

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม

The Development of Women's Health Services for Breast Healthcare

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 33 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2553

Volume 33 No. 4 (October-December) 2010

รัตนกรณ์ พงษ์ประจักษ์ พย.ม.* สุนันทา เตโช พย.บ.**
ชญาณิศ ชอบอรุณสิทธิ์ พย.ม.** บุญสืบ ไสโสม ปส.ด.***
Ratanaporn Pongprajuc MSN.* Sununta Tacho BSN.**
Shayanis Chobarunsitti MSN.** Boonsurb Sosome Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม ที่ศึกษา ณ โรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ระหว่าง กรกฎาคม 2549 - มิถุนายน 2553 ผลการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าพยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม และขาดความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเพศภาวะ (gender awareness) จึงมีผลทำให้สตรีที่คลำพบก้อนที่เต้านมเข้ารับบริการตรวจคัดกรองก้อนที่เต้านมล่าช้า นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานทางคลินิกยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อให้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดีขึ้น ดังนั้นจึงนำมาสู่กระบวนการพัฒนาที่ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะแรกคือ การให้ความรู้กับพยาบาล ระยะที่สองคือ การพัฒนามาตรฐานการดูแลและการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ และระยะที่สามคือการพัฒนาบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

ผลลัพธ์ของการพัฒนาบริการสุขภาพนี้พบว่า สตรีที่คลำพบก้อนที่เต้านมมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะแรกเร็วขึ้น และขนาดของก้อนเล็กลง นอกจากนี้ผลของการวิจัยทำให้เกิดการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop services) และเป็นบริการที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ มีการพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิกที่ใช้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพคือ การตามรอยโรคทางคลินิก (clinical tracer) ที่เป็นการดูแลต่อเนื่อง และมีกลุ่มสนับสนุนทางสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม สุขภาพเต้านม เพศภาวะ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research was conducted to develop women's health services for breast health care in Phraputhabat hospital, Saraburi Province, during the period July 2006 - June 2010. Results from the situational analysis phase showed that nurses lacked knowledge of breast health care and lacked gender awareness. This caused women, whose breast mass, to have a delayed detection of breast cancer. Furthermore, nurse practitioners lacked clinical practice guidelines to improve standards of care for patients with breast cancer. Therefore, the process of developing included 3 phases. The first was provided an educational program for nurses, the second was constructed standards for care and built health services networks, and lastly was developed sustainable health care services.

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

The outcome of this health service development found that women who found breast tumors, increasingly early detection, and reduced the size of symptomatic tumors. Furthermore, the outcome of this research established one stop services with gender sensitive care for breast cancer screening. The clinical tracer was constructed by a multidisciplinary team, along with continuing care and social support groups for care patients with breast cancer in the community, proved to be highly effective.

keywords: breast cancer, breast healthcare, gender, action research

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญต่อสุขภาพของสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการดูแลสุขภาพเต้านม โดยปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ มะเร็งเต้านม เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรัง เป็นภาระสำหรับการดูแล หากดูแลสุขภาพเต้านมดี และค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาดี สามารถลดภาระของการดูแลลงได้¹ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทยแล้ว จากรายงานในปี พ.ศ.2541 - 2543 พบอุบัติการณ์เท่ากับ 20.5 ต่อ แสนประชากร²

โรคมะเร็งเต้านมส่งผลต่อการเพิ่มภาระของผู้ดูแลและเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญต่อการให้บริการเพื่อดูแลสุขภาพเต้านม จึงเสนอนโยบายสนับสนุนระบบการบริหารจัดการโรคตั้งแต่การค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก การให้บริการเพื่อชะลอโรคไม่ให้พัฒนาไปสู่ความรุนแรง เน้นบริการที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกับหน่วยงานบริการปฐมภูมิ ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษาพยาบาล เน้นการให้บริการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ³ ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอจากการประชุมสุดยอดระดับโลกเกี่ยวกับสุขภาพเต้านมระหว่างประเทศ (The Breast Health Global Initiative: BHGI) ที่เสนอแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการดูแลสุขภาพเต้านมว่าต้องเริ่มตั้งแต่การให้บริการเชิงรุกเพื่อค้นหาการเป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และต่อเนื่องถึงการรับการรักษาเพื่อควบคุมโรค⁴

จากการศึกษาเบื้องต้นของการให้บริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านมที่ผ่านมาของโรงพยาบาล

พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง กันยายน พ.ศ. 2547 มีสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเข้ารับบริการจำนวน 51 คน ในจำนวนนี้พบว่า มีสตรีที่คลำพบก้อนมะเร็งเต้านมแล้วแต่มาพบแพทย์ล่าช้ากว่า 3 เดือน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยอยู่ในระยะ 2 A จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 23.52 และเป็นโรคระยะรุนแรง (ระยะ 3 A, 3B , 3C) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 76.47 มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสการรักษา⁵ อีกทั้งเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพบว่าขาดสภาพคล่องทางการเงิน และยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงถึง 105,928 บาท/คน ในปี พ.ศ. 2549 และ 135,156 บาท/คน ในปี พ.ศ. 2551

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบทบาทของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและประธานคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและญาติ จึงมีนโยบายการพัฒนาบริการเพื่อให้สตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองก้อนที่เต้านมเร็วขึ้น จัดทำมาตรฐานการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเพื่อพัฒนาคุณภาพและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ทั้งนี้สอดคล้องกับหลักฐานการศึกษาที่ให้ข้อเสนอว่าต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพสตรีในชุมชน โดยให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีความตระหนัก สนับสนุนให้สตรีค้นพบก้อนที่เต้านมในระยะเริ่มแรกและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเร็วขึ้น ตลอดจนการมีระบบการดูแลภายหลังพบก้อนมะเร็งในโรงพยาบาลจนถึงผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ^{4,6} การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี รายละเอียดในการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการให้บริการสุขภาพสตรีเพื่อค้นหาปัจจัยสำหรับการพัฒนาบริการ โดยรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน ส่วนแรกสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตระหว่างสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยหลักที่เป็นผู้ร่วมพัฒนาบริการสุขภาพคือ พยาบาลวิชาชีพ จากแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวม 20 คน โดยเลือกพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งนี้มีหลักฐานการวิจัยที่เสนอว่าความสำเร็จของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นผลมาจากผู้ร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมโครงการ^{7,8} ส่วนที่สองสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตระหว่างสัมภาษณ์โดยเลือกสตรีที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก 5 คน สตรีที่รักษาแม่เร็งเต้านม ณ หอผู้ป่วยใน 3 คน และผู้ดูแล 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน เลือกจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในเครือข่ายบริการของโรงพยาบาล แห่งละ 1 คน ผลจากการศึกษาที่ได้จากระยะนี้จึงนำไปสู่การวิจัยระยะดำเนินการเพื่อนำไปพัฒนาบริการต่อไป

ระยะดำเนินการ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม ประกอบด้วย การพัฒนา 3 ระยะ โดยแต่ละระยะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สนทนอย่างไม่มีเป็นทางการ และบันทึกภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัยหลักเป็นผู้พัฒนาบริการของตนเอง และผู้ร่วมวิจัยรองเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาบริการ โดยเลือกจากผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1) ระยะการให้ความรู้ และทักษะกับพยาบาลกลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 20 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และมีผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอีก ได้แก่

พยาบาลจากหอผู้ป่วยต่าง ๆ 15 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจากศูนย์สุขภาพชุมชน 2 คน ผลของการพัฒนาทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพเต้านม จึงวางแผนร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาบริการในระยะต่อไป

2) ระยะการพัฒนามาตรฐานการดูแล และการสร้างเครือข่าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 20 คน แพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน และนักศึกษาศึกษา 1 คน และพยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชน 11 คน ส่วนผู้ร่วมวิจัยรอง ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติทั้งหญิงและชายในโรงพยาบาล 732 คน สตรีจากศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 11 แห่ง 904 คน และหญิงชายในโรงงานอุตสาหกรรม 620 คน ผลของการพัฒนาในระยะนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการให้บริการ ผู้ร่วมวิจัยหลักจึงร่วมวางแผนพัฒนาโครงสร้างการให้บริการที่จัดตั้งขึ้นสู่ความยั่งยืนของการให้บริการในระยะต่อไป

3) ระยะการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักศึกษาศึกษา กลุ่มเดิม ส่วนผู้ร่วมวิจัยรอง ได้แก่ สตรีที่มารับบริการสุขภาพ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยเคมีบำบัด 317 คน สมาชิกชมรมรักถิ่นใต้ ได้แก่ ผู้ป่วยแม่เร็งเต้านม สตรีผู้ดูแล ผู้ป่วยแม่เร็งเต้านมที่สนใจเข้าร่วมโครงการ 89 คน ผลของการพัฒนาระยะนี้ทำให้โครงสร้างการบริการทุกหน่วยที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตั้งแต่รับสตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง การรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ตลอดจนการมีกลุ่มจิตอาสาของชมรมรักถิ่นใต้เยี่ยมผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในชุมชนจึงสิ้นสุดการศึกษาในระยะดำเนินการ

ระยะประเมินผล ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สนทนอย่างไม่มีเป็นทางการ และ บันทึกภาคสนาม ในกิจกรรมการให้บริการต่าง ๆ ที่ผู้ร่วมวิจัยหลักร่วมกันพัฒนาขึ้น ได้แก่ การใช้และการ

ทบทวนรูปแบบบริการทางคลินิกร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การให้บริการช่องทางด่วนในการเข้าถึงบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านม ณ คลินิกเต้านม การดำเนินกิจกรรมของชมรมรักกันย์ เวชระเบียน ขนาดของก้อนที่เต้านม และแบบรายงานผลทางพยาธิวิทยาคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทั้ง 3 ระยะของการวิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยคณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูล ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ โดยให้รหัสที่มาของข้อมูลอ่านข้อมูลแล้วให้ตัดขึ้น จากนั้นรวมตัดขึ้นเป็นประเด็นย่อย (sub theme) เมื่อพบประเด็นที่ซ้ำกันบ่อย ๆ จึงยกระดับขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก (theme) จากนั้นคณะผู้วิจัยนำประเด็นหลักที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ร่วมวิจัย⁹⁻¹⁰

ความน่าเชื่อถือ และความเข้มงวดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (validity) อยู่ที่มีการมีส่วนร่วมอย่างสูงสุดตลอดกระบวนการวิจัยของผู้ร่วมวิจัยหลัก ดังแสดงให้เห็นว่าผู้ร่วมวิจัยหลักได้ร่วมศึกษาวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาจนถึงสิ้นสุดการศึกษา⁹ ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) มีการตรวจสอบ และยืนยันความถูกต้องของการวิเคราะห์ ทั้ง 3 ระยะของการวิจัย⁹

ผลการศึกษา

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาบริการ 3 ประการ ดังนี้

1.1 พยาบาลขาดความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม ดังข้อมูลที่ได้จากพยาบาลที่เป็นผู้ร่วมวิจัยหลักพูดว่า “พยาบาลเองต้องมีความรู้เรา ยังรู้ไม่ครบถ้วนว่าจะประเมินคนที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งได้อย่างไร” “ตรวจเต้านมก็ต้องทำได้ก่อน ถึงจะไปสอนคนอื่นได้ แต่ไอ้ที่ว่าตรวจถูก ๆ ก็ไม่แน่ใจเท่าไร”

1.2 พยาบาลผู้ให้บริการขาดความตระหนักเรื่องเพศภาวะ จากการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและผู้ดูแลพบว่าเนื้อหาความรู้ที่พยาบาลใช้ในการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล หรือใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีววิทยาการแพทย์ ส่วนเรื่องเพศภาวะที่เป็นสาเหตุทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมล่าช้า ไม่ได้นำมาพิจารณาจัดบริการสุขภาพ เช่น 1) เพศภาวะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหญิงชาย (gender role) ที่สังคมกำหนดบทบาทความเป็นหญิงที่เกี่ยวข้องกับความอาย^{10,11} ดังตัวอย่างคำพูดของสตรีที่พูดว่า “อาย ไม่กล้าบอกใคร มาโรงพยาบาลกลัวเจอหมอผู้ชายตรวจ” 2) เพศภาวะที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย (gender power relation) ที่นำไปสู่การตัดสินใจเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพ^{10,11} ดังคำพูดที่ว่า “ที่มาตรวจเพราะว่าแฟนหนูเขาคำเขาเขาให้หนูมาตรวจ เขากลับหนูเป็นมะเร็ง” ที่สะท้อนว่าผู้ชายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้สตรีเข้ารับการรักษา

1.3 ประชาชน และสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของมะเร็งเต้านม และความตระหนักถึงอันตราย จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม “ตอนแรกเป็นก้อนเล็ก ๆ ไม่เจ็บ ไม่ปวดก็ไม่ได้คิดว่าเป็นอะไร ก็เลยไม่มาตรวจ” ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลว่า “ไม่เคยรู้เหมือนกันว่ามะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้อย่างไร จะช่วยสอนการตรวจกันยังไง มีแต่รู้อีกที่ อ้าวบ้านนั้นตัดนมออกไปแล้ว เป็นมะเร็ง”

1.4 ไม่มีรูปแบบบริการทางคลินิกที่ใช้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต่อเนื่องถึงครอบครัวและชุมชน ดังที่ผู้ร่วมวิจัยพูดว่า “การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตึกก็ยังไม่มีความปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ยังไม่ได้คุยร่วมกันว่าจะช่วยกันทำยังไง” “ต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างเยี่ยม ก็ทำตามที่รู้และศึกษามา หลังผ่าตัดเต้านม บางคนก็สอนบริหาร หลังผ่าบางคนก็ไม่สอน” “เรื่องปวด ก็ประเมินไม่เหมือนกัน” “เรื่องการดูแลหลังได้รับเคมีบำบัดที่เป็นความรู้ที่ต้องสอนจริงก็มีแนวทางไม่ตรงกัน”

ผลลัพธ์ของการวิจัยในระยะนี้ส่งผลให้เกิดกรอบความคิดสำหรับการพัฒนาระบบบริการได้แก่ การ

พัฒนาความสามารถของพยาบาลให้มีความรู้ มีทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม การนำประเด็นเพศภาวะมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้สตรีเข้าถึงบริการ มีความรู้ และความตระหนักโดยการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเร็วขึ้น การสร้างรูปแบบบริการทางคลินิกที่ใช้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รวมถึงการบริการที่ต้องใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานของการให้บริการจึงเกิดการพัฒนารูปแบบบริการในระยะดำเนินการ

2. ระยะดำเนินการ เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละวงจรเกิดจากการประเมินผลลัพธ์ และการวางแผนการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และคณะผู้ร่วมวิจัย^{7,8} การศึกษาคั้งนี้พบวงจรในการพัฒนา 3 วงจรที่มีกลวิธีการพัฒนาดังนี้

2.1 วงจรที่ 1 การให้ความรู้กับพยาบาล ใช้กลวิธีเสวนาสะท้อนคิด “การให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ” กับผู้ร่วมวิจัยหลักเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยหลักยินดีเข้าร่วมโครงการ จึงสร้างทีมทำงานภายในโรงพยาบาล จากนั้นจึงเขียนโครงการเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีการเสวนาสะท้อนคิดภายหลังจากประชุม และคัดเลือกพยาบาลส่งเข้ารับการประชุม อบรมสร้างความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และกำกับติดตามการดำเนินงานตามโครงการ

2.2 วงจรที่ 2 ระบบการพัฒนามาตรฐานการดูแล และสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนี้

2.2.1 การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคณะผู้วิจัยใช้กลวิธี 1) ประสานผู้บริหารเพื่อจัดตั้งหอผู้ป่วยเคมีบำบัดเพื่อรองรับการเข้ารับการรักษาสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม จัดตั้งคลินิกเต้านมที่รับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว ที่เป็นช่องทางด่วนสำหรับคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี 2) การจัดเวลาและจัดสถานที่สำหรับผู้ร่วมวิจัยหลักใช้ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการทางคลินิกที่สหสาขาวิชาชีพใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ 3) ใช้เทคนิค

สุนทรียสนทนาเพื่อประสานปัญหาและหาข้อสรุปในการพัฒนาคุณภาพบริการตั้งแต่ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม คลินิกเต้านม การรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล และติดตามดูแลต่อเนื่องจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.2 การสร้างเครือข่ายบริการ ให้บริการเชิงรุกเพื่อความครอบคลุมในการค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกและการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กลวิธีการประสานงาน และระบบส่งต่อโดยใช้บริการช่องทางด่วน และให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการ ได้แก่

1) เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน 11 แห่งที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาล โดยผู้ร่วมวิจัยหลักที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านมในวงจรที่ 1 ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และสร้างทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และประชาชน รวมทั้งพัฒนาให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งเป็นแหล่งตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

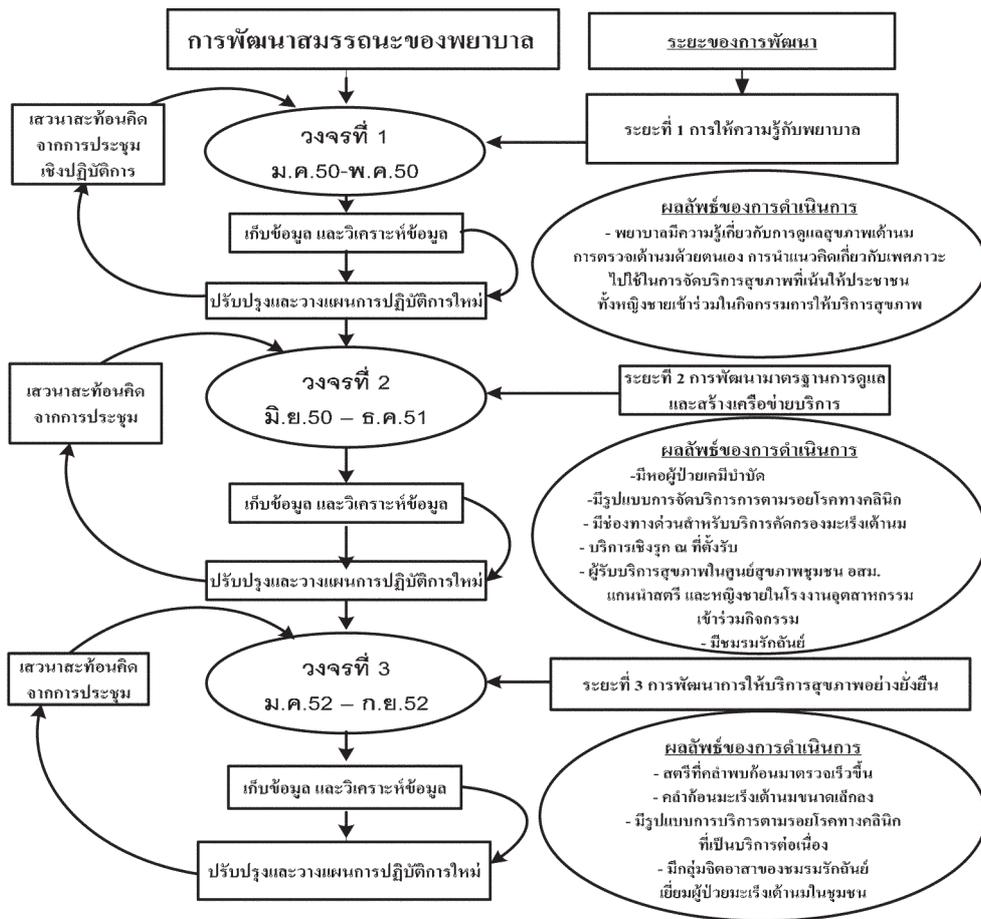
2) เครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำสตรี อาสาสมัครสาธารณสุข และโรงงานอุตสาหกรรมใช้วิธีการ “การประชาสัมพันธ์ และเทคนิคการตลาด” ให้ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมขายเครือข่ายโดยเป็นผู้บอกต่อ (direct sale) และสามารถเข้าถึงบริการช่องทางด่วนแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวของโรงพยาบาลได้

3) เครือข่ายการให้บริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งที่เป็นหอผู้ป่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง โดยกำหนดเป็นนโยบายให้การสนับสนุนอุปกรณ์การสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ทุกหน่วยบริการ มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ทั้งหญิงชายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม

4) ชมรมรักถิ่น ใช้วิธีการสนับสนุนการจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมีกิจกรรมการเยี่ยมเยียนสมาชิกที่เป็นมะเร็งด้วยกัน ให้กำลังใจ และมีกิจกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.3 วงจรที่ 3 การพัฒนาการให้บริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ใช้วิธีการเสวนาสะท้อนคิดในการประชุมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง ของชุมชนแห่งการปฏิบัติ (community of practices) เพื่อสรุปบทเรียน และพัฒนาการตามรอยโรคทางคลินิกให้สหสาขาวิชาชีพสามารถนำลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ

จากกระบวนการพัฒนา 3 ระยะดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดวงจรการพัฒนา และผลลัพธ์ของการดำเนินการดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม

3. ระยะประเมิณผล ได้ดำเนินการภายหลังที่การพัฒนาที่มีความยั่งยืนแล้ว มีข้อค้นพบที่สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

3.1 พยาบาลมีสมรรถนะทั้งความรู้และความสามารถด้านการคัดกรองได้แม่นยำ และด้านการให้คำปรึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ได้แก่

การนำความหมายเกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้หญิง (gender role) ที่สังคมกำหนดต่อบทบาทการเป็นแม่ที่ดี การเป็นภรรยาที่ดี และการคำนึงถึงความสัมพันธ์ของบทบาทหญิงชาย (gender relation) ในสังคมไทย รวมทั้งการคำนึงถึงอัตลักษณ์ของผู้หญิงชาย (gender identity) ที่ผู้หญิงต้องมีตัวตนที่สวยงาม มาใช้ในการให้บริการดังกล่าวที่ว่า

“มีคนไข้คนหนึ่งนะ หนูภูมิใจมากเลย คนไข้จะไม่ยอมผ่าตัด เพราะกลัวจะเสียภาพลักษณ์ กลัวสามีทิ้งจะไปเอายาหม้อมารักษา หนูเลยพูดว่า อายากอยู่กับลูกนาน ๆ ไหม ถ้ารักษาจะได้อยู่กับลูกนาน ๆ ถ้าไม่รักษาอีกหน่อยก็ตาย สามีก็จะมีเมียอื่น ใครจะดูแลเขาเลยเปลี่ยนใจยอมผ่าตัด คราวหน้าพาสามีมาด้วยนะ พอเขาพาสามีมา หนูก็คุยทั้งสองคน รักเมียรักลูกก็ให้พามีเมียมา หนูก็บอกกับสามีเขาว่า เห็นไหมที่เขายอม

รักษาก็เพราะเขารักคุณ (หมายถึงสามี) จากนั้นสามีเขามาตลอดจนได้ยาครบ หนูภูมิใจมากเลย หนูคิดว่าหนูจะทำอย่างนี้อีกเพื่อนำไปดูแลคนอื่น”

3.2 ก้อนมะเร็งที่พบมีขนาดเล็ก ผลการดำเนินการวิจัยพบว่าจำนวนของสตรีที่เข้าร่วมโครงการและคลำพบก้อนบริเวณเต้านมที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง “คลินิกเต้านม” ในปี พ.ศ. 2551 – ปี พ.ศ. 2553 มีขนาดของก้อนที่พบเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละขนาดของก้อนบริเวณเต้านมที่พบจากหน่วยคัดกรองมะเร็งเต้านม

ปี พ.ศ.	จำนวนสตรีที่คลำพบก้อนและเข้ารับการตรวจคัดกรอง	ขนาดก้อนน้อยกว่า 2 ซม.		ขนาดก้อนมากกว่า 2 ซม.	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พ.ศ. 2551	426	6	66.66	3	33.33
พ.ศ. 2552	220	5	71.43	2	28.57
พ.ศ. 2553	242	3	100	-	-

3.3 มีแนวปฏิบัติการตามรอยโรคทางคลินิกที่ใช้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนดังนี้ จัดหน่วยคัดกรองมะเร็งเต้านม ให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจ จัดระบบส่งต่อและการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด และก่อนให้เคมีบำบัด การประเมินความวิตกกังวล การดูแลด้านโภชนาการ การประเมินติดตามภาวะแทรกซ้อน มีระบบดูแลต่อเนื่องติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลเจ้าของไข้ และสหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มสตรีจากชมรมรักกันย์ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ชมรมรักกันย์เป็นแกนนำ

อุปสรรคของการวิจัย ทุกระยะของการดำเนินการอุปสรรคสำคัญที่พบคือ เวลาทำงานของพยาบาลไม่ตรงกับประชาชน และเวลาของพยาบาลเองไม่ตรงกันเนื่องจากผู้ร่วมวิจัยหลักอยู่หลากหลายหน่วยงาน ทั้งนี้รวมถึงระยะการสร้างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้กับแกนนำสตรีในชุมชนที่ต้องประสานกับศูนย์สุขภาพชุมชนจึงทำให้ระยะเวลาในการดำเนินการล่าช้าต้องขยายเวลาการดำเนินงานของโครงการ

การอภิปรายผล

ข้อค้นพบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่าต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลสุขภาพเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง^{12,13} การศึกษานี้ขยายข้อค้นพบองค์ความรู้ให้ชัดเจนว่าอุปสรรคที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านมช้าคือ ความอาย การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรก และความตระหนักถึงอันตราย ประกอบกับพยาบาลไม่ได้นำประเด็นเพศภาวะมาจัดบริการสุขภาพ จึงทำให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมล่าช้า ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เสนอว่าถ้ามีการนำประเด็นเพศภาวะมาจัดบริการสุขภาพแล้วจะมีผลทำให้บริการสุขภาพประสบผลสำเร็จทำให้สตรีเข้าถึงบริการได้มากขึ้น^{10,11,14}

สำหรับระยะของการดำเนินการ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม และการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ มีผลทำให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ก้อนมีขนาดเล็ก^{12,13,15,16,17} ข้อค้นพบของการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาอื่น คือ “การให้บริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับ” ที่ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม และการตรวจเต้านมกับผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั้งหญิงชายที่เข้ารับบริการที่สอดคล้องกับการพบในระยะเวลาที่สถานการณ์พบว่า ผู้ชายมีส่วนในการตัดสินใจทางสุขภาพ และทำให้สตรีที่คลำพบก้อนที่เต้านมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเร็วขึ้น^{10,11}

ผลลัพธ์ของการพัฒนาบริการนี้พบว่า ผู้ร่วมวิจัยหลักที่เข้าร่วมโครงการมีการตื่นรู้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิด และการปฏิบัติได้¹⁸ การมี “คลินิกเต้านม” ที่แผนกผู้ป่วยนอก และ “การบริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับ” ได้แก่การมีการตามรอยโรคทางคลินิก ที่ใช้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็นเจ้าของไข แสดงว่าเป็นการพัฒนาที่มีความยั่งยืน¹⁹ อีกทั้งการศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวคิดการดูแลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม การตัดสินใจร่วมกันระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัว²⁰ ที่ให้ความชัดเจนสำหรับวิธีการปฏิบัติว่าพยาบาลสามารถทำได้ด้วยการนำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหญิงชาย ความสัมพันธ์ของบทบาทหญิงชาย การเป็นภรรยาที่ดี การเป็นสามีที่ดีมาสนทนากับสตรี และบุคคลในครอบครัวเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย

สำหรับการมีกลุ่มชมรมรักกันยี่สะท้อนให้เห็นว่าระบบการให้บริการสุขภาพสตรีเป็นการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based health services) เน้นการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน มีกิจกรรมการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้เจ็บป่วยด้วยกัน^{3,4} เนื่องจากเป็นการดูแลที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีกลุ่มทางสังคมที่ประชาชนเป็นเจ้าของที่นับได้ว่าเป็นบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่เชื่อมโยงถึงระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบายการให้บริการสุขภาพ ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม และมีความตระหนักเกี่ยวกับเพศภาวะที่นำไปสู่การจัดการบริการที่ทำให้สตรีเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถเข้ารับบริการรักษามะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ในด้านการให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล

ศูนย์สามารถนำการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสตรีที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ สำหรับด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีความสามารถในการให้บริการที่ตระหนักถึงประเด็นเพศภาวะ หรือที่เรียกว่าบริการที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เพื่อส่งเสริมให้สตรีเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก^{11,21}

การศึกษาวิจัยต่อไป ควรศึกษาการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอันเนื่องมาจากประสิทธิภาพของบริการที่พัฒนาขึ้น การศึกษาประสบการณ์ของการใช้ความรู้ในตัวบุคคล (Tacit knowledge) ในประเด็นเพศภาวะมาจัดบริการเพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนการพยาบาลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อบริการสุขภาพโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. [serial online] [cited 2010 December 29] Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html>.
2. Chaiwerawatana A. Cancer in Thailand. [serial online] [cited 2010 December 29] Available from: URL: http://www.nci.go.th/File_download/Cancer%20In%20Thailand%20IV/C-II-13.PDF.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริการรบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2553. หน้า 21-7.
4. Anderson BO, Jakesz R. Breast cancer issues in developing countries: an overview of the breast health global initiative. *World J Surg* 2008; 32: 2578 - 85.
5. รัตนาภรณ์ พงษ์ประจักษ์,สุนันทา เตโซ, รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ, พวงผกา คลายนาท, ประภาพรรม สนามทอง, เยาวพันธ์ ศรีเจริญ, สุมณา จิระตราฐ, สุกัญญา จินานุรักษ์. ประสิทธิภาพของโครงการ

- ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้และพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี.วารสารวิชาการสาธารณสุขเขต 5 2551 ก.ย.-ธ.ค.; 2(3): 21-31.
6. Chan SSC, Chow DMK, Lob EKY, Wong DCN, Cheng KKF, Fung WYC, et al. Using a community-based outreach program to improve breast health awareness among women in Hong Kong. *Public health Nurs* 2007; 24: 265-73.
 7. Chandler D, Torbert B. Transforming inquiry and action: Interviewing 27 flavors of action research. *Action Research* 2003; 1(2), 133-52.
 8. Lofman P, Pelkone M, Pietila A. Ethical issues in participatory action research. *Scand J of Caring Sci* 2004; 18:333-40.
 9. ศิริพร จิรวัดนกุล. วิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท; 2549. หน้า 113-5.
 10. World Health Organization. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO. Retrieved January 30, 2008[cited 2010 Nov 5]. Available form; URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_tio/WHA60_/A60_19-en.pdf.
 11. บุญสืบ โสโสม. กระบวนการพัฒนาการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับการดูแลผู้พิการในสถานบริการปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2552.
 12. Ruhl C. Breast health screening. *Nurs Women Health*. 2007; 11(3):326-30.
 13. Nickerson M, Potter P. Teaching breast self-examination through pantomime: a unique approach to community outreach. *J Nurs Oncol* 2009; 13(3):301- 4.
 14. Chirawatkul, S. Mainstreaming gender perspectives in women's health's mental health. *Thai J Nurs Res* 2005; 9:133-40.
 15. Ceber E, Turk M, Ciceklioglu M. The effects of an education program on knowledge of breast cancer early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs* 2010; 19:2363-71.
 16. สุพัตรา อยู่สุข,มาริสสา ไกรฤกษ์,ราศี ลีนะกุล. กระบวนการจัดการผลลัพธ์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(3) : 1-11.
 17. บุชบา สมใจวงษ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, พิมพิมาส ลิงหาคม. การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548; 28(1): 11-20.
 18. Conway J, FitzGerald M. Process outcomes and evaluation: challenges to practice development in gerontological nursing. *J Clin Nurs* 2004; 13:121-7.
 19. Kadmon I, Barak F. Multidisciplinary approach to breast cancer: a new outlook on nursing care. *Clin Oncol Cancer Res* 2009; 6:157-60.
 20. ชลิดา ธนัฐธีรกุล. การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: แนวคิดที่ท้าทายสู่การปฏิบัติในบริบทของสังคมไทย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2546; 26(3):61-7.
 21. บุญสืบ โสโสม, กมลอินทร์ วรรณเชษฐอิสรา, วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี, สุจินตนา พันธกล้า. การดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับบุคคลที่มีความพิการ: การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553 ; 33(3): 69-76.