

Norris Connell and Spelic, 1998 นักจิตวิทยาได้ศึกษากระบวนการปรับภาพลักษณ์ใหม่ของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและหน้าที่ของร่างกายในกระบวนการปรับตัวต่อความเครียด พบว่ามี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยจะตกใจ เจ็บปวดทางจิตใจเมื่อนึกถึงการเปลี่ยนแปลงและอาจแสดงปฏิกิริยาโตเถียง

ระยะที่ 2 ระยะช่อมแซม ผู้ป่วยจะปรารถนาที่จะช่อมแซมสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปให้เข้ารูป เช่นเดิม ผู้ป่วยจะมีความหวังมากขึ้นและอาจจะคาดหวังเกินความจริงได้

ระยะที่ 3 ระยะสร้างภาพลักษณ์ใหม่ ระยะนี้ความหวังที่เกินความจริงจะถูกปรับให้ใกล้เคียงความจริงมากขึ้น ผู้ป่วยจะเรียนรู้กับชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงมีการปรับตัว ยอมรับมากขึ้น

### ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

สิ่งมีชีวิตประกอบด้วย ชีวะ จิต และสังคม (bio-psycho-social being) ทำงานประสานกัน และเป็นระบบเปิดซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ก่อให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองหรือการปรับตัวเพื่อคงความสมดุลไว้ทั้งทางด้านร่างกาย จิต และสังคม การปรับตัวด้านสุขภาพ (psychosocial adaptation) เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย

### ทฤษฎีเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (self concept)

กล่าวถึง ภาพในจิตใจของตนและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่มีต่อคุณลักษณะทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมของตนเอง ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ ความนิยมในตนเอง บทบาท และเอกลักษณ์แห่งตน ด้านบทบาทหน้าที่ (role function) 3 ประเภทคือ บทบาทในระดับปฐมภูมิ (Primary role) ซึ่งเป็นบทบาทที่แสดงออกตามเพศ อายุและพัฒนาการของชีวิต บทบาทหน้าที่ในระดับทุติยภูมิ เป็นบทบาทหน้าที่ที่แสดงออกมาเนื่องจากมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิตที่ค่อนข้างยาวนานถาวร บทบาทหน้าที่ตติยภูมิ เป็นบทบาทหน้าที่ที่บุคคลแสดงออกมาเนื่องจากความสนใจพิเศษสามารถเลือกบทบาทหน้าที่นี้ได้อย่างมีอิสระ

## ทฤษฎีด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependence)

เป็นการปรับตัวในมิติทางสังคมเพราะจะได้รับการตอบสนองของความต้องการด้านสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์ ความต้องการที่จะได้รับความสุขที่เกิดจากการได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้เคียง จึงควรที่จะให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความเครียดลดลง

## หลักการการดูแลผู้ที่มีความเครียด

ในชีวิตประจำวันนักศึกษาอาจพบภาวะเครียด หรือคนรอบข้างที่ประสบกับสภาวะเครียด รวมถึงบทบาทในการเรียนแพทย์นั้นค่อนข้างเรียนหนักและต้องพบเจอกับสภาวะกดดันหลายอย่าง จึงจำเป็นต้องเรียนรู้หลักการดำเนินชีวิตเมื่อต้องประสบกับภาวะดังกล่าว รวมถึงสามารถให้การดูแลผู้ที่เผชิญกับสภาวะความเครียด โดยแบ่งตามระยะของการเผชิญกับความเครียด ได้ดังนี้

ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เป็นระยะที่แสดงออกโดยการเศร้าโศกเสียใจ ควรยอมรับในการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ช่วยเหลือให้โอกาสในการระบาย ความรู้สึก

ระยะช่อมแซม เป็นระยะที่ผู้เผชิญความเครียดจะแสดงออกด้วยการผิดหวัง โกรธ ดับช่องใจ วิตกกังวล กลัว ผู้ให้การดูแลควรให้การดูแลตามลักษณะอารมณ์ที่ผู้ป่วยมี

ระยะสร้างภาพลักษณ์ใหม่ การช่วยเหลือควรให้ผู้เผชิญความเครียดตระหนักถึงความจริงของเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลส่งเสริมการเรียนรู้ ผักกักขยะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

## บทสรุป

ทักษะการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นรวมถึง การฝึกผ่อนคลาย การปรับทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ซึ่งให้เห็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด ปฏิบัติทางร่างกายและจิตใจในขณะที่เกิดความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด นี้แล้วหวังว่าผู้เรียนจะมีเข้าใจเรื่องความเครียดและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในภาวะแห่งความเครียด และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างปกติสุข



## คำถามทบทวน

### แนวคำตอบกรณีศึกษา

ควรพิจารณาปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุความเครียด

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
2. ปัจจัยด้านองค์ประกอบของบุคคล
  - บุคลิกภาพและลักษณะประจำตัวลักษณะคนเครียดง่าย : ใฝ่ฝัน แข่งขันสูง ไม่มีกิจกรรมที่ผ่อนคลายไม่กล้าแสดงออก คาดหวังสูงต่อตนเองและผู้อื่น
  - อารมณ์ หมายถึง ลักษณะอารมณ์ทางด้านลบต่าง ๆ เช่น ความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกนึกคิดความไม่สมหวังต่าง ๆ การมีอารมณ์รุนแรงและความรู้สึกไม่เป็นสุข
  - ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กมีผลต่อการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ
  - ปัจจัยด้านจิตใจ เนื่องจากการสูญเสียหรือกลัวการสูญเสียของมีค่าหรือของรัก จาก การได้รับบาดเจ็บหรือกลัวการบาดเจ็บ ความคับข้องใจเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง
3. ผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้นกับกรณีตัวอย่างต่อสภาพ ร่างกาย จิตใจและสังคมทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและอาจจะเกิดต่อไปในอนาคต การเบี่ยงเบนความสนใจ(Distracton) การทำลายตนเอง(Self-Destruction) เช่น การสูบบุหรี่ การใช้จ่าย หรือแอลกอฮอล์ หรือการมีพฤติกรรมที่อันตราย การอดทน(Endurance)
4. แนวทางการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สสำรวจตนเองว่ามีความเครียดหรือเปล่า ยอมรับว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเครียด ค้นหาสาเหตุของความเครียดลงมือแก้ปัญหา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงทัศนคติตนเอง ทั้งแนวคิด ความรู้สึก และการกระทำ

### เอกสารอ้างอิง

1. Barbara Fadem. Behavior science: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
2. Sadock BJ, Sadock VA. "Synopsis of psychiatry". Behavioral sciences and clinical psychiatry. Baltimore: William & Wilkins, 2003.

## บทที่ 5

### พัฒนาการทางเพศ

### Sexual Development

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ; เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความหมายของ sex, sexuality, gender ได้
2. อธิบายพัฒนาการทางเพศ ทั้งด้านกาย จิตใจ และความสัมพันธ์กับสังคมในบุคคลแต่ละช่วงวัย และเข้าใจว่าเรื่องเพศคือส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย มีพัฒนาการตามธรรมชาติของแต่ละช่วงวัย
3. อธิบายพฤติกรรมทางเพศ ในบุคคลแต่ละช่วงวัยได้
4. ตระหนักถึงความสัมพันธ์ของพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกี่ยวกับเพศ ในบุคคล ประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดบทบาท ความคาดหวังในเรื่องเพศของคนในแต่ละช่วงวัย และแต่ละเพศได้
5. อธิบายสาเหตุ และอาการเบื้องต้นของภาวะผิดปกติทางเพศที่พบบ่อยได้

#### แนวคิด

การกระทำและการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศนั้น เป็นผลมาจากความคิดและทัศนคติในเรื่องเพศของบุคคลนั้น ในปัจจุบันนี้มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เกี่ยวกับเรื่องเพศที่พบได้มากขึ้น การเรียนรู้เรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับจิตใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่นักศึกษาควรเรียนรู้ ซึ่งในการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ Sexual identity, Gender identity Sexual orientation และ Sexual behavior

ก่อนที่จะกล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับ Sexual behavior ขอให้ศึกษากรณีศึกษาต่อไปนี้และวิเคราะห์ในประเด็นที่กำหนดให้ หลังจากนั้นให้นักศึกษาศึกษาทฤษฎี และแนวคำตอบของกรณีศึกษาในท้ายบท

## กรณีศึกษา ตัวอย่างภาพยนตร์เรื่อง Kinsey let's about sex

ปี 1948 อัลเฟรด คินซี ได้เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของอเมริกัน ด้วยหนังสือพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์เพศชาย (Sexual Behavior in the Human Male) โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องราวชีวิตส่วนตัวของบุคคลและได้เปิดเผยความลับและความน่าอายของสังคมในด้านที่ละเอียดอ่อนที่สุดของชีวิต ผลงานของเขาก่อให้เกิดการโต้แย้งทางด้านวัฒนธรรมอย่างเข้มข้นในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา และการโต้แย้งยังคงดำเนินมาจนถึงปัจจุบัน

คินซีเป็นบุตรของครูสอนวิศวกรรมและนักเทศน์ตามโรงเรียนสอนศาสนาวันอาทิตย์ เขาต่อต้านความเคร่งครัดของชีวิตที่บ้าน ภายหลังจากจบการศึกษา คินซีเป็นอาจารย์สอนด้านชีววิทยาในระหว่างการสอน คินซีค้นพบข้อมูลด้านวิทยาศาสตร์ที่น่าอัศจรรย์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ เมื่อมีนักศึกษา มาขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาและความกังวลเรื่องเซ็กส์ เขาเริ่มตระหนักว่ายังไม่เคยมีใครที่ทำวิจัยที่ให้คำตอบที่น่าเชื่อถือได้ เขาสรรหาทีมนักวิจัย ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ที่ทำให้ผู้คนเอาชนะความละอาย ความกลัว ความรู้สึกผิด และเปิดปากเล่าชีวิตเซ็กส์ของตนเอง คินซียังได้พยายามที่จะสร้างสังคมเซ็กส์แบบเปิดเผยในกลุ่มที่มงานและภรรยาของพวกเขาด้วยการสนับสนุน ให้มีการเปลี่ยนค่านิยมเป็นเวลาหลายปีก่อนที่จะมีการปฏิวัติด้านเซ็กส์ขึ้นในทศวรรษ 1960

### แนวทางการวิเคราะห์

1. พัฒนาการทางเพศ (Sexual Development)
2. สุขอนามัยทางเพศ (Sexual Health)
3. สัมพันธภาพ (Relation)
4. พฤติกรรมทางเพศ (Sexual Behavior)
5. ทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill)
6. สังคมและวัฒนธรรม (Society and Culture)

### ทบทวนความรู้เบื้องต้น

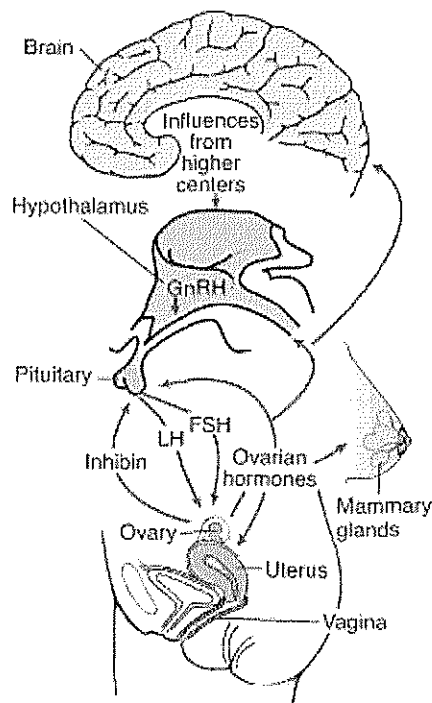
#### กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์

สารสื่อประสาทในสมอง ( Neurotransmitter ) ที่มีอิทธิพลในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ Dopamine, Epinephrine, Norepinephrine    ฮอร์โมนสืบพันธุ์ถูกควบคุมโดยระบบ

ประสาทอัตโนมัติ ทั้ง Parasympathetic และ Sympathetic pathways เมื่อมีสิ่งกระตุ้นทางเพศ องคชาติจะแข็งตัวซึ่งถูกควบคุมโดย parasympathetic ขณะที่แรงขับทางจิตใจที่จะมีเพศสัมพันธ์จะ ถูกควบคุมโดย sympathetic กลไกการควบคุมนี้ทำให้มีการคลายตัวของหลอดเลือดภายใน องคชาติจึงมีการขยายตัวและแข็งตัวได้ ส่วนการแข็งตัวและเพิ่มขนาดของclitoris การหลั่งสารหล่อ ลื่นในช่องคลอดของเพศหญิงนั้น เป็นผลจากการกระตุ้น Parasympathetic

การพัฒนาอวัยวะเพศชายได้รับอิทธิพลของฮอร์โมนแอนโดรเจนในระยะที่เป็นตัวอ่อนใน ครรภ์มารดาประมาณ 12 สัปดาห์ ฮอร์โมน Testosterone ส่งผลให้เกิดลักษณะเฉพาะของเพศชาย ทำให้เกิดแรงขับในความต้องการมีเพศสัมพันธ์ การหลั่งของฮอร์โมน testosterone นี้ ในเพศชายถูก ควบคุมโดยสมองหลายส่วนที่เรียกว่า Hypothalamic-gonadal-pituitary axis

ฮอร์โมน Estrogen ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะของเพศหญิง Oxytocin หลังเข้าสู่กระแสเลือด โดยต่อมใต้สมองมีอิทธิพลในการกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนม และการบีบรัดตัวของมดลูกในเพศหญิง



ภาพที่ Ovarian hormones กระตุ้นโดยตรงและทางอ้อมต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่น กระจก ผนัง กล้ามเนื้อ

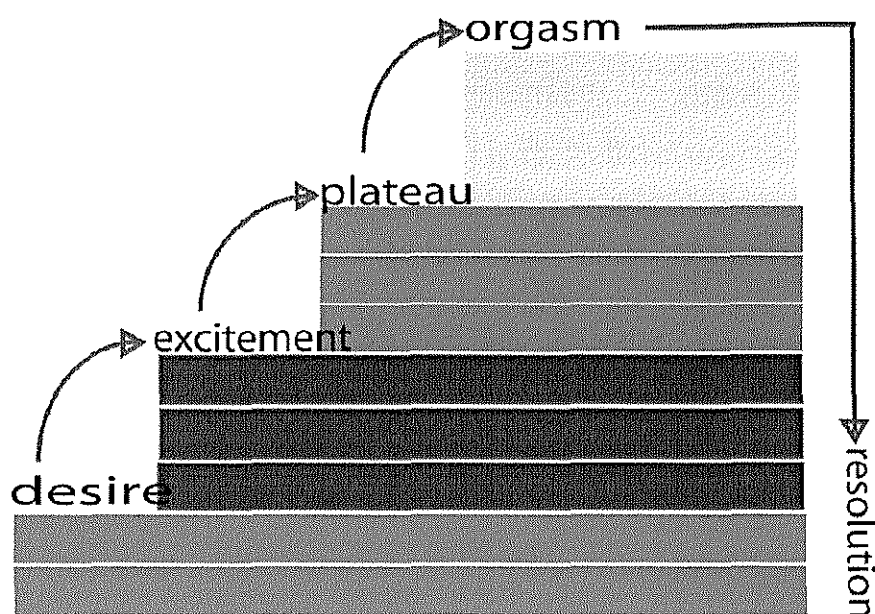
FSH = follicle-stimulating hormone; GnRH = gonadotropin-releasing hormone; LH = luteinizing hormone

ที่มา [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) สืบค้นวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2554

การเรียนรู้เรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ในแต่ละบุคคลสามารถแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ

1. Sexual identity เอกลักษณ์ทางเพศ ลักษณะทางเพศในด้านชีวภาพ ได้แก่ Chromosomes อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ฮอรโมน อวัยวะที่สร้างตัวอสุจิ ลักษณะเมื่อเติบโตอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เช่น การมีเต้านม หรือ การมีกล้ามเนื้อ ทนวด ในเพศชาย
2. Gender identity ความรู้สึกที่ตนเองเป็นเพศชายหรือหญิง เพศชายจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นชาย ในเพศหญิงจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นหญิง พฤติกรรมที่ใช้ในการเปิดเผยว่าเป็นชายหรือหญิง คำพูด กริยาท่าทาง เรียกว่า บทบาททางเพศ ไม่ได้เป็นสิ่งที่ได้แต่กำเนิด แต่เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ บุคคลที่มี Gender role ตรงกันกับ Sexual identity ที่เหมาะสม จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี การรับรู้สภาพแวดล้อมทางเพศพัฒนาไปในทางที่ดีและมั่นคง
3. Sexual orientation คือ ความรู้สึกทางอารมณ์ ความดึงดูดสนใจทางเพศ รู้สึกรักใคร่ ต่อบุคคล ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับแยกออกจากเรื่อง เพศ (Sexuality) โดยเพศสรีระ (Biological Sex) ที่ถูก กำหนดโดยปัจจัยทางชีววิทยา หรือไม่ได้ ความรู้สึกนึกคิดในการเป็นหญิงหรือชาย (Gender Identity) และบทบาทความเป็นผู้หญิงผู้ชายทางสังคม(Social Sex Role) โดยทั่วไปแบ่งเป็นสามประเภทคือ รักเพศเดียวกัน (Homosexual) คือ ความรู้สึกดึงดูดสนใจคนเพศเดียวกัน รักต่างเพศ (Heterosexual) คือความรู้สึกดึงดูดสนใจคนเพศตรงข้าม รักสองเพศ (Bisexual) คือ ความรู้สึกดึงดูดสนใจคนที่มีเพศเดียวกันและคนที่ต่างเพศกับตน เชื่อว่า sexual orientation เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ และปัจจัยทางด้านชีวภาพซึ่งเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ผู้ที่มี Gender identity แสดง Gender role ได้ตรงกันกับ Sexual identity มักไม่มีปัญหาในการรับรู้สภาพแวดล้อมทางเพศ และไม่เปลี่ยนแปลง sexual orientation
4. Sexual behavior พฤติกรรมทางเพศ การกระทำและการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศนั้น เป็นผลมาจากความคิดและทัศนคติในเรื่องเพศของบุคคล

วงจรการตอบสนองของทางเพศ ( Sexual response cycle) แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ



ภาพที่ 8 Sexual response cycle

ดัดแปลงจาก Helen Singer Kaplan Model Basson. *Journal of Urology*. 2000;163: 888–893

วงจรการตอบสนองทางเพศ (Sexual response cycle) แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ

1. Desire or Appetitive Phase ระยะต้องการจินตนาการ
2. Excitement Phase ระยะตื่นเต้น เมื่อมีสิ่งเร้าทางจิตใจและทางร่างกาย เช่น การกอด การจูบ การสัมผัส มีการตอบสนองทางสรีระเด่นชัด ระยะนี้ตั้งแต่ 30 วินาทีจนถึงหลายนาที
3. Orgasmic Phase ระยะสุขสุดยอด เป็นเวลา 3 ถึง 25 วินาที มีการตอบสนองทางสรีระสูงที่สุด จากนั้นมีการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและจิตใจ เพศชายจะมีการหลั่ง Ejaculation มีการหดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อบริเวณอวัยวะเพศ จากนั้นจะรู้สึกอ่อนเพลีย
4. Resolution Phase ระยะคลายตัวหลังจากที่การตอบสนองทางสรีระถึงจุดสูงสุด
5. Orgasmic phase ร่างกายจะผ่อนคลายกลับสู่ที่จุดเริ่มต้น จนเข้าสู่ภาวะปกติ

## ความผิดปกติในเรื่องของเพศที่พบบ่อย

เรื่องเพศเป็นกระบวนการที่มีการทำงานประสานกันในหลายระบบของร่างกายตั้งแต่ระบบประสาท ระบบเลือดและระบบต่อมไร้ท่อ และยังเกี่ยวข้องข้องกับครอบครัว ความเชื่อ สังคม ศาสนา หากว่าเกิดความล้มเหลวในกระบวนการใดๆ ก็อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางเพศได้ การให้ความรู้และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย การวินิจฉัย การพูดคุยเกี่ยวกับประวัติ ตรวจร่างกายจะช่วยให้การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา เป็นไปอย่างราบรื่น ความผิดปกติในเรื่องของเพศที่พบบ่อย สามารถแบ่งได้ตามระยะของวงจรการตอบสนองทางเพศ ได้ดังนี้

### 1. ความผิดปกติในระยะ Appetite phase

Hypoactive sexual desire disorder เป็นภาวะที่ไม่มีความต้องการและจินตนาการทางเพศ สาเหตุทางกาย ได้แก่ภาวะขาดฮอร์โมนเพศชาย ผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช เบาหวาน หรือสภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด กังวล มีทัศนคติที่ไม่ดีทางเพศ

Sexual aversion disorder มีความกังวลในเรื่องทางเพศทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสาเหตุอาจเกิดจากความหวาดกลัว ผังใจกับประสบการณ์ที่เลวร้ายทางเพศ

### 2. ความผิดปกติในระยะ Excitement phase ระยะตื่นเต้น

Male erectile disorder อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัว หรือแข็งตัวไม่เต็มที่ พบร้อยละ 80 ในผู้สูงอายุ พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน รับประทานยาลดความดันโลหิต ยาต้านเศร้า ขาดความมั่นใจ หรือเกิดความขัดแย้งทางด้านจิตใจ

Female sexual arousal disorder ภาวะที่ไม่สามารถกระตุ้นให้เพศหญิงเกิดความตื่นตัวทางเพศทำให้ไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการมีเพศสัมพันธ์

### 3. ความผิดปกติในระยะ Orgasmic phase ระยะสุขสุดยอด

Inhibited female orgasm หรือ Anorgasmia คือ ภาวะที่เพศหญิงไม่สามารถถึงจุดสุดยอด (Orgasm) สาเหตุอาจเกิดจากขาดการกระตุ้นทางเพศ ฝ่ายชายหลังเร็ว

Inhibited male orgasm อาการคล้ายเพศหญิง สาเหตุมักเกิดจากการได้รับยาด้านเศร้า

Premature ejaculation พบในเพศชายไม่สามารถควบคุมการหลังได้

### 4. สาเหตุอื่นๆ ที่พบได้

Vaginismus มีการหดเกร็งบริเวณกล้ามเนื้อรอบปากช่องคลอด ทำให้ไม่สามารถสอดใส่ได้ สาเหตุเช่น การติดเชื้อบริเวณช่องคลอด ปัญหาทางจิตใจ ความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก

Dyspareunia ภาวะที่มีอาการเจ็บระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ สาเหตุทางจากการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ หรือช่องคลอด หญิงวัยหมดประจำเดือน

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศ ต้องพิจารณาว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรคทางกายหรือไม่ ชักประวัติความสัมพันธ์ทั่วไประหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส แก่ไขความเข้าใจของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษาความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศ

การฝึก sensate focus exercise การฝึกนี้เป็นพื้นฐานในการรักษาปัญหาทางเพศ แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรก (non-genital sensate focus exercise) จะไม่ให้มีการสัมผัสอวัยวะเพศและเต้านมของคู่สมรส และไม่ให้มีการร่วมเพศ เพื่อให้เรียนรู้ว่าการสัมผัสเจ้าโลมส่วนอื่นๆของร่างกายก็สามารถทำให้เกิดอารมณ์และความสุขทางเพศได้ ระยะต่อไป (genital sensate focus exercise) จะอนุญาตให้มีการสัมผัสอวัยวะเพศและเต้านมเพื่อให้เรียนรู้ว่าจะกระตุ้นอย่างไรจึงจะเป็นที่พอใจ เมื่อปฏิบัติได้ดีจึงให้มีการร่วมเพศจริง

การฝึกขมิบกกล้ามเนื้อหูรูด (pubococcygeal muscle exercise; Kegel's exercise) ให้กล้ามเนื้อแข็งแรง จะทำให้ช่องคลอดกระชับ ส่วนในผู้ชายก็จะทำให้การแข็งตัวดีขึ้นและชลอการหลั่งได้ดีขึ้น

หลังจากได้แก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษา ฝึกหัด sensate focus exercise และฝึกขมิบกกล้ามเนื้อหูรูดแล้ว จะแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีการจำเพาะในการรักษาปัญหาทางเพศแต่ละชนิด ซึ่งนักศึกษาจะได้ศึกษารายละเอียดต่อไปในชั้นคลินิก

### แนวคำตอบกรณีศึกษา

1. พัฒนาการของมนุษย์ (Human Development) เป็นพัฒนาการด้านต่างๆ ของมนุษย์ ที่เติบโตไปอย่างสัมพันธ์กันระหว่าง สรีระ อารมณ์สังคม และสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (Puberty) แสดงออกโดยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม ความเป็นตัวตนทางเพศ และรสนิยมทางเพศ (Sexual Identity and Orientation)
2. สัมพันธภาพ (Relationships) ความสัมพันธ์ มีบทบาทสำคัญตลอดช่วงชีวิตรวมถึงครอบครัว การแต่งงานและการใช้ชีวิตร่วมกัน



3. ทักษะส่วนบุคคล (Personal Skills) การพัฒนาและการใช้ทักษะส่วนบุคคลและทักษะในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร (Communication) การแสดงความคิด ความรู้สึกของตนเอง
4. พฤติกรรมทางเพศ (Sexual Behavior) เรื่อง Sexuality การตอบสนองทางเพศของมนุษย์ (Human Sexual Response) ร
5. สุขภาพทางเพศ (Sexual Health) การส่งเสริมสุขภาพทางเพศต้องการข้อมูลและทัศนคติที่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากพฤติกรรมทางเพศ
6. สังคมและวัฒนธรรม (Society and Culture) มีส่วนในการกำหนดวิธีการเรียนรู้และการแสดงออกในเรื่องเพศของบุคคล เพศและสังคม (Sexuality and Society) สังคมมีอิทธิพลต่อความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลต่อเรื่องเพศ บทบาททางเพศ (Gender Role)

### บทสรุป

บทบาทหน้าที่ของแพทย์ครอบครัว จำเป็นต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาปัญหาเรื่องเพศทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยที่มีคู่ครอง รวมถึงวัยผู้สูงอายุ จะต้องทำความเข้าใจพื้นฐานการกระทำและการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศนั้น เป็นผลมาจากความคิดและทัศนคติในเรื่องเพศของบุคคล ในปัจจุบันนี้มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศพบได้มากขึ้น การเรียนรู้เรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับจิตใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรเรียนรู้นอกเหนือจากการศึกษา โครงสร้างของร่างกาย การทำงาน ความผิดปกติที่พบะเรียนรู้ให้ครบกระบวนการพัฒนาการทางเพศ ได้แก่ Sexual identity, Gender identity Sexual orientation และ Sexual behavior

### คำถามทบทวน

1. ชายอายุ 32 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการหลังเร็ว แต่ไม่มีปัญหาในการ Erection ข้อใดกล่าวถูกต้อง

- A. Uncommon
- B. พบได้ในภาวะ depression
- C. Absent of excitement state
- D. รักษาโดย Intensive Psychotherapy
- E. แนะนำ Squeeze technique

เฉลย E squeeze technique ทำให้โดยการขมิบบริเวณทวารหนัก จะทำให้ชะลอการหลังได้

2. ชายไทยอายุ 60 ปี เล่าว่า ช่วง 2-3 ปีนี้ อวัยวะเพศไม่แข็งตัวเวลานอนกับภรรยา ปฏิเสธการใช้ยาหรือมีโรคประจำตัว ไม่มีปัญหาชีวิตคู่ ท่านควรจะทำอย่างไรต่อไปนี้จะเหมาะสมที่สุด

- A. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับ impotence
- B. บอกผู้ป่วยว่าคือภาวะเดียวกันที่เกิดเมื่ออายุมากขึ้น
- C. แนะนำว่าบางครั้งชีวิตคู่สามารถมีความสุขอย่างอื่นได้โดยไม่ต้องมีเรื่องเพศ โดยเฉพาะอายุมากขึ้น
- D. เชิญให้ภรรยามาตรวจสุขภาพเพื่อซักประวัติเพิ่มเติม
- E. อธิบายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของคนที่มีอายุมากขึ้น

เฉลย E เป็นการให้คำแนะนำผู้ป่วยชายสูงอายุ ซึ่งมักจะมีอาการดังกล่าว

3. หญิงไทย อายุ 64 ปี พูดว่า “เรื่องบนเตียง”ไม่ค่อยดี ท่านจะทำอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุด

- A. ค่อยๆรวบรวมประวัติความเป็นมาของเรื่องบนเตียง
- B. ถามตรงๆว่าเกิดอะไรขึ้นกับเรื่องบนเตียง
- C. ส่งต่อหรือปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลปัญหาสุขภาพทางเพศ
- D. ปลอดภัยว่าเป็นภาวะที่พบบ่อยมากในคนที่อายุมากขึ้น
- E. แนะนำว่าควรใช้เจลหล่อลื่นจะได้ไม่เจ็บ

เฉลย A

### เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนเพ็ญ บุญประกอบและคณะ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์, 2530.
2. Bancroft J, ed. “Human sexuality and its problems”. London: Churchill Livingstone, 1989.
3. Basson. J Urol. 2000;163: 888-893
4. Gillan P. “Sex therapy manual”. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.
5. Hawton K. “Sex therapy”. Oxford: Oxford University Press, 1995.
6. National Guideline Task Force, “Guidelines for Comprehensive Sexuality Education”. SIECUS: PATH, 2550

## บทที่ 6

### การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารพื้นฐาน

วัตถุประสงค์ เมื่อผ่านกระบวนการเรียนรู้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความหมายและขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี
2. อธิบายและตระหนักความสำคัญของการสื่อสาร ต่อการดำรงชีวิตและในเวชปฏิบัติ
3. ระบุประเภทของการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ วจนภาษาหรือภาษาพูดและอวจนภาษา หรือ ภาษากายและการสัมผัสได้
4. ตระหนักความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอันเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นของการสื่อสารอันจะนำไปสู่การได้รับความร่วมมือที่ดีในการทำงาน โดยเฉพาะในการฝึกเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยต่อไป
5. แสดงทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งอวจนภาษาและอวจนภาษาได้
6. อธิบายความหมายของการถามและลักษณะของการถามได้เหมาะสมตามกาลเทศะ
7. อธิบายความหมายของการฟัง ท่าทีของผู้ฟังที่ดี และผลที่ได้รับจากการฟังที่ดี
8. อธิบายความหมายของการสรุปความ แนวทางในการสรุปความและผลที่ได้รับ
9. อธิบายความหมายของการจับความรู้สึก การสะท้อนความรู้สึก และประโยชน์ของการนำมาใช้
10. ตระหนักความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารพื้นฐานไปใช้ในการสื่อสารทางเวชปฏิบัติทางวาจา ต่าง ๆ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การอธิบายโรค การให้ผู้ป่วยเลือกการรักษา การให้กำลังใจ การขอให้ผู้ป่วยหรือญาติ เช่น ใบนยินยอมการรักษา การผ่าตัด การแนะนำให้คำปรึกษา การสาธิตการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย และญาติ การแจ้งข่าวร้ายการแจ้งข่าวตาย การขออนุญาตตรวจศพ การสื่อสารกับชุมชน การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
11. เขียนรายงานการฝึกการสื่อสารพื้นฐานและการสร้างสัมพันธภาพกับ ประเมินความรู้ความสามารถของตนเอง การบรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่มีกำหนดไว้ และการวางแผนการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติต่อไปเพื่อพัฒนาตนเอง รวบรวมไว้ในแฟ้มสะสม ประเมินและพัฒนาผลงาน ได้เหมาะสม

12. อธิบายความหมายขององค์ประกอบและทักษะในการซักประวัติ กระบวนการและขั้นตอนการสื่อสาร การรวบรวมข้อมูล เนื้อหา กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลระหว่างการซักประวัติ
13. ประยุกต์รูปแบบการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทักษะการสื่อสาร การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการแจ้งข่าวร้าย
14. ตระหนักความสำคัญในการใช้ทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

### แนวคิด

การสื่อสารในการแพทย์ประกอบไปด้วยการซักถามประวัติ อาการ อธิบายถึงสาเหตุของโรค ให้การรักษา ให้คำแนะนำวิธีการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพ การสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการรักษา ซึ่งการสื่อสารถือเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง ที่นักศึกษาแพทย์ควรฝึกฝนเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้นประกอบไปด้วยทักษะการสื่อสารเบื้องต้น ทักษะการให้คำปรึกษา และในระดับที่ยากขึ้น ได้แก่ทักษะการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งในแต่ละอย่าง จะมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันออกไป แต่มีที่คล้ายกัน คือต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อที่นักศึกษาจะสามารถใช้ทักษะนี้ได้ในชีวิตประจำวันและการประกอบวิชาชีพได้อย่างราบรื่น

### กรณีศึกษา

เด็กชาย อายุ 8 ปีได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นไข้เลือดออกและรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ แพทย์ได้พยายามหาเส้นเลือดดำเพื่อเปิดเส้นเลือดดำให้น้ำเกลือ ระหว่างนั้นปรากฏว่าหาเส้นเลือดดำไม่ได้ ทำให้แพทย์ผู้รักษาตัดสินใจเปิดเส้นเลือดดำใหญ่ที่ต้นแขนเพื่อให้น้ำเกลือ

พ่อ : ผมขอส่งตัวลูกไปโรงพยาบาลจังหวัด

แพทย์ : ผมรักษาเองได้ ถ้าส่งตัวต้องจ่ายเงินเองนะ

พ่อ : ผมมีบัตรทองนะ

แพทย์ : กรณีนี้หมอรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องส่งไปที่ไหน ถ้าจะไปรักษาที่อื่นก็ไปเองเลย

พ่อจึงพาผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดกล่าวว่า”ถ้ามาช้าไปกว่านี้ ลูกคุณ คงแย่แน่เลย”

## แนวทางการอภิปราย

พฤติกรรมสื่อสาร แพทย์ทั้ง 2 ท่าน สื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่  
**การสื่อสารทางการแพทย์**

การสื่อสารในทางการแพทย์การแพทย์ เพื่อซักถามประวัติ อาการอธิบายถึงสาเหตุของโรค ให้การรักษา ให้คำแนะนำวิธีการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้การรักษาให้มีประสิทธิภาพ ป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ การสื่อสารกับผู้ป่วยจึงเป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการรักษา การสื่อสารถือเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง ที่นักศึกษาแพทย์ควรฝึกฝนเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต้องใช้ทักษะฟัง ทักษะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งมีทุกกลุ่มอายุ ทักษะในการตรวจร่างกายในแต่ละระบบ ทักษะในการวิเคราะห์และใช้เหตุผลทางคลินิก กระบวนการด้านความคิด ที่จะประมวลข้อมูลเข้าด้วยกันและนำไปสู่ข้อสรุป ข้อมูลทางคลินิกที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยเข้ากับสรีระพยาธิสภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหา เมื่อจบการสัมภาษณ์ แพทย์จะพอบอกได้ว่าประเด็นปัญหาหลักของผู้ป่วยและการวินิจฉัยแยกโรคคืออะไร เมื่อตรวจร่างกายเพิ่มเติม ข้อมูลที่ได้จะช่วยยืนยันแนวคิดดังกล่าวสามารถทำการวินิจฉัยโรค และระบุปัญหาสุขภาพได้ครบถ้วน

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่สำคัญได้แก่ ความต้องการของตัวผู้ป่วยเองและความกังวลที่มีอยู่ จากการสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าปัจจัยที่ลดความวิตกกังวลได้เป็นอันดับแรกคือ สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การวางตัวของแพทย์เองขณะที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย เช่น การสัมภาษณ์ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก เวลาที่มีให้เพื่อการสื่อสารเกี่ยวกับโรค ดังนั้นการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา ประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต้องใช้ทักษะฟัง ทักษะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งมีทุกกลุ่มอายุ ทักษะในการตรวจร่างกายในแต่ละระบบ ทักษะในการวิเคราะห์และใช้เหตุผลทางคลินิก กระบวนการด้านความคิด ที่จะประมวลข้อมูลเข้าด้วยกันและนำไปสู่ข้อสรุป ข้อมูลทางคลินิกที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยเข้ากับสรีระพยาธิสภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหา เมื่อจบการสัมภาษณ์ แพทย์จะพอบอกได้ว่าประเด็นปัญหาหลักของผู้ป่วยและการวินิจฉัยแยกโรคคืออะไร เมื่อตรวจร่างกายเพิ่มเติม ข้อมูลที่ได้จะช่วยยืนยันแนวคิดดังกล่าวสามารถทำการวินิจฉัยโรค และระบุปัญหาสุขภาพได้ครบถ้วน

## ทักษะการสื่อสารที่นักศึกษาควรทราบและฝึกฝน

### 1. ทักษะการสัมภาษณ์

ทักษะการสื่อสารที่ดีนั้นประกอบไปด้วย

1) ความสามารถของแพทย์ที่จะรับรู้ถึงความรู้สึกและมุมมองที่อยู่ด้านในของผู้ป่วย ความเข้าใจและการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยและญาติ

2) การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา (อวจนภาษา)

การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา สามารถแสดงออกได้ทาง สายตา เช่นการมอง การสบตา การพยักหน้า ส่ายหน้า การโน้มตัว การขยับตัว การสื่อด้วยภาษากาย การสร้างความอุ่นใจ ใช้มือเห็นว่าผู้ป่วยหรือญาติกระวนกระวายหรือเสียใจ

3) การส่งเสริมการสื่อสาร

การส่งเสริมการสื่อสาร เพื่อให้มีผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมแสดงความสนใจเสริมสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกันไว้

4) ทักษะการสะท้อนความรู้สึก

การสะท้อนความรู้สึก ทำได้โดยการสังเกตและรับรู้ถึงความคิดอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยแล้วให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถมองปัญหาของตน การให้ข้อมูลและอธิบายที่คำนึงถึงความเข้าใจของผู้ป่วย ให้เหตุผลประกอบด้วยคำพูด อธิบายอุปกรณ์ โปสเตอร์ สาทิตเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

5) ทักษะการฟัง

การฟังควรตั้งใจฟัง สังเกตการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ฟังด้วยความตั้งใจ การสบตา ส่งเสริมให้เล่าเรื่องต่อ อาจใช้ท่าทางหรือคำพูด เช่น เงียบและฟังอย่างตั้งใจ

6) ทักษะการถาม

การถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อวินิจฉัยปัญหาประเมินความเข้าใจ

7) ทักษะการทวนความ

การทวนความ โดยพูดในสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกไปแล้ว ยืนยันสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและให้เข้าใจตรงกัน ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

#### 8) ทักษะการสรุปความ

การสรุปความสามารถกระทำได้โดย ระหว่างที่พูดคุยกับผู้ป่วย แล้วทำการประมวลให้ได้ใจความสำคัญ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ป่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาประเด็นสำคัญมากขึ้น

#### 9) ทักษะการเริ่มต้นและสิ้นสุดในการสื่อสาร

การเริ่มต้นและสิ้นสุดในการสื่อสาร นั้นในการพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาเป็นภาวะที่ผู้ป่วยกังวล ควรเริ่มต้นการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ในตอนท้ายผู้สัมภาษณ์ควรจบการสัมภาษณ์อย่างเหมาะสม สรุปประเด็นที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนข้อมูล กระตุ้นเตือนสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ

ก่อนกระบวนการสัมภาษณ์นั้นวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ ในการพบกับผู้ป่วยแต่ละครั้ง แพทย์ผู้รักษาจะทำการซักประวัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยโรค และวางแผนการรักษา และที่สำคัญคือกระบวนการสร้างสัมพันธภาพในการรักษา ทำให้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงปัญหา ข้อขัดข้องใจของตนเองที่นอกเหนือจากปัญหาของสุขภาพซึ่งบางครั้งอาจเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการวินิจฉัย การรักษา โดยมีการแจ้งข้อมูลแผนการรักษา เพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าใจถึงปัญหาหรือความผิดปกติของตนเอง แนวทางในการปฏิบัติตน

การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ แพทย์ต้องตระหนักถึงการไม่เลือกปฏิบัติ ต้องดูแลและให้ความเคารพผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกัน และควรหมั่นตรวจสอบบุคลิกภาพของตนเสมอ และในเวลาที่สัมภาษณ์ควรจัดที่นั่งให้มีความเป็นส่วนตัว และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องทำการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง

## 2. ทักษะการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบปัญหา ทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาเกิดความรู้ เข้าใจ สาเหตุของปัญหา และสามารถใช้ศักยภาพของตนในการคิด ตัดสินใจและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษา

### ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

#### 1. ขั้นเริ่มต้น

การเริ่มต้นนั้นต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น ต้องมีสถานที่ ที่เป็นส่วนตัว ทำนองที่ไม่เผชิญหน้ากัน และเปิดการสนทนาโดยการทักทายเพื่อสร้างความสัมพันธ์

#### 2. ทำความเข้าใจประเด็นปัญหา

และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และซักถามในรายละเอียดทบทวนปัญหาเป็นระยะ เพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

#### 3. ตั้งเป้าหมาย

ให้ผู้รับคำปรึกษาได้เลือกปัญหาที่แท้จริงโดยสร้างแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

#### 4. จากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการแก้ปัญหา

ในกระบวนการนี้โดยหลักการแล้วผู้ป่วยต้องสารธำเนนการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หลังการ ได้เข้าสู่กระบวนการการให้คำปรึกษาแล้ว

#### 5. การยุติกระบวนการแก้ปัญหา

เมื่อกระบวนการแก้ปัญหาสิ้นสุดลง จะต้องมีการยุติการให้คำปรึกษา โดยมีสรุปประเด็น ก่อนหลังจากนั้น เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสอบถาม ตรวจสอบความคิด แสดงความชื่นชมที่ สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง และปิดท้ายด้วยการนัดหมายติดตาม

### ทักษะที่จำเป็นในการให้คำปรึกษา

1. ทักษะการส่งเสริมการสื่อสาร โดยใช้ภาษาพูดที่เข้าใจง่าย ข้อมูลถูกต้องเพียงพอในการ ตัดสินใจ ที่สำคัญคือให้กำลังใจ โดยใช้ น้ำเสียงนุ่มนวล รวมถึงการทวนซ้ำ และการ สะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา
2. การสร้างความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม สะท้อนความรู้สึก เป็นวิธีที่ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ มองเห็นปัญหาของตนเองชัดเจนขึ้น และให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่



3. ทักษะการให้ความช่วยเหลือในการเชื่อมโยงปัญหาการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเชื่อมโยง เข้าใจที่มาของปัญหา และยอมรับตนเองได้

การให้คำปรึกษาให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี นั้นจะต้องประกอบไปด้วย หลักการต่อไปนี้

1. เจตคติของผู้ให้คำปรึกษา มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่ดีภายในตนที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ มีความจริงใจ มุ่งมั่น ให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักได้เข้าใจ
2. ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษา มีข้อมูลที่ชัดเจน ความรู้ทางจิตวิทยาในด้านการรักษาสัมพันธภาพ
3. ทักษะของผู้ให้คำปรึกษา มีเทคนิคการให้คำปรึกษา ทักษะพื้นฐานในด้านการสื่อสาร การฟัง การตั้งคำถาม การจับอารมณ์และการสะท้อนอารมณ์ การประคับประคองจิตใจ

### 3. ทักษะในการแจ้งข่าวร้าย

ในการปฏิบัติงานในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทักษะการแจ้งข่าวร้ายเป็นทักษะที่สำคัญเนื่องจากจะต้องมีเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากเหตุการณ์ที่ทุกคนไม่ปรารถนา เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วย การติดเชื้อร้ายแรง ซึ่งการแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งมีรายละเอียดปลีกย่อยอีกมาก นักศึกษาจะต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ เทคนิคและกระบวนการที่ใช้ในการแจ้งข่าวร้าย โดยทั่วไปมีเทคนิค ดังต่อไปนี้

#### 1. การเตรียมการล่วงหน้า

แพทย์จำเป็นต้องทราบข้อมูลของผู้ป่วย การวินิจฉัยการดูแลรักษา เตรียมสถานที่ที่สงบสงบสามารถพูดคุยกันเป็นการส่วนตัวโดย เตรียมใจในการเผชิญกับปฏิกิริยาที่รุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้

#### 2. การสร้างสัมพันธภาพ

ได้แก่ แนะนำตัวเอง และแนะนำบุคคลที่เกี่ยวข้อง ท้าทายและคำพูด ควรแสดงออกถึงความรู้สึกจริงใจ เห็นอกเห็นใจ ให้คนในครอบครัวเข้ามารับรู้ข้อมูลด้วยยกเว้นเป็นข้อมูลที่ไม่ควรเปิดเผยให้ผู้อื่นรับทราบ

#### 3. การสื่อสารที่ดี

การสื่อสารที่ดีจะต้องเป็นการสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ให้ข้อมูล และผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ควรพูดตรงประเด็นหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์ เมื่อจบการสนทนา ต้อง

สรุปสิ่งที่พูดคุยกัน โดยให้มีความเข้าใจตรงกัน และดำเนินการวางแผนในการจัดการกับปัญหาต่อไป

#### 4. การจัดการกับความรู้สึก

การจัดการกับความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและญาติเมื่อทราบข่าวร้าย การประเมินอารมณ์ และให้กำลังใจกับผู้ป่วยให้ความหวังในสิ่งที่เป็นจริงที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

โดยสรุปแล้วการสื่อสารก็คือการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันโดยใช้คำพูด (verbal communication) และโดยไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) ซึ่งสื่อออกมาทางสีหน้า ท่าทางการให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารกับผู้ป่วยจึงเป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการรักษาได้มาก โดยเฉพาะความเข้าใจระหว่างผู้รักษา ผู้ป่วยและญาติ ถ้าเป็นไปได้เป็นอย่างดีก็จะเป็นไปอย่างราบรื่น ก็จะประสบผลสำเร็จในการรักษาได้มากกว่าครึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือในการปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพ

#### แนวคิดจากกรณีศึกษา

1. แพทย์ควรสรุป เน้นเรื่องความเข้าใจในเรื่องโรคและแผนการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาแก่ญาติของผู้ป่วย
2. ส่วนแพทย์คนที่สองควรตระหนักในเรื่องจริยธรรมในการกล่าวถึงผู้ร่วมวิชาชีพ
3. เปิดโอกาสให้ทางครอบครัวและญาติได้ซักถามเพิ่มเติม

#### บทสรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยทักษะที่สำคัญที่จะให้ได้มาในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยนั้นการสื่อสารนับว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญมาก ประกอบไปด้วยการซักถามประวัติ อาการ อธิบายถึงสาเหตุของโรค ให้การรักษา ให้คำแนะนำวิธีการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประกอบไปด้วยทักษะการสื่อสารเบื้องต้น ทักษะการให้คำปรึกษา และในระดับที่ยากขึ้นได้แก่ทักษะการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งในแต่ละอย่าง จะมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันออกไป แต่มีที่คล้ายกัน คือต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

1. จันทิมา องค์ไผ่ผิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น. 2545.
2. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์. 2532
3. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. Communication skill for medicine. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549.
4. Kaplan HI. "Behavioral sciences and clinical psychiatry". Baltimore: Williams & Wilkins; 2002.

## บทที่ 7

### การตาย และการตอบสนองต่อการสูญเสีย

#### Death, dying and grief reaction

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อผ่านกระบวนการเรียนรู้ นักศึกษาสามารถ

1. บูรณาการความรู้ทั้งด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก ตลอดจนหลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสำคัญทั้งด้านกาย จิต สังคม
2. ตระหนักถึงหลักการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและเป็นองค์รวมว่าเป็นทักษะที่สำคัญในวิชาชีพ
3. อธิบายหลักการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสำคัญได้
4. มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการอธิบายกระบวนการรักษา ผลการตรวจวินิจฉัย ผลการรักษา การพยากรณ์โรค ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้คำแนะนำและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการแจ้งข่าวร้าย

#### แนวคิด

การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ขอบเขตในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตายประกอบไปด้วยการดูแลรักษาทางกาย รักษาใจที่ผู้ป่วยพบภาพหน้าตาของแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามแม้ว่าความตายเป็นกฎธรรมชาติที่ทุกคนต้องตาย แต่การปรับตัวหรือการยอมรับของทุกคนจะแตกต่างกัน ปฏิบัติการต่อการที่ผู้ป่วยทราบว่าตัวเองกำลังจะตายเริ่มตั้งแต่ ตกใจ ปฏิเสธความจริง ความโกรธที่ตัวเองกำลังจะตาย รู้สึกอยากต่อกรกับความตาย ซึมเศร้า และสุดท้ายจะค่อย ๆ ยอมรับความจริง

ผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจะมีอาการไม่คงที่ ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสร้างทัศนคติที่ดี และให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการเผชิญเหตุการณ์สูญเสีย การส่งเสริมการตระหนักถึงความจริงของธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนของชีวิต ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้คนในสังคมไม่ยึดติดกับวัตถุและบุคคลมากเกินไป เตรียมบุคคลต่อการเผชิญการสูญเสียตามพัฒนาการแห่งชีวิตล่วงหน้า เตรียมผู้ป่วยที่เผชิญการสูญเสียในเหตุการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา ในปัจจุบันทางการแพทย์ได้มีการหาข้อสรุปและเรียกระยะสุดท้ายนี้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยระยะสำคัญ

## กรณีศึกษา ภาพยนตร์ เรื่อง Heaven sense

ศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่พบว่าตนเองเป็นมะเร็งรังไข่ และต้องพบกับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด และอาจารย์แพทย์ ซึ่งแต่ละบุคคลนั้นมีบุคลิก และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายแตกต่างกัน

ความตายเป็นกฎธรรมชาติ กล่าวกันว่าทุกคนต้องตาย แต่การปรับตัวหรือการยอมรับของแต่ละคนจะแตกต่างกัน การเผชิญอยู่ในภาวะใกล้ตาย (Dying) จึงเป็นเรื่องที่ยากในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และสามารถเผชิญกับความกลัว หรือความหวาดวิตกต่อความตายและผู้ป่วยเจ็บหนักจะมีอาการไม่คงที่ ทั้งร่างกายและจิตใจจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ในเรื่องของพฤติกรรมของบุคคล การปรับตัว รวมถึงความผิดปกติที่อาจพบได้เมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวจากการสูญเสียได้ และหลักการในการดูแลผู้ที่ประสบการสูญเสีย

### นิยามของภาวะสูญเสียที่นักศึกษาควรทราบ

ภาวะสูญเสีย (loss) หมายถึง ภาวะที่ไม่มีขาดในสิ่งที่เคยเป็นเจ้าของ

ความเศร้าโศก (Grief) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการ ถือเป็นความโศกเศร้าที่ไม่ซับซ้อน สามารถคาดการณ์อาการและระยะเวลาได้มีระยะ เวลาเริ่มต้นและสิ้นสุด ประกอบด้วย กลุ่มอาการของความรู้สึกพื้นฐานอารมณ์ (Mood) ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียหรือเมื่อรับรู้ว่าจะพบกับความสูญเสีย และกระบวนการเศร้าโศก

**Mourning** หมายถึง กระบวนการที่จะช่วยขจัดความโศกเศร้า ซึ่งเป็นกระบวนการแสดงออกโดยพฤติกรรมทางสังคมและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแต่งกายและพิธีกรรมในงานศพ

**Bereavement** หมายถึง ภาวะรู้สึกสูญเสียเนื่องจากคนใกล้ชิดอันเป็นที่รักตายจากไป

**Anticipatory Grief** หมายถึง ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงที่ทราบว่าจะต้องมีการสูญเสียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

**Abnormal Grief** หมายถึง ความโศกเศร้าที่ผิดปกติ มีหลายรูปแบบ มีตั้งแต่ความรู้สึกโศกเศร้าที่รุนแรงและเป็นระยะเวลานานเกินกว่าปกติและอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีอาการทางจิตแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ได้ยินเสียงผู้ตายคุย เชื่อว่าผู้ตายยังไม่ตาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการเศร้าอย่างผิดปกตินี้ ได้แก่ผู้ที่ต้องประสบกับการสูญเสียอย่างกะทันหัน กระบวนการเศร้าโศกที่ไม่ปกติ หมายถึง กระบวนการปรับตัวที่ไม่ดีเกิดจากเมื่อบุคคลมีความเศร้าโศกอย่างท่วม

ทันและรุนแรง ทำให้การระบายความเศร้าโศกหยุดชะงักในระยะใด ระยะหนึ่งของการปรับตัว แสดงออกในรูปแบบของการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่มากเกินไป หรือเป็นอยู่นานเมื่อ ประสพภาวะสูญเสียที่สำคัญ

**Depression** คือ ภาวะซึมเศร้า พบในบุคคลที่การตอบสนองต่อการสูญเสียไม่เป็นปกติ อาจเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น อาการได้แก่ รู้สึกเศร้า ร้องไห้ ไม่เจริญอาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว อารมณ์ที่รู้สึกถูกรบกวนในภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงและคงอยู่นานกว่า มีความรู้สึกอายและ รู้สึกผิดร่วมด้วย มักคิดว่าตนไม่มีคุณค่า เป็นคนที่แย่มากหรือเลวมาก แต่ถ้าในคนที่โศกเศร้าก็จะคิดเพียงว่าเขาไม่ได้ทำ สิ่งที่ดีเพียงพอสำหรับผู้ตาย ผู้ที่ซึมเศร้าจะรู้สึกสิ้นหวังไม่ทราบว่าการ ความรู้สึกจะดีขึ้นได้อย่างไร

**ความตาย** หมายถึง การสิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป เคลื่อนไหวไม่ได้ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525: 341) การเผชิญอยู่ในภาวะใกล้ตาย (Dying) จึงเป็นเรื่องที่ยากในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และสามารถเผชิญกับความกลัวหรือวิตกกังวลต่อความตาย

**ช่วงสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง ช่วงที่แน่ชัดแล้วว่าไม่มีการรักษาที่ได้ผล และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ภายในไม่กี่วัน ไม่ว่าผู้ให้การรักษาจะทำดีที่สุดอย่างไร การดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงนี้มีความเฉพาะและแตกต่างกับช่วงอื่นหลายประการ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ที่ต่างจากช่วงอื่นของชีวิต ดังนั้นแพทย์จึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถี่ถ้วน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ มิฉะนั้นจะให้การรักษาผิดพลาดได้

### การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย อ่อนเพลีย การดูแลรักษาที่ควรทำ คือ ช่วยขยับ พลิกตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อาการต่างๆ ประกอบไปด้วย

1. เบื่ออาหาร ในช่วงสุดท้ายนี้ ผู้ใกล้ตายจะเบื่ออาหาร และกินอาหารได้น้อยลงแพทย์ควรชี้แจงให้ญาติทราบถึงผลเสียจากการฝืนให้อาหาร และหาวิธีการดูแลอย่างอื่นที่ญาติสามารถทำให้ผู้ป่วยได้
2. ภาวะขาดน้ำ ในช่วงสุดท้ายใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนเคอร์ฟินทำให้รู้สึกสบาย ฉะนั้นจึงไม่ควรฝืนให้ผู้ใกล้ตายดื่มน้ำ
3. การดูแลเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ แพทย์ควรต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหมั่นทำความสะอาด และรักษาความชื้นของปาก ริมฝีปาก จมูก และตาไว้

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ในช่วงสุดท้ายใกล้ตาย ผู้ป่วยกินอาหารและดื่มน้ำลดลง เกิดภาวะขาดสารน้ำ ทำให้เลือดมาเลี้ยงอวัยวะไม่ดี เกิดภาวะช็อก ซีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็นเป็นจ้ำตามตัว ปริมาณปัสสาวะลดลงจนไม่มีปัสสาวะ
5. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในช่วงใกล้ตาย มีเหตุปัจจัยให้ระบบประสาททำงานผิดปกติหลายประการ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวน้อยลงเป็นลำดับจนหมดสติไม่รู้ตัวและตายในที่สุด อีกรูปแบบหนึ่งผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย และในที่สุดไม่รู้สึกรู้หายตัวและตาย
6. ความสามารถในการกลืนจะเสียไปโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้หาย ทำให้มีน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งคั่งค้าง เกิดเสียงดังเวลาหายใจเข้าออก
7. การทำงานของหูดสูญหายไป ทำให้กลิ่นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ อาการเหล่านี้จะเพิ่มความวิตกกังวลให้ญาติมาก ควรต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจและให้การดูแลรักษาผิวหนังให้สะอาด ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรต้องใส่สายสวนปัสสาวะ เพราะเมื่อถึงระยะนี้แล้วปริมาณปัสสาวะจะน้อยมาก
8. ความเจ็บปวด พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากนั้น ผู้ป่วยยังทรมานจากความเจ็บปวดซึ่งเกิดจากการรักษา เช่น การเจาะเลือดโดยไม่จำเป็น
9. อาการแน่นหน้าอกหายใจลำบาก เป็นอาการที่ก่อความทุกข์ทรมาน

### ภาวะสูญเสียและความเศร้าโศก

ภาวะสูญเสีย เป็นภาวะที่ไม่มีขาดในสิ่งที่เคยเป็นเจ้าของ ความเศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการถือเป็นความโศกเศร้าที่ไม่ซับซ้อน สามารถคาดการณ์อาการและระยะเวลาได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เช่น พื้นอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียหรือเมื่อรับรู้ว่าจะพบกับความสูญเสีย กระบวนการเศร้าโศกที่มีก่อนเกิดการสูญเสียจริงเป็นภาวะที่บุคคลที่มีปฏิกิริยาเศร้าโศก ก่อนประสบภาวะสูญเสียจริงเกิดขึ้นในช่วงที่ทราบว่าจะต้องมีการสูญเสียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นคำที่ใช้บรรยายภาวะ separation anxiety ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่รับรู้ถึงความตายจะต้องมาถึงและพวกเขาต้องอยู่ร่วมกับเหตุการณ์นั้น แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถผ่านกระบวนการดังกล่าวได้อย่างปกติสุขจะทำให้เกิดความโศกเศร้าที่ถือว่าผิดปกติ ซึ่งมีหลายรูปแบบ ตั้งแต่ความรู้สึกโศกเศร้าที่รุนแรงและเป็นระยะเวลานานเกินกว่าปกติ อาจมีความคิดอยากฆ่าตัว

ตายหรือมีอาการทางจิตแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ได้ยินเสียงผู้ตายคุยด้วย เชื่อว่าผู้ตายยังไม่ตาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการเศร้าอย่างผิดปกตินี้ ส่วนมากเป็นผู้ที่ประสบกับการสูญเสียอย่างกะทันหัน หรือประสบกับสถานการณ์ที่น่ากลัว หรือเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพเป็นผู้ที่โดดเดี่ยวไม่ค่อยมีสังคม หรือโทษตนเองคิดว่าตนเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อการตาย และที่พบได้บ่อยคือผู้ที่มีสัมพันธภาพแบบพึ่งพากับผู้ตาย

### ปฏิกิริยาต่อการตายและการสูญเสีย

มีทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาต่อการสูญเสียไว้หลายทฤษฎี แต่ที่แพร่หลายและนำมาอธิบายได้ คือ E. Mansell Pattison (1977) ได้แบ่งปฏิกิริยาต่อการตายไว้ 3 ระยะ คือ

Acute phase ผู้ป่วยตระหนักว่าตัวเองกำลังจะตาย ผู้ป่วยจะวิตกกังวล โกรธ กลัว หรือคับแค้นใจระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะวิกฤติแห่งความตาย ผู้ป่วยมักใช้กลไกป้องกันทางจิต เช่น การปฏิเสธการรับรู้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลสูง โกรธเป็นอารมณ์เด่นที่เกิดขึ้นในช่วงนี้

Chronic phase ผู้ป่วยเริ่มเผชิญกับความกลัวตาย กลัวการโดดเดี่ยวความทุกข์ทรมาน การพรากจากคนรัก ระยะนี้แพทย์และทีมผู้รักษาต้องให้คำปรึกษาช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด

Terminal phase ผู้ป่วยลดความหวังที่จะหายจากโรค ตระหนักว่าโรคจะอาการมากขึ้น เป็นระยะที่รู้ว่าความตายได้ใกล้เข้ามามาก ผู้ป่วยและญาติรับรู้กันทุกคน ผู้ป่วยจะเปลี่ยนความวิตกกังวลเป็นความหวัง แต่จะคาดหวังน้อยลงจนยอมรับได้

### ปฏิกิริยาต่อการที่ผู้ป่วยทราบว่าตัวเองกำลังจะตาย

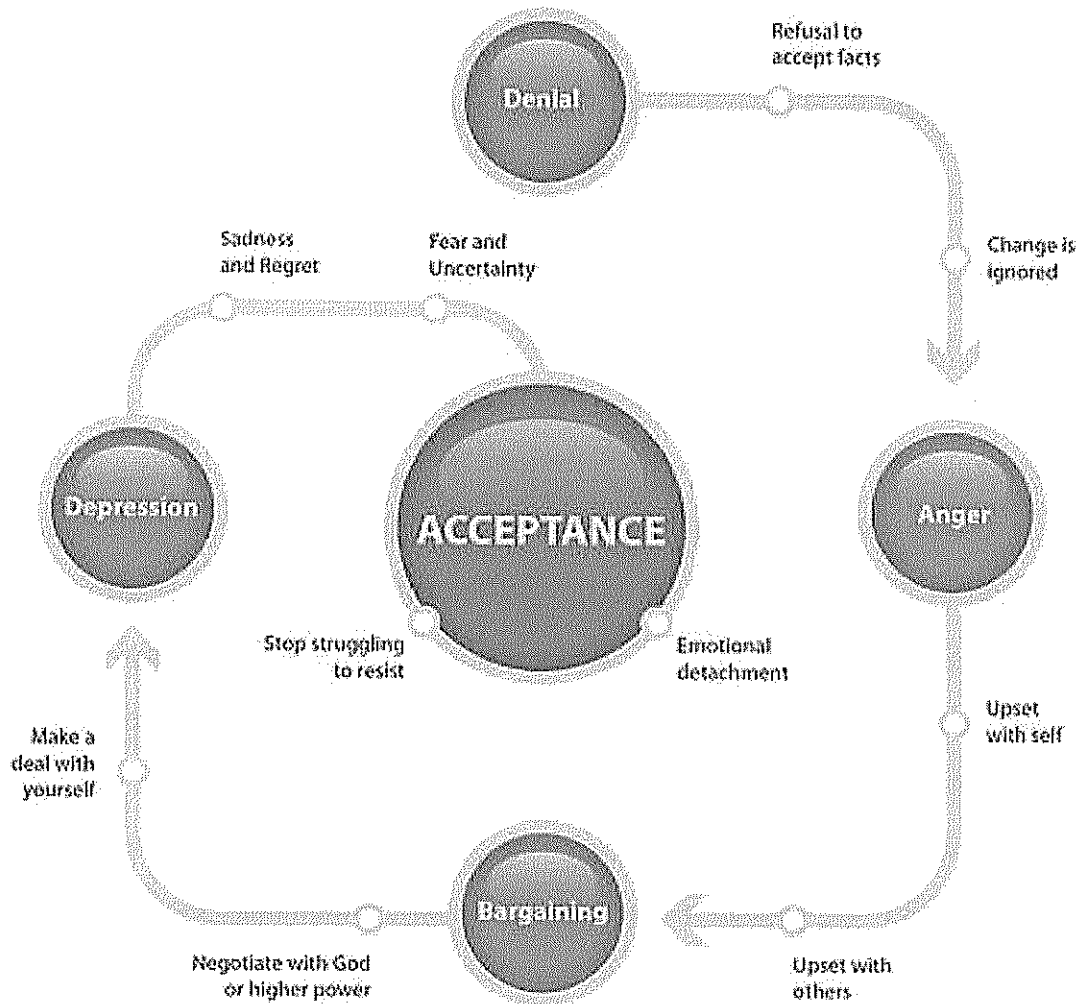
Elisabeth Kubler – Ross (1969) ได้แบ่งความเศร้าโศกของผู้ป่วยใกล้ตาย เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังจะตายนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ

1. Denial ส่วนใหญ่มีอาการตกใจ และปฏิเสธความจริงว่ามันไม่ได้เป็นอย่างนั้น และพยายามไปรักษาที่อื่น
2. Anger โกรธที่ตัวเองกำลังจะตาย โกรธแพทย์ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้
3. Bargaining มีความรู้สึกอยากต่อรองกับความตาย ความสูญเสียอยากจะทำเวลาออกไป
4. Depression รู้สึกซึมเศร้า หดแรงแม้ง มองโลกในแง่ลบ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ
5. Acceptance เริ่มยอมรับความจริง พร้อมใจที่จะเผชิญกับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้น



# Five stages of grief

The 'grief cycle' is a framework that serves as a guide to assist individuals with dealing with their emotional reaction to change or trauma. We do not always experience all of the five grief cycle stages. Some stages might be revisited and others may not be experienced at all. Transition between stages can be more of an ebb and flow, rather than a progression. People's grief, and other reactions to emotional trauma, are as individual as a fingerprint.



Source: Elisabeth Kubler-Ross' Grief Cycle and Alan Chapman for [businessballs.com](http://businessballs.com)

Visual Interpretation by Garrick Gibson // v1.0 // February 8, 2011 // [JourneytoGenius.net](http://JourneytoGenius.net) - The path to a personal calling

ภาพที่ 10 แสดง five stage of grief

Bowlby จิตแพทย์ชาวอังกฤษได้กล่าวถึง Attachment ว่าไม่ได้เกิดจากความต้องการการตอบสนองทางร่างกายหรือสิ่งของเท่านั้นแต่เกิดจากความต้องการความปลอดภัยร่วมด้วย ซึ่งจะมีตั้งแต่ในช่วงต้นของชีวิตแล้วคงอยู่ตลอดชีวิต ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกเสียใจรุนแรง โดยแสดงออกในลักษณะโกรธแค้น ปฏิเสธ ซึ่งเป็นอาการปกติ บางคนจะอยู่ในขั้นนี้เป็นเดือนหรือไม่กี่วัน หรือเมื่ออาการนี้หายแล้วก็อาจกลับมาอีก
2. เป็นขั้นที่คิดถึงและเรียกหาผู้ตาย มีอาการไม่อยู่นิ่งคิดแต่เรื่องของผู้ตาย
3. ขั้นนี้เป็นขั้นท้อแท้หมดหวัง ยอมรับความจริงมากขึ้น
4. กลับเข้าสู่การดำเนินชีวิต มีการนึกถึงผู้ตายบางครั้ง สามารถดำเนินชีวิตปกติได้

### สภาวะร่างกายจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงของการสูญเสีย

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย มีลักษณะอาการได้แก่ อาการเครียดที่แสดงออกทางกาย ความคิดหมกมุ่นอยู่กับผู้ตาย โกรธแสดงความเป็นมิตรกับผู้อื่น พฤติกรรมปกติเปลี่ยนแปลง

การให้คำปรึกษากับครอบครัวเพื่อเตรียมตัวรับมือกับความตายของผู้ป่วยนั้น ป้องกันไม่ให้เผชิญภาวะสูญเสียเพิ่มขึ้น ให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์และเคารพในสิทธิผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือในภาวะเศร้าโศก ส่งเสริมให้มีการระบายความเศร้าโศกให้สำเร็จโดยตลอดกระบวนการให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงภาวะสูญเสีย สนับสนุนการระบายความรู้สึกเศร้าโศกได้ในกระบวนการปกติ ให้มีโดยสมบูรณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องของสำคัญได้ระบายความรู้สึก ความคิด ที่มีต่อการสูญเสีย ยอมรับการสื่อสารที่เกี่ยวกับภาวะสูญเสียของผู้ป่วย สนับสนุนให้ญาติที่สำคัญใกล้ชิด ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการปฏิบัติตามความเชื่อศาสนา วัฒนธรรม ส่งเสริมการปรับตัวเข้าชีวิตประจำวัน เผื่อระวังการเศร้าโศกเสียใจ

บุคคลและครอบครัวที่ประสบกับการสูญเสีย ผู้ที่ประสบความเจ็บป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะสูญเสียนั้นบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคม ร่วมกับการดูแลด้านร่างกาย โดยจะต้องมีบทบาทที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพในด้านจิตใจ ป้องกันไม่ให้เผชิญภาวะสูญเสียเพิ่มขึ้น การเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญการสูญเสีย เผื่อระวังและป้องกันการเกิดความผิดปกติของปฏิกิริยาเศร้าโศกเนื่องจากการสูญเสีย

หลักการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และผู้ที่ประสบกับการสูญเสีย ควรคำนึงถึงหลักการ การตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with dignity) ควรช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และได้อยู่

ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นครอบครัว เน้นจัดการให้มีความสะดวกสบายมากกว่าการรักษาให้หาย การดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นแบบที่บ้าน อาจจัดแยกเป็นส่วนหนึ่งในโรงพยาบาล หรือจัดที่บ้าน เน้นประเด็นหลักคือ ควบคุมความเจ็บปวด (Controls pain) การตายอย่างง่าย ๆ (To die a simple death) คือตายอย่างเป็นธรรมชาติ ให้ความรักและการดูแลที่ดี คุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจะต้องมีทักษะการสื่อสาร และเข้าใจในความรู้สึก มีความรู้ด้านบุคคล และมีความเข้าใจในเรื่องของภาวะทุกข์โศกและการสูญเสีย วัตถุประสงค์ความรู้สึกละเห็นอกเห็นใจ สามารถที่จะอยู่กับผู้ป่วยได้ เพื่อมิให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งที่สำคัญคือ ตระหนักถึงข้อจำกัดของแต่ละบุคคล

### สรุปแนวคิดจากการเรียน

การดูแลผู้ป่วยระยะสำคัญที่สำคัญ มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วยนั้น เป็นสิ่งสำคัญโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
2. การรักษาแบบประคับประคอง นอกการการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี แล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การประเมินความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การดูแลการขับถ่ายให้เป็นไปอย่างปกติ การควบคุมการเคลื่อนไหวให้อาเจียน ความสมดุลของอาหารและน้ำ ดูแลผิวหนัง และการป้องกันแผลกดทับ ดูแลเรื่องการนอนไม่หลับ และดูแลด้านการติดต่อสื่อสารแก่ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
3. การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการเผชิญกับความกลัวและการสูญเสีย เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด ช่วยกันค้นปัญหาร่วมกัน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อความตายและการสูญเสียด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

### การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของความเศร้าโศกในผู้ป่วยและครอบครัว

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย ที่เรียกว่า ความเศร้าโศกมีลักษณะอาการได้แก่ ความเครียดที่แสดงออกทางกาย มีความรู้สึกแน่น ตีบตันที่คอ สำลัก พูดไม่ออก ความคิดหมกมุ่นอยู่กับผู้ตาย รู้สึกผิด พฤติกรรมโกรธแสดงความเป็นมิตรกับผู้อื่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

การสร้างทัศนคติที่ดีและให้เห็นคุณค่าของการเผชิญเหตุการณ์สูญเสีย ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการตระหนักถึงความจริงของธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนของชีวิต ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้คนในสังคมไม่ยึดติดกับวัตถุและบุคคลมากเกินไป เตรียมบุคคลต่อการเผชิญการสูญเสียตามพัฒนาการแห่งชีวิตล่วงหน้า เตรียมผู้ป่วยที่เผชิญการสูญเสียในเหตุการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การบอกความจริงกับผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ต้องคำนึงสภาพจิตใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ถ้ายังไม่พร้อมอาจยังไม่บอกในขณะนั้น สิ่งที่แพทย์จะต้องบอกผู้ป่วยและญาติ คือ ความรุนแรงของโรคพร้อมกับให้ความหวังตามจริง และให้ผู้ป่วยและญาติทราบและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ผู้ที่แจ้งข่าวร้าย ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง โดยให้ข้อมูลอย่างถูกต้องพร้อมกับคำนึงถึงการประคับประคองใจผู้รับข่าว ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญ แพทย์ควรร่วมกับผู้ใกล้ตายและญาติวางแผนเป้าหมายในการดูแลรักษาร่วมกัน อธิบายการดำเนินโรค วิธีการดูแลรักษา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงทัศนคติต่อบุคคลรอบข้างด้วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถาม หรือมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นจะทำให้ผู้ป่วยได้ความกระจ่าง ถามคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยบรรยายความรู้สึก จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วย และประเมินความพร้อมได้ดี อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่ประสงค์ที่จะรับฟัง ควรเคารพการตัดสินใจนั้น

### บทสรุป

บทบาทหน้าที่ของแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรมอง ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการไม่คงที่ ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสร้างทัศนคติที่ดีและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการเผชิญเหตุการณ์สูญเสีย การส่งเสริมการตระหนักถึงความจริงของธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนของชีวิต ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้คนในสังคมไม่ยึดติดกับวัตถุและบุคคลมากเกินไป เตรียมบุคคลต่อการเผชิญการสูญเสียตามพัฒนาการแห่งชีวิตล่วงหน้า เตรียมผู้ป่วยที่เผชิญการสูญเสียในเหตุการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา

### คำถามทบทวน

1. ปฏิกริยาทางจิตใจที่เหมาะสมของญาติต่อ Normal grief reaction คือ ข้อใด
  - A. คิดว่าคนที่ตายแล้วกลับมาคุยด้วยทุกวันและอยู่เคียงข้างตลอด
  - B. มีความรู้สึกเหมือนกับฝันไป เฉยเฉย
  - C. โหยหาผู้ตายตลอดเป็นเวลาหลายปี หวังว่าเขาฟื้นชีพกลับมา
  - D. ปรับใจ พุดถึงคุณความดีของผู้ตายโดยสงบ และดำรงชีวิตตามปกติ
  - E. คิดว่าเป็นเพราะผู้ตายใช้กรรมหมดแล้ว

เฉลย D

2. แพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยไม่เชื่อจึงขอให้ลูกพาไปตรวจรักษาที่อื่น ผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของการเผชิญความตาย
  - A. Denial
  - B. Bargaining
  - C. Anger
  - D. Depress
  - E. Acceptance

เฉลย A ระยะแรก เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้รับการแจ้งข่าวร้าย จะมีอาการของ denial ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนได้รับรู้

3. ผู้ป่วยชายอายุ 79 ปี พุดถึงภรรยาที่เสียชีวิตไปแล้ว 3 ปี และปัจจุบันยังมีอาการโศกเศร้าเสียใจเมื่อพุดถึง เนื่องจากตนเองที่ไม่ได้ดูแลภรรยา ข้อใดกล่าวถูกต้อง
  - A. ยอมรับกับการสูญเสีย
  - B. เกิดภาวะซึมเศร้าจากการกล่าวโทษตนเอง
  - C. ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
  - D. ไม่สามารถรักษาด้วยยาทางจิตเวช
  - E. หลงลืม เพื่อเจอ เนื่องจากอายุมาก

เฉลย B

4. เป้าหมายของการรักษาแบบ Palliative care ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก คือข้อใด

- A. Active care of patients not response curative treatment.
- B. Control of pain, symptoms and psychological problem
- C. Correct social and spiritual problems
- D. The best quality of life for patients and families
- E. Relief all problem of the patient

เฉลย C เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. ปฏิกริยาทางจิตใจที่เหมาะสมของญาติต่อ Normal grief reaction คือ ข้อใด

- A. คิดว่าคนที่ตายแล้วกลับมาคุยด้วยทุกวันและอยู่เคียงข้างตลอด
- B. มีความรู้สึกเหมือนกับฝันไป เฉยเฉย
- C. โหยหาผู้ตายตลอดเป็นเวลาหลายปี อยากให้เขาฟื้นชีพกลับมา
- D. ปรับใจ พุดถึงคุณความดีของผู้ตายโดยสงบ และดำรงชีวิตตามปกติ
- E. คิดว่าเป็นเพราะผู้ตายใช้กรรมหมดแล้ว

เฉลย D

6. แพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยไม่เชื่อจึงขอให้ลูกพาไปตรวจรักษาที่อื่น ผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของการเผชิญความตาย

- A. Denial
- B. Bargaining
- C. Anger
- D. Depress
- E. Acceptance

เฉลย A ระยะแรก เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้รับการแจ้งข่าวร้าย จะมีอาการของ denial ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนได้รับรู้

7. ผู้ป่วยชายอายุ 79 ปี พุดถึงภรรยาที่เสียชีวิตไปแล้ว 3 ปี และปัจจุบันยังมีอาการโศกเศร้า เสียใจเมื่อพุดถึง เนื่องจากตนเองที่ไม่ได้ดูแลภรรยา ข้อใดกล่าวถูกต้อง
- ยอมรับกับการสูญเสีย
  - เกิดภาวะซึมเศร้าจากการกล่าวโทษตนเอง
  - ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
  - ไม่สามารถรักษาด้วยยาทางจิตเวช
  - หลงลืม เพื่อเจอ เนื่องจากอายุมาก

เฉลย B

8. เป้าหมายของการรักษาแบบ Palliative care ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก คือข้อใด
- Active care of patients not response curative treatment.
  - Control of pain, symptoms and psychological problem
  - Correct social and spiritual problems
  - The best quality of life for patients and families
  - Relief all problem of the patient

เฉลย C เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุมาลี นิมนานนิตย์. "การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน". เอกสารประกอบการสัมมนา. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2547.
2. Barbara Fadem. Behavior science: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
3. Gelder M, Gath D, Mayou R, eds. Oxford textbook of psychiatry. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1991.
4. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, eds. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press, 1992.
5. Hersh SP and Wiener LS. "Psychiatric and psychosocial support for the child and family", Principle and Practice of Pediatric Oncology: Williams & Wilkins, 2002.

6. Kaplan HJ, Sadock BJ, Grebb JA, eds. Synopsis of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
7. Kendell RE, Zealley AK, eds. Companion to psychiatric studies. 5th ed. London: Churchill Livingstone, 1994.
8. <http://www.who.int/palliative/definition/en/print.html.access>



## บทที่ 8

### เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในบทบาทของผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้
2. อธิบายบทบาทของแพทย์ในฐานะสมาชิกของแพทยสภาได้
3. ตระหนักถึงความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อวิชาชีพแพทย์และคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดี
4. อธิบายหลักการพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์ และนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ทางเวชปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
5. เข้าใจเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กำหนดโดยแพทยสภา สามารถเปรียบเทียบ และเชื่อมโยงกับระเบียบและกฎหมายอื่นๆในสังคมได้
6. อธิบายความสำคัญของเวชจริยศาสตร์ต่อการแพทย์ หลักการสำคัญ ยกตัวอย่างปัญหาเวชจริยศาสตร์ที่พบบ่อย

#### แนวคิด

แพทย์ที่ดีตามเกณฑ์แพทยสภา นอกจากจะหมายถึงแพทย์ผู้มีความซื่อสัตย์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 แล้วควรมีคุณสมบัติอื่นๆได้แก่ มีร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ ความหมายตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพกรรม พ.ศ. 2525 ว่าด้วยคุณสมบัติของสมาชิก มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่เหมาะสม มีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ด้านการบริหารและสังคมศาสตร์ มีนิสัยใฝ่รู้และความสามารถในการศึกษาต่อเนื่อง มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้ นอกจากนี้แล้วแพทย์ยังต้องตระหนักในเรื่องของหลักจริยศาสตร์ และเรียนรู้กฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นอย่างดี

ก่อนที่จะศึกษาในรายละเอียดนักศึกษาควรเข้าใจ ความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ต่อไปนี้

**จริยธรรม** หมายถึง ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ ศีลธรรม กฎศีลธรรม

**จริยศาสตร์** เป็นปรัชญาสาขาหนึ่งว่าด้วยความประพฤติและการครองชีวิต

**จริยธรรมวิชาชีพ** คือ อาชีพที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ

**จรรยาแพทย์** เป็นการศึกษาเพื่อให้เข้าถึงปัญหาที่เกี่ยวกับความประพฤติปฏิบัติของแพทย์ รวมถึงผู้ที่มิวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ กระบวนการตัดสินใจในการเผชิญปัญหา

**ดังนั้นจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพแพทย์** จึงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญ คือ

1. หลักศีลธรรมของแพทย์ ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ ศีลธรรม กฎศีลธรรม ความประพฤติ กิริยาที่ควรประพฤติในหมู่คณะ ธรรมเนียมประเพณี หลักศีลธรรม
2. จรรยาบรรณ หมายถึง ข้อกำหนดหรือประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบวิชาชีพกำหนดขึ้น เพื่อรักษา ชื่อเสียง และฐานะสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้
3. กระบวนการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางจริยธรรม

### **ทฤษฎีทางจริยศาสตร์**

ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ ที่ใช้ศึกษาและปฏิบัติ ทั้งการศึกษาทางการแพทย์และจริยธรรม ทั่วๆ ไป มีหลายทฤษฎี ด้วยกัน ได้แก่

Consequentialism, Utilitarianism หมายถึง การกระทำที่ถูกต้องที่เกิดผลที่ดีที่สุด เน้นที่ผลของการกระทำซึ่งบางครั้งอาจจะไม่ตรงตามหลักศีลธรรมในทางปฏิบัติ

Utilitarianism หมายถึง หลักมสุข คือ การกระทำที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดความสุขหรือประโยชน์มากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด

Duty based moral theories เป็นการยึดหลักถูกผิดตามหลักศีลธรรมโดยไม่คำนึงถึงผลของการกระทำ ส่วนใหญ่เป็นข้อห้าม ห้ามพูดปด ไม่ทำร้ายผู้อื่น

Kant's moral theory หมายถึง ความดี ชั่ว ผิด ถูก เป็นค่าทางศีลธรรมที่ต้องตายตัวหรือสิ่งที่ใช้วัด เช่น ถ้าการกระทำอันใดอันหนึ่งดี จะต้องดีเสมอโดยไม่เลือกเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม หรือตัวบุคคล โดยไม่ยอมรับเอาผลของการกระทำเป็นสิ่งตัดสินความดีของการกระทำนั้น

### **หลักการพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์**

หลักการพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์ ที่นักศึกษาควรทราบเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการประกอบวิชาชีพนั้นประกอบไปด้วยหลักการดังต่อไปนี้

1. **ความยุติธรรมและเท่าเทียมในการรักษา** Justice คือ การกระทำที่กระจายโอกาสอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีหลักว่าแต่ละคนจะได้รับส่วนแบ่งของทรัพยากรเท่าๆกัน ตามเหมาะสมตามความต้องการได้รับทรัพยากรตามที่สมควรจะได้รับ แต่ได้รับสิ่งที่เขาปรารถนา

สิทธิทางรัฐธรรมนูญได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าคนไทยทุกคนต้องได้รับการทางสุขภาพทุกคนและอย่างเท่าเทียมกันความหมายความยุติธรรมและเท่าเทียมหมายถึงไม่มีความแตกต่างในการให้บริการทั้งด้าน เพศ อายุ เผ่าพันธุ์สถานะ แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

- 1.1. ให้การรักษาอย่างเท่าเทียม ตรงกับความต้องการอย่างสมเหตุสมผล การรักษาต้องไม่เลือกปฏิบัติและไม่ขึ้นกับสถานะของผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างในการให้บริการทั้งด้าน เพศ อายุ เผ่าพันธุ์ สถานะทางสังคม ให้การรักษาอย่างเท่าเทียมตรงกับความต้องการอย่างสมเหตุสมผล ไม่เลือกปฏิบัติ
- 1.2. ความยุติธรรมต่อผู้ร่วมงานและลูกน้อง
- 1.3. การกระจายแหล่งบริการและทรัพยากร เช่น บุคลากร เครื่องมือ

## 2. การเคารพในความเป็นคนหรือมนุษย์

ความเป็นอิสระ คือ เคารพความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือก การตัดสินใจ และการกระทำตามที่เขาได้ตัดสินใจเลือก การยินยอมรักษา การบอกความจริง การรักษาความลับของผู้ป่วย

### 2.1 การเก็บความลับของผู้ป่วย

การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาตถือว่าผิดทั้งหลักจริยธรรมและกฎหมาย การปฏิบัติ กรณีที่จะละเว้นให้มีการเปิดเผยความลับได้ ได้แก่ คำสั่งศาล การรายงานโรคติดต่ออันตราย การรายงานการทุบตีทำร้ายร่างกายในครอบครัว แม้ว่าผู้ป่วยจะบอกไม่ให้อ้างอิง การรายงานเกี่ยวกับบาดแผลที่อาจเกิดขึ้นจากคดีอาชญากรรม

### 2.2 การเคารพในการเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (respect to person)

แพทย์เคารพและยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นสิ่งของหรือสิ่งทดลองในสายตาของแพทย์ ต้องประกอบไปด้วยประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ ความเป็นอิสระและตัดสินใจด้วยตนเองการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การบอกความจริงและสิทธิที่จะทราบข้อมูลข่าวสาร การเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย

### 2.3 ความเป็นอิสระและตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy)

แพทย์ที่ดีต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาหรือตัดสินใจอยู่เสมอเพราะร่างกายและผลกระทบจากการรักษาจะมีต่อผู้ป่วยเอง การตัดสินใจอย่างอิสระ หมายถึง สิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโดยปราศจากอิทธิพลหรือการบังคับบีบบังคับที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ บังคับภายใน เช่น ความเจ็บปวด ความพิการ ความเชื่อส่วนตัวบังคับภายนอก เช่น การบังคับ

ชูเชิญ หรือใช้กฎกติกาควบคุม การตัดสินใจอย่างอิสระนั้นแสดงออกถึงความชอบ ความเชื่อ และความมั่นใจในการรักษา การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยจะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษา

#### 2.4 การยินยอมจากผู้ป่วย (Consent)

การยินยอมของผู้ป่วยที่อนุญาตให้แพทย์รักษา การตัดสินใจต้องทำโดยผู้ป่วย เป็นอิสระ การยินยอมของผู้ป่วยถือเป็นกิจกรรมของแพทย์ที่สำคัญมากก่อนให้การรักษาทุกครั้ง เพราะเป็นการเคารพในความเป็นอิสระของผู้ป่วย เคารพในความเป็นคน การได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้การรักษานั้นจะให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และรักษาได้ผลดี การยินยอมได้แก่ การแจ้งและยินยอมด้วยวาจา และเอกสาร ไม่ว่าจะ เป็นกระบวนการยินยอมวิธีใดผู้ป่วย ต้องได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน หลักในการปฏิบัติ สำหรับการยินยอม จะต้องแจ้งข้อมูลและทางเลือกให้ผู้ป่วยทราบให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแจ้งให้ผู้ป่วยทราบข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละอย่าง เปิดโอกาสให้สอบถามอย่างชัดเจน ไม่มีบังคับ ส่วนการแสดงการยินยอม เช่น คำพูด และ ลงลายมือ อาจไม่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยหมดสติ อยู่ในภาวะเร่งด่วน ภาวะบกพร่องทางจิต

#### 2.5 การบอกความจริงและสิทธิที่จะทราบข้อมูลข่าวสาร (Truth telling)

ข้อมูลข่าวสารเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทย การแจ้งข้อเท็จจริงเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพในความเป็นคน มีสิทธิที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วย พยากรณ์โรค และแนวทางการรักษา การทราบข้อเท็จจริงไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือชั่วร้าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่แพทย์ไม่ได้ปกปิดข้อมูลทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจแพทย์ เกิดความเข้าใจที่ดีต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น

### 3. การดูแลผู้ป่วยด้วยความมีเมตตากรุณา (Beneficence and non-maleficence)

#### 3.1 Beneficence

ทำแต่สิ่งดีกับผู้ป่วย เมตตากรุณา ความประพฤติที่ควรทำหรือเมตตา การปฏิบัติชอบหรือควรทำที่สำคัญ ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมอาชีพ ถนอมน้ำใจ ไม่ติเตียนหรือวิพากษ์วิจารณ์ ให้เกียรติ เคารพในความคิดเห็น

#### 3.2 Non-maleficence

ไม่ทำการใดที่มีอันตรายต่อผู้ป่วย แพทย์ที่ดีควรละเว้นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานตามวิชาชีพ รวมถึงการตั้งใจ ประมาท หรือ มีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ

**กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากหลักทางจริยธรรมที่กล่าวมาแล้ว นักศึกษายังต้องศึกษาเกี่ยวกับกฎหมาย ต่างๆ ทั้งรัฐธรรมนูญ ข้อบังคับแพทยสภา ได้กล่าวถึงในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่

### 1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

มาตรา 34 สิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือ ความเป็นอยู่ส่วนตัวย่อมได้รับความคุ้มครอง การกล่าวหาหรือ แพร่ ข้อความหรือภาพไม่ว่าด้วยวิธีใดไปยังสาธารณชน อันเป็นการละเมิด หรือกระทบถึงสิทธิบุคคล ในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือ ความเป็นอยู่ส่วนตัว จะกระทำไม่ได้เว้นแต่กรณีที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน

### 2. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526

หมวด 3 ข้อ 9 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพเว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย หรือตามหน้าที่

### 3. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 7

ผู้ป่วย มีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ได้แก่ การไปเป็นพยานในศาล การปฏิบัติตามหน้าที่ คือ การปฏิบัติหน้าที่แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคนนั้น ได้แก่ การประชุมหรือการขอความเห็นในการบำบัดรักษาผู้ป่วยรายนั้น การรายงานโรคติดต่อตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ การรายงานความเห็นสภาพบาดแผลหรือความเจ็บป่วยอันเป็นผลจากการกระทำผิดกฎหมาย

**คำประกาศสิทธิผู้ป่วย แพทยสภา ประกาศเมื่อ พ.ศ.2541 ดังต่อไปนี้**

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจาก ความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะ ของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือ
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. ปิตามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

### ปัญหาทางจริยธรรมที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ

ในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าไปมาก ทำให้การทำเวชปฏิบัติในบางประการยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนในเรื่องของจริยธรรม ซึ่งในหัวข้อนี้ได้รวบรวมกรณีศึกษาที่อาจพบได้บ่อย

#### 1. การทำแท้ง

ปัจจุบันประเด็นทางการแพทย์ที่เป็นเหตุผลในการทำแท้งได้แก่ ทารกมีความผิดปกติ หรือมารดามีโรคร้ายแรง กฎหมายในปัจจุบัน ไม่ว่าหญิงพยายามรีดลูกหรือทำให้ตนเองแท้งลูกหรือผู้ที่หญิงยินยอมให้พยายามรีดลูกหรือทำให้ตนแท้งลูก ต้องได้รับโทษมีบางกรณีที่ยกเว้นสำหรับการทำแท้ง ดังนี้

- 1) เป็นการกระทำของแพทย์ ผู้กระทำต้องเป็นแพทย์หรือหญิงที่กระทำตนเองต้องเป็นแพทย์
- 2) การทำให้แท้งลูกเพื่อสุขภาพของหญิงนั้น (ทำแท้งเพื่อรักษาโรค)

## 2. การทดลองหรือวิจัยในมนุษย์

ความสำคัญและศักดิ์ศรีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยที่มนุษย์ต้องปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยกันอย่างเท่าเทียม ไม่อาจใช้มนุษย์เป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์อื่น ในปัจจุบันการทดลองในมนุษย์จะต้องผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากเสียก่อน การทดลองนั้นจะต้องไม่เกิดอันตรายต่อผู้ถูกทดลองรวมทั้งต้องได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ถูกทดลอง

## 3. เอดส์

ปัญหาทางจริยธรรมที่พบบ่อย ได้แก่ แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเมื่อทราบผลการตรวจเลือดแล้วพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ อาจมีการยกเลิกการผ่าตัด หรือบางสถานที่ในการเลือกบุคคลเข้าทำงานและการส่งตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์แล้วนำมาเป็นข้อจำกัดในการรับเข้าทำงาน หรือรับเข้าศึกษาเรียนต่อ ทั้งสองประเด็นที่กล่าวมาแล้วล้วนเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ แต่ในบางกรณีอาจเกิดความยากลำบากในการพิจารณา เช่น การรักษาความลับผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ต้องการให้แพทย์บอกความจริงแก่คู่สมรส ในกรณีนี้แพทย์จะต้องตัดสินใจว่าจะเคารพสิทธิของผู้ป่วยโดยการไม่บอกความจริง แต่ถ้าทำเช่นนี้ก็จะเป็นการละเมิดสิทธิของคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งก็มีสิทธิที่จะรับรู้ความจริงเนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง

## 4. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

- 4.1 การเจริญพันธุ์ ความก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทำให้เกิดปัญหาทางจริยธรรม เช่น การใช้ Donor สำหรับ Sperm และ Ovum การใช้ Surrogate mother ซึ่งมีการฟ้องร้องเพื่อให้ได้สิทธิพ่อแม่เด็ก
- 4.2 พันธุวิศวกรรม เทคโนโลยีทางวิศวกรรมพันธุกรรมในปัจจุบันสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น ผลิตวัคซีนรักษาโรค ผลิตยาใหม่ เทคโนโลยี Prenatal diagnosis ปัญหาที่ตามมาคือ เลือกทำแท้งตัวอ่อนที่มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามต้องการ

**4.3 การปลูกถ่ายอวัยวะ** ผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมีอยู่เป็นจำนวนมาก เคยมีข่าวของกระบวนการขโมยไตจากผู้ป่วย มีการซื้อขายไตในราคาสูง ทั้งหมดนี้เป็นปัญหาทางจริยธรรมที่ต้องระมัดระวังในการประพฤติปฏิบัติ

#### 5. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิทธิในการมีชีวิต เป็นสิทธิพื้นฐานประการหนึ่งของมนุษย์ กรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอาจแสดงความจำนงที่จะไม่รับการช่วยชีวิตรวมทั้งปฏิเสธการใช้เครื่องมียืดชีวิต ในกรณีนี้หากแพทย์ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยจะถือเป็นการผิดจริยธรรมหรือไม่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2540 และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยซึ่งแพทยสภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุขร่วมกันพัฒนาและเผยแพร่ให้ทั้งสมาชิกและประชาชนรับทราบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541

#### 6. การวินิจฉัยสภาวะสมองตาย

นักศึกษาแพทย์มีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะสมองตาย เนื่องจากในปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญเมื่อเทคโนโลยีในการปลูกถ่ายอวัยวะก้าวหน้าขึ้นจึงจำเป็นที่แพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ต้องเข้าใจในกระบวนการการวินิจฉัยสภาวะสมองตายด้วย ซึ่งกระบวนการวินิจฉัยสภาวะสมองตายได้นั้นจะต้องกระทำโดยคณะของแพทย์ไม่น้อยกว่า 3 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เจ้าของผู้ป่วยและอีก 1 ใน 2 คนที่เหลือควรเป็นแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือแพทย์สาขาประสาทศัลยศาสตร์ และแพทย์ผู้วินิจฉัยสมองตายจะต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะของผู้ป่วยรายนั้น และผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรจะต้องร่วมเป็นผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตายและเป็นผู้ลงนามรับรองการตาย

#### เกณฑ์โดยสรุปในการวินิจฉัยสภาวะสมองตายเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย พ.ศ.2539

1. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว (deeply comatose) โดยต้องแน่ใจว่าสาเหตุของการไม่รู้สีกตัวนั้นไม่ได้เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น ยาเสพติด ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือสภาวะฉุกเฉินในร่างกายน่า สภาวะผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก หรือสภาวะ shock
2. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัวนั้นใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากไม่สามารถหายใจเองได้ โดยต้องมีการยืนยันว่าสาเหตุของการไม่สามารถหายใจที่พบไม่ได้เกิดจากผลข้างเคียงของยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาอื่นๆ



3. มีการวินิจฉัยสาเหตุของการไม่รู้สีกตัวและไม่หายใจในผู้ป่วยโดยชัดเจนโดยปราศจากข้อสงสัยว่าสถานะของผู้ป่วยนี้เกิดขึ้นจากการที่สมองเสียหายโดยไม่มีหนทางรักษาได้อีกแล้ว
4. ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสถานะครบตามเงื่อนไขที่กำหนด แล้วต้องทำการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองตายในข้อข้อดังต่อไปนี้
  - 4.1. ผู้ป่วยต้องไม่มีการเคลื่อนไหวได้เอง ไม่มีอาการชัก decorticate หรือ decerebrate rigidity
  - 4.2. ตรวจไม่พบรีเฟล็กซ์ของแกนสมอง ทั้ง 6 ประการ ม่านตาขยาย ไม่พบ corneal reflex ไม่มีการตอบสนองของ cranial nerve ไม่พบ oculoccephalic reflex ไม่พบ vestibular response เมื่อทดสอบด้วย caloric stimulation ไม่พบ gag และ cough reflex
  - 4.3. ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง สามารถทดสอบได้โดยทำการหยุดเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ดูว่ามีการหายใจหรือไม่และความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดไม่ต่ำกว่า 60 มม.ปรอท
  - 4.4. การตรวจพบที่กล่าวมาทั้งหมดจะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

### บทสรุป

พระราชบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพกรรมว่าด้วยคุณสมบัติของสมาชิกจะต้องมีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่เหมาะสม มีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ด้านการบริหาร และสังคมศาสตร์ มีนิสัยใฝ่รู้และความสามารถในการศึกษาต่อเนื่อง มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้ นอกจากนี้แล้วแพทย์ยังต้องตระหนักในเรื่องของหลักจริยศาสตร์ และเรียนรู้

### คำถามทบทวน

1. การกระทำของแพทย์ในข้อใดที่สอดคล้องกับหลักสิทธิของผู้ป่วย
  - A. แพทย์บอกภรรยาผู้ป่วยว่าสามีติดเชื้อ HIV เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องป้องกัน
  - B. แพทย์ผ่าตัดทำคลอดเนื่องจากผู้ป่วยขอร้อง และเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการปวดมาก
  - C. แพทย์ส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมองให้กับผู้ป่วยที่ปวดศีรษะตามที่ผู้ป่วยต้องการ
  - D. แพทย์ผ่าตัดสมองให้กับผู้ป่วยอุบัติเหตุไม่ได้สติ ทั้งๆที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ลงชื่อยินยอมให้ผ่าตัด
  - E. แพทย์ผ่าตัดลิ้นหัวใจให้กับผู้ป่วยที่เหนื่อยหอบ เนื่องจากเห็นชัดว่าจะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งๆที่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ให้ผ่าตัด

**เฉลย** ข้อ D เนื่องจากกรณีฉุกเฉินที่ถึงแก่ชีวิต แพทย์สามารถทำการรักษาได้ทันที

2. ข้อใดคือการเคารพในความเป็นคนหรือมนุษย์ (respect to persons) ในหลักจริยธรรมทางการแพทย์ ยกเว้น

- A. ความเป็นอิสระในการรักษา
- B. การยินยอมรักษา
- C. การบอกความจริง
- D. การรักษาความลับของผู้ป่วย
- E. ความเท่าเทียมในการรักษา

**เฉลย** ข้อ E แพทย์เคารพและยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นสิ่งของหรือสิ่งทดลองในสายตาของแพทย์ ต้องประกอบไปด้วยประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ ความเป็นอิสระและตัดสินใจด้วยตนเองการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การบอกความจริงและสิทธิที่จะทราบข้อมูลข่าวสาร การเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย

3. ข้อใดไม่ใช่หลักการของ ความยุติธรรมและเท่าเทียมในการรักษา(justice or equity)

- A. การรักษาต้องไม่เลือกปฏิบัติ
- B. ให้ความเมตตากรุณาแก่ผู้ป่วยทุกคน
- C. การกระจายแหล่งบริการและทรัพยากร
- D. ให้การรักษาตรงกับความต้องการ
- E. ไม่มีความแตกต่างในการให้บริการทั้งด้านสถานะทางสังคม

**เฉลย** ข้อ D ความยุติธรรมและเท่าเทียมในการรักษา คือ การกระทำที่กระจายโอกาสอย่างเท่าเทียมกันโดยมีหลักว่าแต่ละคนจะได้รับส่วนแบ่งของทรัพยากรเท่าๆกันตามเหมาะสมตามความต้องการได้รับทรัพยากรตามที่สมควรจะได้รับแต่ไม่ใช่การรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย

4. ข้อใดไม่ใช่ กฎและกติกากี่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับของผู้ป่วย

- A. รัฐธรรมนูญ
- B. กฎหมายอาญา
- C. ข้อบังคับแพทยสภา
- D. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย
- E. กฎหมายสาธารณสุข

**เฉลย** ข้อ E

5. การวินิจฉัยสมองตายจะกระทำได้ในสภาวะและเงื่อนไข ในข้อใด

- A. ตรวจสอบแล้วมี decorticate หรือ decerebrate rigidity
- B. ไม่สามารถหาข้อวินิจฉัยสาเหตุการไม่รู้สีกตัวของผู้ป่วยได้
- C. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว โดยมีผลการยืนยันว่าไม่เกิดจากพิษยานอนหลับ
- D. ทำการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองแล้วพบว่าไม่มีการตอบสนองใดๆ
- E. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากไม่หายใจหลังจากผ่าตัด

**เฉลย** ข้อ E เนื่องจากหลังผ่าตัดยังคงมีฤทธิ์ของยาสลบอยู่ จึงไม่สามารถทำการวินิจฉัยภาวะสมองตายได้

### เอกสารอ้างอิง

1. แพทยสภา. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย. จดหมายข่าวแพทยสภา. ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 เมษายน 2541.
2. เนื่องน้อย บุญเนตร. จริยศาสตร์สภาพแวดล้อม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
3. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์และคณะ. จริยธรรมในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2546.
4. Brody BA, Engelhardt Jr HT. "Bioethics". Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1987.
5. Sutcliffe J, Duin N. "A history of medicine from prehistory to the year 2020". New York: Barnes & Noble Books, 1992.

## บทที่ 9

### กระบวนการในการประเมินผลการประยุกต์กระบวนการจัดการเรียนการสอน

#### สอน การบริการและงานวิจัยจากประสบการณ์ของผู้เขียน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้; เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

1. อธิบาย ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
2. อธิบายถึงแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนและการปฏิบัติงาน
3. อธิบายหลักการและกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนได้
4. ตระหนักถึงบทบาทของแพทย์กับการสร้างเสริมสุขภาพ

#### บทนำ

การทำงานด้านสุขภาพชุมชน บทบาทของแพทย์จะต้องเข้าใจหลักการด้านพฤติกรรมในบทเรียนข้างต้นทั้งหมด ในบทนี้จึงจะเป็นการสรุปหลักการทำงานด้านสุขภาพชุมชน โดยนำกระบวนการทำงานของผู้เขียน ซึ่งเป็นการบูรณาการการทำงานในชุมชน งานบริการวิชาการ งานพัฒนากระบวนการเรียนการสอน และงานวิจัยเข้าด้วยกัน

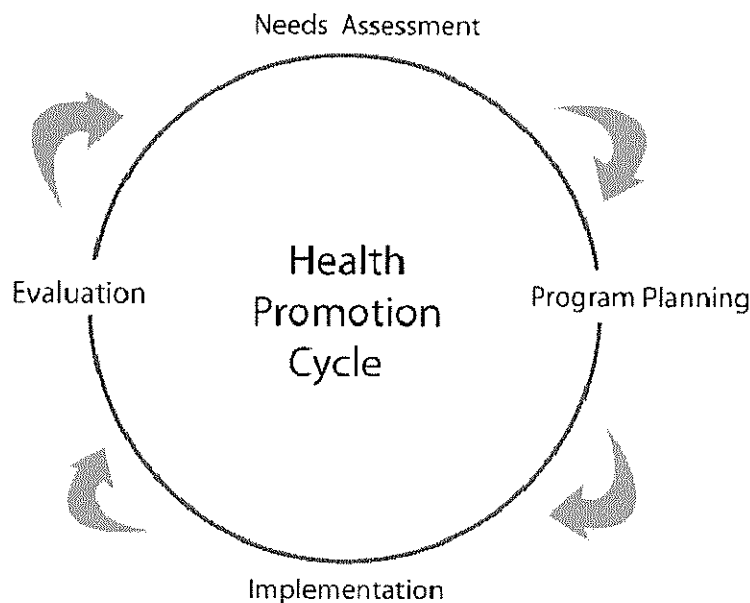
#### วิธีการทำงานด้านสุขภาพชุมชน

กลยุทธ์ที่ใช้มากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีที่นำมาใช้คือทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งขั้นตอนการทำงานประกอบไปด้วย

1. กำหนดปัญหา
2. พิจารณาและจำแนกพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
3. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย
4. กำหนดยุทธศาสตร์
5. การให้ข้อมูลและข่าวสารการตลาดเพื่อสังคม
6. การพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพดี
7. พัฒนาชุดโครงการ

## 8. ปรึกษาและกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

นอกจากนี้แล้วควรจะเป็นโครงการที่อยู่ต่อเนื่อง โดยหลักการกำหนดยุทธศาสตร์ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 11 ตัวอย่างกระบวนการการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งต้องเกิดจากความ ต้องการของชุมชนเอง วางแผนร่วมกัน และการประเมินหลังการดำเนินการ ดัดแปลงจาก [www.healthpromotion.act.gov](http://www.healthpromotion.act.gov)

### ยุทธศาสตร์การทำงานในชุมชน

1. การพัฒนาชุมชน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชนเป็นการเรียนรู้ระยะยาว ชุมชนมีอำนาจตัดสินใจ วางแผนเอง ผู้นำองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง มีโครงสร้างและกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ นักพัฒนาจะต้องเรียนทำงานร่วมกับชุมชน ให้ข้อมูล เพิ่มศักยภาพ การเรียนรู้ระยะยาวและต่อเนื่อง
2. การเสริมพลัง เป็นกระบวนการที่ให้ชุมชนตัดสินใจและรับผลของการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาชุมชน สมาชิกชุมชนกำหนดปัญหา เก็บข้อมูลและปฏิบัติการ ตรวจสอบได้
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการทางสังคม กระตุ้นและส่งเสริมให้มีพลังอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่ การดูแลตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่น การตัดสินใจ
4. การพัฒนากลุ่มย่อย เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชน กลยุทธ์ คือ การจูงใจ การ

ทำงานลักษณะเครือข่าย และการเคลื่อนไหวทางสังคม เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง และความพร้อมของชุมชน

5. การพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเอง กระบวนการสื่อสารภายในกลุ่ม ประกอบด้วย วิธีการสอนภายในกลุ่ม กิจกรรมการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสัมมนา
6. การตลาดเพื่อสังคม มุ่งที่จะเปลี่ยนแปลงใน 4 ระดับคือ ความคิด การกระทำ พฤติกรรม และค่านิยม กระบวนการประกอบด้วย การกำหนดปัญหา วิเคราะห์สภาพแวดล้อม ร่างวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เสนอข้อได้เปรียบในแต่ละกลุ่มย่อย กำหนดยุทธศาสตร์ ปฏิบัติการและประเมินผล

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างการดำเนินงานที่ใช้หลักการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อ  
ประกอบการเรียนรู้ด้านการทำงานด้านสุขภาพชุมชน

กระบวนการสร้างพลังในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

## EMPOWERMENT FOR PREVENTIVE MOTERCYCLE ACCIDENT

### IN UBONRAJATHANEE UNIVERSITY

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการจัดองค์กรร่วมสร้างโดยเน้นกระบวนการสร้างพลังในการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในเขตชุมชนมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในประเด็นของปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรในด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยแวดล้อม เช่น ความรู้ การตระหนัก การปฏิบัติตนในด้านการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีกลุ่มดำเนินการจากองค์กรร่วมสร้างเพื่อแก้ปัญหา ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา รวมถึงการประเมินผลด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2549 - มิถุนายน 2550 การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ผ่านเข้าออกประตูมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ สุ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้วิธีการสังเกตและจดแบบบันทึกพฤติกรรมของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อประเมินประสิทธิผลก่อนและหลังจากการดำเนินงานและประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการจัดองค์กรร่วมสร้าง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาก่อนและหลังดำเนินการจากองค์กรร่วมสร้างพบว่า ปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จปัจจัยเสริมประเมินจาก พฤติกรรมการสวมหมวกกันน็อกสูงขึ้นรวมถึงอัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเห็นได้ว่ากระบวนการดำเนินงานแก้ปัญหาของชุมชนให้ได้ประสิทธิผลและมีความยั่งยืนนั้น กระบวนการสร้างพลังจากองค์กรร่วมสร้างเป็นกระบวนการหนึ่งที่ได้ผลดีและสามารถนำมาเป็นตัวอย่างในกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในกรณีต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

**คำสำคัญ** กระบวนการสร้างพลัง อุบัติเหตุจราจร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

### Abstract

Motorcycle accidents are the leading causes of death in Thailand. This study aims to study the establishment and organizing of empowerment with community organization to operate the accident prevention. That **Design is** Multidisciplinary countermeasures such as safety driving education, license, safety riding campaign, regulation and fine. Organizing of empowerment with community organization to operate the accident prevention related to leading factors, supporting factors, enhancing factors and accident prevention behavior of motorcyclists diver Before–After experiment with no control group in UbonRajathanee University **Participants are** Geographically population in UbonRajathanee University and **Interventions by** Community participation method on March 2006 to May 2007. Data collections were carried out before and after implement program. The behavior of driver were observed and behavioral report record. Data was analyzed by computer program. The results concern the leading causes showed that after implementation knowledge and awareness of accident risks has improved, interest in active participatory prevention has increased for reinforcing factors, number of motorcyclists drivers possessed safety helmet were significantly increased after implementation. The reduced in the incidence of accident can be noted when compared with the previous period. This before–after study showed a significant reduction in the motorcycle accident rate following intervention. The methods of working with accident prevention by community intervention through existing organizations and welfare functions such as child health care, child welfare has thus proved successful of the project.

**Key words:** Empowerment, motorcycle accident, UbonRajathanee university

### บทนำ

ความสูญเสียจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้แก่ พฤติกรรมมนุษย์ เช่น ความไม่ใส่ใจในการปฏิบัติตามกฎจราจร ประมาทเลินเล่อ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ จากข้อมูลรายงานประจำปี 2546–2547 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการบริการรักษาด้วยอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 68.57 มีการเสียชีวิตของนักศึกษา 3 ราย จากการขับขี่รถจักรยานยนต์และประสบอุบัติเหตุ ปัจจัยสำคัญที่



ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ คือ พฤติกรรม ความไม่ใส่ใจ ประมาท รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่ปฏิบัติตามกฎ โดยไม่สวมหมวกกันน็อกเป็นจำนวนมาก การไม่ปฏิบัติตามกฎ หรือละเว้นการสวมหมวกกันน็อก อาจเกิดจากการไม่ใส่ใจ ประมาท หากให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มีส่วนร่วมรณรงค์น่าจะเป็นการแก้ไขที่ถูกต้องและตรงจุดมากที่สุด โดยกระบวนการที่ทำให้นักศึกษา บุคลากรที่ขับขี่รถผ่านเข้าออกมหาวิทยาลัย ตระหนักถึงการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจร โดยเน้นกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายในการป้องกันอุบัติเหตุโดยแกนนำนักศึกษาที่มีความเป็นกัลยาณมิตร กระตุ้นให้นักศึกษาคิดและจัดทำโครงการโดยใช้กระบวนการสร้างพลัง และศึกษาปัจจัยที่ทำให้การทำกิจกรรมสำเร็จ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงพัฒนาผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และที่สำคัญ คือ กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินโครงการ คือ ตัวนักศึกษาสามารถตระหนักถึงปัญหาและร่วมกันแก้ไขได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ภายในชุมชนมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและศึกษาประสิทธิผลของการจัดองค์การร่วมสร้างของชุมชนมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในกระบวนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรในชุมชน

#### **วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย**

เป็นการศึกษาแบบชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation) อันได้แก่นักศึกษา ประชากรบุคลากรและหน่วยงานต่างๆในมหาวิทยาลัย โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ Empowerment เพื่อป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์

#### **ประชากรและพื้นที่ในการวิจัย**

โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง(Purposive Sampling) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ผ่านเข้าออกประตูมหาวิทยาลัย เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีปัญหาอุบัติเหตุจรรยาจร ประกอบกับผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดำเนินงานและต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาดำเนินการเดือนพฤษภาคม 2549-มิถุนายน 2550

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

ผู้วิจัยร่วมกับองค์กรร่วมสร้างได้ร่วมกันสร้างเครื่องมือในการศึกษาดังนี้

1. การจัดองค์การร่วมสร้างกระบวนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร โดยวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ นำปัญหาที่ได้ไปร่วมกำหนดกลุ่มบุคคลที่จะมาร่วมช่วยแก้ปัญหายุติเหตุโดยใช้กระบวนการ Empowerment ซึ่งได้กำหนดออกมา

เป็นกลุ่มแกนนำนักศึกษา คือ จากนั้นเข้ารับการอบรมโดยวิทยากรและกำหนดคู่มือในการดำเนินงานร่วมกัน

2. พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ ใช้เป็นแนวทางคัดเลือกกลุ่มและหลักสูตรการจัดอบรมกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ข้อมูลลักษณะประชากร เพศ อายุ ปัจจัยนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องกฎจราจร การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ สร้างการตระหนักรู้ การฝึกปฏิบัติในการขับขี่สวมใส่หมวกกันน็อก พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดอบรม
3. แบบสังเกต พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการสัมภาษณ์

#### การศึกษาและรวบรวมข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ โดย สํารวจผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ผ่านเข้าออกประตูมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ณ บริเวณประตูด้านทิศตะวันตกติดกับถนนวารินชำราบ-เดชอุดม เก็บข้อมูลในช่วงเวลา 07.00-12.00 น. 12.00-17.00 น. 17.00-21.00 น. โดยใช้การสังเกตและจดในแบบบันทึกพฤติกรรม ข้อมูลที่สุ่มเก็บมีดังนี้ เพศ การสวมหมวกกันน็อก พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ประกอบด้วย การซ้อนท้าย การเปิดไฟส่องหน้า การขับสวนเลน และการชะลอความเร็วเมื่อถึงประตู ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
2. ดำเนินการสร้างหลักสูตรการอบรม ประชาสัมพันธ์
3. ประเมินพฤติกรรม สังเกตพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ ณ จุดสังเกตที่คล้ายกันและเวลาเดียวกันและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการพรรณนา
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ และการแจกแจงความถี่

#### ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เน้นการมีส่วนร่วมของนักศึกษา องค์การนักศึกษา บุคลากรและหน่วยงานต่างๆในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน

1. ระยะเวลาดำเนินการ (Pre-action phase) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่แกนนำนักศึกษา นักศึกษา งานกิจการนักศึกษา บุคลากร หน่วยงานต่างๆ และผู้สนใจเพื่อให้

ทราบแนวทางการดำเนินงานและเตรียมทีมงานซึ่งเป็นแกนนำประกอบด้วยสโมสรนักศึกษา องค์การนักศึกษา เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ความคุ้นเคย และสำรวจข้อมูลพฤติกรรมด้านการ ป้องกันอุบัติเหตุจราจร

2. **ระยะดำเนินการ (Participation action phase)** เป็นการศึกษาข้อมูลเพื่อนำมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา ระดมสมองวางแผนแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการ Empowerment ตั้งแต่สำรวจปัญหา จัดลำดับความสำคัญ คัดเลือกปัญหา และวางแผนแก้ไข มีผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่ชัดเจน โดยมีผู้ศึกษาติดตามประเมินเป็นระยะโดยใช้รูปแบบการเสนอข้อมูล สทนากลุ่ม สังเกต แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดการดำเนินงาน
3. **ระยะหลังดำเนินการ ( Summative evaluation phase)** ผู้ศึกษาทำการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### ผลการวิจัย

##### ผลการศึกษาก่อนและหลังการดำเนินโครงการที่ดำเนินการโดยองค์กรร่วมสร้าง

1. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ผ่านเข้าออกมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล ณ บริเวณประตูด้านทิศตะวันตก (ถนนวารินชำราบ-เดชอุดม) ระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ระหว่างเวลา 07.00 – 21.00 น.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ข้อมูลจากแบบสังเกตพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์

ข้อมูล	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	28,280	58.32	24,367	48.19
หญิง	16,781	41.68	26,198	51.81
<b>พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ</b>				
การเปิดไฟเลี้ยว	25,505	56.6	42,070	83.2
การเปิดไฟหน้าขณะขับขี่	18,754	41.62	48,655	96.2
การสวมหมวกกันน็อก	8,296	18.41	43,385	85.8
การชะลอความเร็วเมื่อถึงทางแยก	6,588	14.62	41,362	81.8

2. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจากแบบสังเกต  
พฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากองค์การร่วมสร้าง

ข้อมูล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	67	44.7
หญิง	83	55.3
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 18 ปี	0	0
18-25 ปี	100	66.7
25-35 ปี	2	1.3
35 ปีขึ้นไป	48	32
<b>อาชีพ</b>		
นักศึกษา	100	66.7
บุคลากรสายการศึกษา	17	11.3
บุคลากรสายสนับสนุนการศึกษา	33	22
<b>พาหนะที่ใช้เดินทาง</b>		
รถจักรยานยนต์	103	68.7
รถยนต์	26	17.3
จักรยาน	3	2
รถโดยสารประจำทาง	18	12
<b>ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจร</b>		
เคย	36	24
ไม่เคย	114	76
<b>การมีใบขับขี่รถจักรยานยนต์</b>		
มี	67	44.7
ไม่มี	83	55.3

ตารางที่ 3 ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการขับขี่ รถจักรยานยนต์	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับกฎและเครื่องหมายจราจร		40.5		52.4
การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ		55.4		75.4
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ		62		70.6
การรับรู้ความรุนแรงจากอุบัติเหตุ		58.2		81.4
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันอุบัติเหตุ		61.2		76.4
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุ		40.2		73.2

ตารางที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

พฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การมีระบบไฟครบ (ไฟหน้า ไฟเลี้ยว ไฟท้าย)	125	83.2	127	84.9
2.การมีกระจกครบ (กระจกมองหลังทั้งซ้ายและขวา)	94	62.8	92	61.2
3.การมีหมวกกันน็อก	119	79.0	134	89.3

ตารางที่ 5 แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

แหล่งข้อมูล	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับความรู้ทางวิทยุ	132	87.9	122	81.3
ได้รับความรู้ทางเอกสารเผยแพร่	18	12.1	28	18.7
ได้รับความรู้ทางรถกระจายเสียง	0	0	0	0
รวม	150	100	150	100.0

ตารางที่ 6 อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากสาเหตุประเภทต่างๆ ข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2550

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์	716	68.6	234	24.7
สัมผัสสิ่งที่ไม่ทราบแน่ชัด	233	22.3	295	31.3
สัมผัสแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	60	5.7	389	41.2
สัมผัสแรงเชิงกลของสัตว์/คน	15	1.4	24	2.5
พลัดตกหกล้ม	15	1.4	1	0.4
อื่นๆ	4	0.5	0	0
รวม	1,043	100.0	943	100.0

### สรุปและอภิปราย

#### 1. การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุก่อนและหลังการดำเนินการดำเนินการขององค์กรร่วมสร้าง

องค์กรร่วมสร้างที่ได้มาจากการประชุมร่วมกันของกลุ่มประชากร เป็นกลุ่มแกนนำนักศึกษาและองค์กรต่างๆ ในมหาวิทยาลัย ซึ่งมีการประเมินประสิทธิผลโดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ

##### 1.1 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนและหลังการดำเนินการโดยองค์กรร่วมสร้าง

เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ของผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนดำเนินโครงการ พบว่าพฤติกรรมเปิดไฟเลี้ยว การสวมหมวกกันน็อค การชะลอความเร็ว และการเปิดไฟหน้า คิดเป็นร้อยละ 56.6, 18.41, 14.62, 41.61 ตามลำดับ เมื่อมีการสำรวจข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการพบว่าพฤติกรรมเปิดไฟเลี้ยว การสวมใส่หมวกกันน็อค การชะลอความเร็ว และการเปิดไฟหน้าดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 83.2, 96.2, 85.8, 81.8 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

##### 1.2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดองค์กรร่วมสร้างในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุ

1.3 เก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการโดยการสังเกตพฤติกรรม ในด้านต่างๆ อันได้แก่ ความรู้ การสร้างความตระหนัก การปฏิบัติงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

### 1.3.1 การศึกษาความรู้และการรับรู้ในเรื่องอุบัติเหตุ

ความรู้และการรับรู้ การตระหนักในเรื่องอุบัติเหตุ พบว่าหลังการดำเนินการจัดองค์การร่วมสร้างนั้นกลุ่มประชากรมีความรู้เรื่องกฎและเครื่องหมายจราจรและการรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ถูกต้องสูงกว่าก่อนดำเนินการ ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและการรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ พบว่าหลังดำเนินการจัดองค์การร่วมสร้าง ความรู้ในเรื่องกฎจราจรและการรับรู้เรื่องอุบัติเหตุที่ถูกต้องน้อยกว่าก่อนดำเนินการ ก่อนดำเนินโครงการ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความรู้เรื่องกฎและเครื่องหมายจราจรดี ร้อยละ 40.5 การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุถูกต้อง ร้อยละ 55.4 หลังดำเนินการจัดองค์การร่วมสร้าง ความรู้ดี คิดเป็นร้อยละ 52.4 การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุถูกต้อง ร้อยละ 75.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการพบว่า ความรู้เรื่องกฎจราจรและการรับรู้เรื่องอุบัติเหตุที่ถูกต้อง หลังดำเนินการสูงกว่าอย่างชัดเจน

### 1.3.2 การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุ

การปฏิบัติตนด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงการมีระบบไฟ การมีกระจกครบของรถจักรยานยนต์ และการมีหมวกกันน็อกของรถจักรยานยนต์ พบว่าการมีระบบไฟและการมีกระจกครบนั้นไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการจัดองค์การร่วมสร้าง ส่วนการมีหมวกกันน็อกนั้นหลังดำเนินการสูงขึ้นอย่างชัดเจน พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุได้แก่ การมีไฟ กระจก และหมวกกันน็อก ก่อนดำเนินโครงการ พบว่ามีระบบไฟครบ ร้อยละ 83.2 มีกระจกครบ ร้อยละ 62.8 มีหมวกกันน็อก ร้อยละ 79.0 หลังดำเนินโครงการ พบว่ามีระบบไฟครบ ร้อยละ 84.9 มีกระจกครบ ร้อยละ 61.2 มีหมวกกันน็อก ร้อยละ 89.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการพบว่าการมีระบบไฟครบ การมีกระจกครบ นั้นไม่มีความแตกต่างกัน แต่การมีหมวกกันน็อกหลังดำเนินการมีจำนวนผู้สวมใส่หมวกกันน็อกสูงกว่าก่อนดำเนินการ

### 1.3.3 การศึกษาปัจจัยแวดล้อม

ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบจากการได้รับความรู้ของกลุ่มประชากร เช่น ได้รับความรู้จากการฟังวิทยุ จากเอกสารแผ่นพับและรถกระจายเสียง ที่ดำเนินการโดยองค์การร่วมสร้าง พบว่า ปัจจัยแวดล้อมหรือปัจจัยเสริมนั้น ไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ เนื่องจากก่อนการดำเนินการกลุ่มประชากรได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนอยู่ก่อนแล้ว ปัจจัยแวดล้อมในการดำเนินงานโครงการ ก่อนดำเนินโครงการพบว่าแหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องกฎและเครื่องหมายจราจร คือ จากการฟังวิทยุ ร้อยละ

87.9 หลังดำเนินการโครงการ พบว่าแหล่งที่ได้รับความรู้ คือ จากการฟังวิทยุ ร้อยละ 81.3 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการดำเนินการจัดองค์กรร่วมสร้างผลการศึกษาที่น่าจะเป็นผลต่อเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ เพราะประชากรส่วนใหญ่ได้รับความรู้ และคำแนะนำ การรับรู้จากสื่อ อยู่แล้ว ควรเพิ่มการควบคุม พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติตามกฎจราจรมากกว่าการให้ความรู้ ซึ่งการดำเนินการทางกฎหมายในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว

#### 1.3.4 อัตราการเกิดอุบัติเหตุก่อนและหลังจากดำเนินการโดยองค์กรร่วมสร้าง

พบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากสถิติอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากสาเหตุต่างๆ ที่เก็บโดยศูนย์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สาเหตุจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ คิดเป็น ร้อยละ 68.6 ข้อมูล ณ เดือน กันยายน 2548 และหลังจากดำเนินโครงการรณรงค์โดยองค์กรร่วมสร้าง พบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ลดลงคิดเป็นเป็นร้อยละ 24.7 ข้อมูล ณ เดือน กันยายน 2550 ซึ่งลดลงอย่างชัดเจน

#### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ก่อนการดำเนินงานจะเห็นว่าผู้ที่ขับซิ่งรถจักรยานยนต์ผ่านเข้าออกมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีอัตราไม่สวมหมวกกันน็อกที่ค่อนข้างมาก เปรียบเทียบกับผู้ที่สวมหมวกกันน็อกเพียง โดยในจำนวนผู้ที่สวมหมวกกันน็อกนี้ มีการสวมหมวกกันน็อกที่ไม่ถูกต้องสูง เช่น การไม่ใส่สายรัดคาง หลังจากได้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการ Empowerment ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ผลลัพธ์ที่ได้คือเกิดองค์กรภาคีที่ทำงานร่วมกัน ทำให้ได้ผลที่ได้รับ คือ บุคลากรขับซิ่งรถจักรยานยนต์ถูกกฎหมาย สวมใส่หมวกกันน็อก อัตราการบาดเจ็บ และการตายด้วยอุบัติเหตุทางสมองลดลง นักศึกษา บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ได้มาตรฐานที่สามารถทำให้นักศึกษา บุคลากรหันมาสวมใส่หมวกกันน็อก เป็นนโยบายที่ยั่งยืนของมหาวิทยาลัยเกี่ยวกับการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ที่ถูกกฎหมาย ได้องค์กร เครือข่าย สำหรับผลักดันให้มีการปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างต่อเนื่อง

และเมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดองค์กรร่วมสร้างในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุ โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการโดยการสังเกตพฤติกรรมในเรื่องของความรู้ การรับรู้ในการตระหนักถึงอุบัติเหตุ การปฏิบัติด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าการให้ความรู้มีความสำคัญในการจัดองค์กรร่วมสร้างในการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุ ปัจจัยแวดล้อมในการดำเนินงาน เช่น การให้ความรู้ทางวิทยุ เอกสารแผ่นพับพบว่าไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการขับซิ่ง



รถจักรยานยนต์ เนื่องจากก่อนดำเนินการกลุ่มประชากรได้รับจากสื่ออยู่ก่อนแล้ว ส่วนการปฏิบัติ  
 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าหลังดำเนินการมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุโดยการสวม  
 หมวกกันน็อคมากขึ้นจากผลการศึกษาเห็นได้ว่ากระบวนการสร้างพลังโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม  
 ร่วมในชุมชนนั้นสามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบในกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้ และ  
 การศึกษาควรมีอย่างน้อยสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกระบวนการสร้างพลังว่า  
 สามารถทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมในการแก้ปัญหาในชุมชนได้ซึ่งตรงกับการ  
 ทบทวนรายงานการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับกระบวนการ Empowerment สามารถนำมาแก้ปัญหา  
 ชุมชนได้ และควรมีการติดตามการดำเนินงานการแก้ปัญหาต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทยที่สนับสนุนงบประมาณในการ  
 ดำเนินนี้ตลอดโครงการ ผู้ติดตามโครงการ ที่ได้ให้คำแนะนำในกระบวนการแก้ปัญหา และอาจารย์  
 ชูติกาญจน์ พิลาศรี อาจารย์สาขาพฤติกรรมศาสตร์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการประมวลผลกิจกรรม  
 และแนวทางดำเนินงานเพื่อปรับพฤติกรรม ทำให้การดำเนินสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



ภาพที่ 12 รมรณรงค์ขับขี่ปลอดภัยแก่ staff ขณะรอเริ่มกิจกรรมเชียร์รับน้องใหม่ 2549



ภาพที่ 13 ป้ายรณรงค์โครงการ



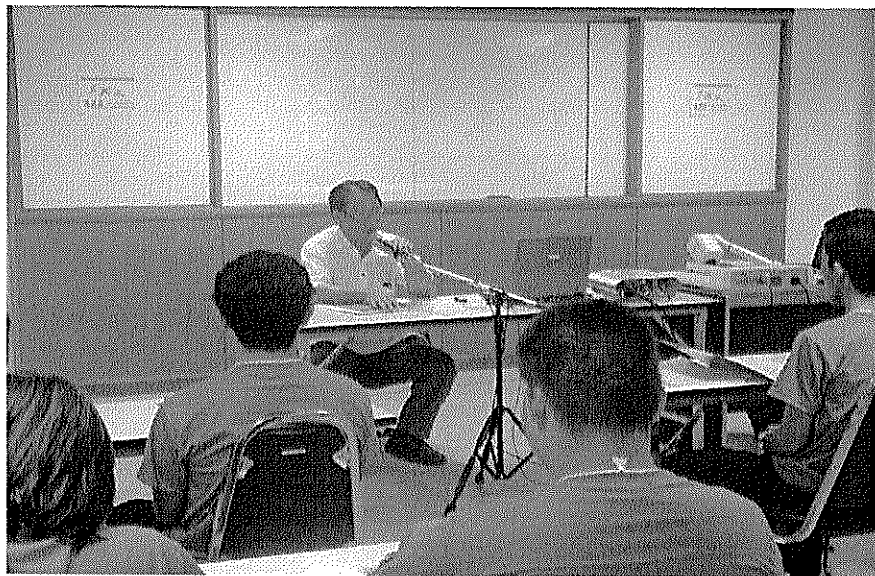
ภาพที่ 14 นักศึกษา ร่วมรณรงค์



ภาพที่ 15 ป้ายรณรงค์ขับขีปลอดภัย บริเวณทางออกหอพักนักศึกษา



ภาพที่ 16 นักศึกษาร่วมกัน จัดทำบอร์ดนิทรรศการข้อชี้ปลอดภัย



ภาพที่ 18 คณบดีกล่าวเปิดการสัมมนาแก่นำนักศึกษา



ภาพที่ 20 แกนนำนักศึกษา ร่วมร้องเพลงสามัคคีชุมนุม



ภาพที่ 21 ขบวนการรณรงค์ ขับขี่ปลอดภัย สวมใส่หมวกกันน็อค



ภาพที่ 22 ขบวนการรณรงค์

#### บรรณานุกรม

1. Brownson. R. et. al. 1999. Community based prevention: Aspen publication.
2. Green, L. W., et al. 1980. Health Education Planning A Diagnosis Approach. California: Mayfield Publishing,
3. Green. L. & Kreuter. 1991. Health promotion planning: Mayfield Publishing company.

## ประวัติผู้นิพนธ์



1. ชื่อ นางสาวรญา แก้วพิบูลย์  
Mrs. Soraya Kaewpitoon
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
3. หน่วยงาน  
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สำนักวิชาแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
111 ถนนมหาวิทยาลัย ต. สุรนารี อ. เมือง จ. นครราชสีมา 30000  
โทรศัพท์ (044) 223998 โทรสาร (044) 223902  
e-mail: soraya.k@sut.ac.th
4. ประวัติการศึกษา

ปีที่จบการศึกษา	ระดับปริญญา	อักษรย่อปริญญา	สาขาวิชา	ชื่อสถาบันศึกษา	ประเทศ
2543	ตรี	พ.บ.	แพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ไทย
2544	โท	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	แพทยศาสตร์	แพทยสภา	
2548	เอก	อนุมัติบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	เวชศาสตร์ครอบครัว	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา	ไทย
2549		Certificate	Family medicine	Oregon Health Science University	USA
2549		Certificate	Medical Education	University of Illinois at Chicago	USA

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ พหุศึกษาศาสตร์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง
6. ประสบการณ์ทางด้านงานบริหาร (ตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน)
  - 1) ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปี 2548-2550
  - 2) คณะกรรมการประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข คำสั่งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ 800/2549
  - 3) กรรมการบริหารงานวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข คำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 75/2550
  - 4) ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายแพทยศาสตร์ศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข คำสั่งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ 345/2550
  - 5) กรรมการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คำสั่งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ 322/2548
  - 6) คณะกรรมการวิชาการวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 7/2550 สั่ง ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2550
  - 7) กรรมการบริหารกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ผู้แทนวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปี 2548-2551
  - 8) หัวหน้าสถานแพทยศาสตร์ศึกษา สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่
  - 9) รักษาการหัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่
7. ประวัติการศึกษาดูงาน (ตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน)
  - 1) อบรมการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการที่สอดคล้องคุณธรรมจริยธรรม 26-27 กรกฎาคม 2548 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
  - 2) สัมมนาการศึกษา เรื่อง การสร้างและพัฒนาหลักสูตรระดับอุดมศึกษา งานพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วันที่ 8 มีนาคม 2549
  - 3) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการสอนแบบกลุ่มย่อย และการสอนกลุ่มใหญ่ 1-3 มีนาคม 2549 ณ ห้องประชุมมันปลา จัดโดยงานแพทยศาสตร์ศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



- 4) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการออกข้อสอบแบบ MCQ และ MEQ 13-15 กุมภาพันธ์ 2549 ณ ห้องประชุมมันปลา จัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2549
- 5) อบรมเชิงปฏิบัติการไตรยางศ์การศึกษา 8-10 ตุลาคม 2549 จัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 6) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการเขียนแผนการสอน 5-6 ตุลาคม 2549 ณ ห้องประชุมมันปลา จัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 7) ศึกษาดูงานด้านการบริหารงานวิจัยและบริการวิชาการ ณ คณะแพทยศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 11-13 ตุลาคม 2551
- 8) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการออกข้อสอบแบบ MEQ, MCQ, small group discussion 13-14 มีนาคม 2551 ณ ห้องประชุมมันปลา จัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 9) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องเทคนิคการให้คำปรึกษา 15 กันยายน 2550 ณ ห้องประชุมมันปลา จัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 10) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดทำข้อสอบและคลังข้อสอบ 4-5 เมษายน 2550 ณ ห้องประชุมมันปลา จัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 11) ศึกษาดูงานด้านการบริหารงานวิจัยและบริการวิชาการ ณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย 5-10 เมษายน 2551
- 12) อบรมเชิงปฏิบัติการ student centered learning: surface and deep การประชุมวิชาการแพทยศาสตรศึกษา โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท 21-23 กันยายน 2552 ณ โรงแรม The Zign และ Garden sea view พัทยา จังหวัดชลบุรี
- 13) ศึกษาดูงานด้านแพทยศาสตรศึกษา ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา แหล่งทุนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
- 14) ปีการศึกษา 2550 ศึกษาดูงานด้าน Family medicine ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา แหล่งทุนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
- 15) ปีการศึกษา 2552 ศึกษาดูงานด้านระบบบริการสาธารณสุขและการดูแลผู้สูงอายุ ณ ประเทศสิงคโปร์ แหล่งทุน สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพอาเซียน
- 16) ปีการศึกษา 2553 ศึกษาดูงานด้านการบริหารการศึกษา ณ ประเทศฮ่องกง แหล่งทุนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา โครงการพัฒนาผู้บริหารรุ่นใหม่

## 8. งานสอน

วิชา	ภาคการศึกษา/ปี	จำนวนนักศึกษา
1700 102 จิตวิทยาธุรกิจ	1/2551	300
1901 201 พฤติกรรมศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์	1/2551	16
1902 208 พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข	1/2551	48
1911 301 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1	1/2551	16
1901 201 ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์	1/2551	16
1906 201 ทักษะพื้นฐานทางคลินิก 1	2/2551	16
1906 202 ทักษะพื้นฐานทางคลินิก 2	2/2551	48
1902 311 หลักการป้องกันและควบคุมโรค	2/2551	48
1902 303 ระเบียบวิธีวิจัย	2/2551	48
1911 302 เวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว 2	1/2552	48
609101 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 1	1/2552	48
609202 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 2	1/2552	48
609304 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 4	1/2552	48
605301 เวชจริยศาสตร์และการคิดเชิงวิพากษ์	2/2552	48
609253 บูรณาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน	2/2552	48
609203 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 3	3/2552	48
609230 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1	3/2552	48
609332 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3	3/2552	48
1911 302 เวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว 2	1/2553	48
609101 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 1	1/2553	48
609202 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 2	1/2553	48
609304 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 4	1/2553	48
605301 เวชจริยศาสตร์และการคิดเชิงวิพากษ์	2/2553	48
609253 บูรณาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน	2/2553	48
609203 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 3	3/2553	48
609230 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1	3/2553	48
609332 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3	3/2553	48

## 9. งานวิจัย

### หัวข้อโครงการวิจัย :

- 1) การศึกษาสาเหตุของอุบัติเหตุของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มาบริการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) หัตถการเบื้องต้นของแพทย์และพยาบาลที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
- 4) พฤติกรรมการขับถ่ายอย่างไม่ปลอดภัยของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ จังหวัดอุบลราชธานี
- 5) การเฝ้าระวังทางด้านสุขาภิบาลของผู้ประกอบการร้านอาหาร ในจังหวัดอุบลราชธานี
- 6) ต้นทุนต่อหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 7) Nutritional status in children, Mekong river basin
- 8) Nutritional status in elderly, Nakhonratchasima, Thailand

### ผลงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ (Full Papers & Abstracts)

- 1) Soraya Kaewpitoon, Natthawut Kaewpitoon. "World Health Statistics 2009: Focus on the Great Mekong Sub-Region" The first MRSI international conference on Mekong Development in Transition: Challenges and Prospects. Sunee Grand Hotel and Convention Center, Ubon Ratchathani, Thailand. 28 July 2009. 37-38.
- 2) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. Food-borne parasitic zoonosis: distribution of trichinosis in Thailand. World J Gastroenterol 2008; 14:347: 1-5. (Impact Factor 2.081)
- 3) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. Opisthorchiasis in Thailand: review and current status. World J Gastroenterol 2008; 14:2297-2302. (Impact Factor 2.081)
- 4) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P, Sripa B. Opisthorchis viverrini: the carcinogenic human liver fluke. World J Gastroenterol 2008; 14: 666-674. (Impact Factor 2.081)
- 5) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P, Pilasri C. Knowledge, attitude and practice related to liver fluke infection in northeast Thailand. World J Gastroenterol 2007; 13: 1837-1840. (Impact Factor 2.081)
- 6) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Philasri C, Leksomboon R, Maneenin C, Sirilaph S, Pengsaa P. Trichinosis: epidemiology in Thailand. World J Gastroenterol 2006; 12:

6440–6645. (Impact Factor 2.081)

- 7) Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S. J., Matrakul, L., Uengarnorn, N., Yatum, P., Detsukhum, C., Suksawaeng, S., Churprung, S., Laha, T., and Sripa, B. (2010). Detection of *opisthorchis viverrini* and *clonorchis sinensis* using nuclear DNA-based PCR targeting ribosomal DNA ITS regions. In 10<sup>th</sup> International Conference on Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases. 3–5 November 2010, Amsterdam, Netherlands
- 8) Natthawut Kaewpitoon, Soraya Kaewpitoon<sup>b</sup>, Pratoomtong Yatum, Seekao Churprung, Napon Uengarnorn, Likit Matrakul, Suprakit Ueiwatanakul, Chavaboon Detsukum, Thewarach Laha, Banchob Sripa. Localization of Tubulin from the Carcinogenic Human Liver Fluke, *Opisthorchis viverrini*. In Joint International Tropical Medicine Meeting 2010 (JITMM) “Tropical Disease: future threats and new paradigms” and International Malaria Colloquium 2010 (ICM) “Malaria: new hopes. New challenges” 1–3 December 2010, Bangkok, Thailand.
- 9) Natthawut Kaewpitoon, Soraya J Kaewpitoon, Chutikarn Pilasri, Jutharat Jittimane, Jarawan Siritheptawee, Ratana Leksomboon, Chanvit Maneenin, and Samaporn Sirilaph. Soil-Transmitted Helminthiasis among the Schoolchildren in the Mekong River Basin. In Joint International Tropical Medicine Meeting 2010 (JITMM) “Tropical Disease: future threats and new paradigms” and International Malaria Colloquium 2010 (ICM) “Malaria: new hopes. New challenges” 1–3 December 2010, Bangkok, Thailand.
- 10) Natthawut Kaewpitoon, Soraya J Kaewpitoon. The Carcinogenic Human Liver Fluke *Metacercariae* in the Cyprinoid Fish in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. International and National Conference at Khon Kaen University on the topic of The Future of Thai Rural Areas : Sustainable Foundation of the Stable Country. At Mongkutpet Room, Kosa Hotel, Khon Kaen Province on 27 – 29 January, 2011
- 11) Natthawut Kaewpitoon, Soraya J Kaewpitoon. The Effectiveness of Health Education Programs on the *Opisthorchis viverrini* Knowledge among Junior High School in Nakhon Ratchasima Thailand. The International Congress of Liver Flukes “96 Years of Opisthorchiasis: Past, Present and Future” 7–8 March 2011, Pullman



- 21) Kaewpitoon N, Sripa B, Laha T, และคณะ. Cloning and expression of *Opisthorchis viverrini* cysteine protease. ประชุมวิชาการ ม.อบ. วิจัย ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 28-29 กรกฎาคม 2549 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประเทศไทย
- 22) Kaewpitoon N, Sripa B, Laha T, และคณะ. Stage specific of *Opisthorchis viverrini* cysteine protease. ประชุมวิชาการ ม.อบ. วิจัย ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 28-29 กรกฎาคม 2549. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประเทศไทย
- 23) Kaewpitoon N, Sripa B, Laha T, และคณะ. Localization of *Opisthorchis viverrini* cysteine protease by immunoperoxidase using recombinant protease. ประชุมวิชาการ ม.อบ. วิจัย ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 28-29 กรกฎาคม 2549. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประเทศไทย
- 24) Natthawut Kaewpitoon, Soraya Kaewpitoon, Chutigarn Pilasri, and Janjira Somprakon, Prasert Saichua. Knowledge, Attitude, and Practice of Prevention and Control of liver fluke *Opisthorchis viverrini*, of Health Science Student การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 22 ประจำปี 2549 ระหว่างวันที่ 10-13 ตุลาคม 2549 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 25) Natthawut Kaewpitoon, Soraya (Jetesadapattaya) Kaewpitoon, Chutigarn Pilasri, and Janjira Somprakon, Prasert Saichua. Knowledge, Attitude, and Behavior of Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever of Health Science Student. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 22 ประจำปี 2549 ระหว่างวันที่ 10-13 ตุลาคม 2549 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

#### 11. งานบริการสังคม

- 1) กรรมการห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ คำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 3/ 2551 ลง วันที่ 5 ตุลาคม 2550
- 2) เลขานุการหน่วยวิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปี 2554 (<http://medicine.sut.ac.th/medicine/index.php?school=PDR>)
- 3) ที่ปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลโตนด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หนังสือ ที่ นม.0127.103/19 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2553
- 4) คณะกรรมการพัฒนาระบบเว็บไซต์และประชาสัมพันธ์ สวพ. คำสั่งสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ที่ 21/2552 ลงวันที่ 22 กันยายน 52
- 5) คณะทำงานจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- 6) คณะกรรมการวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- 7) เลขานุการคณะกรรมการดำเนินงานเตรียมความพร้อมในการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้นตอนที่ 1 คำสั่งสำนักวิชาแพทยศาสตร์ที่ 4/2553
- 8) คณะอนุกรรมการดำเนินกิจกรรม 5 ส ประจำหน่วยงาน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 230/2553 ลงวันที่ 22 มีค 53
- 9) คณะกรรมการดำเนินการโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 266/2553 ลงวันที่ 5 เมย 53
- 10) หัวหน้าโครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขับขี่ปลอดภัย สวมใส่หมวกกันน็อค แหล่งทุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รหัสโครงการ 28 -02798 ปีงบประมาณ 2549
- 11) กรรมการตรวจสอบคุณภาพอาหาร โครงการอาหารปลอดภัยมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามบันทึกข้อความ ศูนย์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 12) โครงการบริการวิชาการแก่ชุมชน โครงการตรวจสุขภาพเบื้องต้น นิทรรศการความรู้ด้านสุขภาพ และพิพิธภัณฑ์ทางการแพทย์
- 13) กรรมการบริการวิชาการแก่ชุมชน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการทำวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของนักวิจัยรุ่นใหม่
- 14) กรรมการดำเนินงานโครงการบริการวิชาการการสร้างเสริมสุขภาพ
- 15) วิทยากรบรรยาย การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุ ในโครงการอบรมฝึกซ้อมป้องกันและระงับอุบัติเหตุ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 16) โครงการวิชาการสัญจรและคาราวานเทคโนโลยีเคลื่อนที่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 17) วิทยากรเรื่อง จิตวิทยาการพัฒนากาเด็ก โครงการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ทำหน้าที่นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญากระทรวงยุติธรรม
- 18) กองบรรณาธิการการประชุมวิชาการประจำปี เรื่องโรคติดต่อทางปรสิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
- 19) กรรมการโครงการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกเขตอำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี
- 20) กรรมการโครงการบริการวิชาการศูนย์วิจัยและบริการตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อจากปรสิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
- 21) อาจารย์พิเศษวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
- 22) เลขานุการโครงการบริการตรวจสุขภาพแก่นักเรียนโรงเรียนเครือข่ายพันธมิตรมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2551

- 23) เลขานุการคณะกรรมการดำเนินงานวันครบรอบสถาปนาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และการประชุมวิชาการประจำปี 2551
- 24) เลขานุการโครงการเปิดโลกวิชาการประจำปี 2551 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2551
- 25) รองประธานโครงการประชุมสัมมนาวิชาการ เรื่อง โรคติดต่อ จากปรสิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2550
- 26) รองประธานโครงการบริการตรวจหาพยาธิในลำไส้ในประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี 2550
- 27) ที่ปรึกษาคณะกรรมการโครงการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่องการกำหนดเป้าหมายองค์กรด้วยหลักบริหารยุทธศาสตร์และการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคล ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 105/2552 สังกัด ณ วันที่ 26 มีนาคม 2552
- 28) กองบรรณาธิการและกรรมการบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ระหว่างปี 2550-2551
- 29) คณะกรรมการห้องปฏิบัติการ ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 335/2551 สังกัด ณ วันที่ 23 ธันวาคม 2551
- 30) คณะกรรมการตรวจสอบรายงานประจำปี ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 326/2551 สังกัด ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2551
- 31) คณะกรรมการตรวจสอบรายงานการประเมินตนเอง ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 325/2551 สังกัด ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2551
- 32) รองประธานกรรมการจัดทำรายงานการประเมินตนเองและจัดเก็บหลักฐานตาม SAR ของสำนักงานเลขานุการ ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 324/2551 สังกัด ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2551
- 33) คณะกรรมการประกันคุณภาพการศึกษา ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 322/2551 สังกัด ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2551
- 34) คณะกรรมการบริหารงานวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ตามคำสั่ง วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 271/2551 สังกัด ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2551
- 35) คณะกรรมการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (Total quality Award) ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ปี 2551



- 36) อนุกรรมการดำเนินการคัดเลือกกรรมการสภามหาวิทยาลัยประเภทคณาจารย์ประจำคณะ ตามคำสั่งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ 1142/ 2551 สั่ง ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2551
- 37) คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ การประชุมวิชาการ ม.อบ.วิจัย ระหว่างวันที่ 26-27 กรกฎาคม 2551 ณ อาคารประสานงานวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 38) คณะกรรมการกลั่นกรองข้อมูล ตามคำสั่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 69/ 2550 สั่ง ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2550
- 39) คณะทำงานเพื่อจัดวางระบบและดำเนินงานเรื่องควบคุมภายใน ตามคำสั่ง วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ที่ 38/2550 สั่ง ณ วันที่ 30 มกราคม 2550

## 12. รางวัล / เกียรติบัตร หรือการได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติ

- 1) รางวัลอาจารย์แพทย์ผู้มีคุณธรรมจริยธรรมดีเด่น จากแพทยสภา ปี 2550
- 2) รางวัลยอดเยี่ยมในการประกวดผลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จากสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพอาเซียน 2552
- 3) ได้รับทุนสนับสนุนนำเสนองานจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในการประชุม 10<sup>th</sup> International Conference on Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases (MEEGID X) ระหว่างวันที่ 3-5 พฤศจิกายน 2553 ณ เมืองอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์
- 4) ได้รับทุนสนับสนุนนำเสนองานจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในการประชุมนานาชาติ The 21<sup>st</sup> World Congress on Psychosomatic Medicine วันที่ 24-28 สิงหาคม 2554 ณ กรุงโซล ประเทศเกาหลี
- 5) ได้รับทุนสนับสนุนนำเสนองานจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในการประชุมวิชาการด้านแพทยศาสตร์ศึกษาระดับนานาชาติ 6<sup>th</sup> Congress of Asian Medical Education Association (AMEA 2011) ระหว่างวันที่ 23-26 มีนาคม 2554 ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย