



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Peer-support Group Engagement
and Quality of Life in People Living with HIV/AIDS

โดย ดร. ณัฐณิย์ มีมนต์

มีนาคม 2559

สัญญาเลขที่ MRG568125

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Peer-support Group Engagement
and Quality of Life in People Living with HIV/AIDS

ผู้วิจัย ดร. ณัฐณิย์ มีมนต์

มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

ABSTRACT

Project Code : MRG568125

Project Title : Peer-support Group Engagement and Quality of Life in People Living with HIV/AIDS

Investigator : Dr. Natthani Meemon

E-mail Address : natthani.mee@mahidol.ac.th

Project Period : June 2013 – February 2016

The present study aims to examine the impact of the peer-support group engagement on QOL and to investigate the accumulation of social capital in response to HIV situation in an experienced setting. The validated WHOQOL-HIV-BREF instrument has been used to measure QOL in a convenient sample of 518 HIV-infected outpatients. The relationship between social capital and QOL, controlling for the effects of socio-demographic and health-related characteristics has been examined using structural equation modeling. Content analysis has been conducted for the interview data from 19 representatives of 13 organizations working in the HIV field in Phayao.

The study findings reveal that the patients who have been more engaged in the peer-support group have better QOL. The PLWH who are employed, have higher income and have been diagnosed with HIV for a longer period demonstrate better QOL than their counterparts. QOL is poorer in those who have another disease in addition to HIV. At community level, Phayao has developed strong a social capital in response to severe HIV outbreak and large number of AIDS-related deaths with the involvement of diverse stakeholders. The HIV peer-support groups had been established in all hospital throughout the province and contributed to better QOL in PLWH. Yet, the withdrawal of international funders upon the accomplishment in controlling HIV situation had led to the negligence of HIV. The participation in peer-support group has been seen as unnecessary for the new generation of PLWH. The re-emergence of the disease in the population groups in which the infection was once controlled, together with the new incidence in other vulnerable groups such as migrants, MSM and younger people during recent years has posted new challenges to Phayao province.

Keywords : Peer-support group, PLWH, HIV/AIDS, Social capital, Quality of life

บทคัดย่อ

Project Code : MRG568125

Project Title : การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Investigator : ดร. ณัฐณีย์ มีมนต์

E-mail Address : natthani.mee@mahidol.ac.th

Project Period : มิถุนายน 2556 - กุมภาพันธ์ 2559

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาการก่อร่างของทุนทางสังคมที่ตอบสนองต่อพลวัตของสถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ในการจัดการปัญหาเอดส์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเอชไอวีจำนวน 518 รายโดยใช้แบบสอบถามฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHO-HIV-BREF) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้แก่การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ลักษณะทางประชากร สถานะทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวีด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง รวมถึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 19 ราย จาก 13 องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ในพื้นที่จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในระดับปัจเจกพบว่า ความมีส่วนร่วมและผูกพันกับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การมีงานทำ การมีรายได้ และระยะเวลาการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว ในระดับชุมชน การสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่รุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยทำให้จังหวัดพะเยามีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งและหลากหลาย มีการสนับสนุนการตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วทั้งจังหวัดและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อสถานการณ์คลี่คลาย องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรระดับนานาชาติที่เป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งในด้านงบประมาณและองค์ความรู้ก็ค่อยๆ ลดบทบาทลงและถอนตัวไปจากพื้นที่ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่เห็นความจำเป็นของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพราะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัส และใช้ชีวิตได้ตามปกติเพราะชุมชนคุ้นชินกับโรคเอดส์ เมื่อความสนใจในปัญหาเอดส์แผ่วลง เชื้อเอชไอวีได้กลับมาอุบัติซ้ำในกลุ่มประชากรเดิมที่เคยป้องกันสำเร็จและกลุ่มประชากรใหม่ที่มีความเปราะบาง อาทิ บุคคลต่างด้าว ชายรักชาย และวัยรุ่น ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายประเด็นใหม่ของจังหวัดพะเยาในการขับเคลื่อนทุนทางสังคมเท่าที่มีอยู่เพื่อจัดการกับปัญหาเอดส์อีกครั้ง

Keywords : กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, HIV/AIDS, ทุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต

ACKNOWLEDGEMENTS

This study is funded by the Thailand Research Fund (Grant number MRG5680125). Appreciation must be expressed to my research colleagues at the department of Society and Health, Mahidol University – Dr. Seung Chun Paek, Ms. Daraphak Yenchai, Ms. Nipaporn Pinkam, Ms. Supornthip Puvarujanan, Ms. Wanidcha Tunsene, Ms. Salakjit Chuenchom, Ms. Natthanit Ketkuntorn, Ms. Isaree Srianan, Ms. Chalothorn Srimanee, Ms. Parichat Dokmai and Ms. Warankana Saripan. I gratefully acknowledge my former supervisor and the deputy director of the Phayao Provincial Public Health Office – Ms. Saowanee Panpattanasakul for her generous coordination. This work could not be completed without the kind participation from the HIV peer group members, the HIV clinic nurses at Phayao, Mae Jai, Dokkhamtai, Jun, Pong, Chiang Muan and Chiang Kham Hospitals and all the key informants. I would like to offer my sincere thanks to Dr. Shekhar Saxena at the WHO for kindly providing the permission to translate the WHOQOL-HIV-BREF into Thai language. I also thank the project mentor, Dr. Penchan Sherer for her kind support.

TABLE OF CONTENTS

ABSTRACT.....	i
ACKNOWLEDGEMENTS.....	iii
TABLE OF CONTENTS.....	iv
LIST OF FIGURES	vi
LIST OF TABLES.....	vii
CHAPTER ONE: INTRODUCTION.....	1
Introduction to the Research Problem and Its Significance	1
Literature review	3
Quality of life of PLWH	4
Peer-support approach	7
Social capital.....	9
Conceptual Framework	11
Study Objectives	12
CHAPTER TWO: METHODOLOGY	13
Study Design	13
Study setting	13
Participants and procedures	14
Sources of Empirical Data, Study Variables and Measurement	15
Quantitative data.....	15
Qualitative data.....	19
Data Analysis	19
Quantitative data analysis.....	19
Qualitative data analysis	21
CHAPTER THREE: FINDINGS - PEER-SUPPORT GROUP ENGAGEMENT AND QUALITY OF LIFE	22
Descriptive Statistics	22
Reliability and Validity of the Measurement	26
Social capital construct.....	26
QOL construct	28
Engagement in Peer-support Group and Quality of Life in PLWH.....	30

QOL Domain Scores across Different Subgroups	33
CHAPTER FOUR: FINDINGS - HIV SITUATION AND CHALLENGES TO PHAYAO PROVINCE.....	36
Characteristics of Phayao HIV Community.....	36
Dynamics of HIV Situation in Phayao.....	37
The “Dark” period	37
The “Golden” period	39
The “Re-emergence” period	41
Transition of Social Capital in Response to the Dynamic HIV Situation.....	43
The stakeholders	43
Responses to HIV situation	45
CHAPTER FIVE: CONCLUSION AND DISCUSSION	52
Summary of the Study Findings.....	52
Discussion	55
The WHOQOL-HIV-BREF instrument	55
Significance of HIV peer-support group	57
Social capital in HIV community	58
Study Limitation.....	60
REFERENCE.....	62
APPENDIX.....	68

LIST OF FIGURES

Figure 1. A Conceptual Framework for Determining PLWH's Quality of Life in Relation to the Engagement in HIV Peer-support Group.....	12
Figure 2. A Measurement Model of Social Capital with Three Related Domains	27
Figure 3. A Measurement Model of Social Capital with Eight Indicators	28
Figure 4. A Measurement Model of Quality of Life (WHOQOL-HIV-BREF)	30
Figure 5. PLWH Characteristics, Social Capital and Quality of Life.....	32
Figure 6. Incidence of HIV-infection in Pregnant Women, Male Adults Screened for STIs, Blood Donors and Female Sex Workers During the Year 1989-2013 (B.C. 2532-2556).....	42
Figure 7. Multilevel Stakeholders Responding to HIV Situation in Phayao	43
Figure 8. Changes in HIV Situation and Stakeholder Involvement in Phayao from 1989 - Present	46

LIST OF TABLES

Table 1. Number of Study Participants (N=518)	15
Table 2. The Informants Participating in the In-depth Interview (N=19).....	16
Table 3. Socio-demographic and Health-related Characteristics of the Study Sample (N=291) .	23
Table 4. Scale Distributions for each Social Capital Domain and Item (N=291).....	24
Table 5. Scale Distributions for each QOL Domain and Item (N=291).....	25
Table 6. Analysis of Social Capital Domains and Items (N=291).....	28
Table 7. Analysis of WHOQOL-HIV-BREF Domains and Items (N=291).....	29
Table 8. Maximum Likelihood Estimates for the Structural Equation Model of QOL	33
Table 9. Comparison of QOL Domain Scores for Different Subgroups (N=291).....	34

CHAPTER ONE: INTRODUCTION

Introduction to the Research Problem and Its Significance

The recent advances in HIV treatment and their widespread availability has contributed to substantial declines in HIV-related complications and increases in life expectancy in persons living with HIV (PLWH). Such achievement has changed the perception of HIV from a terminal to a potentially manageable chronic illness (UNAIDS, 2013).

Nonetheless, the prolonged survival for an HIV patient may coincide with extended periods of undesirable side effects of treatments as well as psychological and social challenges attributable to discrimination and stigmatization (Basavaraj, Navya, & Rashmi, 2010; Halloran, 2006; Hsiung et al., 2011). The complexity of such experience highlights the relevance of quality of life, which is central to the understanding how a patient's life is affected by HIV infection (WHOQOL-HIV Group, 2003). It is also an important endpoint for assessing HIV-related intervention's impacts (Clayson et al., 2006).

Health scientists and practitioners are increasingly aware of the significance of psychosocial approaches to improve overall quality of life among PLHA, as the focus of HIV care has shifted from the treatment of disease to health promotion (Dennis, 2003). Besides providing clinical care and treatment, medical facilities in Thailand have been supporting other activities that promote quality of life. HIV-infected patients who disclose their HIV status form peer-support groups to share psychosocial aspects to build support ties among them. Many hospitals facilitate HIV peer group's activities by providing them physical spaces and health education. Variety of peer-support activities have been provided to PLWH, which result in increased access to ambulatory care and psychosocial support. In general, the peer-group

activities comprise of peer-to-peer counseling, training on HIV self-care, assisting for administrative work in hospital's HIV clinics, religious practices such as chanting and meditation, and other voluntary activities.

The establishment and networking of HIV peer-support groups has contributed to a broad involvement of PLWH in counseling, home visits, home and community care. It also facilitates the advocacy on range of issues such as medications, access to unprejudiced clinical care, and stronger protection of human rights of those infected and their families. Most PLWH groups are based in district hospitals, depending upon the willingness of the hospital directors to provide space, some in the homes of PLWH (Im-em & Suwannarat, 2002). PLWH who participate in peer groups, thus, are expected to receive better knowledge of HIV clinical and self-care and psychosocial supports, which could eventually lead to their better quality of life.

Literature on the determinants of quality of life in Thai HIV-infected patients are expansive. Most studies focused on the association between quality of life and the patient's health-related characteristics. Some of them added the intervening impacts of clinical treatment, which helped confirm the significant roles of the provision of medical care in enhancing the physical wellbeing of the patients. In addition, the other aspects of wellbeing such as social relationship, environmental health, psychological health and spiritual health in PLWH were found to be influenced by the environment outside medical facilities such as social support and community's acceptance (e.g., Ichikawa & Natpratan, 2006; Khumsaen, Aoup-por & Thammachak, 2012). Nevertheless, the evidence regarding the relevance of psychosocial care provided in health services setting in Thailand is found to be limited. Considering the importance of holistic care approach employed in the Thai HIV care setting, this study emphasizes the HIV-infected patients' engagement in peer-support group as a social process occurring within and

facilitated by the medical facilities. The study, therefore, offers an investigation of the extent to which such engagement contributes to their better quality of life.

In addition, in the upper Northern Thailand, various sectors have been providing supports for PLWH (Im-em & Suwannarat, 2002). This study was conducted in Phayao, a province that has been most heavily affected by HIV/AIDS. The community response to the pandemic has emerged in this area for decades and resulted in a sharp decrease of new infections, AIDS-related deaths and stigmatization (Phayao Public Health Office, 2015). Phayao's extensive experience in managing HIV/AIDS problem has been claimed to create an enabling environment for the formulation of PLWH peer groups and networks through the involvement of multiple stakeholders at local, national and international levels. This unique context might contribute to better quality of life of PLWH indirectly. As such, understanding the functions and dynamics of these stakeholders in managing HIV/AIDS would help portray how PLWH networks are formulated, managed and sustained.

Confirming the contribution of the involvement in HIV-peer-support group on PLWH quality of life within a context of health care, together with exploring the properties of HIV/AIDS management in a context of community might encourage the policy decision-makers to support the intervention programs that assert the importance of facility/community-based practices and integrated HIV care system in Thailand's unique setting.

Literature review

The study purports to investigate the process in which HIV peer-support group is established in the context of health care, the characteristics of those who participate in the group and the extent to which the engagement in the group would lead to PLHA's quality of life. The concept of quality of life in this study with its measurement is clarified in the literature review. In

order to address the mechanisms and contribution of HIV peer-support group as well as the approaches to strengthen the collaboration among various stakeholders in response to the HIV situation, the concepts of peer support and social capital are employed as the main perspective for this study.

Quality of life of PLWH

Quality of life (QoL), in general, is a concept that incorporates multidimensional aspects of satisfaction with life as a whole. The World Health Organization defines QoL as “*individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*” (WHO Quality of Life [WHOQOL] Group, 1995, p. 1405). Although the definitions of QoL are quite diverse across studies and settings, QoL measures capture generally agreed components such as physical health, psychological health, social health, environmental health and spiritual health. For assessing the QoL in patients, the term health-related quality of life (HRQOL) has been used. HRQOL are concerned with evaluating the aspects that are affected by disease or treatment of disease (Fayers & Machin, 2013). Because the selected measurement is specific to HIV disease, the term QOL used in this study has the same definition as HRQOL.

Quality of life instrument

In the context of HIV, the instruments created purposively for assessing HRQOL of PLHAs are quite expansive. There are translated versions of many tools available for international use. However, the majority of them were developed within a single culture, mostly in Western settings (Saddki et al., 2009). Because an individual’s evaluation of quality of life is subject to the context of their cultures and values (WHOQOL-Group, 1995), it is necessary to ensure that the assessment tools are applicable to people with different cultural backgrounds.

The World Health Organization Quality of life (WHOQOL) Group, in collaboration with multiple study centers worldwide, has developed a quality of life assessment tool for cross-cultural use, which is called the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-100 (WHOQOL-Group, 1995). The 26-item WHOQOL-BREF, the shorter version of the WHOQOL-100 was created for more practical administration. It demonstrates satisfactory psychometric properties across samples from different cultures. Both instruments have been applied to measure quality of life in diverse groups of patients (Skevington, Sartorius & Amir, 2004).

The WHOQOL-HIV has been developed to use in PLWH. As a supplement to the WHOQOL-100, the WHOQOL-HIV contains additional 20 items specific to HIV. Those items were derived from another multiple-center study in six countries including Australia, India: Bangalore, India: New Delhi, Italy, Thailand, Ukraine and Zimbabwe (WHOQOL-HIV-Group, 2003). The shorter version, the WHOQOL-HIV-BREF is based on the WHOQOL-BREF in that all 26 questions of the WHOQOL-BREF are repeated and five additional HIV-specific questions are extracted from the WHOQOL-HIV (O'Connell & Skevington, 2012).

In recent years, the WHOQOL-HIV-BREF has been applied in many countries such as in Brazil (da Costa & de Oliveira, 2013), Burkina Faso (Bakiono et al., 2014), Ethiopia (Mekuria, Sprangers, Prins, Yalew, & Nieuwkerk, 2015), India (Peter, Kamath, Andrews, & Hegde, 2014), Iran (Nikooseresht et al., 2014), Malaysia (Saddki et al., 2009), South Africa (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2008), Taiwan (Hsiung et al., 2011) and Vietnam (Tran, 2012; Van Tam et al., 2012). However, the use of the WHOQOL-HIV-BREF in Thailand remains insufficiently documented compared to other competing HIV-specific HRQOL instruments with an available Thai version. To the best of our knowledge, no application of the WHOQOL-HIV-BREF in a Thai sample has been reported except that of the pilot study (O'Connell & Skevington, 2012).

Only the Thai version of the 26-item WHOQOL-BREF has been widely applied so far (e.g., Acharya, 2014; Bunjoungmanee, Chunloy, Tangsathapornpong, Khawcharoenporn, & Apisarnthanarak, 2014; Munsawaengsub, Khair, & Nanthamongkolchai, 2012; Nonenoy et al., 2010; Sakthong, Schommer, Gross, Sakulbumrungsil, & Prasithsirikul, 2007). Considering that the WHOQOL-HIV-BREF offers a more comprehensive measurement of HRQOL for HIV-infected people, an assessment of this instrument would contribute to the limited literature on how the WHOQOL-HIV-BREF should be employed and analyzed in the Thai setting. *Hence, the reliability and validity of the WHOQOL-HIV-BREF when applied to a sample of Thai HIV-infected patients are presented in the study.*

QOL and its correlates

QOL has become an essential outcome to consider in the overall health and wellbeing of PLWH. However, conclusions on what other factors besides the medical treatment can contribute to a better QOL are diverse (Van Tam et al., 2012). Numerous studies investigate demographic and psychosocial determinants of quality of life among PLWH. The findings vary by research settings, measurements, and methods. For example, Rajeev et al. (2012) conducted a study in Chitradurga city, India and examine mean differences between groups of PLWH's individual attributes and found that education, income, occupation, antiretroviral therapy (ART) status and the duration of taking ART determined quality of life. Imam (2011) found that in Dhaka, Bangladesh, perceptions of overall health was higher among female, younger PLWH and urban residents. In a multi-national study, Safren et al. (2002) also observed the variations of HRQOL subscales in relation to demographical characteristics. Nevertheless, the results indicated that only few subscales varied by sex and age.

In Thailand, the findings concerning the correlates of QoL are also diverse. It was found that HIV-infected patients living in Bangkok metropolitan who were 40 years or older had significantly lower QoL comparing to those with younger ages (Taechaboonsersak et al., 2008; Nonenoy et al., 2010). However, another recent study by Bunjoungmaee, Chunloy, Tansathapornpong, Khawcharoenporn & Apisarnthanarak (2014) found that patients who aged older than 50 years had better QoL. The duration of exposure to family was also found to be positively associated with QoL (Taechaboonsersak et al., 2008). In terms of clinical conditions both children and adults who had higher levels of CD4 counts, were not suffering from AIDS-related illnesses and had good adherence to ART had a higher QoL in all domains (Nonenoy, 2009). *The socio-demographic and HIV-related characteristics of PLWH thus, are considered in this study as predisposing attributes that might be associated with quality of life.*

Peer-support approach

Theoretically embedded within the social relationship construct, peer support is a concept that lies under the created social networks either with or without professional involvement (Dennis, 2003). Peer support is considered as an approach that occurs from the lay individuals' self-help movement to address evolving health needs that professionals alone cannot provide (Stewart & Tilden, 1995). This movement specifically incorporates peer lay individuals with experiential knowledge who extend natural (embedded) social networks and complement professional health services (Dennis, 2003). A concept analysis conducted by Dennis (2003) offers a definition of peer support, which has been broadly used in the health care context as follow:

“Peer support, within the health care context, is the provision of emotional, appraisal, and informational assistance by a created social network member who possesses experiential

knowledge of a specific behavior or stressor and similar characteristics as the target population, to address a health-related issue of a potentially or actually stressed focal person.” (p. 329)

Peer support, in particular, has been shown to be an important approach for PLHW in various studies. Successful peer-support programs incorporate a unique set of physical health, mental health and social case-management services provided by trained professionals (Wright et al., 1998). Peer educational approaches and peer outreach advocacy strategies to prevention have been found to be successful among the intervention programs targeting men having sex with men, commercial sex workers, students, drug users and others-at-risk for HIV (Latkin & Knowlton, 2005b; UNAIDS, 2008). Psychological intervention emphasizing pro-social roles and social identity, and incorporating peer outreach strategies, can reduce HIV risk in low-income, drug-using communities (Latkin, Susan & Amy, 2003). A research suggests that support groups for PLWH are an important element of large-scale risk reduction in some settings. These organizations can help to reduce stigma, strengthen network ties and promote risk reduction norms (Latkin & Knowlton, 2005a). In Thailand, support groups for women with HIV have emerged as an important resource to dealing with stigma and discrimination (Liamputtong, Haritavorn & Kiatying-Angsulee, 2009)

The participation in peer support group has been found to be associated with the characteristics of PLWH. Previous studies indicated that those who attended support group knew they were HIV-seropositive for a longer time, had lower educational attainment, reported less emotional distress and had more social contact than did those who did not participate. Thus, HIV-infected individuals could become socially reconnected while individuals who avoided coping strategies experienced more emotional distress and were less likely to seek support groups (Kalichman, Sikkema & Samlai, 1996; Walch Roetzer & Minnet, 2006). *Therefore, the*

present study investigates the engagement in HIV peer-support group in relation to individual characteristics.

Social capital

Social capital is considered a major social force and concept influencing people's health and health care (Wan & Lin, 2003). Bourdieu (1986) sees social capital as the benefits arising from "an *individual's* engagement in networks of social acquaintances and recognition" (Campbell et al., 2013). The concept of social capital has been interpreted by Coleman (1990) as the "associations within and among other entities" (Grootaet & Bastlaer, 2002). Later, Putnam (1993) adds an emphasis on the benefits of group membership to the wider scope of *community members*, not only the involving individual. Thus, he defines social capital as "those features of social organizations, such as networks of individuals or household, and the associated norms or values that create externalities for the society as a whole". This concept has been applied in the field of community health care in terms of people's membership of voluntary community organizations. The community that supports health promotion enables health-enhancing behavior and is characterized by community networks and relationships that serve as a barrier to health-damaging stress (Campbell, William & Gilgen, 2002).

Despite researchers' attempts to reach agreement on the components of social capital, its conceptualization varied widely across different studies. The measures of social capital include mainly social cohesion, social support, social integration and civil society (Baron-Epel et al., 2008). Social capital in the HIV field has been observed at both individual and community levels. Both levels similarly imply social relationship that occurs through membership or collaboration and yields benefits for each individual and the community as a whole.

At individual level, the PLWH engagement in peer-support group is more likely to be established on individual perception of social capital including trust, social involvement and reciprocity (Wan & Lin, 2003). Participating in HIV peer-support group is another step further from the level of disclosure: from friends and family to a community. The 'trust' established among PLWH can be considered easier due to their shared experiences of being an HIV-infected person. Newcomers can perceive that the people in the peer group are helpful and can share common interests. Such mutual trust is established together with the involvement in collective practice of HIV group activities, and collective practices illustrate the extent of obligation to assist and give supports to other patients. The membership in peer-support group will later become more formal by active social activities the PLWH perform together. Upon the involvement, the group members might consider that they have benefits from the participation in public activities and have learned about HIV medical services available in the community. They also share a sense of common goals and interests in promoting HIV self-care, adherence to medication and prevention with others in the community. Participation in PLWH network was found to strongly associated with PLWH's mental health and overall quality of life because they can obtain social and psychological supports from peers and health professionals (Sowell et al., 1997; Wright et al., 1998; Gielen et al., 2001). *As such, social capital, as reflected by the level of trust, involvement and reciprocity through the engagement in peer-support group is hypothesized to be potential determinants of quality of life in PLWH in this study.*

At community level, local community networks (including informal extended family and neighborhood), as well as more formal groups (including health professionals and NGO workers), often play a vital role in framing people's response to HIV. In addition, external sponsorship of local groups can play in facilitating local HIV competence (Campbell et al.,

2013). In this sense, social capital for promoting PLHA's health not only is derived from the PLWH's engagement in a peer group itself but also from the creation of the contexts that enable and support the HIV community to have optimally beneficial effects. However, the involvement of local, national and international stakeholders can be changed over time as it is subject to the dynamic HIV situation. *Therefore, this study additionally explores the dynamic attributes of social capital at community level by investigating the development of roles and functions of multi-level stakeholders in implementing the interventions against HIV/AIDS in the selected setting.*

Conceptual Framework

Using the concepts of QOL, peer support and social capital, the conceptual model to investigate the process in which PLWH establish and engage in peer-support group and the extent to which the engagement contribute to quality of life is illustrated in Figure 1.

From Figure 1, individual PLWH's predisposing attributes including socio-demographic status (e.g., gender, age, marital status, employment, income, level of education, etc.) and HIV-related characteristics (e.g., time since diagnosed with HIV, disclosure status, CD4 counts and ART) were hypothesized to determine the engagement in peer-support group in hospital setting. The level of engagement is composed of the three domains of social capital: trust, involvement and reciprocity, as perceived by PLWH. These individual attributes, particularly clinical conditions may also directly influence QoL while the level of engagement can exert mediating effect on QoL. Contextual characteristics of the selected study site including the collaborations among potential stakeholders at local, national and international levels at each point of time were also investigated to portray the dynamic enabling environment for HIV management.

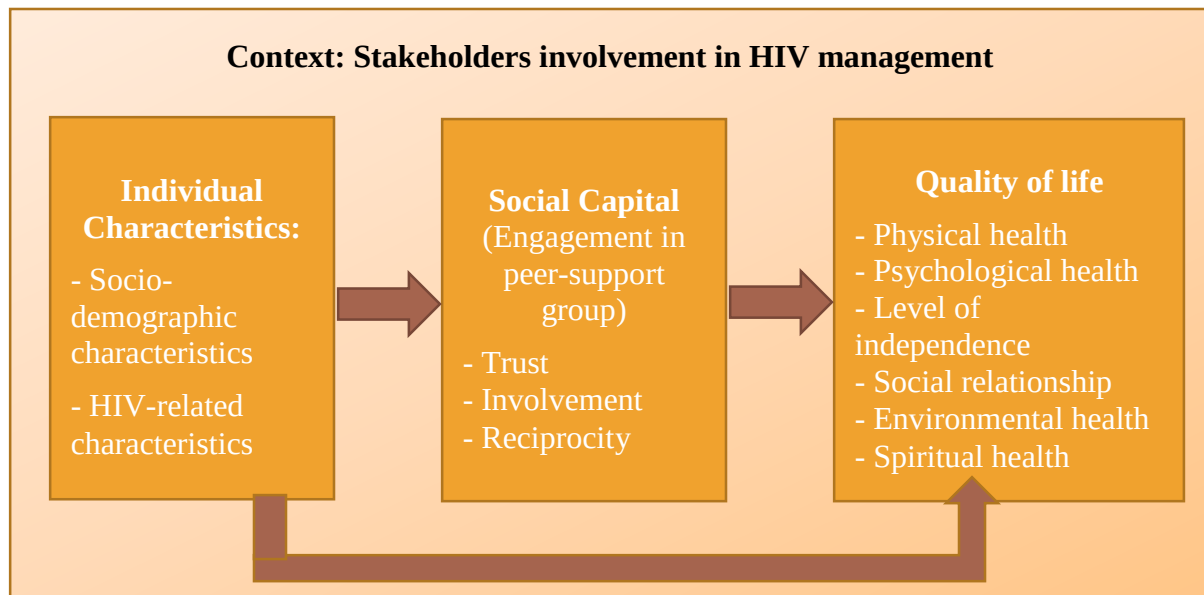


Figure 1. A Conceptual Framework for Determining PLWH's Quality of Life in Relation to the Engagement in HIV Peer-support Group

Study Objectives

- 1) To assess the reliability and validity of the WHOQOL-HIV-BREF instrument for measuring quality of life in a Thai HIV-infected sample
- 2) To investigate the extent to which the engagement in HIV peer-support group could determine quality of life
- 3) To identify the dynamics of community-level social capital in terms of multi-sectoral stakeholders' roles and functions in managing HIV situation in an experienced setting

CHAPTER TWO: METHODOLOGY

Study Design

For the purpose of the study, both quantitative and qualitative approaches are employed. Firstly, a cross-sectional, quantitative method has been used to examine the influences of predisposing and enabling attributes (i.e., socio-economic status, HIV-related status and engagement in peer-support group) on quality of life at individual level. Secondly, a qualitative method has been used to explore the history of HIV management in the study setting at community level and to explain the dynamics of the roles and function of multi-level, multi-sectoral stakeholders who entered into the study setting across different points of time.

Study setting

This research was conducted in Phayao province in the Northern Thailand. Phayao is one among the northern provinces that have been heavily affected by HIV. The prevalence rate in Phayao was as high as 211.7 per 100,000 populations in 2003, before the sharp decrease to 78.17 in 2008 and 8.10 in 2014 (Phayao Public Health Office, 2015). The rationale of selecting this research site was that Phayao is a small province that has presented a series of successful implementation of HIV-related public interventions. For example, Phayao is the first and only one province that implemented the HIV care and treatment quality improvement model in its all public hospitals (The Bureau of AIDS, TB and STIs, 2012), which implies the province's vigorous actions against the epidemic. In addition, choosing only one province will eliminate the variation of provincial HIV-related policies that might be specific to each locale. All public hospitals in Phayao are very accessible hence, the data collection is not compromised by limited time and resources.

There are a total of seven districts in the province. Each district has its own public hospital. Two hospitals are tertiary-level facilities (i.e., general hospitals) located in the districts with higher population density and five hospitals are secondary-level facilities (i.e., community hospitals) located in the districts with lower population density. All hospitals have a special unit or clinic dedicated for serving HIV patients and offered peer-support group activities.

Participants and procedures

For examining the impacts of social capital on quality of life at individual level, the study population consisted of adult HIV-infected patients who registered to receive HIV-related outpatient care in a hospital's HIV unit in the province. Participants were enrolled upon their visits on hospital's active HIV clinic days (i.e. those offering CD4 monitoring; ART counseling; or group activities) during a three-month period (August – October, 2015). Trained researchers were available on-site to provide assistance in completing the questionnaires to those who had difficulty to read. All patients who made the visit during the data collection period were informed about the study purpose. Those agreed to participate in the study gave a written consent. The data collection was done by convenience approach. The number of participants per each hospital was determined by the size of hospital and the total number of HIV-infected patient enrollments. Finally, a total of 518 patients were recruited from the seven hospitals. Table 1 presents the number of participants from each hospital in the study.

For exploring the dynamics of social capital in HIV management at community level, the study population consist of governmental and non-governmental stakeholders at different levels. Semi-structured, in-depth interviews were conducted with the representatives from provincial public health office, public hospitals, HIV peer support groups, HIV networks, local administrative offices and merit-based organizations. A snowball approach was used to identify

potential informants. A written consent was given by each informant. A total of 19 informants from 13 organizations gave the interview. The information about the study informants is presented in Table 2.

Table 1. Number of Study Participants (N=518)

Hospital	Number of participants	Percent
Chiangmuan	18	3.5%
Pong	30	5.8%
Mae Jai	42	8.1%
Jun	68	13.1%
Dok Kham Tai	94	18.1%
Chiangkham	132	25.5%
Phayao	134	25.9%
Total	518	100.0%

Ethical approval of the study was granted by the Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University and Phayao Public Health Office ethical review boards.

Sources of Empirical Data, Study Variables and Measurement

Quantitative data

A survey questionnaire to obtain essential information about PLWH's demographical characteristics, socio-economic status, HIV-related status, level of engagement in peer-support group and quality of life was developed. The questionnaire included the measurement tools of the two main constructs employed in the study: (1) engagement in peer-support group (social capital) and (2) health-related quality of life.

Table 2. The Informants Participating in the In-depth Interview (N=19)

Organization	Type	Informant (number)
Pong hospital	Health care facility	HIV nurse (1) Peer-support group leader (1)
Dok Kham Tai hospital	Health care facility	HIV nurse (1) HIV group leader (2)
Jun hospital	Health care facility	HIV nurse (1) Peer-support group leader (1)
Phayao hospital	Health care facility	HIV nurse (1) Peer-support group leader (1)
Mae Jai hospital	Health care facility	HIV nurse (1)
Sang Tien (Candlelight) Group	HIV group	HIV group leader (1)
Phayao HIV holistic care network center	Non-government organization	Organization leaders (2)
Tambon Ban Sang Community health center, Muang district	Health promotion facility	Director of health center (1)
Tambon Ban Tam Community health center, Muang district	Health promotion facility	Director of health center (1)
Tambon Honghin Municipality, Jun district	Local administrative office	Director of public health and environment department (1)
Thida Metta Dharma Foundation	Merit-based, Catholic organization	Founder (1)
Tan Kham Buddhist Temple	Religious institution	Abbot (1)
Phayao Provincial Public Health Office	Provincial health policy organization	Head of HIV/AIDS and substance abuse department (1)

Exogenous variable: Engagement (Social capital)

Engagement in peer-support group is conceptualized according to social capital perspective as the level of trust, social involvement and reciprocity toward peer-support group participation as perceived by the HIV-infected patients. Adapting from the measurement proposed by Wan & Lin (2003), social capital is conceptualized as three related constructs including trust, social involvement, and reciprocity/benefits as perceived by the respondents.

Each question was scored by a five-point scale ranging from 1 (*lowest*) to 5 (*highest*). (1) Trust is defined as the extent to which a respondent feels comfortable and trusting others in the peer groups, considers that people in the peer group program supported by hospital are helpful, and shares a common interest with the group member. (2) Social involvement is a similar concept of associational membership (Kawachi et al., 1997, 1999; Lochner et al., 2002), engagement in politics (Putnam, 1995) and civic participation (Veenstra, 2002). Social involvement is measured by the extent that a respondent actively participates in peer-support group and the frequency of attending the group activities. (3) Reciprocity is defined by the extent to which the respondent reports having benefited from participating in peer-support group and having learned about specific medical services available in the hospital, and sharing a sense of common goals and interests in promoting health with others in the group.

Endogenous Variable: Health-related Quality of Life

The study uses the WHOQOL-HIV-BREF instrument to measure health-related quality of life in HIV-infected patients. The World Health Organization Quality of life (WHOQOL) Group, in collaboration with multiple study centers worldwide, has developed a quality of life assessment tool for cross-cultural use, which is called the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-100 (WHOQOL-Group, 1995). The 26-item WHOQOL-BREF, the shorter version of the WHOQOL-100 was created for more practical administration. It demonstrates satisfactory psychometric properties across samples from different cultures. Both instruments have been applied to measure quality of life in diverse groups of patients (Skevington, Sartorius & Amir, 2004).

The WHOQOL-HIV was developed to use in PLWH. As a supplement to the WHOQOL-100, the WHOQOL-HIV contains additional five facets with 20 items specific to HIV. Those

items were derived from another multiple-center study in six countries including Australia, India (Bangalore and New Delhi), Italy, Thailand, Ukraine and Zimbabwe (WHOQOL-HIV-Group, 2003). The shorter version, the WHOQOL-HIV-BREF is based on the WHOQOL-BREF in that all 26 questions of the WHOQOL-BREF are repeated and five additional HIV-specific questions are extracted from the WHOQOL-HIV (O'Connell & Skevington, 2012).

In recent years, the WHOQOL-HIV-BREF has been applied in many countries such as in Brazil (da Costa & de Oliveira, 2013), Burkina Faso (Bakiono et al., 2014), Ethiopia (Mekuria, Sprangers, Prins, Yalew, & Nieuwkerk, 2015), India (Peter, Kamath, Andrews, & Hegde, 2014), Iran (Nikooseresht et al., 2014), Malaysia (Saddki et al., 2009), South Africa (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2008), Taiwan (Hsiung et al., 2011) and Vietnam (Tran, 2012; Van Tam et al., 2012). However, the use of the WHOQOL-HIV-BREF in Thailand remains insufficiently documented compared to other competing HIV-specific HRQOL instruments with an available Thai version. To the best of our knowledge, no application of the WHOQOL-HIV-BREF in a Thai sample has been reported except that of the pilot study (O'Connell & Skevington, 2012). Only the Thai version of the 26-item WHOQOL-BREF has been widely applied so far (e.g., Acharya, 2014; Bunjoungmanee, Chunloy, Tangsathapornpong, Khawcharoenporn, & Apisarnthanarak, 2014; Munsawaengsub, Khair, & Nanthamongkolchai, 2012; Nonenoy et al., 2010; Sakthong, Schommer, Gross, Sakulbumrungsil, & Prasithsirikul, 2007). Therefore, the researcher translated the five additional HIV items and finally develop a Thai version of the WHOQOL-HIV-BREF instrument to use for the first time in Thailand.

The WHOQOL-HIV-BREF contains 6 domains, including 'physical health', 'psychological health', 'level of independence', 'social relationship', 'environmental health' and 'spirituality, religion and personal beliefs' (SRPB). The instrument is organized by a response

scale (capacity, frequency, intensity or satisfaction). Individual items are rated on a five-point scale (1-5). Scores from negatively phrased items are reversed so that higher scores from all items denote a better quality of life. The average score for each domain was multiplied by four, making the domain scores range from 4-20 (Pedroso, Gutierrez, Duarte, Pilatti, & Picinin, 2011).

Control Variables: Socio-demographic and Health-related characteristics

The participants were also asked to give general information including gender, age, level of education, marital status, family income, employment status and facility from which they received care. Health-related information, including the presence of another disease, time since HIV diagnosis, opportunistic infection (OI) history, CD4+ T cell count, use of antiretroviral treatment (ART) and HIV status disclosure, was also provided.

Qualitative data

A semi-structured interview guideline has been developed and used to obtain the qualitative data from the study informants. The questions include general information about the organization and the informant's experiences in HIV-related works, perspective on HIV situation in the province, historical background of the organization, the policies related to improving quality of life for PLWH, intervention strategies, response from HIV community, collaboration with and support from other organizations, outcomes of the interventions, lessons learned, challenges and future direction of HIV management.

Data Analysis

Quantitative data analysis

The contribution of PLHA's engagement in peer-support group to quality of life in this study has been modelled using structural equation modeling (SEM). SEM is an extension of

regression methods with causal specifications among the study variables. Its process contains two steps: validating measurement model and fitting the structural model (Wan, 2002).

SEM provides several advantages for analyses, compared with other multivariate analytical methods. First, SEM can deal with latent constructs derived from theoretical perspectives. It can take into account variables that have multiple related dimensions or observed indicators and use confirmatory factor analysis as the tool to examine the measurement model of the constructs. The confirmatory factor analyses were performed in this study for engagement and quality of life constructs, which were measured by multiple question items. Second, SEM allows building an analytical (causal) model with multiple exogenous and endogenous variables, for both observable and unobservable (latent) indicators. Third, it is the only methodology that is capable of examining the relationship between latent variables (Byrne, 2001). Fourth, SEM allows flexibility to incorporate measurement models, program impacts, and covariate effects simultaneously (Baydar, Jamila & Webster-Stratton, 2003). This study includes several latent constructs. Thus, SEM is a powerful tool for measuring the relatedness among indicators associated with common constructs and then investigating the effects of latent exogenous variables on multiple endogenous variables.

After performing model specification using the SEM approach, it is necessary to assess model fit in order to ensure the appropriate interpretation of the theoretical framework. Several statistical means can evaluate how well a specified model fits the data. Consulting multiple fit statistics would help in considering different aspects of fit. The thresholds of acceptable goodness of fit includes comparative fit index (CFI) $>.95$, standardized root mean square residual (SRMR) < 0.08 and root mean square error of approximation (RMSEA) < 0.08 (Hu & Bentler, 1999).

Qualitative data analysis

The qualitative data concerning the detailed roles and functions of the potential stakeholders in HIV management at community level have been analyzed using content analysis approach. Field notes from the interviews were jotted, recorded and transcribed. The information has been tentatively classified into categories including, for example, the stakeholders' perspectives towards HIV situation, organization policies related to HIV, support they had provided to the HIV community, rationale behind the interventions, collaboration with other organizations, funding sources and strategic plans for future supports. The sorted information has been used to develop (1) an ecological model illustrating supports and activities from institutions around the PLHA, using stakeholder analysis technique and (2) the timeline or milestones of HIV situation since the establishment or the entering of the supporting organizations.

CHAPTER THREE:

FINDINGS - PEER-SUPPORT GROUP ENGAGEMENT AND QUALITY OF LIFE

This chapter presents the study findings from the analysis of the quantitative data to investigate the impacts of individual-level social capital on quality of life of PLWH. Confirmatory factor analyses were performed to validate the measurement models of the social engagement and quality of life theoretical constructs. Structural equation modeling was conducted to examine the hypothesized relationships among the study variables.

Descriptive Statistics

A convenient sample of 518 HIV-infected patients was recruited from seven hospitals in Phayao. After data cleaning, all cases with missing values were removed from the dataset. The missing values per each variable accounted for smaller than five percent. Finally, the final dataset contains 291 HIV-infected patients who fully completed the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire, the items for social capital and the items for individual predisposing characteristics. The socio-demographic and health-related characteristics of the participants is shown in Table 3. Of the 291 participants who completed the questionnaire, 57.0% of them are female. The majority of the participants were between 41-50 years old (51.2%), completed primary education (50.5%), lived with a spouse or partner (51.9%), were being employed (94.8%) and had family income less than 5000 baht per month (55.0%). Almost all participants indicated that they were receiving ART (97.9%) and disclosed their HIV status to a family member, relative or friend (96.6%). 52.2% of the participants reported to have a history of OI while 45.4% had CD4+ T cell count between 201 - 499 cells/mm³, and 33.0% had been living with HIV for more than 6 years.

Table 3. Socio-demographic and Health-related Characteristics of the Study Sample (N=291)

Variables	Frequency	Percent	Mean	SD
Gender				
Male	125	43.0		
Female	166	57.0		
Age (years)			41.9	7.8
Age group				
20 or below	7	2.4		
21-30	17	5.8		
31-40	84	28.9		
41-50	149	51.2		
51-60	29	10.0		
61 or above	5	1.7		
Marital status				
Living with spouse/partner	151	51.9		
Single/separate/divorce/widowed	140	48.1		
Education				
No education	8	2.7		
Primary school	147	50.5		
Secondary school	115	39.5		
Diploma or above	21	7.2		
Employment status				
Employed	276	94.8		
Unemployed	15	5.2		
Family income (THB)				
5000 or below	160	55.0		
5001-8000	78	26.8		
8001-10000	19	6.5		
10001-13000	14	4.8		
13001-15000	6	2.1		
15000 or above	14	4.8		
Presence of another disease				
Yes	185	63.6		
No	106	36.4		
Time since diagnosis			10.6	6.0
Less than one year	12	4.1		
1-5 years	47	16.2		
6-10 years	96	33.0		
11-15 years	70	24.1		
16 years or more	66	22.7		
Disclosure of HIV status				
Yes	281	96.6		
No	10	3.4		
History of having opportunistic infection				
Yes	152	52.2		
No	139	47.8		
CD4 level (cells/mm ³)			496.5	248.0
1-200	30	10.3		
201-499	132	45.4		
500 or above	129	44.3		
Taking ART medication				
Yes	285	97.9		
No	6	2.1		
Place of receiving HIV care				
General hospital (urban)	134	46.0		
Community hospital (rural)	157	54.0		

Note. SD = Standard Deviation; THB = Thai (baht) currency (1 THB = approximately 35 USD)

The mean value is 11.9 (S.D. = 2.0) for trust, 9.9 (S.D. = 2.9) for involvement and 11.0 (S.D. = 2.5) for reciprocity. The study sample appears to have high level of trust and reciprocity but the level of involvement is relatively lower compared to other aspects. Very high ceiling effects are found in the items ‘considering peer group and its members to be helpful’ and ‘sharing common interests with peers’. However, this does not appear to cause highly skewed distribution. The scale distributions for the social capital construct is presented in Table 4.

Table 4. Scale Distributions for each Social Capital Domain and Item (N=291)

Domain	Mean	SD	Floor Effect (%)	Ceiling Effect (%)	Skewness	Kurtosis
Domain 1: Trust	11.9	2.0				
Feeling comfortable and trusting others in the group (Comfort)	3.7	0.8	0.7	15.1	0.2	-0.1
Considering peer group and its members to be helpful (Helpful)	4.2	0.8	0.7	39.5	0.2	-0.1
Sharing common interests with peers (Common)	4.0	1.0	1.4	27.5	-0.9	0.8
Domain 2: Involvement	9.9	2.9				
Active participation in group activities (Active)	3.4	1.0	6.2	14.1	-0.1	-0.2
Frequent attendance in group activities (Attend)	3.2	1.0	6.9	12.7	-0.1	0.1
Domain 3: Reciprocity	11.0	2.5				
Having benefited from group participation (Benefit)	3.8	1.0	3.8	24.7	-0.9	0.8
Having learned about available HIV medical services (Learn)	3.7	0.9	2.4	21.3	-0.6	0.3
Sharing common goals and interests in promoting health (Share)	3.5	1.0	5.8	12.0	-0.6	0.3

For the overall QOL item, the mean value is 3.3 with 0.7 standard deviation and for the general health perception (GHP), the mean value is 3.6 with 0.9 standard deviation. In terms of the QoL construct, the “psychological health” domain demonstrates the highest mean score of 15.0 ($SD = 2.5$), followed by “spiritual/religion/personal belief (SRPB)” (14.8, $SD = 3.4$), “physical health” (14.5, $SD = 2.7$), “environmental health” (13.8, $SD = 2.2$), “level of independence” (13.4, $SD = 2.4$), and “social relationship” (13.4, $SD = 2.8$) domains. The reported highest scores in most items of the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire, implying that they had most favorable conditions in regards to their HRQOL. The presence of a high floor effect ($> 20\%$) in the “dependency on medication and treatment” item and high ceiling effects ($> 20\%$) in 17 items across all domain were detected. However, such pattern did not appear to cause

highly skewed distribution. The mean, standard deviation and distribution of QOL scores by domains and items are presented in Table 5.

Table 5. Scale Distributions for each QOL Domain and Item (N=291)

Domain	Mean	SD	Floor Effect (%)	Ceiling Effect (%)	Skewness	Kurtosis
Overall QOL	3.3	0.7	0.0	8.9	1.1	-0.2
Overall GHP	3.6	0.9	1.7	19.9	0.9	-0.2
Domain 1: Physical Health	14.5	2.7				
Pain and discomfort	3.5	1.0	2.4	16.8	-0.1	-0.4
Symptoms of PLWH	3.5	1.2	4.5	24.4	-0.3	-0.8
Energy and fatigue	3.7	0.9	1.0	23.4	-0.2	-0.4
Sleep and rest	3.8	0.9	0.7	23.0	-0.3	-0.5
Domain 2: Psychological Health	15.0	2.5				
Positive feelings	3.9	0.9	0.3	28.5	-0.3	-0.6
Thinking, learning, memory, and concentration	3.8	0.9	0.7	22.7	-0.2	-0.3
Bodily image and appearance	3.6	1.0	2.1	19.2	-0.2	-0.4
Self-esteem	3.7	0.9	0.3	21.0	-0.1	-0.7
Negative feeling	3.8	1.0	3.1	26.1	-0.7	0.1
Domain 3: Level of Independence	13.4	2.4				
Dependence on medication or treatment	2.1	1.2	38.5	6.2	0.9	-0.0
Mobility	3.8	0.8	1.0	18.9	0.2	1.0
Activities of daily living	3.8	0.9	0.7	24.7	-0.3	-0.5
Work capacity	3.7	0.9	1.0	21.0	-0.3	-0.5
Domain 4: Social Relationships	13.4	2.8				
Social inclusion	3.5	0.9	2.4	12.0	-0.3	0.5
Personal relationships	3.7	0.9	0.7	18.2	-0.2	-0.3
Sexual activity	2.8	1.1	14.4	7.2	-0.1	-0.5
Social support	3.4	1.0	3.1	12.4	-0.2	-0.3
Domain 5: Environmental Health	13.8	2.2				
Physical safety and security	3.5	0.8	1.4	10.3	-0.1	0.1
Physical environment	3.7	0.8	0.3	18.2	-0.0	-0.5
Financial resources	2.5	0.8	13.7	0.3	-0.2	-0.4
New information and skills	3.5	0.8	1.0	10.7	-0.5	0.3
Recreation and leisure	3.2	0.9	3.1	9.6	0.0	-0.2
Home environment	3.8	0.9	1.4	23.4	-0.5	0.8
Health and social care: accessibility and quality	4.0	0.8	0.3	30.9	-0.6	0.2
Transport	3.5	0.8	1.0	11.0	-0.0	0.0
Domain 6: Spiritual/Religion/Personal Beliefs (SRPB)	14.8	3.4				
Religion, spirituality, and personal beliefs	4.2	0.9	0.7	42.6	-0.9	0.3
Forgiveness and blame	3.6	1.3	8.6	32.3	-0.6	-0.6
Concerns about the future	3.4	1.3	9.3	30.6	-0.3	-1.1
Death and dying	3.6	1.3	9.6	33.7	-0.5	-0.8

Note. SD = Standard Deviation; QOL = Quality of life; GHP = General health perception; PLWH = Persons living with HIV

Reliability and Validity of the Measurement

The study presents the measurement of two latent constructs that require the validation: (1) quality of life and (2) social capital. Quality of life is defined in this study as the PLWH's subjective wellbeing as measured by the WHOQOL-HIV-BREF instrument in six domains including "physical health", "psychological health", "level of independence", "social relationship", "environmental health" and "spiritual/religion/personal belief" (SRPB) and two general items which are overall QOL and general health perception (GHP). Social capital is defined in this study as the PLWH's perceived benefits of the engagement in the peer support group, which is measured in three dimensions including the "level of trust", "social involvement" and "reciprocity". The reliability of each construct was examined by means of internal consistency. The validity of each construct was examined by confirmatory factor analysis (CFA).

Social capital construct

The consistency of measurement variables within each factor dimension of the social capital construct has been evaluated. The reliability measure (Cronbach's α coefficient) is 0.79 for the trust domain, with three indicators; 0.86 for the involvement domain, with two indicators; and 0.80 for the reciprocity domain, with three indicators, indicating acceptable reliability of the construct (Cronbach's $\alpha > 0.7$). A measurement model with three related factors of social capital is presented in Figure 3. Standardized parameter estimates are presented. Reciprocity appears to have a very strong correlation with involvement ($r = 0.84$) and trust ($r = 0.70$). A moderately strong positive correlation between trust and involvement is also observed ($r = 0.51$). The confirmatory factor analysis reveals satisfactory fit statistics ($\chi^2 = 63.91$, $df = 15$, $p = 0.000$, CFI = 0.957, SRMR = 0.047, RMSEA = 0.106).

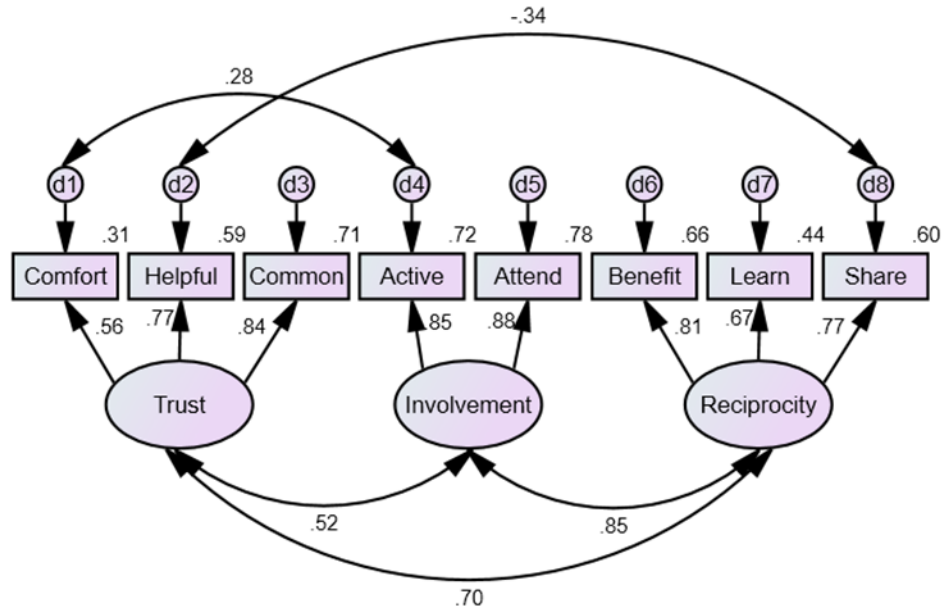


Figure 2. A Measurement Model of Social Capital with Three Related Domains

Since the three domains appear to have strong correlations with each other, and social capital in this study is conceptualization as an overall reflection of social engagement, a one-factor structure of social capital has been proposed. The eight items pertaining the sub-construct: trust; involvement and reciprocity have been portrayed as the observed indicators for social capital construct. The reliability of the social capital construct is satisfactory with the Cronbach's $\alpha = 0.87$. Figure 4 shows a measurement model of social capital with eight indicators. The confirmatory factor analysis shows that all indicators are positively correlated with social capital variable with factor loadings range from $\lambda = 0.41$ (considering the peer group to be helpful) to $\lambda = 0.81$ (having benefited from participation). The fit statistics are acceptable with $\chi^2 = 67.35$, $df = 15$, $p = 0.000$, CFI = 0.954, SRMR = 0.044, RMSEA = 0.11. The analysis of social capital domains and items for the three-factor structure and the one factor structure is presented in Table 6.

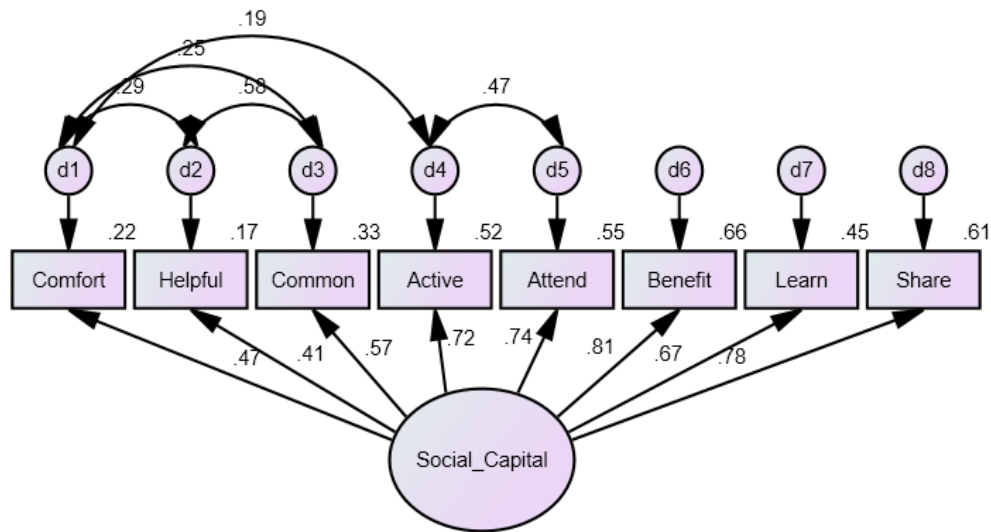


Figure 3. A Measurement Model of Social Capital with Eight Indicators

Table 6. Analysis of Social Capital Domains and Items (N=291)

Domain	Cronbach's α	Standardized Factor Loadings (3-factor structure)	Standardized Factor Loadings (1-factor structure)
Domain 1: Trust	0.77		
Feeling comfortable and trusting others in the group (Comfort)		0.56	0.47
Considering peer group and its members to be helpful (Helpful)		0.77	0.41
Sharing common interests with peers (Common)		0.84	0.57
Domain 2: Involvement	0.86		
Active participation in group activities (Active)		0.85	0.72
Frequent attendance in group activities (Attend)		0.88	0.74
Domain 3: Reciprocity	0.80		
Having benefited from group participation (Benefit)		0.81	0.81
Having learned about available HIV medical services (Learn)		0.67	0.67
Sharing common goals and interests in promoting health (Share)		0.77	0.78
All 8 Social Capital items		0.87	

QOL construct

QOL construct comprises of six domains. The consistency of measurement variables within each factor dimension of the QOL construct has been evaluated. Table 7 presents the analysis of the WHOQOL-HIV-BREF domains and items. The Cronbach's α values for all domains are found to be close to 0.7 (α range from 0.61 – 0.80), indicating acceptable internal consistency, except the independence domain ($\alpha = 0.42$). However, the Cronbach's α of all 31

items is .92, indicating good reliability of the construct when the overall QOL is of emphasis. The parcel scores for each QOL domains have been calculated by averaging the raw scores from the items in each domain to create subscales. This makes each QOL domain an indicator variable of QOL.

Table 7. Analysis of WHOQOL-HIV-BREF Domains and Items (N=291)

Domain	Standardized Factor Loadings	Cronbach's α	Corrected item-total correlation	Cronbach's α of domain if item deleted
Domain 1: Physical Health	0.77	0.61		
Pain and discomfort			0.40	0.52
<i>Symptoms of PLWH</i>			0.45	0.48
Energy and fatigue			0.38	0.54
Sleep and rest			0.31	0.59
Domain 2: Psychological Health	0.84	0.69		
Positive feelings			0.52	0.61
Thinking, learning, memory and concentration			0.46	0.64
Bodily image and appearance			0.52	0.60
Self-esteem			0.59	0.58
Negative feelings			0.20	0.75
Domain 3: Level of Independence	0.75	0.42		
Dependence on medication or treatment			-0.17	0.79
Mobility			0.41	0.20
Activities of daily living			0.47	0.11
Work capacity			0.50	0.07
Domain 4: Social Relationship	0.70	0.72		
<i>Social inclusion</i>			0.51	0.67
Personal relationships			0.58	0.63
Sexual activity			0.43	0.72
Social support			0.56	0.63
Domain 5: Environmental Health	0.75	0.81		
Physical safety and security			0.53	0.78
Physical environment			0.58	0.78
Financial resources			0.25	0.82
New information and skills			0.60	0.77
Recreation and leisure			0.58	0.78
Home environments			0.60	0.77
Health and social care: accessibility and quality			0.45	0.80
Transport			0.60	0.77
Domain 6: Spirituality/Religion/Personal Beliefs (SRPB)	0.61	0.66		
Religion, spirituality, and personal beliefs			0.05	0.77
<i>Forgiveness and blame</i>			0.49	0.55
<i>Concerns about the future</i>			0.65	0.42
<i>Death and dying</i>			0.58	0.48
All 31 WHOQOL-HIV-BREF items		0.92		

Note. Italicized texts indicate items specific to HIV; PLWH = Persons living with HIV

The confirmatory factor analysis reveals that these indicators are positively correlated with the latent variable (QOL) with factor loadings range from $\lambda = 0.61$ (SRPB) to $\lambda = 0.84$ (psychological health). The fit statistics are acceptable with $\chi^2 = 35.09$, $df = 8$, $p = 0.000$, CFI = 0.97, SRMR = 0.037, RMSEA = 0.108. Figure 4 shows the validated QOL measurement model with six indicators.

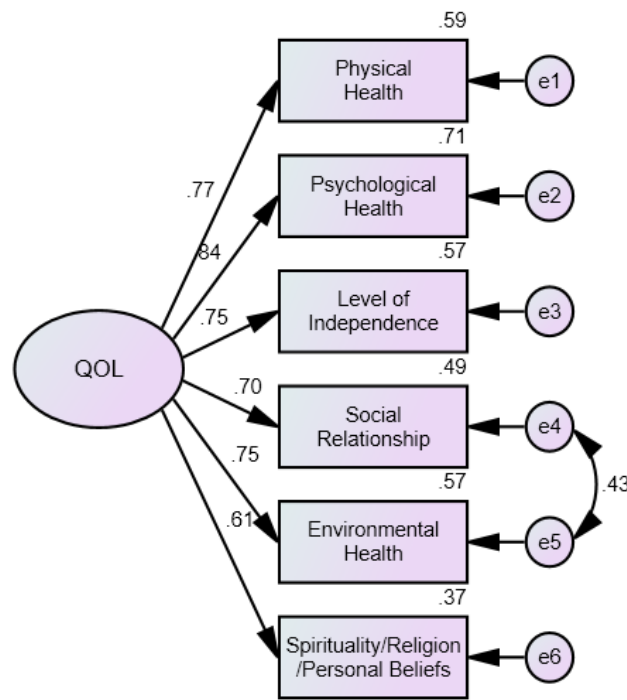


Figure 4. A Measurement Model of Quality of Life (WHOQOL-HIV-BREF)

Engagement in Peer-support Group and Quality of Life in PLWH

This study considers PLWH's engagement in peer-support group as individual-level social capital. The exogenous latent variable social capital with eight indicators is postulated to have a direct influence on QOL. In addition, the socio-demographic characteristics and the health-related characteristics of the PLWH including the presence of another disease, time since HIV diagnosis, opportunistic infection (OI) history, CD4+ T cell count, use of antiretroviral

treatment (ART) and HIV status disclosure are hypothesized to explain the QOL. Additional analyses have been conducted to explore whether the socio-demographic and health-related characteristics of the PLWH have indirect effects on QOL through social capital.

A covariance structural model that illustrates the relationships between individual characteristics, social capital and QOL is presented in Figure 5. Estimated standardized parameters appear in Table 8. Social capital is positively related to QOL ($\gamma = 0.46$, with a critical value (*C.R.*) of 5.65) and have the largest relative contribution to QOL, comparing to other exogenous variables. Gender, age, marital status, level of education and place of receiving care are not significantly associated with QOL. Two socio-demographic variables: income and employment are found to be significant predictors of QOL ($\gamma = 0.11$ *C.R.* = 2.08 and $\gamma = 0.17$, *C.R.* = 3.06, respectively). For health-related variables, the impacts of CD4 levels, ART medication, history of having opportunistic infection and disclosure of HIV status on QOL are found to be insignificant. The presence of diseases other than HIV is negatively associated with QOL ($\gamma = -0.26$, *C.R.* = -4.66) while the length of infection has positive effect on QOL ($\gamma = 0.12$, *C.R.* = 2.15). These five significant variables explain 33% of the total variation in QOL. No mediating effect of social capital on QOL (i.e., indirect influences of socio-demographic and health-related characteristics on QOL) has been detected.

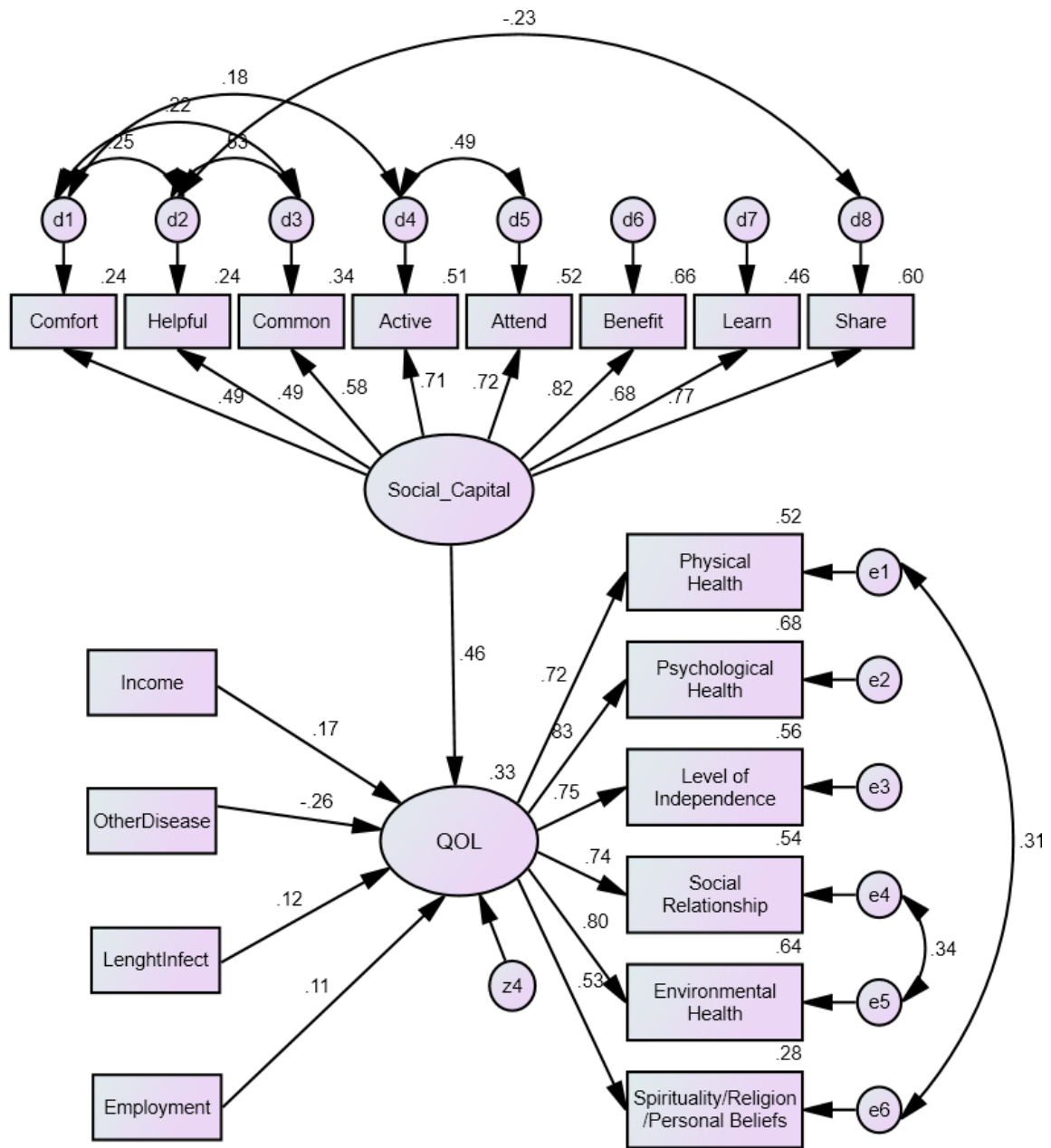


Figure 5. PLWH Characteristics, Social Capital and Quality of Life

Table 8. Maximum Likelihood Estimates for the Structural Equation Model of QOL

Variables	Standardized Coefficient	Unstandardized Coefficient	Standard Error	Critical Value
Social Capital	0.46	2.324	0.411	5.650**
Socio-demographic characteristics				
Employment	0.11	0.975	0.469	2.079*
Income	0.17	0.243	0.079	3.064*
Health-related characteristics				
Presence of another disease	-0.26	-1.034	0.222	-4.656**
Length of HIV infection	0.12	0.37	0.017	2.154*
Goodness-of-fit indices				
χ^2	317.00			
Degrees of freedom	126			
Probability	0.000			
CFI	0.916			
SRMR	0.080			
RMSEA	0.072			

*0.05 level of significant (two-tailed)

** 0.001 level of significant

QOL Domain Scores across Different Subgroups

The QOL variable in the hypothesized SEM model has been manipulated to reflect the overall QOL of the HIV-infected patients rather than its individual subscales. However, the QOL literatures suggest that the score for each QOL dimension can vary by PLWH's socio-demographic characteristics and health-related characteristics. Therefore, the post-hoc analyses using independent-sample t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) have been conducted to investigate the variation of each QOL dimension across different subsamples. Table 9 presents the mean comparisons of the QOL scores across socio-demographic subgroups.

It is found that female group has significantly higher QOL scores in physical domain, compared to male group. Those who are older than 60 years old appear to have lowest QOL scores in all domains and the differences are statistically significant when compared to those in the 31-40 and 41-50 years old groups. The patients who do not live alone have higher psychological health and social relationship domains.

Table 9. Comparison of QOL Domain Scores for Different Subgroups (N=291)

Variables	Mean (Standard Deviation)					
	Physical Health	Psychological Health	Level of Independence	Social Relationship	Environmental Health	SRPB
Gender						
Male	*14.1 (2.7)	14.8 (2.6)	13.2 (2.6)	13.2 (2.9)	13.7 (2.4)	14.7 (3.5)
Female	*14.8 (2.6)	15.1 (2.4)	13.5 (2.2)	13.5 (2.8)	14.0 (2.1)	14.9 (3.3)
Age group						
20 or below	13.0 (1.6)	14.6 (1.8)	12.6 (1.5)	12.7 (1.8)	12.9 (1.7)	12.4 (2.5)
21-30	14.1 (2.2)	15.0 (1.9)	13.0 (1.8)	13.9 (2.3)	14.2 (1.8)	14.1 (3.2)
31-40	*14.6 (2.8)	15.0 (2.6)	*13.8 (2.5)	*13.7 (2.9)	13.9 (2.4)	14.7 (3.2)
41-50	*14.7 (2.6)	15.1 (2.5)	*13.5 (2.3)	*13.5 (2.8)	14.0 (2.2)	15.3 (3.4)
51-60	14.0 (2.8)	14.4 (2.4)	13.7 (2.2)	11.9 (2.7)	13.4 (2.0)	14.0 (3.7)
61 or above	*10.8 (2.4)	12.8 (1.8)	*10.6 (2.7)	*10.8 (2.2)	11.6 (1.4)	13.2 (1.9)
Marital status						
Living w/spouse/partner	14.6 (2.7)	*15.3 (2.3)	13.5 (2.3)	*13.8 (2.6)	14.0 (2.0)	15.0 (3.2)
Single/separated/divorce	14.3 (2.7)	*14.6 (2.6)	13.3 (2.4)	*12.9 (3.0)	13.7 (2.4)	14.6 (3.5)
Education						
No education	14.4 (1.1)	14.4 (1.1)	13.5 (1.9)	12.6 (1.4)	14.2 (1.1)	16.1 (2.9)
Primary school	14.8 (2.6)	14.8 (2.6)	*13.1 (2.2)	13.0 (2.7)	*13.5 (2.2)	14.7 (3.3)
Secondary school	14.6 (2.8)	15.3 (2.4)	*13.9 (2.5)	13.8 (3.1)	*14.2 (2.3)	14.9 (3.4)
Diploma or above	13.8 (2.4)	14.4 (2.5)	12.7 (2.6)	13.9 (2.3)	14.3 (2.1)	15.1 (3.9)
Employment status						
Employed	*14.6 (2.6)	*15.0 (2.5)	*13.5 (2.3)	13.4 (2.8)	13.9 (2.2)	14.8 (3.4)
Unemployed	*12.7 (2.7)	*13.4 (1.6)	*10.9 (2.6)	12.1 (2.5)	12.8 (2.1)	14.6 (3.8)
Family income (THB)						
5000 or below	14.6 (2.7)	15.0 (2.5)	13.3 (2.4)	13.4 (2.9)	13.7 (2.3)	14.8 (3.2)
5001-8000	13.9 (2.8)	14.6 (2.4)	13.1 (2.4)	13.3 (2.9)	13.9 (1.9)	14.9 (3.3)
8001-10000	14.8 (2.7)	14.9 (2.5)	13.7 (2.6)	12.8 (2.7)	13.9 (2.3)	14.2 (4.4)
10001-13000	14.4 (1.6)	15.5 (2.6)	14.0 (2.0)	12.9 (2.4)	14.0 (1.7)	14.6 (3.9)
13001-15000	14.5 (3.4)	14.8 (2.6)	13.0 (2.4)	13.2 (2.1)	*14.0 (2.3)	*11.7 (3.7)
15000 or above	15.7 (2.2)	16.7 (2.2)	14.5 (1.9)	15.1 (2.6)	*15.4 (2.2)	*16.8 (2.9)
Presence of another disease						
Yes	*13.9 (2.6)	*14.5 (2.5)	*13.0 (2.4)	*14.2 (2.9)	*13.4 (2.1)	*14.5 (3.4)
No	*15.4 (2.5)	*15.7 (2.3)	*14.0 (2.1)	*12.9 (2.7)	*14.6 (2.2)	*15.3 (3.3)
Time since diagnosis						
Less than one year	13.4 (2.4)	13.7 (1.4)	11.8 (2.0)	12.3 (2.8)	13.0 (2.1)	13.5 (3.6)
1-5 years	15.0 (3.0)	15.2 (2.4)	13.5 (2.6)	13.2 (2.7)	13.6 (2.3)	15.6 (3.1)
6-10 years	14.3 (2.7)	14.7 (2.6)	13.3 (2.3)	13.2 (2.9)	13.7 (2.4)	14.8 (3.4)
11-15 years	14.0 (2.3)	14.9 (2.3)	13.5 (2.3)	13.5 (2.6)	13.8 (1.9)	14.4 (3.2)
16 years or more	15.0 (2.8)	15.6 (2.6)	13.5 (2.4)	13.9 (3.0)	14.4 (2.1)	15.0 (3.6)
Disclosure of HIV status						
Yes	14.5 (2.7)	15.0 (2.5)	13.4 (2.4)	13.9 (2.2)	13.9 (2.2)	14.8 (3.4)
No	14.0 (2.7)	14.7 (2.3)	13.0 (3.7)	13.4 (2.4)	13.4 (2.4)	14.2 (3.4)
History of having opportunistic infection						
Yes	*14.9 (2.7)	*15.3 (2.4)	13.4 (2.5)	*13.7 (3.0)	14.0 (2.3)	15.1 (3.3)
No	*14.0 (2.6)	*14.6 (2.5)	13.3 (2.3)	*13.0 (2.5)	13.6 (2.2)	14.5 (3.4)
CD4 level (cells/mm ³)						
1-200	15.1 (3.1)	14.9 (2.4)	13.1 (3.1)	14.0 (2.8)	14.3 (2.6)	15.9 (3.6)
201-499	14.3 (2.7)	14.8 (2.5)	13.3 (2.4)	13.2 (2.7)	13.6 (2.1)	14.7 (3.2)
500 or above	14.4 (2.6)	15.1 (2.5)	13.5 (2.2)	13.4 (3.0)	14.0 (2.2)	14.7 (3.5)
Taking ART medication						
Yes	14.5 (2.7)	15.0 (2.5)	13.4 (2.4)	13.4 (2.8)	13.8 (2.2)	14.8 (3.4)
No	14.8 (1.7)	14.3 (2.4)	13.0 (2.4)	14.0 (2.8)	14.4 (1.3)	13.2 (3.2)
Place of receiving HIV care						
General hospital (urban)	14.6 (2.7)	15.2 (2.5)	13.4 (2.4)	13.4 (2.8)	13.9 (2.0)	15.1 (3.4)
Community hospital (rural)	14.4 (2.5)	14.7 (2.5)	13.4 (2.4)	13.4 (2.8)	13.8 (2.4)	14.5 (3.4)

*0.05 level of significant (two-tailed)

The patients who have secondary school level of education have higher QOL scores in level of independence and environmental health domains, compared to those with primary school education. The QOL scores of patients who reported to be employed at the time of interview are significantly or marginally significantly higher in all domains, except SRPB. Those with higher family income appear to have better QOL in environmental health and SRPB domains. Presence of another disease is found to be significantly related to QOL scores in all domains. This implies that having additional disease might influence the PLWH' perception of their QOL more than HIV disease itself.

Contrary to the expectation, those who reported to have a history of opportunistic infection appeared to have better physical health, psychological health and social relationship domain scores compared to those at clinical latency stage. No significance difference in the QOL domain scores in those with different time length of infection, disclosure of HIV status, CD4 level, ART medication and place of receiving care.

CHAPTER FOUR:

FINDINGS - HIV SITUATION AND CHALLENGES TO PHAYAO PROVINCE

The other part of the study is aimed to explore the accumulation and utilization of community-level social capital in response to dynamic HIV situation in Phayao province. This chapter presents the findings from the in-depth interviews of 19 governmental and non-governmental stakeholders at provincial, district, community levels and documentary review of facts regarding HIV/AIDS situation and policies. Content analysis has been conducted to identify the roles and functions of community stakeholders and the transition of social capital in relation to HIV/AIDS situation in Phayao province.

Characteristics of Phayao HIV Community

The first HIV-infected case in Phayao was confirmed in 1989 at a public hospital in the province. The number of HIV-infected patients had increased dramatically since then. The accumulated number of PLWH in Phayao was 17,662 as of 2014. The prevalence rate in Phayao reached its peak in 2003, with 211.7 per 100,000 populations. Efforts have been made to address several issues pertaining the threats of the disease in terms of surveillance among high-risk groups, prevention of transmission, counseling and testing for early diagnosis, access to ART, quality of HIV-related services and assistance for HIV-affected people. Consequently, the prevalence had sharply decreased to 78.17 and 8.10 per 100,000 populations in 2008 and 2014, respectively (Phayao Public Health Office, 2015). Phayao has been considered as the most heavily affected province in the country. HIV, hence, has become an endemic of the province and consequently an area of interest for multiple stakeholders in the field.

The province has been presenting a series of successful campaign against HIV, which are contributed by the collaborations among various stakeholders. The HIV-related care has been

provided holistically by the integration of public, private and international agencies. The stakeholders included public hospitals, local and non-local not-governmental organizations, merit-based organizations, local PLWH network, and international organizations such as UNAIDS, UNICEF, JICA and the Global Fund. The integration of these stakeholders can be considered as Phayao's community-level social capital contributing to effective implementations against HIV. Recently, Phayao was selected among other provinces nationwide to be a demonstration site for HIV management by the UNAIDS and has become a platform for learning and exchanging the experiences of HIV management for Thailand and the South East Asia region (Phayao Public Health Office, 2015).

Dynamics of HIV Situation in Phayao

It was found that HIV situation in Phayao had been changed across different time periods. As defined by the informants, the HIV situation in Phayao covered three transitional periods called “the dark period”, “the golden period” and “the re-emergence period”.

The “Dark” period

The first period started from the very first HIV diagnosis in the province during the time that nobody had no knowledge about the disease and thus perceived it a fatal, highly contagious and thus, disgusting. The first case diagnosed with HIV was an adult male with homogenous transmission. The outbreak was even more massive when the transmissions through commercial sex workers, married partners and blood transfusion.

“The first AIDS case in Phayao was a MSM (men-who-have-sex-with-men) guy, followed by single guys who bought sex from female prostitutes. A lot of people got infected from commercial sex, as many as 400. You can find brothels in every district. Later, female cases

infected with HIV were found. We had the first case that got infected by blood transfusion as well.

(Head of HIV and Substance Abuse Department, Phayao Public Health Office)

The outbreak got more severe. Number of AIDS-related cases increased due to unavailability of HIV treatment. The community widely portrayed this period as a “dark age” or the “autumn age” of HIV.

“The number of HIV-infected people increased very quickly while we did not have any treatment for it. Each day, there would be three to four died. People said it was really a lot (of dead bodies) that the crematory was about to explode. We did not have enough crematories so that some bodies were kept in trash bags and dumped in remote rice fields. People felt very disgusted of those bodies”

(Head of HIV and Substance Abuse Department, Phayao Public Health Office)

“In 1995, the HIV situation worsened. People died from AIDS like the leaves falling from trees in the autumn. At the time there was no medication, no treatment, nothing at all”

(Leader of PLWH group, Chiangkham Hospital)

People in community were scared of HIV because they did not have knowledge about the disease and transmission. The relationship between general people and those infected with HIV became negative. PLWH were disapproved, stigmatized and discriminated against and thus, they could not live a normal life together with other community members. The fear of HIV-infected persons was also spread to healthcare workers in hospitals. Those diagnosed with HIV severely suffered from physical illness and from social stigmatization and discrimination until the end of life.

“We (the people working in the public health office) were not scared of them much because we only worked in the office and had never seen HIV-infected person in real. Those who were scared of them were healthcare workers in the hospitals. There was a rumor that the dead bodies from hospital were put into a trash bag and burned every day. In the public health office, we only worked with the data. Sometimes people came to ask personal information about the infected persons who died in hospital because they did not want to let the body get close to their houses. Even some mothers exiled their own sons to stay in a small hut far away from home”

(Head of HIV and Substance Abuse Department, Phayao Public Health Office)

The “Golden” period

After the extreme HIV crisis during the dark age, PLHA in Phayao started to call for their own rights in living a normal life. They develop ties among each other in order to increase their negotiation power in the community. The first HIV peer-support group was established in Jun district, at its community hospital. Then the peer-support approach was adopted in other public hospitals throughout the province. Finally, the groups were linked together and the PLHA network was established at provincial level.

“At the time we started to provide the ART we did not have any space for the HIV-infected patients to gather together for self-help group. We allocated a space near the hospital kitchen for them and our healthcare staff worked with them”

(HIV Nurse, Jun Hospital)

“The provincial PLHA network originated from a day care center at Jun hospital. It was the point that when they (PLHA) came up to see peers they felt better and believed that they were able to stay in the community. They can take medication. The day care center made the patients

came and take the drug in front of the nurse. Ms. Ketsara (the HIV nurse who helped establish the day care center) told the patients to take medicine in front of her and asked them to cook from home and to have lunch together at the hospital.....This shows how they tried to eliminate the stigma. After that the Department of Disease Control (DDC) guys made a visit and gave support for this group.

(Head of HIV and Substance Abuse Department, Phayao Public Health Office)

The supports from the hospital help the peer group members to reconnect with the society. They engaged in several activities that contribute to the understanding about HIV and promote the prevention for community members. The community then started to accept the PLHAs.

“The HIV-infected people were denied. We could not even stay in our own community. In the past all the infected persons had to leave their community. Some tried to hide their status, some committed suicide. Therefore, we had to seek for the space. We joined the HIV club in the hospital. to cheer up each other and fight for a social space..... Later, things got better. People started to understand how HIV can be transmitted. Not through having meals together or just drink the water from the same glass.... Most importantly we have to make the family of the infected persons understand them because if the family members are fine, the infected persons can live their lives”

(Member A, Dokkhamtai Hospital peer-support group)

In the meantime, the HIV care and treatment (e.g. counseling, screening, ART, etc.) was more accessible than before. The informants indicated that PLHA were healthier and could get back to employment sector. Some worked in hospital's HIV unit as a volunteer. More supports

were given from local, national and international levels. As a result, the number of new infections and AIDS-related deaths had substantially declined.

“Both public and private sectors recognized that the HIV-infected people were those that lack of opportunities (in education and employment) and thus needed to be taken care. There were many programs that supported job training and peer-group activities”

(Leader of PLHA group, Chiangkham district)

“We tried to push the access to treatment to be the main agenda for policy making. The PLHA must have equal rights as the other groups of patients in receiving care. Now the PLHA can have that access, are healthier and can go back to live in their society. We think it is successful. We do not worry about the income or how they live their lives”

(Member B, Dokkhamtai Hospital peer-support group)

The “Re-emergence” period

The accomplishment of HIV management in Phayao, particularly in PLHA’s access to care and reconnection with the community, has raised another significant problem. Since HIV is finally viewed as a chronic disease, not a fatal one, the informants indicated that the awareness of HIV prevention had decreased.

“Some people are not afraid of HIV anymore. We already realized that HIV-infected patients have better quality of life, get financial supports from the government and healthier. Other chronic diseases are more serious. Those with cancer die faster than those with HIV. HIV prevention is also slow down. When I joined the meetings (about HIV prevention), every meeting talked about access to condoms. But condoms are expensive. You need to have 100 baht to pay for it. No more free condoms. In the brothels, the guests may not find the condoms”

(Technical Nurse, Tambon Ban Tam community health center)

HIV started to re-emerge in new groups of population. In 2011, the new infection was reported in adolescents, MSM, blood donators and pregnant women.

“It is reported that overall, 41 percent of the HIV-infected population in Thailand are MSM. Mother-to-child-transmission (MTCT) still existed. What is interesting is the youths. We found many university and secondary school students had sexually transmitted diseases including HIV”

(Head of HIV and Substance Abuse Department, Phayao Public Health Office)

According to the HIV situation report (Phayao Public Health Office, 2013), the new HIV infections were found in pregnant women, blood donors, MSM and adolescents, as presented in Figure 6.

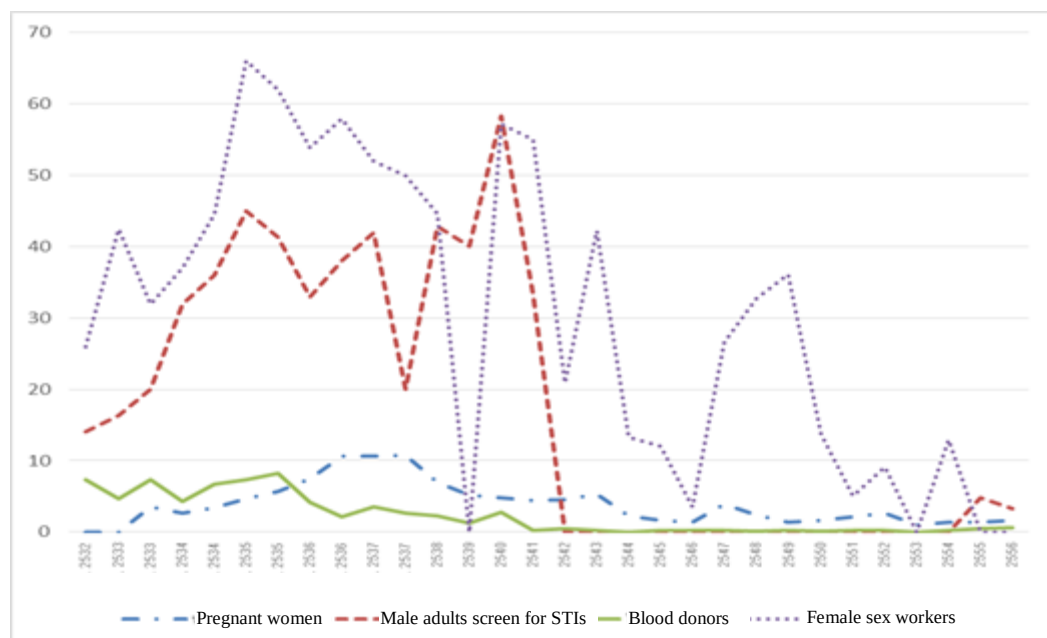


Figure 6. Incidence of HIV-infection in Pregnant Women, Male Adults Screened for STIs, Blood Donors and Female Sex Workers During the Year 1989-2013 (B.C. 2532-2556)

Transition of Social Capital in Response to the Dynamic HIV Situation

The stakeholders

The involvement of multi-level stakeholders in Phayao in response to dynamic HIV situation demonstrated the accumulation of social capital at the community level. The stakeholders can be categorized into four groups including (1) public, national-level organizations; (2) local-level organizations; (3) non-governmental organizations and (4) international organizations. Figure 7 presents the list of national, local, non-governmental and international stakeholders in Phayao, as indicated by the informants.

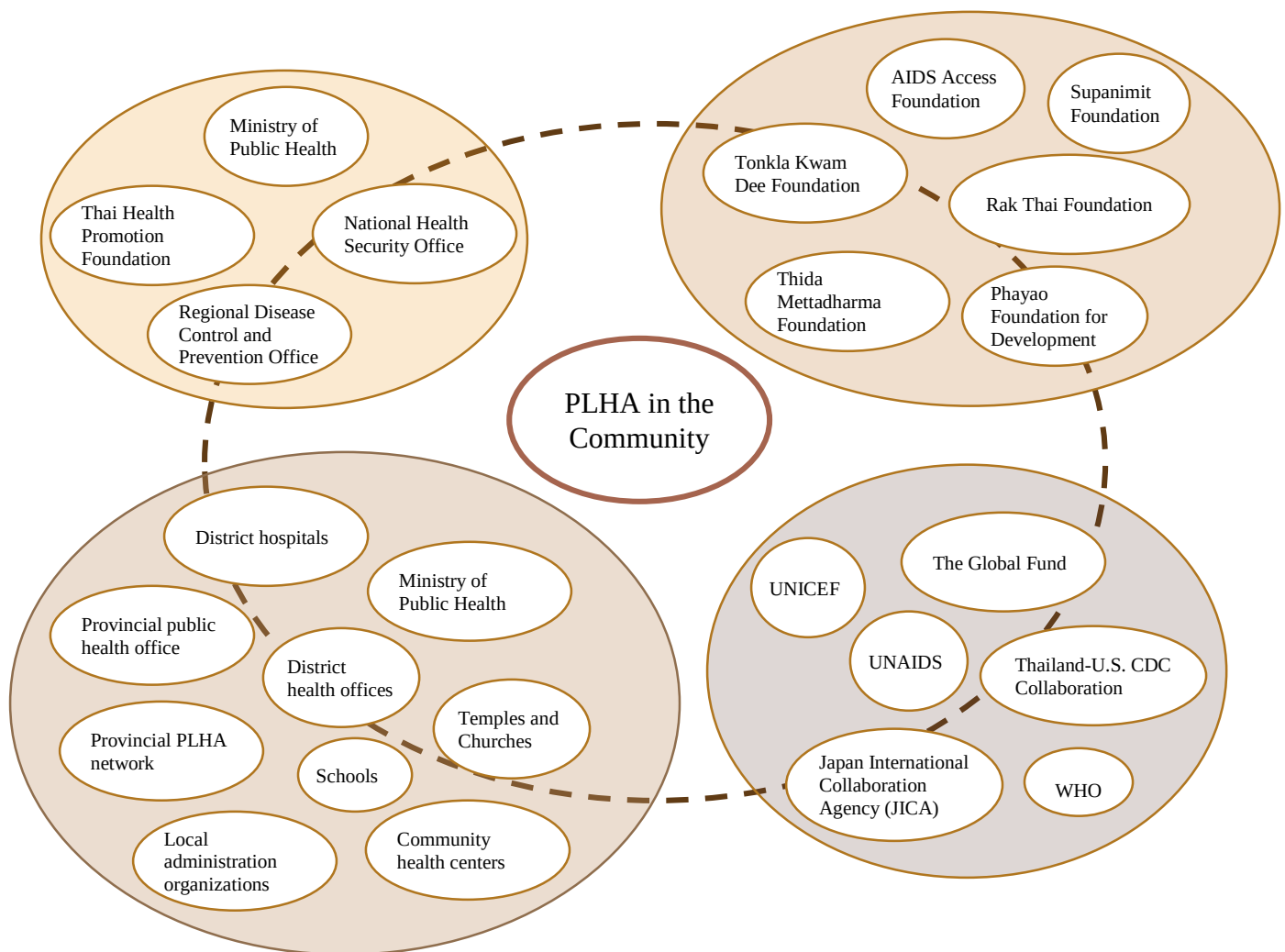


Figure 7. Multilevel Stakeholders Responding to HIV Situation in Phayao

The national-level organizations generally provided political supports such as the national campaign on condom use, the development of HIV informatics system and the universal access to ART. The provincial/local-level organizations had direct access to the PLWH thus, they implemented HIV testing and counseling, prevention, education and psycho-social care for them. The collaboration between the local stakeholders and non-governmental agencies who provide financial and technical supports for HIV-related interventions in the communities contributed to reduced in HIV stigma and improved quality of life for PLWH. The HIV peer-support groups or HIV-related foundation were established throughout the province through such collaboration. The international organizations played the significant roles in researching, improving quality of HIV care at health facilities and assisting other vulnerable subgroups such as children infected and affected with HIV and MSM. More importantly, the international organizations were the major ‘donors’ that provided financial support for most interventions in Phayao since the beginning of the epidemic.

The informants indicated that the stakeholders did not enter into the field of HIV management in Phayao at the same time but their involvement occurred in response to the dynamic HIV situation and due to each organization’s interests.

“The UNAIDS was interested in how PLWH lived in the community. They conducted PAR (Participatory Action Research) with the general people. Children, adults, monks something like that joined the focus group discussion about how they thought about living in the same place with PLWH. JICA mostly gave supports for Lab equipment and money. We used that money for meetings buying condom dispensing machines.... UNICEF came for children. Global fund for ART. TUC for quality improvement”

(Head of HIV and Substance Abuse Department, Phayao Public Health Office)

“Thida Metta Dharma is a large religious organization in Paris. We have been in Thailand for more than 45 years. We started working with leprosy patients in Khon Kaen province. Most of our works are for the disability, AIDS patients, the elderly, children and housewives in small communities”

(Leader of Thida Metta Dharma Foundation)

“In the past, government organizations usually supported the study tours within and outside of the country for the community leaders to learn about HIV management. UN and Global Fund provided the funds for our (PLWH volunteer community) activities

We collaborated with other governmental, non-governmental and international organizations in implementing HIV-related campaigns. Now our role is scaled down to providing mental supports for the PLWH, the part that public agencies have not yet covered”

(Former leader of PLWH volunteer community)

Responses to HIV situation

As previously mentioned, the HIV situation in Phayao is quite dynamic. The changing involvement of the stakeholders can be interpreted as the transition of community-level social capital that responded to such dynamic. Figure 10 presents the participation of the stakeholders in each period of HIV situation. From the figure 10, the first HIV case was diagnosed in Phayao in 1989, and commercial sex was found to cause HIV infection in more than 400 male adults. Thida Metta Dharma Foundation, a merit-based organization with its background in assisting patients in vulnerable groups moved into Phayao and started the collaboration with provincial public health office in 1993 and played the role in reducing HIV stigma at family level.

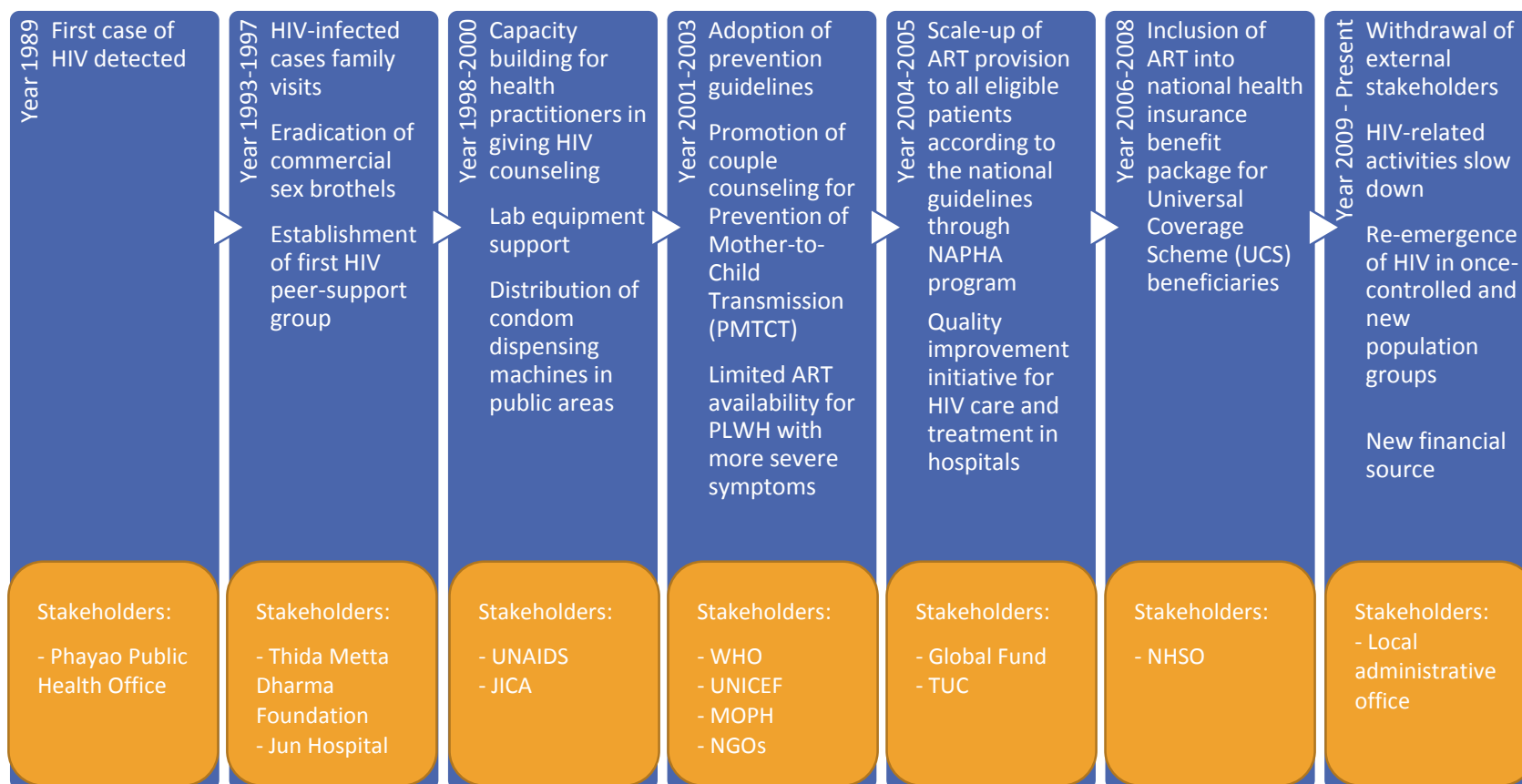


Figure 8. Changes in HIV Situation and Stakeholder Involvement in Phayao from 1989 - Present

“It has been 18 years since we moved to Phayao in 1993. We have been working through the crisis period, the time when we talked with the doctors that 2 people are dying today... 3 more tomorrow. We used holistic approach as we realized that a sole organization could not cover every aspect. We collaborated with other organizations, particularly the provincial public health office and encourage the participation of PLHW. We developed community-based program that provided knowledge about HIV to increase social awareness and reduce stigma”

(Leader of Thida Metta Dharma Foundation)

The battle against HIV had become more intense since 1994. The provincial public health office took proactive measures in eradicating the brothels. The 100% condom use campaign was implemented at national level. At the same time, the first HIV peer-support group was established in the “Day Care Clinic” at Jun hospital and this approach was adopted in all public hospitals throughout the province.

UNAIDS and JICA were the first international organizations that provided supports for Phayao. UNAIDS provided capacity building for health practitioners. It was expected that every health practitioner at community health center were able to give HIV counseling. Budgets from JICA were allocated to the provincial public health office for buying condom dispensing machines in major public areas and villages. The scaling up of condom use was deemed to be successful as the new infection decreased in female sex worker population.

However, the incidence shifted to the group of pregnant women. The prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) became a new focus in 2001. The World Health Organization (WHO) provided the prevention guidelines while the UNICEF supported couple counseling, and ART for HIV-infected pregnant women. Other non-governmental organizations

such as Ton Kla Kwam Dee foundation and Rak Thai foundation also supported the implementation. Jun hospital is the first healthcare facility that offered couple counseling services. The services included counseling for married couples and gave the counseling for preventing the transmission to the spouse or child.

“We did the couple counseling to the HIV patients. Once we knew they were pregnant, we gave ART and followed up the baby. We have never found any perinatal HIV infections since 2003. It has gone completely. Before that there were so many cases”

(HIV nurse, Jun Hospital)

There was no HIV treatment available until 2001. The Department of Disease Control, Ministry of Public Health started to offer ART to PLHA in Phayao, but with limited amount. Those who had more severe symptom were the first priority. Until 2003, the ART provision had been scaled up. The program was called the National Access to Antiretroviral Program for Persons living with HIV/AIDS (NAPHA), which was supported by the Global Fund. Access to HIV care and treatment increased and covered the patients with CD4 counts lower than 200 cells/mm³ or those experienced or having an opportunistic infection, according to the national guidelines.

In the same year, quality of HIV care and treatment services became another interest. The Thailand Ministry of Public Health and the U.S. Centers for Disease Control Collaboration (TUC) under the Global AIDS Program (GAP) selected Phayao as one of the pilot provinces to promote performance measurement and quality improvement of HIV care and treatment in hospitals. In addition, the CD4 monitoring program was initiated so that the HIV-infected patients received CD4 monitoring at no cost.

ART has been finally universal in 2005. The National Health Security Office (NHSO) announced that all eligible HIV-infected individuals could receive ART through the national health insurance: universal coverage scheme. Most recently, the NHSO expand the coverage to make all HIV-infected patients irrespective of their CD4 counts.

The sustainability of the support from external stakeholders appeared to be a major challenge to HIV management in Phayao. As a result of the vigorous implementation among the stakeholders, new infection and AIDS-related death rates in Phayao were sharply decreased into less than one percent per year and PLHA could live a normal life in their own community. This accomplishment made the international organizations view Phayao as a successful, self-reliant province and started to withdraw the support. The HIV-related activities that had been sponsored by external agencies were slowed down, particularly those of the HIV peer-support groups.

“Now there is no support from anywhere. Even from NHSO, it has been stopped for one year already. They do not support the holistic center (the name of the hospital peer-support group). So, we do not have money”

(HIV Nurse, Mae Jai Hospital)

“The group leaders also have to earn for living. Even when they travel to work for the group, they have to pay for the gas. It may be already difficult to find somebody who can be fully voluntary. It is difficult because they (PLWH) are not rich. They are low-income”

(HIV Nurse, Pong Hospital)

Local administrative offices (i.e. sub-district level municipalities) appeared to be the new stakeholder in the field. As the output of the national decentralization policy, local administrative office has become an important organization that can provide support for the HIV groups in

community. Each office was allocated with health promotion budget from the NHSO fund. The HIV groups could make a proposal to receive the budget while the office itself could initiate health promotion program for HIV or other population.

“We have Hong Hin (the name of the sub-district) Ladies Group established by HIV-infected ladies in our community. They received the budget from Rak Thai Foundation, which has been withdrawn. So, they do not have money to continue the activities. It is like they (the foundation) just let it go and leave the group alone. Then, the group made a proposal to the municipality. Their proposal is interesting. They want to improve quality of life in adolescents in the community. They also did fundraising. They are also good at paperwork”

(Director of public health and environment department, Hong Hin Municipality)

Moreover, the improved quality of life of the PLWH (e.g. better health status, lower social stigma, better socio-economic condition due to employment) has resulted in less participation in HIV peer group. The PLWH focused more on getting income for living and viewed the group activities as a waste of time. According to the informants, being more distant from HIV community, the attitudes and behaviors of the PLWH has changed. That might increase their health risk in the near future.

“Nowadays, what they (PLWH) talked are whether there are any loans for investment. In the past we never talked about money. Just having something to eat was enough. This guy brought a little (food) from here that guy brought a little more (food) from there. Then we shared. We ate together. They did not drink alcohol. Nowadays whenever they meet, they asked for a party. Any whisky? Any beer? Anything? I join the party but I do not drink. They made fun of me that this is why I am still single. Whatever they want to eat, snacks, I can get for them. But I do not drink”

(Representative of HIV peer group, Pong Hospital)

“It is difficult to do follow-up. We cannot force the patients to take medication. When we tell them to participate in group activities, they do not want to. It is because they are rushing... rushing to work, rushing to go home, rushing to do other errands. But, if you asked we achieve our goal in HIV care, I think we do. Our goal is to improve their quality of life is it? Then, they are good (healthy) already. Patients are not interested in (HIV) information. They just come to get the drug and leave. No more stigma. No need to sit and talk (with the group members). They can live in harmony, with the society like normal people. But, it will turn out to be like the past. The patients will have drug resistance and low CD4 levels”

(HIV Nurse, Mae Jai Hospital)

The study findings indicated that the transition of social capital at community occurred in relation to the dynamic HIV situation. Lack of financial support, changes in PLWH's attitudes toward HIV disease and their increased risk behaviors and less active management of HIV were the major challenges to Phayao province in maintaining its accomplishment. As a result, HIV in Phayao, or in Thailand emerged again and thus required more attention from the HIV community.

CHAPTER FIVE: CONCLUSION AND DISCUSSION

This chapter presents the conclusion and discussion of the findings. Three main analyses have been conducted in this study: (1) the validation of the WHOQOL-HIV-BREF HIV-infected patients; (2) the examination of the impacts of HIV peer-support group engagement, which has been defined as the individual-level social capital on the QOL and (3) the investigation of the community-level social capital in relation to the changing HIV situation in the study setting. The recommendations for policy and practice and direction for future research are also presented.

Summary of the Study Findings

Firstly, the study assessed the reliability and validity of the World Health Organization quality of life in HIV-infected persons (WHOQOL-HIV-BREF) instrument to ensure the applicability of this international tool to the Thai setting. The WHOQOL-HIV-BREF, a 31-item questionnaire consisted of 26 items based on the shorter version of the generic WHOQOL instrument and five items from the full-version, 120-item WHOQOL-HIV instrument. The additional five items are not available in Thai language thus; they have been translated for the application to a Thai sample for the first time. The reliability of each domain of the WHOQOL-HIV-BREF was assessed by means of internal consistency (Cronbach's α) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed for investigating construct validity.

The study findings provide evidence for acceptable reliability and validity of the WHOQOL-HIV BREF as the measure of QOL in the sample of Thai HIV-infected patients. The Cronbach's α values in most domains are closed to 0.7, demonstrating acceptable internal consistency (George & Mallery, 2003). The six-domain structure was found to have acceptable fit with the empirical data, confirming its construct validity. It can be concluded that the

WHOQOL-HIV-BREF questionnaire is reliable and valid and thus, is applicable in the Thai culture.

Secondly, the study examined the PLWH's engagement in peer-support group in relation to QOL. The concept of social capital and its measurement adapted from that of Wan & Lin (2003) has been used to reflect the engagement. The construct was hypothesized to have three-related factors including trust, involvement and reciprocity. The CFA reveals moderately strong to very strong correlations between the three dimensions. Therefore, an alternative measurement model that loaded all items from the three dimensions on one single factor was proposed. The one-factor measurement model of social capital presented acceptable reliability, validity and acceptable fit results.

The relationship between social capital and QOL, controlling for the effects of PLWH's socio-demographic and health-related characteristics was examined using structural equation modeling (SEM) method. The SEM reveals significantly positive influence of social capital on QOL. The PLWH who had been more engaged in the peer-support group have better QOL compared to those who had been less engaged. The PLWH who were employed, had higher income and had been diagnosed with HIV for a longer period demonstrate better QOL than those who were not employed, had lower income and had been diagnosed with HIV for a shorter period. Presence of another disease in addition to HIV is found to worsen QOL in PLWH. The engagement in peer-support group is found to have the largest relative contribution to QOL, followed by presence of another disease, income, length of infection and employment status. These five variables explain 33% of the variation in QOL.

Thirdly, the study explores the accumulation and utilization of social capital in response to the dynamic HIV situation in Phayao. The in-depth interviews for 19 representatives from governmental and non-governmental stakeholders at provincial, district and community levels and documentary review of facts regarding HIV situation and policies have been performed.

The study findings indicate that Phayao province has developed strong social capital in response to severe HIV outbreak and large number of AIDS-related deaths in the area with the involvement of diverse stakeholders from public health offices, healthcare providers, PLHW networks and domestic and international non-government organizations. The major changes of HIV situation occurred in three periods: the dark period; the gold period and the re-emergence period.

Severe HIV situation from the ‘dark’ period had been continuously mitigated by vigorous implementation on screening for HIV infection, prevention among population at-risk, reduction of social stigmatization and improvement of access to quality HIV care. The HIV peer-support groups had been established in all hospitals throughout the province. Upon the accomplishment of declining HIV situation during the ‘gold’ period, non-government and international organizations started to withdraw their financial supports. The country’s decentralization policies had put health promotion and prevention budget under local administrative offices, creating a new stakeholder in the area. Nevertheless, the participation in HIV community started to decline because later generations of PLWH can access to ARV and stigma in community has decreased. The re-emergence of HIV in the population groups in which the infection was once controlled, together with the new incidence in other vulnerable groups such as migrants, MSM and younger people during recent years has posted new challenges to Phayao province.

Discussion

The study findings imply the significance of the peer-support group approach in the setting of healthcare facility. The lessons learned from Phayao's experience in managing HIV situation highlight the dynamics of both the situation itself, the potential stakeholders and the PLWH's perspectives toward HIV. Simultaneously, the conceptual and methodological implications regarding the concept social capital and quality of life are also discussed as follow.

The WHOQOL-HIV-BREF instrument

Although the study findings provide an evidence to support the reliability and validity of the relatively new instrument, some important details of the study results should be discussed for further application of the WHOQOL-HIV-BREF in the Thai setting.

A lower internal consistency was found in some domains. In particular, the 'level of independence' domain had the smallest Cronbach's α value, which was caused by the item 'dependence on medication and treatment'. Small or negative corrected item-domain correlations for this item were also observed in the studies of Hsiung et al. (2011) and Saddki et al. (2009). In addition, a study by Mweemba, Zeller, Ludwick, Gosnell, & Michelo (2011) found a different factor structure of the full-version WHOQOL-HIV in which the items from the 'dependence on medication' facet were loaded on a different factor, separated from other facets included in the 'level of independence' domain. This might be due to the uniqueness of HIV, which requires adherence to ART medication to control disease progress. Recently, the treatment has become accessible in Thailand. All HIV-infected individuals are encouraged to receive the treatment irrespective of their stage of illness (Manosuthi et al., 2015). Thus, for HIV-infected patients, ART medication has become a necessity for maintaining other physical functioning such as daily life activities, work capacity and mobility. The 'dependency on medication' item, hence, could

be interpreted differently, or even oppositely from the general HRQOL perspective when applied in the context of HIV.

The item ‘religion, spirituality and personal beliefs’ (feeling that life is meaningful) also exhibited a low correlation with the SRPB domain. Lower reliabilities of this domain with 4 items were also reported in cross-cultural samples (Hsiung et al., 2011; O’Connell & Skevington, 2012; Pereira, Martins, Alves, & Canavarro, 2014; Tran, 2012). In addition, the ‘SRPB’ facet was found to load on a different factor, apart from other facets sharing the ‘SRPB’ domain originally proposed by the full-version WHOQOL-HIV (Mweemba et al., 2011). Because the remaining three HIV-specific items (‘forgiveness and blame’, ‘concerns about future’ and ‘death and dying’) altogether appeared to have larger corrected item-domain correlations ($r = 0.50-0.64$), we believed that the lower reliability of this ‘SRPB’ domain for the WHOQOL-HIV-BREF might be due not only to the size (number of items) as indicated by Pereira et al. (2014) but also to how the question about meaningfulness of life was culturally interpreted. In Thailand, the phrase “meaningfulness of life” is not common in a conversation, might be more related to self-esteem, not spirituality or religion and might be included in the ‘psychological health’ domain, as proposed in the generic WHOQOL-BREF instrument.

Satisfactory reliability and validity results were also presented in previous studies that proposed different domain structures for the use of the WHOQOL-HIV BREF in their cultures, such as Brazil (da Silva, Bunn, Bertoni, Neves, & Traebert, 2013), Malaysia (Saddki et al., 2009), Portugal (Canavarro & Pereira, 2012) and Vietnam (Tran, 2012). Further analysis could be done to find alternative factor structures for the WHOQOL-HIV-BREF to increase the applicability to the Thai culture.

Significance of HIV peer-support group

This study confirms the impacts of HIV peer-support group engagement on QOL. The individual-level aspects of social capital are significant to PLWH's decision to disclose their HIV status to the community and dedicate themselves to extend knowledge and supports to other HIV-infected individuals. As Tam et al. (2012) indicated, peer supporters were able to utilize their own experiences a PLWH to empathically listen, understand advise and assist the patients to solve their health and social problems. In this study, social capital is found to be the strongest predictor of PLWH's perceived QOL. This is consistent to the findings from Baron-Epel et al. (2008) and Webel et al. (2015) which examine the impacts of social capital on HIV symptom experience. HIV symptom experience is likely to be linked to how much someone feels they can readily access the necessary emotional, psychological and material resources available to them. These resources can improve health outcome by influencing health behavior, mobilizing a network to access health services and providing emotional and psychological support (Berkman & Glass, 2000).

Despite the declining engagement in peer-support group at the current period, it's contribution to better quality of life found in this study has reinstated the significance of healthcare facility-based peer-support group. Only the social capital variable alone is found to contribute for more than 20 percent of the variation in QOL. Chen et al. (2013) found that the engagement of patients with their healthcare providers improves patients' QOL. This is because the engagement comprises more than just the participation in activities but the access to the care, information sharing, involvement in decision making and self-care activities, respect and support of the healthcare providers for the client's choices and management of client concerns (Chen et al., 2013). As such, the sustainability of this psychosocial-based practice needs to be emphasized.

The changing social and patient's perceptions in regard to HIV must be taken into account for the improvement of psycho-social service provided in hospitals. Healthcare practitioners and local policymakers may find alternative interventions that are compatible with the PLWH's construction of meaning of the disease and their lifestyles so that it could motivate HIV-infected individuals to adhere not only with the medication service but also the psycho-social service to maintain their quality of life.

Originally, the social capital construct in this study comprises of three-related factors: trust; involvement and reciprocity yet, a one-factor model containing all measurement items derived from the three-related factors has been proposed to make the SEM model more simplified. A study by Wan & Lin (2003) found that when the three factors were being considered separately, only trust had significant relationship with patient's health status. Other studies measured social capital in diverse aspect however, trust is the major element of social capital in most studies (e.g., Baron-Epel et al., 2008; Berry & Welsh, 2010; Chen et al., 2013; Webel et al., 2012). Therefore, further investigation on the unique contribution of each social capital component on QOL may provide more precise explanation of how it functions. In addition, the operationalization of social capital in this study is limited to the exchange and benefit between HIV-infected individual and specific peer group. Social capital at a wider scale such as that obtained through participation in the local community, social agency, feelings of trust and safety in the environment, neighborhood connections, friends and family connections, tolerance of diversity and value of life should be further explored.

Social capital in HIV community

The involvement of multiple stakeholders had resulted in large amount of HIV-related resources that helped strengthen Phayao's HIV community, particularly the HIV-peer support

groups and network. Wallerstein (1992) explained that such process promotes participation of people, organizations and communities towards the goals of increase community control, political efficacy, improved quality of life and social justice. It underlies both the concepts of community partnership and health promotion, which individuals are empowered to make a choice within a social context (Ravella & Thompson, 2001), and are enabled to enhance their individual and collective skills of controlling their lives in a given community (Erben, Franzkowiak & Wenzel, 2000). The interventions and partnerships among public and private sectors can facilitate the PLWH's capacity building through a variety of activities. In addition, the peer-support group activities in Phayao province is unique that the HIV-infected members also deliver their experiences and knowledge to other community members. In turn, the HIV-educated communities in which HIV peer-support groups are located will have less degree of stigma and discrimination against them.

Another important characteristic of Phayao HIV community is that the stakeholders usually collaborate with each other. This has led to effective and efficient interventions that each sector implemented accordingly with their own expertise. For example, non-profit organizations provide funds for establishing HIV peer-support group, hospitals provide education, training and counseling, and religious-based organizations provided space and courses for spiritual practices. Such community-level social capital solidifies HIV peer-support group in a community.

The experience of Phayao as observed in this study signifies important threats to the HIV management at any levels. The transition from mostly resourceful stakeholders to smaller scale agencies happening throughout Thailand's HIV community means less resources and possible negligence of the epidemic. With little or no supports from external funders and declining interest in HIV, Phayao health authority must revise its strategies to mobilize its remaining

social capital: their long-term accumulated knowledge and experiences and local stakeholder engagement, in response to the re-emergence of HIV. Future study to explore the new mechanisms for HIV management in Phayao may shed some light on how local stakeholders can re-strengthen or substitute the 'missing' functions in the current HIV community.

Study Limitation

This study has some limitations that needed to be addressed. First, the study setting, Phayao province, has had extensive experience in managing HIV problems, so the QOL of HIV-infected patients could be higher here compared to other parts of the country.

Second, all participants were recruited at HIV outpatient care units in hospitals and were actively engaged in health care. Our study sample did not include patients who have less access to HIV care, had more severe symptom, and/or were admitted at inpatient wards. This might hamper the generalizability of the study findings.

Third, some questions might be influenced by a respondent's livelihood, cultural meanings and level of literacy. Because the majority of the participants had a primary or lower level of education and lived in rural areas, the comprehension and interpretation of the questions might have been different from their initial meanings. For example, it might be difficult for those who were not sexually active to determine whether they were satisfied with their 'sex life'; for those who did traditional farming to see what information and skills they should acquire; or for those who live a slow-paced rural life to seek leisure activities. As such, the interpretation of the data when the WHOQOL-HIV-BREF is applied should be performed with a careful consideration of the characteristics of the study setting and participants.

Fourth, the simplification for social capital and QOL measurement models might ignore the distinctive properties of individual domains. The findings from the study's post-hoc analyses

imply that each QOL domain has its own variation and the relationship with the predictor variables could be significant if it has been tested in a separated model. Further investigation into the associations among variables and sub-constructs (i.e., domains) would provide a more precise identification of target groups and suggestion for improving each aspect of QOL.

Last, the cross-sectional design of the study did not allow an examination of the impacts of HIV peer-support group engagement on QOL in compliance to the assumption of temporal sequences. The association between the two variables may not well reflect actual causal inference. The relationship could be even reciprocal: the PLWH who are healthy might be more actively engaged in the group activities. Therefore, a longitudinal, experimental study that investigates the changes of PLWH's QOL after the participation in peer-support intervention is encouraged.

REFERENCE

- Acharya, D. (2014). Assessment of Quality of Life of People Living with HIV and AIDS Receiving Anti-Retroviral Therapy in Kathmandu Valley. *Journal of Institute of Medicine*, 36(1).
- Bakiono, F., Ouédraogo, L., Sanou, M., Samadoulougou, S., Guiguemdé, P. W. L., Kirakoya-Samadoulougou, F., & Robert, A. (2014). Quality of life in people living with HIV: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *SpringerPlus*, 3(1), 372. doi:10.1186/2193-1801-3-372
- Baron-Epel, O., Weinstein, R., Haviv-Mesika, A., Garty, N., Green, SM. (2008). Individual-level analysis of social capital and health: a comparison of Arabs and Jewish Israelis. *Social Science & Medicine*, 66(4): 900-910.
- Basavaraj, K., Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV. *Indian journal of sexually transmitted diseases*, 31(2), 75-80. doi:10.4103/0253-7184.74971
- Baydar, N., Reid, J. B., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mother mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child development*, 74(5), 1433–1456.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). New York, NY: Oxford University Press.
- Berry, H. & Welsh, J. (2010). Social capital and health in Australia: An overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Social Science and Medicine*, 70, 588-596.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: J. G. Richard (Ed.), *The Handbook of Theory: Research for Sociology of Education*. New York: Greenwood Press..
- Bunjoungmanee, P., Chunloy, K., Tangsathapornpong, A., Khawcharoenporn, T., & Apisanthanarak, A. (2014). Quality of life assessment among patients living with HIV at a tertiary care hospital in Thailand. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 45(4), 834-842.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS, (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- Campbell, C., William, B., Gilgen, D. (2002). Is Social Capital a Useful Conceptual Tool for Exploring Community Level Influence on HIV Infection? An Exploratory Case Study from South Africa. *AIDS Care*, 14 (1), 41-54.
- Campbell, J. L., Quincy, C., Osserman, J. and Pedersen, O. K. (2013). Coding In-depth Semistructured Interviews Problems of Unitization and Intercoder Reliability and Agreement. *Sociological Methods & Research*, 42, 294-320.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected

- adults: The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS care*, 24(6), 799-807.
doi:10.1080/09540121.2011.630362
- Chen, W-T., Dean, W., Reid, P., Corless, I.B., Eller, L.S., ... Webel, A.R. (2013). Engagement with Health Care Providers Affects Self- Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 4(11):256. DOI: 10.4172/2155-6113.1000256
- Clayson, D. J., Wild, D. J., Quarterman, P., Duprat-Lomon, I., Kubin, M., & Coons, S. J. (2006). A comparative review of health-related quality-of-life measures for use in HIV clinical trials. *Pharmacoeconomics*, 24(8), 751-765. doi:10.2165/00019053-200624080-00003
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- da Costa, T. L., & de Oliveira, D. C. (2013). Quality of life of people with human immunodeficiency virus and interiorization: multidimensional assessment. *Journal of Nursing UFPE on line*, 7(10), 5866-5875. doi:10.5205/01012007
- da Silva, J., Bunn, K., Bertoni, R. F., Neves, O. A., & Traebert, J. (2013). Quality of life of people living with HIV. *AIDS care*, 25(1), 71-76. doi:10.1080/09540121.2012.686594
- Dennis C-L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing*, 40; 321-22
[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5)
- Erben, R., Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (2000). People Empowerment vs. Social Capital: From Health Promotion to Social Marketing. *Health Promotion Journal of Australia*, 9, 3, 179-182.
- Fayers, P., & Machin, D. (2013). *Quality of Life: the Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*. John Wiley & Sons.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gielen et al. (2001). Quality of Life Among Women Living with HIV: The Importance Violence, Social Support, and Self Care behaviors. *Social Science & Medicine*, 52(2), 315-322.
- Grootaert, C. & Bastelaer, T.V. (2002). *The Role of Social Capital in Development: An Empirical Assessment*. Cambridge University Press.
- Halloran, J. (2006). Increasing survival with HIV: impact on nursing care. *AACN Advanced Critical Care*, 17(1), 8-17. doi:10.1097/00044067-200601000-00002
- Hsiung, P.-C., Fang, C.-T., Wu, C.-H., Sheng, W.-H., Chen, S.-C., Wang, J.-D., & Yao, G. (2011). Validation of the WHOQOL-HIV BREF among HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS care*, 23(8), 1035-1042. doi:10.1080/09540121.2010.543881
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Ichikawa, M. & Natpratan, C. (2004). Quality of Life among People Living in HIV/AIDS in Northern Thailand: MOS-HIV Health Survey. *Quality of Life Research*. 13, 601-610.

- Imam M.H., Karim M.R., Ferdous, C., & Akhter, S. (2011). Health related quality of life among the people living with HIV. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 37(1), 1-6.
- Im-em, W. & Suwannarat, G. (2002). *Response to AIDS at Individual, Household, and Community Level in Thailand*. Draft paper prepared for the UNRISD project HIV/AIDS.
- Kalichman, S.C., Sikkema, K. J., & Somlai, A. (1996). People Living with HIV Infection Who Attend and Not Attend Support Groups: A Pilot Study of Needs, Characteristics, and Experiences. *AIDS CARE*, 8(5), 589-599.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothro-Stith, D. (1997). Social capital, income equity, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491–1498.
- Khumsaen, N., Aoup-por, W., & Thammachak, P. (2012). Factors Influencing Quality of Life among People Living with HIV (PLWH) in Suphanburi Province, Thailand. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23(1), 63-72.
- Latkin, C.A., Susan, S., & Amy, K. (2003). HIV Prevention among Drug Users: Outcome of a Network-Oriented Peer Outreach Intervention. *Health Psychology*, 22(4), 332-339.
- Latkin, C.A. & Knowlton, A.R. (2005a). Micro-Social Structural Approaches to HIV Prevention: A Social Ecological Perspective. *AIDS Care*. 17, 102-113.
- Latkin, C.A. & Knowlton A.R. (2005b). *Social Network Approaches to HIV Prevention: Implications to Community Impact and Sustainability*. pp. 105-129.
- Lochner, K. A., Kawachi, I., Brennan, R. T., & Buka, S. L. (2002). Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science and Medicine*, 51, 1–9.
- Manosuthi, W., Ongwandee, S., Bhakeecheep, S., Leechawengwongs, M., Ruxrungtham, K., Phanuphak, P., . . . Tantisiriwat, W. (2015). *Guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2014, Thailand*. *AIDS research and therapy*, 12(1), 12. doi:10.1186/s12981-015-0053-z
- Mekuria, L. A., Sprangers, M. A., Prins, J. M., Yalew, A. W., & Nieuwkerk, P. T. (2015). Health-related quality of life of HIV-infected adults receiving combination antiretroviral therapy in Addis Ababa. *AIDS care*(ahead-of-print), 1-12. doi:10.1080/09540121.2015.1020748
- Munsawaengsub, C., Khair, B., & Nanthamongkolchai, S. (2012). People living with HIV in the city of Bangkok: Quality of life and related factors. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(Suppl 6), S127-S134.
- Mweemba, P., Zeller, R., Ludwick, R., Gosnell, D., & Michelo, C. (2011). Validation of the World Health Organization Quality of Life HIV instrument in a Zambian sample. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 22(1), 53-66. doi:10.1016/j.jana.2010.04.006
- Nikooseresht, Z., Rimaz, S., Asadi-Lari, M., Nedjat, S., Merghati-Khoei, E., & Saiepour, N. (2014). Reliability and validity of the Iranian version of the human immunodeficiency virus specific World Health Organization quality of life BREF questionnaire. *Journal of Biostatistics and Epidemiology*, 1(1).

- Nonenoy, S. (2009). *Health-related quality of life among persons living with HIV/AIDS in 3 hospitals in Thailand*. A Master Thesis, College of Public health Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Nonenoy, S., Panza, A., Plipat, T., Prasithsirikul, W., Raksakulkarn, P., Muangpaisan, K., . . . Wattanasopon, R. (2010). Health-related quality of life among persons living with HIV in 3 hospitals in Thailand. *Journal of Health Research*, 24, 33-40.
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2012). An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior*, 16(2), 452-460. doi:10.1007/s10461-010-9863-0
- Phayao Public Health Office. (2013). *Annual Report 2012*. Phayao Public Health Office. Phayao, Thailand.
- Phayao Public Health Office. (2015). *AIDS Situation from 1989-2014 (506/1 Report Form)*. Phayao Public Health Office. Phayao, Thailand.
- Pedroso, B., Gutierrez, G. L., Duarte, E., Pilatti, L. A., & Picinin, C. T. (2011). Quality of Life Assessment in People Living with HIV: Clarifying the WHOQOL-HIV and WHOQOL-HIV-Bref Instruments. In V. Venketaraman (Ed.), *Global view of HIV infection*. 163-176.
- Peltzer, K., & Phaswana-Mafuya, N. (2008). Health-related quality of life in a sample of HIV-infected South Africans. *African Journal of AIDS Research*, 7(2), 209-218. doi:10.2989/AJAR.2008.7.2.6.523
- Pereira, M., Martins, A., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2014). Assessing quality of life in middle-aged and older adults with HIV: psychometric testing of the WHOQOL-HIV-Bref. *Quality of Life Research*, 23(9), 2473-2479. doi:10.1007/s11136-014-0707-7
- Peter, E., Kamath, R., Andrews, T., & Hegde, B. M. (2014). Psychosocial determinants of health-related quality of life of people living with HIV on antiretroviral therapy at Udipi district, southern India. *International journal of preventive medicine*, 5(2), 203-209.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1), 35-42.
- Rajeev K.H., Yuvaraj, B.Y., Nagendra Gowda, M.R., Ravikumar, & S.M. (2012). Impact of HIV/AIDS on quality of life of people living with HIV/AIDS in Chitradurga district, Karnataka. *Indian Journal of Public Health*, 56(2), 116-121.
- Ravella, P. & Thompson, L. (2001). Educational model of community partnerships for health promotion. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2(2), 161-166.
- Saddki, N., Noor, M., Norbanee, T., Rusli, M., Norzila, Z., Zaharah, S., . . . Zarina, Z. (2009). Validity and reliability of the Malay version of WHOQOL-HIV BREF in patients with HIV infection. *AIDS care*, 21(10), 1271-1278. doi: 10.1080/09540120902803216
- Safren, S. A., Radomsky A.S., Otto M. W., & Salomon, E. (2002). Predictors of Psychological Well-Being in a Diverse Sample of HIV-Positive Patients Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Psychosomatics*, 43(6), 478-485.

- Sakthong, P., Schommer, J., Gross, C., Sakulbumrungsil, R., & Prasithsirikul, W. (2007). Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV. *J Med Assoc Thai*, 90(11), 2449-2460.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 1-8. doi: 10.1007/s00127-004-0700-5
- Sowel, R. L. et al. (1997). Quality of Life in HIV-Infected Women in the South-Eastern United States. *AIDS Care*, 9(5), 501-512.
- Stewart, M. J., & Tilden, V. P. (1995). The contributions of nursing science to social support. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 535-544.
- Taechaboonsersak, P., Munsawaengsub, C., Charupoonphol, S., & Charupoonphol, P. (2008). Quality of life of hiv/aids patients in Bangkok Metropolitan. *Journal of Public Health*, Special Issue on 60th Anniversary of Faculty of Public Health, 91-103.
- The Bureau of AIDS, TB and STIs. (2012). *Annual Report 2012*. The Bureau of AIDS, TB and STIs. Department of Disease control, Ministry of Public Health, Thailand.
- Tran, B. X. (2012). Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV patients in Vietnam. *PLoS One*, 7(7), e41062. doi:10.1371/journal.pone.0041062
- UNAIDS. (2008). *Fast Fact about HIV Prevention*. Retrieved from http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080501_fastfacts_prevention_en.pdf.
- UNAIDS. (2013). *Judging the epidemic: A judicial handbook on HIV, human rights and the law*: Joint United Nations Programme on HIV.
- Van Tam, V., Larsson, M., Pharris, A., Diedrichs, B., Nguyen, H. P., Nguyen, C. T., ... & Thorson, A. (2012). Peer support and improved quality of life among persons living with HIV on antiretroviral treatment: A randomised controlled trial from north-eastern Vietnam. *Health Qual Life Outcomes*, 10(1), 53. doi:10.1186/1477-7525-10-53
- Veenstra, G. (2002). Social capital and health. *Social Science & Medicine*, 54(6), 849–868.
- Walch, S.E., Roetzer, L.M, & Minnett, T.A. (2006). Support Group Participation among Persons with HIV: Demographic Characteristics and Perceived Barriers. *AIDS Care*, 18(4), 284-289.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.
- Wan, T. T. H. (2002). *Evidence-based health care management: Multivariate modeling approaches*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Wan, T. T.H., & Lin, B.Y.J. (2003). Social Capital, Health Status, and Health Services Use among Older Women in Almaty , Kazakhstan. *Research in the Sociology of Health Care*, 21, 163-180
- Webel, A.R., Wantland, D., Rose, C.D., Kemppainen, J., Holzemer, W.L.,... Portillo, C. (2015). A Cross-Sectional Relationship Between Social Capital, Self-Compassion, and

- Perceived HIV Symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 59-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.12.013>
- WHOQOL-Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- WHOQOL-HIV-Group. (2003). Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1259-1275. doi:10.1016/S0277-9536(02)00506-3
- Wright et al. (1998). Indiana Youth Access Project: a Model for Responding to the HIV Risk Behaviors of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth in the Heartland. *Journal of Adolescent Health*, 23(2), 83-95.

APPENDIX



COA.No.

2014/044.1702

Documentary Proof of The Committee for Research Ethics (Social Sciences)

Title of Project:	Peer-Support Group Engagement and Quality of Life in People Living with HIV/AIDS
Principal Investigator:	Lect.Dr.Natthani Meemon
Name of Institution:	Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University
Approval Includes:	1) MU-SSIRB Submission form version received date 13 February 2014 2) Participant Information sheet for Stakeholders version date 13 February 2014 3) Participant Information sheet for PLWHAs version date 13 February 2014 4) Informed Consent form version date 13 November 2013 5) Interview Guideline received date 13 November 2013 6) Questionnaire received date 13 February 2014

The Committee for Research Ethics (Social Sciences) is in full compliance with International Guidelines of Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval:	17 February 2014
Date of Expiration:	16 February 2015

Signature of Chairman:.....

(Emeritus Professor Santhat Sermsri)

Signature of Head of the Institute:.....

(Assoc.Prof.Dr.Wariya Chinwanno)

Dean of Faculty of Social Sciences and Humanities



ที่ พย ๐๐๓๒.๐๐๒.๓/ว ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
ถนนพหลโยธิน พย ๕๖๐๐๐

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง การลงมติ โครงการวิจัยในมนุษย์

เรียน ดร.ณัฐณิย์ มีมนต์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

ตามที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ได้มีการประชุมพิจารณาโครงการวิจัย ซึ่งมี อาจารย์ ดร.ณัฐณิย์ มีมนต์ ภาควิชาสังคมและสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหัวหน้าโครงการ ได้ทำโครงการวิจัย เรื่อง การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และขออนุญาตเก็บข้อมูล ในอาสาสมัคร ในพื้นที่ของจังหวัด คณะกรรมการฯ มติที่ประชุมพิจารณาแล้วเห็นว่า เห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แต่ขอให้เพิ่มเติมประเด็นที่สำคัญดังนี้

- ๑) ให้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยให้รับทราบ
- ๒) ต้องชี้แจงกลุ่มผู้ประสานงานในคลินิก ARV ของโรงพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการและให้คำอธิบายแก่ อาสาสมัครให้เข้าใจและใช้เวลาอาสาสมัครในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายฉลอง อัครชีโนเรศ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

งานติดตามและประเมินผล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
โทร. ๐ ๕๔๔๐ ๔๑๒๒
โทรสาร ๐ ๕๔๔๐ ๔๑๔๘
นงคราญ นามปริง ๐ ๘๗๗๒ ๗๕๔๔

Manuscript Number: JANAC-D-15-00162R1

Title: Application of the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire in Thai HIV-
infected patients: Reliability and validity of the instrument

Article Type: Original Manuscript

Keywords: Health-related quality of life; HIV-infected patients;
Thailand; WHOQOL-HIV-BREF

Corresponding Author: Mrs. Natthani Meemon, Ph.D.

Corresponding Author's Institution: Mahidol University

First Author: Natthani Meemon, Ph.D.

Order of Authors: Natthani Meemon, Ph.D.; Seung Chun Paek, Ph.D.;
Daraphak Yenchai, MA; Thomas Wan, Ph.D.

Abstract: Given the prolonged survival of HIV-infected individuals as a result of the widespread availability of HIV treatment, health-related quality of life (HRQOL) becomes a relevant endpoint for assessing the impacts of HIV interventions. This study examines the reliability and validity of the World Health Organization quality of life in HIV-infected persons (WHOQOL-HIV-BREF) instrument, using the data from 329 Thai HIV-infected patients who received outpatient care at 7 public hospitals. The study findings reveal acceptable reliability, construct validity and convergent validity of the WHOQOL-HIV-BREF. No significant difference in HRQOL was found between groups with different CD4 levels. Conversely, the subgroup with a history of opportunistic infection appeared to have a higher HRQOL compared to those in the latency stage. Challenges to the interpretation of the questions as they relate to culture are discussed. In conclusion, the WHOQOL-HIV-BREF can be added to the limited list of instruments for comprehensive outcome evaluation of HIV interventions in Thailand.

Dear Editor,

Thank you very much for your positive response to our paper. We are pleased to resubmit the revised version of JANAC-D-15-00162 entitled “Application of the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire in Thai HIV-infected patients: Reliability and validity of the instrument”. We carefully considered the reviewers’ comments for the paper improvement. We hope that all of the comments and recommendations are well reflected in the revised manuscript. Again, we greatly appreciate your time and effort to provide the insightful guidance for the study.

Reviewer#1 mentioned one main point which is the need to explain how the sample was selected since we discussed the issue of generalization of the research findings.

Response: We agree that we did not indicate clearly about the sampling method for the study. The study sample was recruited by convenience method and comprised adult HIV-infected patients who visited the HIV outpatient unit at each hospital during our three-month data collection period (August-October 2014). All patients were invited to participate in the study, and those who accepted to participate provided the consent and completed the questionnaire.

As we mentioned in the discussion, our study sample did not include patients who might have less access to HIV care, had more severe symptom, and/or were admitted at inpatient wards. Thus, this may hamper the generalizability of the study findings to the general HIV population.

The revised manuscript includes the statement for the sampling method and the discussion of the generalization of the findings. We hope that you find these revisions as an improvement.

Reviewer#2 raised an important point of whether the sample is reflective of the population living with HIV and encouraged a comparison between the study sample and general HIV population in Thailand.

Response: We apologize for the insufficient explanation about the study’s focal population. Since we firstly assumed that the HRQOL instrument is generally used for assessing the impacts of HIV treatments on a patient’s life, we conducted the study in the population of HIV-infected patients, of which we defined in this study as the HIV-infected individuals who registered to

receive HIV-related care in a hospital. The revision has been made to clarify the study population in the method section.

The study sample is barely comparable to the general HIV population because the general HIV population is much more diverse than the study sample that was drawn only from the outpatient clinics. In fact, we have tried to compare the characteristics of the study sample and the general HIV population, but for the general HIV population, only the aggregated statistics about gender, age and ART coverage were available from different sources. The following table provides the comparison between the study sample and general HIV population.

Comparison of Gender, Age and ART coverage between general HIV population and the study sample

Characteristics	Study sample (N=329)	General HIV population	Source of data (Year)
<i>Gender</i>		(N=426,707)	Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection (2014)
Male	44.4%	56.5%	
Female	55.6%	43.5%	
<i>Age Group</i>		(N=390,339)	Bureau of Epidemiology (2015)
20 or below	2.4%	5.3%	
21-30	5.2%	29.2%	
31-40	30.1%	43.2%	
41-50	50.8%	16.6%	
51-60	10.0%	4.2%	
60 or above	1.5%	1.5%	
<i>ART Coverage</i>		(N=426,707)	Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection (2014)
Yes	98.2%	60.2%	
No	1.8%	29.8%	

Source: Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection (2014) and the Bureau of Epidemiology (2015)

Despite the difference between our sample and the general HIV population presented in the table, we believe that our paper can still present the best of our efforts to cover the diversity of persons living with HIV in Thailand.

Reviewer#3 has specific suggestions for improvements for the presentation regarding the description of the instrument adaptations.

Response: We apologize for the poor writing skill that has caused the confusion. We carefully rewrote the two paragraphs that present the development of the WHOQOL instruments by avoiding the excessive use of abbreviations.

Both Reviewer#2 and #3 recommend a strong editorial work to clean up the manuscript.

Response: All the language and grammatical errors in the text and tables have been corrected by a professional editor (from webshop.Elsevier.com), as suggested. We hope the understandability and readability of the paper has been improved.

Once again, we greatly appreciate the opportunity to revise our work for the consideration for publication in JANAC. We hope that our revision meets your approval. Thank you.

Response to Reviewer#1

Dear Reviewer,

Thank you for your time and effort for providing the guidance for the study. We greatly appreciate your thoughtful comments as they are indeed essential for the improvement of our paper. We carefully reviewed your comments and attempted to incorporate them in our manuscript. The responses to your comments are as follows:

Comment 1: There is need to explain how the sample was selected since in the discussion the author talks about generalization of the research findings. Was this a randomly selected or a convenience sample? The author should explain this.

Response: We agree that we did not indicate clearly about the sampling method for the study. The study sample was recruited by convenience method. Our convenience sample comprised adult HIV-infected patients who visited the HIV outpatient unit at each hospital during the three-month data collection period (August-October 2014). All patients were invited to participate in the study and those who accepted to participate provided the consent and completed the questionnaire.

As we mentioned in the discussion, our study sample did not include patients who might have less access to HIV care, had more severe symptom, and/or were admitted at inpatient wards. Thus, this may hamper the generalizability of the study findings to the general HIV-infected population.

The revised manuscript includes the statement for the sampling method and the discussion of the generalization of the findings. We hope that you find these revisions as an improvement.

Once again, thank you very much for your positive response to our paper. We hope that all of your comments and recommendations are well reflected in our revised manuscript.

Response to Reviewer#2

Dear Reviewer,

Thank you very much for your favorable response to our manuscript. We greatly appreciate your thoughtful comments and suggestions which are essential for the paper improvement. We carefully reviewed the comments and attempted to incorporate them in our manuscript. We would like to respond to your comments as follows.

Comment 1: While the demographics of the sample are noted, there is no indication as to whether the sample is reflective of the population living with HIV. It would be helpful to see how your sample compares to the general HIV population in Thailand.

Response: We apologize for the insufficient explanation about the study's focal population. Since we firstly assumed that the HRQOL instrument is generally used for assessing the impact of HIV treatments on patient's life, we conducted the study in the population of HIV-infected patients, of which we defined in this study as the HIV-infected individuals who registered to receive HIV-related care in a hospital. The revision has been made to clarify the study population in the method section.

The study sample is barely comparable to the general HIV population because the general HIV population is much more diverse than the study sample that was drawn only from the outpatient clinics. In fact, we have tried to compare the characteristics of the study sample and the general HIV population, but for the general HIV population, only the aggregated statistics about gender, age and ART coverage were available from different sources. The following table provides the comparison between the study sample and general HIV population.

Comparison of Gender, Age and ART coverage between general HIV population and the study sample

Characteristics	Study sample (N=329)	General HIV population	Source of data (Year)
<i>Gender</i>		(N=426,707)	Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection (2014)
Male	44.4%	56.5%	
Female	55.6%	43.5%	
<i>Age Group</i>		(N=390,339)	Bureau of Epidemiology (2015)
20 or below	2.4%	5.3%	
21-30	5.2%	29.2%	
31-40	30.1%	43.2%	
41-50	50.8%	16.6%	
51-60	10.0%	4.2%	
60 or above	1.5%	1.5%	
<i>ART Coverage</i>		(N=426,707)	Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection (2014)
Yes	98.2%	60.2%	
No	1.8%	29.8%	

Source: Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection (2014) and the Bureau of Epidemiology (2015)

Despite the difference between our sample and the general HIV population presented in the table, we believe that our paper can still present the best of our efforts to cover the diversity of persons living with HIV in Thailand.

Comment 2: Need a strong editor to clean up manuscript.

Response: All the language and grammatical errors in the text and tables have been corrected by a professional editor (from webshop.Elsevier.com), as suggested. We hope the understandability and readability of the paper has been improved.

Once again, thank you very much for your positive response to our paper. We hope that all of your comments and recommendations are well reflected in our revised manuscript.

Response to Reviewer#3

Dear Reviewer,

Thank you very much for your favorable response to our manuscript. We greatly appreciate your thoughtful comments and suggestions which are essential for the paper improvement. We carefully reviewed the comments and attempted to incorporate them in our manuscript. We would like to respond to your comments as follows.

Comment 1: Description of instrument adaptation from other forms would benefit from revision as the presentation at present is somewhat difficult to following during a first time read (needed to re-read x 2 to be clear about multiple abbreviations and references to adapted instruments).

Response: We apologize for the poor writing skill that has caused the confusion. We carefully rewrote the two paragraphs that present the development of the WHOQOL instruments by avoiding the excessive use of abbreviations.

Comment 2: Need to review Grammar/English throughout manuscript and tables to improve readability.

Response: All the language and grammatical errors in the text and tables have been corrected by a professional editor (from webshop.Elsevier.com), as suggested. We hope the understandability and readability of the paper has been improved.

Once again, thank you very much for your positive response to our paper. We hope that all of your comments and recommendations are well reflected in our revised manuscript.

**Application of the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire in Thai HIV-infected patients:
Reliability and validity of the instrument**

Natthani Meemon, PhD

Seung Chun Paek, PhD

Daraphak Yenchai, MA

Thomas T.H. Wan, PhD

Natthani Meemon, PhD, is a Lecturer, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Salaya Campus, Nakhon Pathom, Thailand. Seung Chun Paek, PhD, is a Lecturer, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Salaya Campus, Nakhon Pathom, Thailand. Daraphak Yenchai, MA, is a Graduate Research Assistant, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Salaya Campus, Nakhon Pathom, Thailand. Thomas T.H. Wan, PhD, is a Professor, College of Health and Public Affairs, University of Central Florida, Orlando, Florida, USA.

Corresponding Author: Natthani Meemon: natthani.mee@mahidol.ac.th

Disclosures

The authors report no real or perceived vested interests that relate to this article that could be construed as a conflict of interest.

Acknowledgements

This study is part of a larger project titled: Peer-support group engagement and quality of life in people living with HIV, funded by the Thailand Research Fund (Grant number MRG5680125). Appreciation must be expressed to our research colleagues at the department of Society and Health, Mahidol University – Nipaporn Pinkam, Supornthip Puvarujanan, Wanidcha Tunsene, Salakjit Chuenchom and Isaree Srianan, and the collaborator at the Phayao Provincial Public Health Office – Saowanee Panpattanasakul.

Application of the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire in Thai HIV-infected patients: Reliability and validity of the instrument

Abstract

Given the prolonged survival of HIV-infected individuals as a result of the widespread availability of HIV treatment, health-related quality of life (HRQOL) becomes a relevant endpoint for assessing the impacts of HIV interventions. This study examines the reliability and validity of the World Health Organization quality of life in HIV-infected persons (WHOQOL-HIV-BREF) instrument, using the data from 329 Thai HIV-infected patients who received outpatient care at 7 public hospitals. The study findings reveal acceptable reliability, construct validity and convergent validity of the WHOQOL-HIV-BREF. No significant difference in HRQOL was found between groups with different CD4 levels. Conversely, the subgroup with a history of opportunistic infection appeared to have a higher HRQOL compared to those in the latency stage. Challenges to the interpretation of the questions as they relate to culture are discussed. In conclusion, the WHOQOL-HIV-BREF can be added to the limited list of instruments for comprehensive outcome evaluation of HIV interventions in Thailand.

Key words: Health-related quality of life; HIV-infected patients; Thailand; WHOQOL-HIV-BREF

Introduction

The recent advances in HIV treatment and their widespread availability have contributed to substantial declines in HIV-related complications and increases in life expectancy in people living with HIV (PLWH). Such achievements have changed the perception of HIV from a terminal to a potentially manageable chronic illness (UNAIDS, 2013).

Nonetheless, the prolonged survival of an HIV patient might coincide with extended periods of undesirable side effects of treatments as well as psychological and social challenges attributable to discrimination and stigmatization (Basavaraj, Navya, & Rashmi, 2010; Halloran, 2006; Hsiung et al., 2011). The complexity of such experience highlights the relevance of health-related quality of life (HRQOL) as another endpoint for assessing the impact of HIV treatment interventions on a patient's life (Clayson, Wild, Quarterman, Duprat-Lomon, Kubin, & Coons, 2006).

Quality of life, in general, is a concept that incorporates multidimensional aspects of satisfaction with life as a whole. With a more specific focus, HRQOL is concerned with evaluating aspects of life that are affected by disease or treatment of disease (Fayers & Machin, 2013). In the context of HIV, the instruments created purposely for assessing HRQOL of PLWH are quite expansive. There are translated versions of many tools available for international use. However, the majority of them were developed within a single culture, mostly in Western settings (Saddki et al., 2009). Because an individual's evaluation of quality of life is subject to the context of their cultures and values (WHOQOL-Group, 1995), it is necessary to ensure that the assessment tools are applicable to people with different cultural backgrounds.

Application of WHOQOL instruments in Thailand

The World Health Organization Quality of life (WHOQOL) Group, in collaboration with multiple study centers worldwide, has developed a quality of life assessment tool for cross-cultural use, which is called the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-100 (WHOQOL-Group, 1995). The 26-item WHOQOL-BREF, the shorter version of the WHOQOL-100 was created for more practical administration. It demonstrates satisfactory psychometric properties across samples from different cultures. Both instruments have been applied to measure quality of life in diverse groups of patients (Skevington, Sartorius & Amir, 2004).

The WHOQOL-HIV was developed to use in PLWH. As a supplement to the WHOQOL-100, the WHOQOL-HIV contains additional five facets with 20 items specific to HIV. Those items were derived from another multiple-center study in six countries including Australia, India (Bangalore and New Delhi), Italy, Thailand, Ukraine and Zimbabwe (WHOQOL-HIV-Group, 2003). The shorter version, the WHOQOL-HIV-BREF is based on the WHOQOL-BREF in that all 26 questions of the WHOQOL-BREF are repeated and five additional HIV-specific questions are extracted from the WHOQOL-HIV (O'Connell & Skevington, 2012).

In recent years, the WHOQOL-HIV-BREF has been applied in many countries such as in Brazil (da Costa & de Oliveira, 2013), Burkina Faso (Bakiono et al., 2014), Ethiopia (Mekuria, Sprangers, Prins, Yalew, & Nieuwkerk, 2015), India (Peter, Kamath, Andrews, & Hegde, 2014), Iran (Nikooseresht et al., 2014), Malaysia (Saddki et al., 2009), South Africa (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2008), Taiwan (Hsiung et al., 2011) and Vietnam (Tran, 2012; Tam et al., 2012). However, the use of the WHOQOL-HIV-BREF in Thailand remains insufficiently documented compared to other competing HIV-specific HRQOL instruments with an available Thai version. To the best of our knowledge, no application of the WHOQOL-HIV-BREF in a

Thai sample has been reported except that of the pilot study (O'Connell & Skevington, 2012). Only the Thai version of the 26-item WHOQOL-BREF has been widely applied so far (e.g., Acharya, 2014; Bunjongmanee, Chunloy, Tangsathapornpong, Khawcharoenporn, & Apisarnthanarak, 2014; Munsawaengsub, Khair, & Nanthamongkolchai, 2012; Nonenoy et al., 2010; Sakthong, Schommer, Gross, Sakulbumrungsil, & Prasithsirikul, 2007). Considering that the WHOQOL-HIV-BREF offers a more comprehensive measurement of HRQOL for HIV-infected people, an assessment of this instrument would contribute to the limited literature on how the WHOQOL-HIV-BREF should be employed and analyzed in the Thai setting. Hence, the purpose of this paper is to present the reliability and validity of the WHOQOL-HIV-BREF when applied to a sample of Thai HIV-infected patients.

Methods

Study Setting. This cross-sectional study was conducted in Phayao province, Thailand. The province is located in the northern region, which is most heavily affected by HIV. The prevalence rate of HIV in Phayao was as high as 211.7 per 100,000 populations in 2003 before its sharp decrease to 78.17 in 2008 and 8.10 in 2014 (Phayao Public Health Office, 2015). There are a total of seven districts in the province. Each district has its own public hospital. Two hospitals are tertiary-level facilities located in districts with a higher population density and five hospitals are secondary-level facilities located in districts with a lower population density. All seven hospitals have a dedicated unit or clinic hours for providing HIV-related services (e.g., screening, medication, counseling, peer-support group activities, etc.).

Participants and Procedures. The study population consisted of adult HIV-infected patients who registered to receive HIV-related care in a hospital's HIV unit in the province. The study sample was recruited by convenience from all seven hospitals and comprised adult HIV-

infected patients who visited the HIV outpatient unit during the hospitals' active HIV clinic days (i.e., those offering CD4 monitoring, ART counseling, or group activities) during August–October 2014. All patients were invited to participate in the study and those who accepted to participate provided the consent and completed the questionnaire. Ethical approval for the study was granted by the Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University and Phayao Public Health Office ethical review boards. Trained researchers provided assistance in completing the questionnaire to those who had reading difficulty. Finally, a total of 518 patients were recruited. Among them, 410 participants completed the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire. After eliminating cases with missing answers, the completed data from 329 participants were used for the analysis.

The Instrument. The WHOQOL-HIV-BREF is a 31-item questionnaire comprising 26 items based on the WHOQOL-BREF and five HIV-related items from the WHOQOL-HIV. Because the WHOQOL-BREF is available in the Thai language through Thailand's Department of Mental Health's website (<http://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>), a translation was required only for the five HIV items. The WHOQOL-HIV-BREF contains 6 domains, including 'physical health', 'psychological health', 'level of independence', 'social relationship', 'environmental health' and 'spirituality, religion and personal beliefs' (SRPB). The instrument is organized by a response scale (capacity, frequency, intensity or satisfaction). Individual items are rated on a five-point scale (1-5). Scores from negatively phrased items are reversed so that higher scores from all items denote a better quality of life. The average score for each domain was multiplied by four, making the domain scores range from 4-20 (Pedroso, Gutierrez, Duarte, Pilatti, & Picinin, 2011). The participants were also asked to give general information including gender, age, level of education, marital status, family income, employment status and facility

from which they received care. Health-related information, including the presence of another disease, time since HIV diagnosis, opportunistic infection (OI) history, CD4+ T cell count, use of antiretroviral treatment (ART) and HIV status disclosure, was also provided.

Data Analysis. Descriptive statistics were calculated to present the sample's characteristics, the item's descriptive statistics, and floor and ceiling effects. Data were analyzed using Predictive Statistics SoftWare (PASW Statistics 18.0). Confirmatory factor analysis (CFA) using analysis of moment structure (AMOS) was performed for investigating construct validity. The thresholds of acceptable goodness of fit include the comparative fit index (CFI) > .95, standardized root mean square residual (SRMR) < 0.08 and root mean square error of approximation (RMSEA) < 0.08 (Hu & Bentler, 1999). The reliability of each domain was assessed by means of internal consistency (Cronbach's α). Correlation analyses between domain scores and overall perceptions of quality of life and health were performed for convergent validity. Known-group validity was tested by independent sample t-test and one-way analysis of variance (ANOVA).

Results

Descriptive Statistics. The characteristics of participants are shown in Table 1. Of the 329 participants who completed the questionnaire, 55.6% were female. The majority of the participants were between 41-50 years old (50.8%), had completed a primary education (50.2%), lived with a spouse or partner (50.8%), were employed (94.2%), and had a family income smaller than 5000 baht (140\$) per month (54.1%). Almost all participants indicated that they were receiving ART (98.2%) and had disclosed their HIV status to a family member, relative or friend (96.4%). 50.8% of the participants reported a history of OI, whereas 45.9% had a CD4+ T

cell count of 500 cells/mm³ or greater, and 45% had been living with HIV for more than 10 years.

It should be noted that all cases with missing values were excluded from the analysis. Missing values accounted for less than 2% for all items, except for with the items ‘physical safety and security’ (2.1%) and ‘sexual activity’ (4.4%). Table 2 presents the descriptive statistics of the WHOQOL-HIV-BREF domains and items. Overall, the participants reported the highest scores in most items, implying that they had most favorable conditions in terms of their HRQOL. A high floor effect (> 20%) for the ‘dependency on medication and treatment’ item and high ceiling effects (> 20%) for 17 items across all domains were detected. However, this did not appear to cause a highly skewed distribution.

Reliability and Validity of the WHOQOL-HIV-BREF. The results from Confirmatory Factor Analysis in Table 3 revealed acceptable fit indices for the six-domain structure of the WHOQOL-HIV-BREF generic measurement model with CFI = .93, SRMR = 0.52 and RMSEA = 0.15, although the overall chi-square was significant: $\chi^2 = 76.83$, $df = 9$ ($p = .031$). Table 3 shows the factor loadings for all six domains of the WHOQOL-HIV-BREF. All factor loadings in the model were significantly different from zero. The contributions ranged from $\lambda = 0.56$ (SRPB) to $\lambda = 0.86$ (psychological health).

Table 1. Socio-demographic and Health-related Characteristics of the Study Sample (N=329)

Variables	Percent	Mean	SD
Gender			
Male	44.4		
Female	55.6		
Age (years)		41.95	7.82
Age group			
20 or below	2.4		
21-30	5.2		
31-40	30.1		
41-50	50.8		
51-60	10.0		
61 or above	1.5		
Marital status			
Living with spouse/partner	50.8		
Single/separate/divorce/widowed	49.2		
Education			
No education	2.4		
Primary school	50.2		
Secondary school	39.5		
Diploma or above	7.9		
Employment status			
Employed	94.2		
Unemployed	5.8		
Family income (THB)			
5000 or below	54.1		
5001-8000	26.4		
8001-10000	6.4		
10001-13000	4.9		
13001-15000	2.4		
15000 or above	5.8		
Presence of another disease			
Yes	61.7		
No	38.3		
Time since diagnosis		10.40	6.04
Less than one year	4.3		
1-5 years	17.6		
6-10 years	33.1		
11-15 years	23.4		
16 years or more	21.6		
Disclosure of HIV status			
Yes	96.4		
No	3.6		
History of having opportunistic infection			
Yes	50.8		
No	49.2		
CD4 level (cells/mm ³)		489.51	249.35
1-200	11.6		
201-499	42.6		
500 or above	45.9		
Taking ART medication			
Yes	98.2		
No	1.8		
Place of receiving HIV care			
General hospital (urban)	49.5		
Community hospital (rural)	50.5		

Note. SD = Standard Deviation; THB = Thai (baht) currency (1 THB = approximately 35 USD)

Table 2. Scale Distributions for each QOL Domain and Item (N=329)

Domain	Mean	SD	Floor Effect (%)	Ceiling Effect (%)	Skewness	Kurtosis
Overall QOL	3.30	0.69	0.0	8.2	1.04	0.92
Overall GHP	3.64	0.96	2.7	20.1	-0.38	0.00
Domain 1: Physical Health	14.48	2.68				
Pain and discomfort	3.47	1.02	3.0	17.9	-0.18	-0.44
Symptoms of PLWH	3.52	1.16	4.3	25.2	-0.28	-0.85
Energy and fatigue	3.74	0.90	1.2	23.4	-0.19	-0.34
Sleep and rest	3.76	0.90	0.9	22.2	-0.33	-0.29
Domain 2: Psychological Health	14.99	2.48				
Positive feelings	3.88	0.91	0.9	28.0	-0.45	-0.24
Thinking, learning, memory, and concentration	3.81	0.87	0.9	23.1	-0.30	-0.18
Bodily image and appearance	3.56	0.98	2.4	18.8	-0.26	-0.30
Self-esteem	3.70	0.89	0.3	21.3	-0.04	-0.71
Negative feeling	3.80	1.01	2.7	27.1	-0.67	0.03
Domain 3: Level of Independence	13.35	2.39				
Dependence on medication or treatment	2.13	1.16	37.7	6.1	0.92	0.09
Mobility	3.77	0.83	1.5	18.2	-0.49	0.59
Activities of daily living	3.78	0.93	0.9	24.0	-0.37	-0.37
Work capacity	3.68	0.95	11.2	20.7	-0.34	-0.39
Domain 4: Social Relationships	13.32	2.76				
Social inclusion	3.53	0.86	2.4	12.2	-0.31	0.53
Personal relationships	3.67	0.86	0.9	17.3	-0.22	-0.15
Sexual activity	2.77	1.09	14.6	6.4	0.09	-0.52
Social support	3.36	1.00	4.3	11.9	-0.30	-0.26
Domain 5: Environmental Health	13.91	2.21				
Physical safety and security	3.51	0.85	1.2	12.2	-0.10	-0.02
Physical environment	3.71	0.87	0.9	19.8	-0.22	-0.24
Financial resources	2.50	0.85	13.7	0.6	-0.12	-0.33
New information and skills	3.50	0.82	0.9	10.6	-0.08	-0.02
Recreation and leisure	3.22	0.95	3.3	9.7	-0.01	-0.21
Home environment	3.79	0.89	1.2	22.8	-0.42	-0.02
Health and social care: accessibility and quality	4.08	0.78	0.3	31.3	-0.60	0.25
Transport	3.50	0.83	0.9	11.2	-0.04	-0.06
Domain 6: Spiritual/Religion/Personal Beliefs (SRPB)	14.90	3.42				
Religion, spirituality, and personal beliefs	4.18	0.89	0.6	44.1	-0.92	0.35
Forgiveness and blame	3.68	1.25	8.2	34.7	-0.64	-0.55
Concerns about the future	3.44	1.34	10.3	31.3	-0.31	-1.06
Death and dying	3.60	1.32	10.0	34.7	-0.55	-0.83

Note. SD = Standard Deviation; QOL = Quality of life; GHP = General health perception; PLWH = Persons living with HIV

Table 3 presents the analysis of the WHOQOL-HIV-BREF domains and items. The Cronbach's α values in the domains of 'psychological health', 'social relationship', 'environmental health', and 'SRPB' were found to be close to 0.7 (Cronbach's α ranged from 0.65-0.80), indicating acceptable internal consistency. However, the 'physical health' and 'level of independence' domains demonstrated a lower internal consistency (Cronbach's α = 0.59 and

0.45, respectively). For the 'physical health' domain, the corrected item-total correlations for all 4 items appeared to be relatively small, compared to the correlations in other domains. Moreover, the elimination of each item did not improve the domain's internal consistency. For the 'level of dependence' domain, the item 'dependence on medication or treatment' was found to have a negative coefficient. However, when the overall HRQOL was the emphasis, the Cronbach's α of all 31 items was .912, indicating good reliability of the construct.

Table 4 presents the correlation coefficients between each domain score and the overall HRQOL scores including 'overall QOL' and 'overall general health perception' (GHP). All six domains appeared to have significant correlations with each other (r range: 0.37-0.70; $p < .01$) and also with the two general/overall facets (r range: 0.24-0.52; $p < .01$).

Finally, the domain scores were compared across groups assumed to represent different levels of disease severity. The participants were classified by their CD4+ T cell counts as follows: CD4 < 200, 201-500 and > 500, and whether they had a history of OI. As presented in Table 5, no significant differences in any domain scores were found among patients with different CD4 levels. Interestingly, patients with a history of having OI were found to have a significantly higher HRQOL score in the 'physical health' domain ($p < 0.05$), comparing to those in a clinically latent stage (no history of OI). In addition, the HRQOL scores in 'psychological health' and 'overall GHP' were found to be marginally significantly different between the two subgroups ($p = 0.054$ and 0.052 , respectively).

Table 3. Analysis of WHOQOL-HIV-BREF Domains and Items (N=329)

Domain	Standardized Factor Loadings	Cronbach's α	Corrected item-total correlation	Cronbach's α of domain if item deleted
Domain 1: Physical Health	0.74	0.59		
Pain and discomfort			0.40	0.50
<i>Symptoms of PLWH</i>			0.45	0.45
Energy and fatigue			0.37	0.52
Sleep and rest			0.28	0.58
Domain 2: Psychological Health	0.86	0.68		
Positive feelings			0.51	0.61
Thinking, learning, memory and concentration			0.47	0.62
Bodily image and appearance			0.53	0.59
Self-esteem			0.58	0.57
Negative feelings			0.17	0.75
Domain 3: Level of Independence	0.75	0.45		
Dependence on medication or treatment			-0.16	0.79
Mobility			0.41	0.24
Activities of daily living			0.49	0.14
Work capacity			0.52	0.09
Domain 4: Social Relationship	0.68	0.69		
<i>Social inclusion</i>			0.49	0.62
Personal relationships			0.56	0.58
Sexual activity			0.39	0.69
Social support			0.49	0.62
Domain 5: Environmental Health	0.77	0.80		
Physical safety and security			0.52	0.78
Physical environment			0.57	0.77
Financial resources			0.28	0.81
New information and skills			0.59	0.77
Recreation and leisure			0.54	0.77
Home environments			0.55	0.77
Health and social care: accessibility and quality			0.45	0.79
Transport			0.59	0.77
Domain 6 : Spirituality/Religion/Personal Beliefs (SRPB)	0.56	0.65		
Religion, spirituality, and personal beliefs			0.05	0.77
<i>Forgiveness and blame</i>			0.50	0.54
<i>Concerns about the future</i>			0.64	0.42
<i>Death and dying</i>			0.57	0.48
All 31 WHOQOL-HIV-BREF items		0.91		

Note. Italicized texts indicate items specific to HIV; PLWH = Persons living with HIV

Table 4. Correlations between the WHOQOL-HIV-BREF Domains and Overall QOL (N=329)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Physical Health	1	0.630**	0.587**	0.468**	0.545**	0.574**	0.292**	0.454**
(2) Psychological Health		1	0.622**	0.603**	0.664**	0.514**	0.327**	0.519**
(3) Level of Independence			1	0.504**	0.596**	0.402**	0.422**	0.465**
(4) Social Relationship				1	0.695**	0.385**	0.409**	0.371**
(5) Environmental Health					1	0.368**	0.510**	0.482**
(6) SRPB						1	0.281**	0.244**
(7) Overall QOL							1	0.288**
(8) Overall GHP								1

Note. ** Statistically significant at $p < 0.05$; SRPB = Spirituality/Religion/Personal Beliefs; QOL = Quality of life; GHP = General health perception

Table 5. Known-Group Comparisons of the WHOQOL-HIV-BREF Domain Scores (N=329)

Domain	History of OI			CD4 (cells/mm ³)			
	History of OI		p-value	CD4 (cells/mm ³)			p-value
	No	Yes		<200	201-500	>500	
Physical Health	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
Physical Health	14.13 (2.68)	14.82 (2.64)	0.02	14.97 (2.91)	14.42 (2.73)	14.41 (2.57)	0.48
Psychological Health	14.73 (2.50)	15.25 (2.43)	0.05	14.93 (2.48)	14.90 (2.51)	15.11 (2.46)	0.77
Level of Independence	13.33 (2.28)	13.37 (2.50)	0.87	12.97 (3.11)	13.34 (2.39)	13.46 (2.18)	0.54
Social Relationships	13.06 (2.47)	13.59 (3.00)	0.08	13.87 (2.64)	13.24 (2.63)	13.28 (2.92)	0.44
Environmental Health	13.77 (2.16)	14.04 (2.26)	0.29	14.46 (2.57)	13.70 (2.16)	13.98 (2.16)	0.15
SRPB	14.60 (3.42)	15.19 (3.37)	0.12	15.82 (3.49)	14.72 (3.25)	14.84 (3.52)	0.20
Overall QOL	3.31 (0.69)	3.30 (0.69)	0.90	3.50 (0.76)	3.30 (0.69)	3.26 (0.67)	0.15
Overall GHP	3.53 (0.93)	3.74 (0.98)	0.05	3.53 (0.89)	3.63 (0.97)	3.67 (0.97)	0.69

Note. SD = Standard Deviation; SRPB = Spirituality/Religion/Personal Beliefs; QOL = Quality of life; GHP = General health perception

Discussion

The study findings provided evidence for acceptable reliability and validity of the WHOQOL-HIV BREF as a measure of HRQOL in Thai HIV-infected patients. In general, the non-response rates were small in all items (4% or smaller), indicating good acceptability by the participants. The Cronbach's α values in most domains were close to 0.7, demonstrating acceptable internal consistency (George & Mallery, 2003). The six-domain structure was found to have acceptable fit with the data, confirming its construct validity. Good convergent validity was demonstrated by significant correlations between all domain scores and overall perceptions of quality of life and health. Nevertheless, some important details of the study results should be discussed for further application of the WHOQOL-HIV BREF in the Thai setting.

A lower internal consistency was found in some domains. In particular, the 'level of independence' domain had the smallest Cronbach's α value, which was caused by the item

‘dependence on medication and treatment’. Small or negative corrected item-domain correlations for this item were also observed in the studies of Hsiung et al. (2011) and Saddki et al. (2009). In addition, a study by Mweemba, Zeller, Ludwick, Gosnell, & Michelo (2011) found a different factor structure of the full-version WHOQOL-HIV in which the items from the ‘dependence on medication’ facet were loaded on a different factor, separated from other facets included in the ‘level of independence’ domain. This might be due to the uniqueness of HIV, which requires adherence to ART medication to control disease progress. Recently, the treatment has become accessible in Thailand. All HIV-infected individuals are encouraged to receive the treatment irrespective of their stage of illness (Manosuthi et al., 2015). Thus, for HIV-infected patients, ART medication has become a necessity for maintaining other physical functioning such as daily life activities, work capacity and mobility. The ‘dependency on medication’ item, hence, could be interpreted differently, or even oppositely from the general HRQOL perspective when applied in the context of HIV.

The item ‘religion, spirituality and personal beliefs’ (feeling that life is meaningful) also exhibited a low correlation with the SRPB domain. Lower reliabilities of this domain with 4 items were also reported in cross-cultural samples (Hsiung et al., 2011; O’Connell & Skevington, 2012; Pereira, Martins, Alves, & Canavarro, 2014; Tran, 2012). In addition, the ‘SRPB’ facet was found to load on a different factor, apart from other facets sharing the ‘SRPB’ domain originally proposed by the full-version WHOQOL-HIV (Mweemba et al., 2011). Because the remaining three HIV-specific items (‘forgiveness and blame’, ‘concerns about future’ and ‘death and dying’) altogether appeared to have larger corrected item-domain correlations ($r = 0.50$ - 0.64), we believed that the lower reliability of this ‘SRPB’ domain for the WHOQOL-HIV-BREF might be due not only to the size (number of items) as indicated by Pereira et al. (2014)

but also to how the question about meaningfulness of life was culturally interpreted. In Thailand, the phrase “meaningfulness of life” is not common in a conversation, might be more related to self-esteem, not spirituality or religion and might be included in the ‘psychological health’ domain, as proposed in the generic WHOQOL-BREF instrument.

Because the majority of WHOQOL-HIV-BREF items are based on the WHOQOL-BREF which had been validated in the Thai setting (Sakthong et al., 2007), we conducted a post-hoc analysis by using the 4-domain structure of the WHOQOL-BREF as a reference to explore whether the addition of HIV-specific items could improve the performance of the generic subscales. The items belonging to the ‘level of independence’ domain were incorporated into the ‘physical health domain’ and the items belonging to the ‘SRPB’ domain were incorporated into the psychological health domain. The results showed that all items selected from the WHOQOL-HIV domains exhibited good performance when combined with the WHOQOL-BREF. Addition of the HIV-specific items to the ‘physical health’, ‘psychological health’ and ‘social relationship’ domains all resulted in improved Cronbach’s α values (α increased by .03-.08), implying that the items in the WHOQOL-HIV BREF were capable of capturing more details of HRQOL for HIV-infected patients. Furthermore, good internal consistency was found across all 4 domains, with Cronbach’s α ranging from 0.69 to 0.80. Satisfactory reliability and validity results were also presented in previous studies that proposed different domain structures for the use of the WHOQOL-HIV BREF in their cultures, such as Brazil (da Silva, Bunn, Bertoni, Neves, & Traebert, 2013), Malaysia (Saddki et al., 2009), Portugal (Canavarro & Pereira, 2012) and Vietnam (Tran, 2012).

Despite having good reliability and validity in most aspects, the instrument was not found to be able to discriminate groups with different CD4+ T cell counts, which is in line with results

of other studies (Hsiung et al., 2011; Pereira et al., 2014). However, in another study, significantly lower HRQOL scores were found in the ‘physical health’ and ‘level of independence’ domains for the subgroup with very low CD4 levels (Tran, 2012). Thus, the relationships between HIV biological markers and HRQOL are not conclusive. Contrary to our expectation, the ‘psychological health’ domain score was found to be significantly higher in the subgroup that reported to have had progressed to AIDS with a history of OI. Marginally significantly higher scores in ‘physical health’ and ‘overall GHP’ were also observed in this group. This is possibly because, before ART was included in Thailand’s national insurance coverage, access to HIV medication was prioritized for HIV-infected patients who had CD4+ T cell counts lower than 200/mm³ and/or exhibited AIDS-related symptoms. Adherence to treatment, medical counseling and psycho-social care was encouraged particularly for this group. Further investigation of how early access to HIV-related care might contribute to better HRQOL would be meaningful for encouraging early detection of HIV infection in those with risk factors and early ART initiation for HIV asymptomatic patients.

The questionnaire was either administered by the patients themselves or by an interview conducted by trained interviewers, when needed. From our field experience, we found that the face-to-face technique is an acceptable option when completing a written response was not a convenient method for the participants, especially for those with lower literacy or visual impairment. Face-to-face interview also allowed clarifications of some unfamiliar terms used in the questionnaire, such as ‘meaningfulness of life’ or ‘negative feelings.’ However, a relatively higher non-response rate was found in the question about sexual activities, which might imply uneasiness in talking about sex-related topics in the Asian culture.

This study has some limitations that needed to be addressed. First, the study setting, Phayao province, has had extensive experience in managing HIV problems, so the HRQOL of HIV-infected patients could be higher here compared to other parts of the country. This might also explain high ceiling effects found in many items. Second, all participants were recruited at HIV outpatient care units in hospitals and were actively engaged in health care. Our study sample did not include patients who have less access to HIV care, had more severe symptom, and/or were admitted at inpatient wards. This might hamper the generalizability of the study findings. Further studies should be conducted in a more diverse sample to ensure the applicability of the WHOQOL-HIV-BREF instrument to general Thai PLWH.

Third, some questions might be influenced by a respondent's livelihood, cultural meanings and level of literacy. Because the majority of the participants had a primary or lower level of education and lived in rural areas, the comprehension and interpretation of the questions might have been different from their initial meanings. For example, it might be difficult for those who were not sexually active to determine whether they were satisfied with their 'sex life'; for those who did traditional farming to see what information and skills they should acquire; or for those who live a slow-paced rural life to seek leisure activities. As such, the interpretation of the data when the WHOQOL-HIV-BREF is applied should be performed with a careful consideration of the characteristics of the study setting and participants. Last, the cross-sectional design did not allow for an examination of the sensitivity of the instrument. Therefore, further study with a longitudinal design is encouraged.

References

- Acharya, D. (2014). Assessment of Quality of Life of People Living with HIV and AIDS Receiving Anti-Retroviral Therapy in Kathmandu Valley. *Journal of Institute of Medicine*, 36(1).
- Bakiono, F., Ouédraogo, L., Sanou, M., Samadoulougou, S., Guiguemdé, P. W. L., Kirakoya-Samadoulougou, F., & Robert, A. (2014). Quality of life in people living with HIV: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *SpringerPlus*, 3(1), 372. doi:10.1186/2193-1801-3-372
- Basavaraj, K., Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV. *Indian journal of sexually transmitted diseases*, 31(2), 75-80. doi:10.4103/0253-7184.74971
- Bunjoungmanee, P., Chunloy, K., Tangsathapornpong, A., Khawcharoenporn, T., & Apisarnthanarak, A. (2014). Quality of life assessment among patients living with HIV at a tertiary care hospital in Thailand. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 45(4), 834-842.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS care*, 24(6), 799-807. doi:10.1080/09540121.2011.630362
- Clayson, D. J., Wild, D. J., Quarterman, P., Duprat-Lomon, I., Kubin, M., & Coons, S. J. (2006). A comparative review of health-related quality-of-life measures for use in HIV clinical trials. *Pharmacoeconomics*, 24(8), 751-765. doi:10.2165/00019053-200624080-00003

- da Costa, T. L., & de Oliveira, D. C. (2013). Quality of life of people with human immunodeficiency virus and interiorization: multidimensional assessment. *Journal of Nursing UFPE on line*, 7(10), 5866-5875. doi:10.5205/01012007
- da Silva, J., Bunn, K., Bertoni, R. F., Neves, O. A., & Traebert, J. (2013). Quality of life of people living with HIV. *AIDS care*, 25(1), 71-76. doi:10.1080/09540121.2012.686594
- Fayers, P., & Machin, D. (2013). *Quality of Life: the Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*. John Wiley & Sons.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Halloran, J. (2006). Increasing survival with HIV: impact on nursing care. *AACN Advanced Critical Care*, 17(1), 8-17. doi:10.1097/00044067-200601000-00002
- Hsiung, P.-C., Fang, C.-T., Wu, C.-H., Sheng, W.-H., Chen, S.-C., Wang, J.-D., & Yao, G. (2011). Validation of the WHOQOL-HIV BREF among HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS care*, 23(8), 1035-1042. doi:10.1080/09540121.2010.543881
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Manosuthi, W., Ongwandee, S., Bhakeecheep, S., Leechawengwongs, M., Ruxrungtham, K., Phanuphak, P., . . . Tantisiriwat, W. (2015). Guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2014, Thailand. *AIDS research and therapy*, 12(1), 12. doi:10.1186/s12981-015-0053-z
- Mekuria, L. A., Sprangers, M. A., Prins, J. M., Yalew, A. W., & Nieuwkerk, P. T. (2015). Health-related quality of life of HIV-infected adults receiving combination antiretroviral

- therapy in Addis Ababa. *AIDS care*(ahead-of-print), 1-12.
doi:10.1080/09540121.2015.1020748
- Munsawaengsub, C., Khair, B., & Nanthamongkolchai, S. (2012). People living with HIV in the city of Bangkok: Quality of life and related factors. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(Suppl 6), S127-S134.
- Mweemba, P., Zeller, R., Ludwick, R., Gosnell, D., & Michelo, C. (2011). Validation of the World Health Organization Quality of Life HIV instrument in a Zambian sample. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 22(1), 53-66. doi:10.1016/j.jana.2010.04.006
- Nikooseresht, Z., Rimaz, S., Asadi-Lari, M., Nedjat, S., Merghati-Khoe, E., & Saiepour, N. (2014). Reliability and validity of the Iranian version of the human immunodeficiency virus specific World Health Organization quality of life BREF questionnaire. *Journal of Biostatistics and Epidemiology*, 1(1).
- Nonenoy, S., Panza, A., Plipat, T., Prasithsirikul, W., Raksakulkarn, P., Muangpaisan, K., . . . Wattanasopon, R. (2010). Health-related quality of life among persons living with HIV in 3 hospitals in Thailand. *Journal of Health Research*, 24, 33-40.
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2012). An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior*, 16(2), 452-460. doi:10.1007/s10461-010-9863-0
- Pedroso, B., Gutierrez, G. L., Duarte, E., Pilatti, L. A., & Picinin, C. T. (2011). Quality of Life Assessment in People Living with HIV: Clarifying the WHOQOL-HIV and WHOQOL-HIV-Bref Instruments. In V. Venketaraman (Ed.), *Global view of HIV infection*. 163-176.

- Peltzer, K., & Phaswana-Mafuya, N. (2008). Health-related quality of life in a sample of HIV-infected South Africans. *African Journal of AIDS Research*, 7(2), 209-218.
doi:10.2989/AJAR.2008.7.2.6.523
- Pereira, M., Martins, A., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2014). Assessing quality of life in middle-aged and older adults with HIV: psychometric testing of the WHOQOL-HIV-Bref. *Quality of Life Research*, 23(9), 2473-2479. doi:10.1007/s11136-014-0707-7
- Peter, E., Kamath, R., Andrews, T., & Hegde, B. M. (2014). Psychosocial determinants of health-related quality of life of people living with HIV on antiretroviral therapy at Udupi district, southern India. *International journal of preventive medicine*, 5(2), 203-209.
- Phayao Public Health Office. (2015). AIDS Situation from 1989-2014 (506/1 Report Form). Phayao Public Health Office. Phayao, Thailand.
- Saddki, N., Noor, M., Norbanee, T., Rusli, M., Norzila, Z., Zaharah, S., . . . Zarina, Z. (2009). Validity and reliability of the Malay version of WHOQOL-HIV BREF in patients with HIV infection. *AIDS care*, 21(10), 1271-1278. doi: 10.1080/09540120902803216
- Sakthong, P., Schommer, J., Gross, C., Sakulbumrungsil, R., & Prasithsirikul, W. (2007). Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV. *J Med Assoc Thai*, 90(11), 2449-2460.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 1-8. doi: 10.1007/s00127-004-0700-5
- Van Tam, V., Larsson, M., Pharris, A., Diedrichs, B., Nguyen, H. P., Nguyen, C. T., ... & Thorson, A. (2012). Peer support and improved quality of life among persons living with

- HIV on antiretroviral treatment: A randomised controlled trial from north-eastern Vietnam. *Health Qual Life Outcomes*, 10(1), 53. doi:10.1186/1477-7525-10-53
- Tran, B. X. (2012). Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV patients in Vietnam. *PLoS One*, 7(7), e41062. doi:10.1371/journal.pone.0041062
- UNAIDS. (2013). *Judging the epidemic: A judicial handbook on HIV, human rights and the law*: Joint United Nations Programme on HIV.
- WHOQOL-Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- WHOQOL-HIV-Group. (2003). Preliminary development of the World Health Organisation's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1259-1275. doi:10.1016/S0277-9536(02)00506-3

Key Considerations

- To the best of our knowledge, this is the first study that introduces this relatively new WHOQOL instrument to Thailand, a country that has very large number of PLWH. Because the study reveals acceptable reliability and validity results, the WHOQOL-HIV-BREF can be added into the limited list of Thai HRQOL instruments that offers a more comprehensive outcome measurement for both clinical and non-clinical HIV-related interventions.
- As quality of life measurement is known to be subjective to cultures and values, the study offers a more detailed discussion about how some question items could be comprehended and interpreted in a different culture. This would contribute to a more accurate interpretation of assessment results.
- The study demonstrates practical administration of the WHOQOL-HIV-BREF in the outpatient setting. Thus, health care facilities can use this tool to measure and monitor patients' HRQOL holistically, evaluate outcome of care and use the results as guidelines to develop interventions that can enhance the quality of life of HIV-infected patients in diverse aspects.



มหาวิทยาลัยมหิดล
Mahidol University
Wisdom of the Land



Assessing Quality of Life in HIV/AIDS Patients in Thailand: Reliability and Validity of the WHOQOL-HIV Bref Instrument

NATTHANI MEEMON
SEUNG CHUN PAEK
DARAPHAK YENCHAI

Introduction

Background

- PERSONS LIVING WITH HIV/AIDS ARE LIVING LONGER due to:
 - Widespread availability of antiretroviral treatment
 - Substantial declines in HIV-related complications
 - Increased life expectancy in persons living with HIV/AIDS
- CHANGE IN PERCEPTION OF HIV/AIDS from fatal to potentially manageable disease
- EXTENDED PERIODS OF PHYSICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL CHALLENGES
 - Physical symptoms when disease progresses
 - Existing stigmatization and discrimination

Quality of Life (QoL)

- THE CONCEPT
 - A subjective evaluation by individuals of their own personal life within the context of their culture and values
 - Generally considered as a main outcome of health-related interventions
 - A Recognized outcome in HIV-related studies
 - Incorporates multidimensional characteristics of satisfaction with life as a whole
 - Physical, mental and social functioning
- THE MEASUREMENTS
 - Several instruments available for assessing QoL in PLHAs (e.g. MOS-HIV, HOPES, MQOL-HIV, HIV-QOL, etc.) with additional HIV-specific items
 - Availability of short form to provide a 'snap shot' of QoL
 - Availability of translated versions internationally
 - Mostly developed in single culture, western setting: issues of applicability in different cultural settings

WHOQOL-HIV Instruments

GENERIC

- ORIGINAL: 100-item generic WHOQOL
 - International collaboration from 15 countries worldwide
 - Proven to be cross-culturally valid
 - Available in most majority languages
- ABBREVIATED: 26-item generic WHOQOL-Bref
 - Abbreviated form of the full version
 - Field tested in 23 countries with good psychometric properties confirmed

DISEASE-SPECIFIC

- ORIGINAL: 120-item WHOQOL-HIV
 - Based on the generic instrument
 - Addition of 20 items specific to HIV (5 HIV facets)
 - Developed across 8 cultures, including Thailand
- ABBREVIATED: 31-item WHOQOL-HIV Bref
 - Based on the WHOQOL-Bref
 - Additional 5 items selected from 20 HIV-specific items across the 5 HIV facets in the original form

Application of WHOQOL-HIV Bref

- Recently validated and applied in different cultures
 - India (Peter et al, 2014)
 - Brazil (Silva et al, 2013)
 - Portugal (Cannavaro & Pereira, 2012)
 - Taiwan (Hsiung et al, 2011)
 - Burkina Faso (Bakiono et al, 2015)
 - Vietnam (Tran, 2012; Tam et al, 2012)
 - Malaysia (Saddki et al, 2009)
 - Iran (Nikooseresht et al, 2004)
- Validation and application in Thailand is insufficiently documented
 - No literatures using the WHOQOL-HIV Bref instrument in Thai setting, except the pilot study
 - Only WHOQOL-Bref used in PLHAs: valid but no HIV-specific items
 - Small sample, single center, located in urban areas: not representing majority of PLHAs in Thailand

This is the first study that aimed to validate the WHOQOL-HIV Bref instrument in Thai setting, using fresh and diverse sample of HIV-infected patients



มหาวิทยาลัยมหิดล
Mahidol University
Wisdom of the Land



Methods

- DESIGN
 - Cross-sectional study
- STUDY SETTING
 - Phayao province, Thailand
 - 7 Public hospitals: 2 general, 5 community hospitals
 - HIV clinic (ambulatory care) in each hospital
- PARTICIPANTS
 - 410 Adult HIV-infected patients registered at a hospital
 - Self-administered or interviewed by trained researchers
- DATA ANALYSIS
 - Reliability: Internal consistency (Cronbach's alpha)
 - Content validity: Item-domain correlations
 - Construct validity: Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Results

Characteristics of study sample

- Gender
 - 42.5% Male
 - 57.5% Female
- Age mean = 41 years (SD = 8.01)
- Marital status
 - 50.2% living with spouse or partner
 - 49.8% live alone
- Education
 - 3.1% no education
 - 50.8% primary school
 - 39.1% secondary school
 - 7.1% higher education
- Employment
 - 91.5% employed
 - 8.5% unemployed
- Infection
 - 38.8% married spouse
 - 23.2% prostitution
 - 14.6% same-sex partner
 - 12.7% different-sex partner
 - 2.7% injection drug
 - 5.1% others
- Length of infection
 - Mean = 10.6 years (SD = 6.1)

Internal Consistency

Domain		Cronbach's α
1	Physical Health	0.571
2	Psychological Health	0.698
3	Level of Independence	0.424
4	Social Relations	0.700
5	Environmental Health	0.811
6	Spirituality, Religion, Personal Beliefs (SRPB)	0.657

Content Validity

WHOQOL-HIV-BREF: Domains and items	Corrected item-domain correlation	Cronbach's α of domain if item deleted
Physical Health (Cronbach's α = 0.571)		
Q3: Pain and discomfort	0.379	0.479
Q4: Symptoms of PLWHA*	0.413	0.448
Q14: Energy and fatigue	0.373	0.486
Q21: Sleep and rest	0.257	0.569
Psychological Health (Cronbach's α = 0.698)		
Q6: Positive feelings	0.516	0.623
Q11: Thinking, learning, memory and concentration	0.487	0.635
Q15: Bodily image and appearance	0.505	0.625
Q24: Self-esteem	0.617	0.579
Q31: Negative feelings	0.196	0.758

*indicates HIV-specific items

Content Validity

WHOQOL-HIV-BREF: Domains and items	Corrected item-domain correlation	Cronbach's α of domain if item deleted
Social Relations (Cronbach's α = 0.700)		
Q17: Social inclusion*	0.513	0.623
Q25: Personal relationships	0.575	0.582
Q26: Sexual activity	0.397	0.699
Q27: Social support	0.476	0.642
Environmental Health (Cronbach's α = 0.811)		
Q12: Physical safety and security	0.497	0.794
Q13: Physical environment	0.598	0.779
Q16: Financial resources	0.271	0.824
Q18: Opportunities for acquiring new information and skills	0.585	0.781
Q19: Participation in and opportunities for recreational activities	0.571	0.783
Q28: Home environments	0.583	0.781
Q29: Health and social care: accessibility and quality	0.502	0.793
Q30: Transport	0.606	0.778

*indicates HIV-specific items



Content Validity

WHOQOL-HIV-BREF: Domains and items	Corrected item-domain correlation	Cronbach's α of domain if item deleted
Level of Independence (Cronbach's α = 0.424)		
Q5: Dependence on medication or treatment	-0.184	0.799
Q20: Mobility	0.405	0.205
Q22: Activities of daily living	0.486	0.092
Q23: Work capacity	0.51	0.051
Spiritual/Religion/Personal Beliefs (Cronbach's α = 0.657)		
Q7: Religion, spirituality, and personal beliefs	0.064	0.769
Q8: Forgiveness and blame*	0.509	0.539
Q9: Concerns about the future*	0.626	0.438
Q10: Death and Dying*	0.575	0.484

Overall QoL Scores for the 29 items has Cronbach's alpha = .907

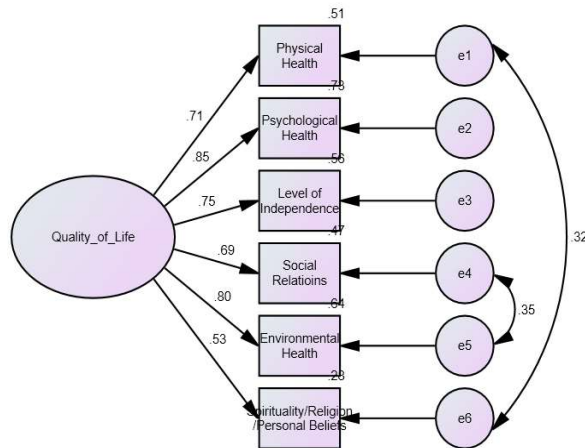
*indicates HIV-specific items

Concurrent Validity

	Overall QOL	Overall GHP	Physical Health	Psychological Health	Level of Independence	Social Relations	Environmental Health	SRPB
Overall QOL	1	.299**	.313**	.381**	.433**	.415**	.547**	.285**
Overall GHP		1	.434**	.517**	.450**	.376**	.489**	.213**
Physical Health			1	.606**	.581**	.454**	.544**	.569**
Psychological Health				1	.615**	.614**	.691**	.485**
Level of Independence					1	.501**	.617**	.410**
Social Relations						1	.703**	.353**
Environmental Health							1	.365**
SRPB								1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Construct Validity



Model Fit Statistics:
 CMIN/DF = 20.567/7 $p = 0.004$
 GFI = .983 AGFI = .950
 CFI = .989
 RMSEA = .069

QoL Scores assessed by WHOQOL-HIV Bref

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Physical Health	410	7	20	14.45	2.64
Psychological Health	410	8	20	14.80	2.52
Level of Independence	410	5	20	13.31	2.37
Social Relations	410	6	20	13.14	2.81
Environmental Health	410	6	19	13.77	2.29
Spirituality/Religion/Personal Beliefs	410	4	20	14.84	3.39
Overall QOL	410	1	5	3.30	0.71
Overall GHP	410	1	5	3.62	0.94

QoL Scores across Groups

Groups	Physical Health	Psycho-logical Health	Level of Independence	Social Relations	Environ-mental Health	SRPB
Gender						
• Female	14.59	14.88	13.39	13.29	13.91	14.79
• Male	14.26	14.69	13.18	12.95	13.59	14.88
Marital Status						
• Living alone	14.32	*14.50	13.23	*12.73	13.74	14.69
• Living with spouse/partners	14.57	*15.09	13.40	*13.56	13.80	14.98
Employment						
• Unemployed	13.94	*13.67	*12.43	*12.17	13.33	15.43
• Employed	14.50	*14.90	*13.40	*13.23	13.81	14.78

*Group means are significantly different at <0.05 level (2-tailed).

QoL Scores across Groups

Groups	Physical Health	Psycho-logical Health	Level of Independence	Social Relations	Environ-mental Health	SRPB
Opportunistic Infection						
• No	14.24	14.61	13.36	13.01	13.75	14.58
• Yes	14.75	15.07	13.35	13.38	13.86	15.17
HIV services provider						
• General Hospital (Urban)	14.29	*14.54	13.23	13.15	13.68	14.53
• Community Hospital (Rural)	14.61	*15.06	13.40	13.14	13.87	15.15

*Group means are significantly different at <0.05 level (2-tailed).

Discussion

- Small Cronbach's alpha values found in 3 domains:
 - Physical Health
 - Level of Independence
 - Spiritual/Religion/Personal beliefs
- Items from generic instrument causing lack of internal consistency in domains:
 - Q5: Dependence on medication or treatment (negative coefficient)
 - All participants rely on HAART medication
 - Medication can be perceived as a main path to functioning, which leads to independencies in other aspects (mobility, activities for daily living, work capacity)
 - Q7: Religion, spirituality and personal beliefs
 - Question asking about "meaningfulness of life" – sophisticated concept
 - In Thai culture, meaningfulness of life may be related to self-esteem, not spirituality
 - Development of more culturally-sensitive questions and/or examination of cross-cultural comprehension toward WHOQOL items is required

Discussion

- Cronbach's $\alpha = .907$ when considering 29 items altogether
 - Lack of internal consistency found in some domains in other studies (e.g. Saddki et al, 2009; Hsiung et al, 2011)
 - Good reliability when overall QoL is the main focus (not domain-specific)
- WHOQOL-HIV Bref is configured differently from its origin (WHOQOL-Bref), which combined:
 - Independence on Medication domain with Physical Health
 - Spirituality, Religion, Personal Beliefs with Psychological Health
- Investigation of different factor structures is encouraged.
- CFA reveals good fit statistics for the original 6-domain structure: valid QoL construct
- Comparisons across cultures may be possible.

Discussion

- Marital Status: HIV-infected patients who **live with spouse** or partner have higher QoL scores in:
 - Psychological health
 - Social relations
- Employment: HIV-infected patients who were **employed** have higher QoL scores in:
 - Psychological health
 - Level of independence
 - Social relations
- Service provider: HIV-infected patients who received care from **community hospital** have higher QoL scores in:
 - Psychological health
- Those who had **opportunistic infection (OI) history** were found to have marginally significantly higher QoL scores in Physical health, Psychological health, and SRPB.

Being employed implies mobility, ability to do daily activities, and work capacity.

Psycho-social supports via peer-group activities are available in all hospitals. However, those who received services from community hospitals could develop a closer relationship with healthcare workers in HIV clinic, due to smaller number of patients.

In the past, only those with CD4 counts <200 or with OI would only have access to care and treatment.

Limitations

- Homogeneity of sample living in one province
 - Cultural differences across domestic regions were not captured
 - Phayao has extensive experience in managing HIV/AIDS problems so that the QoL of PLHAs may be relatively better than other provinces
- All participants were actively engaged to health care from hospitals
 - Generalizability to those with no access to treatment may be limited
 - All are outpatients: exclusion of more severe cases
- Cross-sectional design
 - Responsiveness to intervention has not been tested.
 - Longitudinal study is necessary.

References

- Hsiung, P-C. et al. (2011). Validation of the WHOQOL-HIV BREF among HIV infected patients in Taiwan. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 23:8, 1035-1042.
- Mweemba, P. et al. (2011). Validation of the World Health Organization Quality of Life HIV instrument in a Zambian sample. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 22(1), 53-66.
- O'Connell, K.N. & Skevinton, S.M. (2012) An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS Behavior*. 16: 452-460
- Pereira, M. et al. (2014). Assessing quality of life in middle-aged and older adults with HIV: psychometric testing of the WHOQOL-HIV-Bref. *Quality of Life Research*. 23:2473–2479.
- Saddki, N. et al. (2009). Validity and reliability of the Malay version of WHOQOL-HIV BREF in patients with HIV infection, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 21:10, 1271-1278
- Skevington, S.M. et al (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: The history of the WHOQOL instruments. *Psychiatric Epidemiology*. 39: 1-8.
- Tran, B.X. (2012). Quality of Life Outcomes of Antiretroviral Treatment for HIV/AIDS Patients in Vietnam. *PLoS ONE* 7(7), 1-8.
- WHOQOL-HIV Group (2003). Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Sciences & Medicine*. 57: 1259-1275

Acknowledgement

This study is supported by the New Scholar Grant under the Thailand Research Fund (TRF).

**วันศุกร์ที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2558
ห้องย่อยที่ 6**

**สังคมและสุขภาพ: ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเฉพาะ
กับการปฏิรูประบบสุขภาพ
เวลา 09.00-15.15 น.**



การประชุมวิชาการประจำปี สังคมศาสตร์
มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์
ครั้งที่ 9 ประจำปี พ.ศ.2558

การเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ Retirement Preparedness for Medical Expenitures among Registered Nurses

สายทอง เดชะ

sai_iam@hotmail.com

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purpose of this exploratory research is the study of the retirement savings strategy in Thai nurses for covering medical expenses throughout retirement. The researcher-designed questionnaire was answered by 352 registered nurses, age 22–60 years, working in a university hospital in Bangkok, who were selected by simple randomization. The data collection was done by a single researcher during July 2014 to October 2014, and analyzed with chi-square.

The results of the study showed 81.8% have a retirement savings plan for medical expenses. Ninety three percent have retirement savings with a savings co-operative, and 75% also have health insurance. The average savings period is 19 years. Sixty one percent have retirement medical expenses estimation, and 40.3% expected that retirement income may be inadequate for the expenses. Eighty eight percent agreed that retirement savings plan should start at the beginning of their career. Sixty percent got the savings idea from co-workers. The reasons for savings is expected lower income after retirement for 63.1%, and aware of the high-cost of retirement medical expenses for 60.8%. Ninety nine percent need knowledge of financial management for retirement. The significant factors ($p < 0.05$) for retirement savings awareness included age, healthcare status, income, sufficiency of income, and debt.

The study results reflect that most of the subjects selected a co-op savings account as the main method, which is long term savings, but there has been a low yield, which may result in inadequate expenses after the retirement. Therefore, the organization should promote and support personnel with a knowledge of financial management, in various savings formats from the start of the career. This may include a savings campaign in the organization.

Keywords: Retirement Preparedness/Savings Forms/Medical Expenditures/Registered Nurses

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเตรียมตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร มีอายุระหว่าง 22-60 ปี จำนวน 352 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่กรกฎาคมถึงตุลาคม 2557 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติโคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลแล้วร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่ เลือกรูปแบบการออมเงินด้วยการฝากเงินกับสหกรณ์ รองลงมาเลือกการทำประกันชีวิต มีระยะเวลาในการออมเงินเฉลี่ย 19 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณได้มีการประมาณการใช้จ่ายภายหลังเกษียณแล้ว แต่ผลที่ได้คือรายได้น้อยกว่ารายจ่าย กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรเริ่มเตรียมตัวก่อนเกษียณตั้งแต่เริ่มทำงาน แหล่งความรู้ในการออมเงินส่วนใหญ่ทราบมาจากผู้ร่วมงาน เหตุผลหลักที่ทำให้มีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณคือ คาดว่าภายหลังการเกษียณจะมีรายได้ลดลง เหตุผลรองลงมาคือ คาดว่าภายหลังเกษียณจะมีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ พบว่ามี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีหนี้สิน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกวิธีการออมเงินด้วยการฝากเงิน ซึ่งเป็นรูปแบบการออมที่มีระยะยาวนาน แต่ได้รับผลตอบแทนต่ำ ซึ่งอาจส่งผลทำให้ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายภายหลังการเกษียณได้ ดังนั้นทางองค์กรจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากร มีความรู้ในเรื่องการจัดการทางการเงิน การออมเงินในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เริ่มทำงาน รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออมเงินในหน่วยงาน

คำสำคัญ: การเตรียมตัวก่อนการเกษียณ/รูปแบบการออม/ค่ารักษาพยาบาล/พยาบาลวิชาชีพ

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

จากที่องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Aging Society) สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) โดยอายุเฉลี่ยของคนไทยเพศชายมีอายุเฉลี่ย 69.6 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 76.9 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) โดยสัดส่วนของผู้หญิงสูงอายุจะมีมากกว่าและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่า



สัดส่วนของผู้ชายสูงอายุ จึงมักมีการกล่าวกันว่า เรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง หรือ Feminization of elderly (จอห์น โนเดลและนภาพร ชัยวรรณ, 2552) แม้ว่าจะมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่ก็ต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังหรือเรียกว่าโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง (ไพจิตร วราจิต, 2555) และจากแบบจำลองการคลังสุขภาพของนายแพทย์ถาวร สกุกพานิชัย ได้ประมาณค่าใช้จ่ายทางสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หรือลักษณะของสวัสดิการกองทุนเพื่อสุขภาพ 3 กองทุน ให้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จากการประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุ ปัจจัยหลักมาจากการเพิ่มอัตราการให้บริการ อัตราค่าบริการและค่ายา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ หากยังไม่มีระบบการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ดี อาจทำให้ประเทศสูญเสียเงินไปกับค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากในอนาคต และวิชาชีพส่วนใหญ่ที่เป็นผู้หญิงก็คือ พยาบาล ซึ่งต้องทำงานหนัก และเสียสละมาโดยตลอด แต่มีสวัสดิการเพื่อตัวเองน้อยมากและจากการออกนอกระบบของมหาวิทยาลัยในปี 2545 เป็นต้นมา จึงทำให้ไม่มีระบบข้าราชการ จะมีแต่พนักงานมหาวิทยาลัยแทน และเข้าไปสู่ระบบประกันสังคมซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาล ในขณะเดียวกัน พยาบาลก็มีอัตราการเป็นโสดสูง ซึ่งหมายความว่าไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือที่พึ่งพิงด้านค่ารักษาพยาบาลในอนาคต และยังต้องเสี่ยงกับโรคที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ (จกมล อินทสาร, 2554) จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพที่จะทำให้เจ็บป่วยได้มากวิชาชีพหนึ่ง และเป็นที่ทราบดีว่าค่ารักษาพยาบาลในอนาคตจะสูงขึ้นมาก จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้าทั้งด้านการบริโภค การทำงาน รายได้ การออมและการลงทุน (กรุงเทพธุรกิจ, 2554)

วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

วิชาชีพ

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีวงจรชีวิตของการบริโภคและการออม (The Life Cycle Hypothesis)

Modigliani, Brumberg & Aldo (1954) ได้พัฒนาทฤษฎีการบริโภคและการออมในวัฏจักรชีวิต โดยมีแนวคิดว่าการบริโภคของมนุษย์ในขณะใดขณะหนึ่ง ไม่ได้ขึ้นกับรายได้ในขณะนั้นเท่านั้น แต่ขึ้นกับรายได้ตลอดชีวิต นั่นคือ มนุษย์จะแบ่งการบริโภคแต่ละช่วงเวลาให้เท่าๆ กัน และออมส่วนหนึ่งเพื่อใช้บริโภคหลังเกษียณจากการทำงาน แสดงให้เห็นถึงช่วงเวลาในชีวิตที่มนุษย์สามารถทำการออมเพื่อเกษียณอายุ ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์จะมีรายได้ไม่เท่ากัน กล่าวคือในช่วงหนุ่มสาวรายได้มีไม่เพียงพอในการใช้จ่าย จึงไม่มีการออมหรือต้องก่อหนี้เพื่อบริโภค แต่เมื่ออยู่ในวัยกลางคน บุคคลจะมีรายได้ที่สูงขึ้นและมากกว่ารายจ่าย ทำให้มีเงินออมและสะสมเป็นสินทรัพย์ได้ และรายได้กลับลดลงอีกครั้งในช่วงวัยสูงอายุ ทำให้ต้องใช้เงินออมและสินทรัพย์ที่สะสมไว้มากำจ่าย แสดงว่ารายได้ตลอดช่วงชีวิตและสินทรัพย์ที่ถือครองจะเป็นแหล่งเงินสำหรับใช้จ่ายเพื่อบริโภคตลอดชีวิต เนื่องจากการออมคือส่วนของรายได้ที่ไม่ได้ใช้ไปเพื่อการบริโภค แสดงให้เห็นว่าการออมขึ้นอยู่กับการรายได้ และสินทรัพย์ที่ถือครอง การออมมีความสัมพันธ์กับรายได้ในทิศทางเดียวกัน แต่มีความสัมพันธ์กับความมั่งคั่งในลักษณะผกผันกัน กล่าวคือถ้าความมั่งคั่งหรือการถือครองทรัพย์สินมาก

ก็จะออมลดลง ตามแนวคิดทฤษฎีนี้ โครงสร้างอายุของประชากรเป็นตัวกำหนดที่สำคัญอย่างหนึ่งของพฤติกรรมการออม อย่างไรก็ตาม การที่ประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงตามโครงสร้างประชากรและการมีระบบการออมเพื่อเกษียณอายุที่ยังคงใช้วิธีการกระจายรายได้แบบข้ามวัย โดยนำเงินสมทบที่ได้จากแรงงานในปัจจุบันมาจ่ายเป็นสวัสดิการแก่แรงงานที่เกษียณอายุ จะทำให้วัยทำงานต้องรับภาระการออมในส่วนที่จะนำมาเป็นสวัสดิการของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งการออมในส่วนนี้อาจไม่เพียงพอเมื่อพิจารณาจากอัตราการพึ่งพิงที่คาดว่าจะสูงขึ้นในอนาคต ดังนั้น หากผู้สูงอายุต้องการดำรงสภาพความเป็นอยู่ให้เหมือนหรือใกล้เคียงกับเมื่อครั้งยังทำงาน การออมเพื่อเกษียณอายุและการออมหลังเกษียณจึงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อที่จะได้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามอัตรา

ทฤษฎีของริชาร์ด สติลแมน (Stillman, 1988) สติลแมนได้แบ่งลักษณะการเงินในแต่ละช่วงชีวิตของครอบครัว (Financing the family's Life Cycle) ออกเป็น 5 ระยะดังนี้

1) ระยะเริ่มตั้งครอบครัว (The beginning family) ระยะนี้ครอบครัวเริ่มแต่งงานใหม่ยังไม่มีบุตรและต่างฝ่ายต่างยังไม่มีรายได้ไม่มาก อาจมีทรัพย์สินบ้าง บ้างอาจเริ่มเป็นหนี้ ระยะนี้เป็นโอกาสที่จะซื้อหาสิ่งจำเป็นเพื่อครอบครัวและเก็บออมไว้ใช้ยามฉุกเฉินหรือเก็บออม

2) ระยะขยายครอบครัว (The expanding family) ช่วงนี้เริ่มต้นมีบุตร จนถึงระยะบุตรเข้าใกล้วัยรุ่น ระยะนี้ครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ในขณะที่ความสามารถในการหารายได้ของครอบครัวในช่วงนี้จะสูงขึ้นด้วย รายจ่ายส่วนใหญ่ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า การรักษาพยาบาล การศึกษาของบุตร และจะมีการวางแผนการใช้เงินเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ครอบครัว ได้แก่ การประกันชีวิตที่ให้ความคุ้มครองถึงบุตร การซื้อบ้าน ตลอดจนการเก็บออมไว้เพื่อการศึกษาของบุตร

3) ระยะแยกย้ายครอบครัว (The launching family) ช่วงนี้เริ่มเมื่อบุตรเรียนจบออกหางานแยกย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ ช่วงนี้ครอบครัวเริ่มมีเงินมากขึ้นและเป็นการดีที่จะเก็บออมไว้ใช้ยามชรา เพราะไม่มีภาระต้องส่งเสียบุตร แต่รายจ่ายเพื่อการพักผ่อนจะสูง

4) ระยะช่วงกลางของครอบครัว (The middle-age family) ระยะที่บุตรแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ จนถึงเกษียณอายุ รายได้ครอบครัวจะไม่เพิ่มมากนัก แต่ค่ารักษาพยาบาลจะสูงขึ้น การใช้จ่ายเพื่อการซ่อมแซมสิ่งต่างๆจะมีมากขึ้น ช่วงนี้ครอบครัวสามารถเก็บออมได้บ้าง แต่ก็นำไปจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น

5) ระยะเมื่อเข้าสู่วัยชรา (The old-age family) ช่วงนี้เริ่มต้นเมื่อเกษียณอายุจากงาน ระยะนี้ครอบครัวจึงมีรายได้จำกัด เพราะต้องอาศัยจากเงินบำนาญ เงินประกันชีวิต หรือดอกผลจากทรัพย์สินต่างๆ ที่ได้ลงทุนไว้ การใช้จ่ายต่างๆในช่วงนี้ต้องประหยัด แต่สิ่งที่ประหยัดไม่ได้คือค่ารักษาพยาบาล เพราะเป็นความจำเป็นสำหรับวัยนี้ อย่างไรก็ตาม ถ้าได้มีการวางแผนการเงินอย่างดีมาตั้งแต่แรก ก็จะไม่มีปัญหาการเงินในช่วงนี้

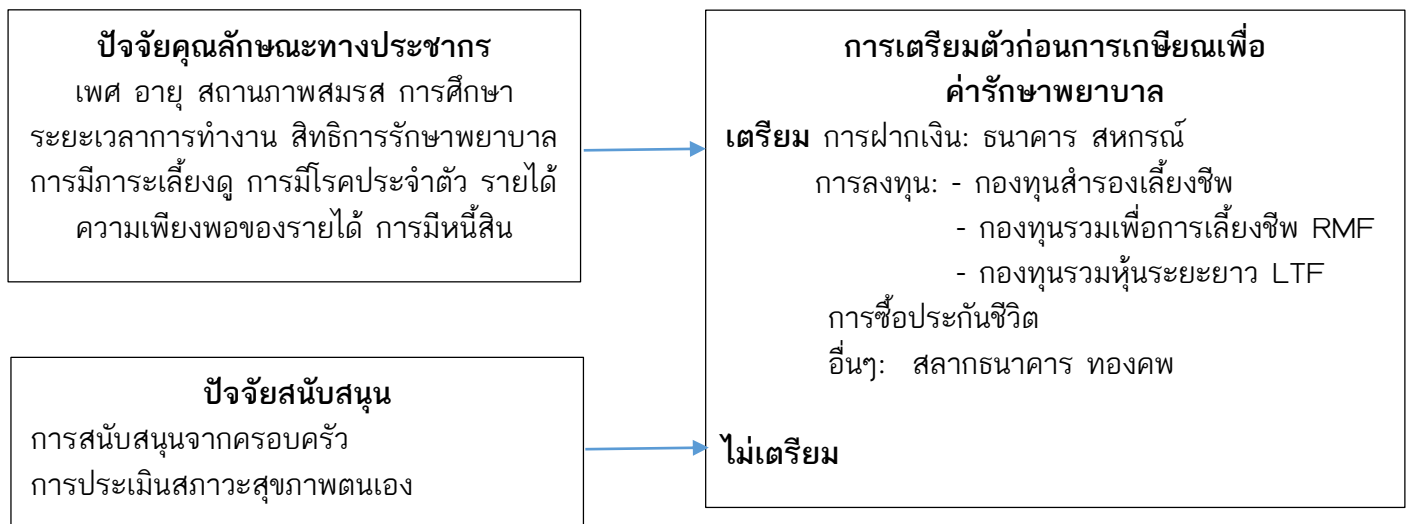
จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลจะมีความจำเป็นในการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นแต่เป็นวัยที่มีรายได้จำกัด ดังนั้นการวางแผนทางการเงินที่ดี ผู้สูงอายุยังควรมีหลักประกันด้านสุขภาพรองรับอีกด้วย



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของพิมพ์พิมพ์ โพธิ์ปักขีย์ (2550) ศึกษาการเตรียมตัวก่อนเกษียณของครูในจังหวัด พิจิตร พบว่า เพศและอายุมีผลกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของมธุรีน วรศักดิ์ (2550) ศึกษาการเตรียมตัวก่อนเกษียณของพนักงานธนาคาร และรสนิน วิทย์วงศ์กังวาน (2550) ศึกษา การเตรียมตัวก่อนเกษียณของข้าราชการชลประทาน พบว่า เพศและอายุ ไม่มีผลกับการเตรียมตัวก่อน เกษียณ จากการศึกษาของสมฤดี ธรรมกิตติคุณ (2550) ศึกษาการเตรียมตัวก่อนเกษียณของบุคลากร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลกับการเตรียมตัวโดยอายุมากกว่ามีการเตรียมตัว มากกว่าอายุน้อยกว่า และจากการศึกษาของนุสรา รัตนสมัย (2552) ศึกษาการเตรียมตัวก่อนเกษียณของ ข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมตัวก่อนเกษียณ ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผล ได้แก่ อายุ ภูมิสำเนา รายได้ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วย และจากการศึกษาของณัฐรณี โพธารินทร์ (2555) ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย และปัจจัยที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับ การศึกษา หลักประกันด้านสุขภาพ จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ได้มีการศึกษาการเตรียมตัวก่อน เกษียณ 5 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านงานอดิเรกและด้านเศรษฐกิจ โดยต่างมี ระดับการเตรียมตัวในแต่ละด้านแตกต่างกันไป โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนเกษียณ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว หลักประกันด้านสุขภาพ ระยะเวลาใกล้เกษียณ เป็นต้น ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาต่างสอดคล้องและขัดแย้งกันตามแต่ละบริบท เช่น ลักษณะของประชากร เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการศึกษา

ประชากร พยาบาลวิชาชีพ อายุระหว่าง 22-60 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,878 คน 11 หน่วยงาน สังกัดฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาร์โร ยามาเน่ เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้จำนวนตัวอย่าง 352 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งสัดส่วนตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถาม โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำแนกแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคุณลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 เป็นการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่ 3 เป็นปัจจัยสนับสนุนการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ

คุณภาพของเครื่องมือ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.70 และผ่านจริยธรรมทางการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรหัสโครงการ 802/2556 COA No.SI206/2014 เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2557

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากทางโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตจึงเข้าเก็บข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปยังหน่วยวิจัยของฝ่ายการพยาบาล เพื่อทำการแจกจ่ายแบบสอบถามไปยังหน่วยงานต่างๆตามจำนวนที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ และทำการนัดหมายวันเวลาเพื่อรับแบบสอบถามกลับคืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นทำการลงรหัสและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร ใช้สถิติเชิงบรรยาย และสำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนเกษียณ ใช้สถิติไคสแควร์

ข้อค้นพบ

คุณลักษณะทางประชากร

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 4.8 มีอายุในช่วง 22-60 ปี อายุโดยเฉลี่ยคือ 45 ปี ($\bar{X}$ = 44.84, S.D. = 10.894) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.6 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 35-50 ปี ร้อยละ 39.8 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นโสดร้อยละ 56.8 สมรสแล้ว ร้อยละ 40.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.0 มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 23 ปี ($\bar{X}$ = 22.61, S.D. = 11.710) โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงระยะเวลาการทำงาน 15-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.0 รองลงมามีระยะเวลาการทำงานมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 31.8 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนมาก เป็นสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 72.8 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 27.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 ต่างมีภาระเลี้ยงดู คนที่ไม่มีภาระเลี้ยงดูมีร้อยละ 20.5 โดยจำนวนภาระเลี้ยงดูอยู่ในช่วง 2-3 คน มากที่สุด ร้อยละ 62.1 ($\bar{X}$ = 3.21, S.D. = 10.041) รองลงมามีจำนวนภาระเลี้ยงดูคนเดียว ร้อยละ 27.2 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.3 โรคประจำตัว 3 อันดับแรกเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.3 และโรคไมเกรน ร้อยละ 12.4 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย



ต่อเดือน 47,010 บาท ($\bar{X}$ = 47010.88, S.D. = 20846.001) รายได้อยู่ในช่วง 30,000-50,000 บาท ร้อยละ 43.5 รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 29.0 ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 75.6 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 24.4 แต่มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีหนี้สิน ร้อยละ 60.5 ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 39.5

การสนับสนุนจากครอบครัวและการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีคนในครอบครัวที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์ได้มากที่สุด ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณ ร้อยละ 37.5 และการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) ร้อยละ 93.5 แต่เคยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD) บ้างเป็นครั้งคราว ร้อยละ 64.5 และมีความเครียดบ้างเป็นครั้งคราว ร้อยละ 66.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.3 และจากการประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 69.9

รูปแบบการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.8 มีการเตรียมออมเงินเพื่อค่ารักษาพยาบาลภายหลังเกษียณแล้ว โดยรูปแบบของการออมที่กลุ่มตัวอย่างเลือกมากที่สุดร้อยละ 92.6 คือการฝากเงินกับสหกรณ์และร้อยละ 75.0 เลือกการทำประกันชีวิต ระยะเวลาในการออมเงินของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 57.4 ออมมาน้อยกว่า 15 ปี ($\bar{X}$ = 19.27, S.D. = 22.933) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.0 เห็นว่าควรเริ่มออมเงินตั้งแต่เริ่มทำงาน สำหรับแหล่งความรู้ในการออมเงินพบว่า กลุ่มตัวอย่างทราบมาจากผู้ร่วมงานร้อยละ 60.5 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ทางการเงินร้อยละ 56.5 และจากสื่อสิ่งพิมพ์ร้อยละ 50.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.4 ได้ประมาณค่าใช้จ่ายโดยเปรียบเทียบกับรายได้ภายหลังเกษียณแล้ว ทำให้ทราบว่ารายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 24.7 รายได้มากกว่ารายจ่ายร้อยละ 23.9 และรายได้เท่ากับรายจ่ายร้อยละ 12.8 ตามลำดับ แต่อีกร้อยละ 38.6 ของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ประมาณค่าใช้จ่ายภายหลังเกษียณเลย ภายในหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง มีการให้ความรู้ก่อนเกษียณร้อยละ 42.0 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 33.8 ที่ภายในหน่วยงานไม่มีการให้ความรู้ก่อนเกษียณ และอีกร้อยละ 24.2 ที่ไม่แน่ใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.6 เห็นว่า ควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากรในการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมตัวก่อนการเกษียณกับคุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยสนับสนุน

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพนั้น กล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีหนี้สิน ซึ่งล้วนเป็น

คุณลักษณะทางประชากรทั้งสิ้น ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและการประเมินภาวะสุขภาพตนเองนั้นกลับไม่พบว่ามีผลต่อการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ

ข้ออภิปราย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลแล้ว โดยรูปแบบที่เลือกมากที่สุดคือการออมเงิน อธิบายได้ว่าเมื่อต้องเผชิญกับความเสี่ยงและความไม่แน่นอนที่มีค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ บุคคลมักจะมีวิธีการและรูปแบบของการชดเชยความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้แตกต่างกัน วิธีการและรูปแบบหลักที่พบเห็นได้ เช่น การออมเงิน (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2551) โดยวิธีการออมเงินที่พยาบาลเลือกคือการฝากเงิน อาจเนื่องมาจากเป็นวิธีการออมเงินในรูปแบบที่คุ้นเคยที่สุด ข้อดีคือมีสภาพคล่องสูง มีความเสี่ยงต่ำ แต่ข้อเสียคือผลตอบแทนต่ำกว่าการออมรูปแบบอื่น (คู่มือการวางแผนชีวิตวัยเกษียณที่คุณทำได้ง่าย ๆ, 2551) สถาบันทางการเงินที่พยาบาลเลือกฝากเงินก็คือสหกรณ์ อาจเนื่องมาจากสหกรณ์เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดยไม่แสวงผลกำไรจึงได้รับการงดเว้นการเสียภาษีเงินได้ในบางประเภทเงินฝาก และสมาชิกสหกรณ์ยังได้รับสิทธิกู้เงินในอัตราดอกเบี้ยต่ำ แต่ในขณะเดียวกันสหกรณ์เองก็เป็นองค์กรที่มีความเสี่ยงเช่นกัน ระยะเวลาในการออมเงินโดยเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพคือ 19 ปี และพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าควรเริ่มออมเงินเพื่อการเกษียณตั้งแต่เริ่มทำงาน และได้มีการประมาณค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นภายหลังเกษียณไว้แล้ว เห็นว่ารายจ่ายจะมากกว่ารายรับ การวางแผนเตรียมตัวก่อนจะเริ่มก้าวสู่วัยเกษียณเป็นเรื่องที่สำคัญและใช้เวลาที่ยาวนาน สิ่งที่สำคัญควรมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการเกษียณไว้ตั้งแต่เริ่มต้นทำงานขณะที่มีรายได้ประจำอยู่ เพราะเมื่อมีการเตรียมความพร้อมที่รอบคอบก็จะมีเวลาศึกษาหาข้อมูลด้านการเตรียมตัวในด้านต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น (สมฤดี ธัมมิตติคุณ, 2550) สำหรับแหล่งความรู้เกี่ยวกับการออมเงิน ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพทราบมาจากผู้ร่วมงานหรือเพื่อน เนื่องจากเป็นแหล่งความสัมพันธ์ปฐมภูมิในช่วงชีวิตบุคคล เหตุผลที่มีการเตรียมออมเงินส่วนหนึ่งไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลภายหลังเกษียณ ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพมองว่าภายหลังเกษียณรายได้จะลดลง สอดคล้องกับสุรกุล เจนอบรม (2534) ได้กล่าวถึงผลกระทบของการเกษียณคือผลกระทบทางเศรษฐกิจ เมื่อเกษียณอายุทำให้รายได้ลดลง ขณะเดียวกันรายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพที่เสื่อมลงก็จะเพิ่มขึ้นทำให้ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจด้วย นักวิชาการหลายท่านทำการศึกษาและพบว่า ผู้สูงอายุเสียค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารและค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านการแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นจึงมีความต้องการด้านการเงินมากขึ้นในวัยสูงอายุ ส่วนเหตุผลที่ไม่เตรียมออมเงินส่วนหนึ่งไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลภายหลังเกษียณ ซึ่งเป็นเหตุผลหลักๆ เลยคือ รายได้น้อย รายจ่ายมาก ไม่มีเงินเหลือเพื่อการออม ด้วยความเสื่อมของร่างกายที่เสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วในทุกๆ วัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยได้เหมือนสมัยยังหนุ่มสาว จึงทำให้รายได้ในกลุ่มผู้สูงอายุลดลง แต่ขณะที่รายจ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพจำเป็นที่จะต้องจ่ายเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ วัน (Proctor, 1969 อ้างใน บุญคง หันจางสิทธิ์, 2553) และส่วนใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าควรมีการให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการออมเงินเพื่อเตรียมตัวก่อนเกษียณจากหน่วยงานซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลยังต้องการความรู้ในด้านนี้ จึงจำเป็นที่ทางหน่วยงานต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะเรื่องนี้จำเป็นต้องได้รับความรู้ คำแนะนำจากผู้ที่มีความรู้โดยเฉพาะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพล้วนเป็นคุณลักษณะทางประชากรทั้งสิ้น อภิปรายได้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการเตรียมตัวที่มากขึ้น โดยพบว่า



พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุในช่วง 50 ปีขึ้นไปจะมีการเตรียมตัวมากกว่าช่วงอายุอื่น ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการเกษียณอายุการทำงาน โดยในระยะก่อนเกษียณจะประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือระยะใกล้เกษียณกับระยะไกลเกษียณ โดยระยะไกลเกษียณ ผู้เกษียณจะยังมองภาพการเกษียณไม่ชัดเจน แต่มองว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นสักวัน แต่ระยะใกล้เกษียณ ผู้เกษียณจะเริ่มกังวลกับการเกษียณ ในระยะนี้ถ้ามีการเตรียมความพร้อมก็จะไม่วิตกกังวลหรือวิตกกังวลเล็กน้อย (Atchley & Barusch, 2004) โดยระยะเวลาที่เหมาะสมในการวางแผนก่อนการเกษียณ ควรวางแผนล่วงหน้า อย่างน้อย 15-20 ปีก่อนเกษียณ (สมฤติธัมมกิตติคุณ, 2550) และผู้ที่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพนั้นๆ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ แต่สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พยาบาลวิชาชีพที่บรรจุเข้าทำงานก่อนปี 2545 จะมีสิทธิข้าราชการ ดังนั้นจึงไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล แต่ด้วยนโยบายของทางภาครัฐที่ต้องการให้เกิดการประหยัดงบประมาณ (คู่มือการวางแผนชีวิตวัยเกษียณที่คุณทำได้ง่ายๆ, 2551) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีสิทธิข้าราชการ แต่ก็ยังมีการเตรียมตัวก่อนเกษียณในระดับที่มาก ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าทำงานตั้งแต่ปี 2545 ซึ่งทางมหาวิทยาลัยได้ออกนอกระบบ จึงทำให้ไม่มีระบบข้าราชการ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเหล่านี้มีความกังวลกับค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากต้องใช้สิทธิประกันสังคม ซึ่งมีข้อจำกัดต่างๆเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาล จึงต้องมีการเตรียมตัวก่อนเกษียณเพื่อค่ารักษาพยาบาลอย่างมาก และสถานภาพในการทำงานเอง ซึ่งพนักงานมหาวิทยาลัยจะต้องมีการต่อสัญญาการจ้างเป็นปีๆไป ไม่เหมือนข้าราชการก็ยิ่งส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นหลังๆ มีความกังวลในสถานะที่ไม่มั่นคง ทำให้ยังต้องมีการเตรียมตัวก่อนเกษียณอย่างมาก และด้วยพยาบาลวิชาชีพที่อายุมาก ทำงานมานานย่อมจะมีรายได้มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้มากก็จะมีมีการเตรียมตัวก่อนเกษียณมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้น้อยกว่า และยังพบว่ารายได้มีผลต่อระดับการออมเพื่อความมั่นคงยามสูงวัย (ชลธิชา อัสวรินทร์, 2550) รายได้ยิ่งส่งผลต่อความเพียงพอของรายได้ด้วย กล่าวคือผู้ที่มีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน จะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสในการเตรียมพร้อมหรือวางแผนมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (พรพิมล เสาดัน, 2552) เมื่อมีรายได้ไม่เพียงพอก็ทำตัวเป็นผู้ก่อกวนหนี้สิน โดยพบว่าในช่วงต้นของชีวิต บุคคลจะประสบอุบัติเหตุเป็นผู้ก่อหนี้ ต่อมาในช่วงกลางของชีวิตจึงจะเริ่มที่จะมีรายได้มากกว่ารายจ่ายจนสามารถชดเชยหนี้เดิมได้ และเก็บเงินสะสมไว้สำหรับช่วงบั้นปลายชีวิต แต่การออมเงินที่ได้นั้นจะต้องเป็นการออมที่สม่ำเสมอและเป็นการกันเงินส่วนหนึ่งออกมาเพื่อการออม ไม่ใช่การออมเงินคือเงินที่เหลือจากการใช้จ่าย ซึ่งทำให้อธิบายได้ว่าทำไมพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินจึงยังมีระดับการออมเงินที่มากใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่มียอดหนี้สิน อภิปรายในเชิงทฤษฎี ตามแนวคิดทฤษฎีวงจรชีวิตของการบริโภคและการออม แสดงให้เห็นว่าการออมขึ้นกับรายได้และโครงสร้างของอายุเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการออม และตามทฤษฎีของริชาร์ด สติลแมน กล่าวได้ว่าค่าใช้จ่ายภายหลังเกษียณก็คือค่ารักษาพยาบาลนั่นเองและแหล่งเงินรายได้ภายหลังการเกษียณจะมาจากการออมตั้งแต่ช่วงก่อนเกษียณ ดังนั้นการเตรียมตัวสะสมเงินออมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เนื่องจากรูปแบบการเตรียมตัวของพยาบาลวิชาชีพคือการฝากเงินซึ่งให้ผลตอบแทนต่ำ ต้องใช้เวลานาน และแหล่งความรู้ในการออมเงินมาจากผู้ร่วมงานหรือเพื่อน ซึ่งไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางการเงิน ดังนั้นทางหน่วยงานจึงควรจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางการเงินแก่บุคลากร

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะได้จากการสัมภาษณ์ ดังนั้นควรที่จะมีการใช้แบบสอบถามควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ด้วย และควรมีการศึกษาการเตรียมตัวก่อนเกษียณในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย เป็นต้น หรืออาจศึกษาการเตรียมตัวในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ

บรรณานุกรม

- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2551). **สังคม สว(ผู้สูงวัย)**. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอห์น โนเดลและนภาพร ชัยวรรณ. (2552). **การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทยและสำนักภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก.
- ชลธิชา อัสวนรินดร. (2550). **การออมเพื่อความมั่นคงยามสูงวัย**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดนุสรณ์ โพธารินทร์. (2555). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนภัทร รุ่งธนาภิรมย์. (2555). **ทางเลือกของเงินออม**. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แอมโพรพรินท์.
- นฤมล สะอาดโณม. (2551). **เกษียณหรืหา: คู่มือการวางแผนชีวิตวัยเกษียณที่คุณทำได้ง่ายๆ**. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ฐานบุ๊คส์.
- นุสราร รัตนสมัย. (2552). **พฤติกรรมเตรียมความพร้อมตนเองก่อนเข้าสู่วัยเกษียณ:กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ .
- บุญคง หันจางสิทธิ์. (2553). **เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิมพ์พิมพ์ โพธิ์ปักขีย. (2550). **ปัจจัยทางชีวสังคม ทศนคติต่อการเกษียณอายุ ความเครียดจากการหนีสินกับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของข้าราชการครูในจังหวัดพิจิตร**.



- วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตมหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรพิมล เสาะดัน. (2552). การเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรในจังหวัดปราจีนบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มธุริน วรศักดิ์. (2550). ปัจจัยทางชีวสังคม ทศนคติต่อการเกษียณอายุและบุคลิกภาพกับการเตรียม
ตัวก่อนเกษียณอายุทำงาน:ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานสายปฏิบัติการธนาคารกรุงเทพจำกัด
(มหาชน)สำนักงานใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสลิน วิทย์วงศ์กังวาล. (2550). ปัจจัยทางชีวสังคม สุขภาพจิตและความเข้มแข็งในการมองโลกกับ
การเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุทำงานของข้าราชการก่อนเกษียณสังกัดชลประทาน.
สารนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิไลวรรณ ปะธิเก. (2554). การเตรียมตัวด้านสุขภาพสู่วัยเกษียณของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ เรืองกุล. (2551). การศึกษาความต้องการในการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการของ
ข้าราชการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรจิต สุนทรธรรม. (2555). ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: ศรีเมือง
การพิมพ์จำกัด.
- สมชาย สุขศิริเสรีกุล. (2551). เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมฤดี ธีมกิตติคุณ. (2550). การเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุทำงานของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สารนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
จิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2555). รายงานการสำรวจอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยพ.ศ.2555.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. (2554). อนาคตสังคมสูงอายุไทยยังน่าห่วง. 21 ธันวาคม, 2554,
<http://www.bangkokbiznews.com>.
- จงกล อินทสาร. (2554). พยาบาลสุดกลืนขู่หยุดงานทั่วประเทศ จีรัฐบาลแก้ระเบียบไม่บรรจุ ไม่
เดบิต. 2 มิถุนายน, 2555, <http://www.manager.co.th>.

- ถาวร สกุลพานิชย์. (2554). คาดอีก 12 ปีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลคนแก่พุ่ง4เท่า. 13 พฤษภาคม ,2554, <http://www.unigang.com>.
- ไพจิตร วราจิต. (2555). สาธารณสุขเผย 5 โรคภัยคุกคามไทยรุนแรงขึ้น. 1 มีนาคม, 2555, <http://www.thairath.co.th>.
- Acthley, Robert. (2004). **The Social Forces in Later Life**. 3rd ed. California: Wadsworth Publishing Company.
- Gujarati, D.N. (1998). **Basic Econometrics**. (n.p) : McGrawHill Book Company.
- Kawewat Sincharoen. (2006). **Economic preparation for retirement of private officers in Bangkok and periphery**. M.A.(Population and Social Research), Mahidol University. Bangkok.
- Yamane. (1973). **Statistics: An introductory analysis**. Newyork: Harper and Row.



**ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่ถูกรับรู้ ความคาดหวังต่อผลการรักษา
และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย**

**Perceived Treatment-Outcome Information, Outcome-Expectation and Intention
to Comply with Treatment among Patients with Brachial Plexus Injury**

วรารวรรณ ศรีสุคนธ์รัตน์

Worawan.toey08@gmail.com

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purposes of this research were to study the information related to treatment-outcomes that health care providers contributed to patient's perception, outcome-expectation and intention to comply with treatment, among patients with brachial plexus injury. In addition, the study also examined the relationships among these three variations. Within a period of eight months for data collection, fifty-three patients with brachial plexus injury, who were waiting for surgery at Siriraj Hospital, were interviewed by using a questionnaire. The study also included in-depth interviews of ten healthcare providers (four physicians, three nurses, and three physical therapists) about treatment-outcome information given.

The results of this study revealed that most of the patients perceived the treatment-outcome from health care providers at a low to moderate level, but the outcome-expectation was at a moderate level, and there was in a very high level for the intention to comply with treatment. Moreover, the three variables were also analyzed to explain their associations. It was found that the perceived treatment-outcome information given by health care providers was positively associated with outcome-expectation ($r = 0.307$, $P = 0.045$), especially in male samples who showed powerless of their biceps muscles, as well as in the patients who had a surgery. However, the intention to comply with treatment did not significantly associate with the perceived treatment-outcome information and the outcome-expectation ($P > 0.05$). For the in-depth interviewed data, it showed that physicians were the key persons who explained about treatment-outcomes by providing patient's real physical status, and they also mentioned the duration of the treatment in that it would take time. For nurses, they would advise patients how to take care of themselves for better outcomes, along with encouraging them to have better spirits. In addition, the physical therapists would inform them how to practice rehabilitation

techniques in order to gain a good outcomes. Moreover, nurses and physical therapists' information referred to the physicians' information.

From the findings, it should suggest that providing treatment-outcome information of health care providers was important to patients' perceptions and outcome-expectation. Therefore, health care providers should be aware of giving appropriately significant information, especially in brachial plexus injury patients.

Keywords: Perception/Expectation/Intention/Brachial Plexus Injury/Information Given/Treatment Outcome

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ความคาดหวังต่อผลการรักษาและความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามนี้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ตัวอย่างจำนวน 53 ราย ซึ่งรอการผ่าตัดในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช ในระยะเวลา 8 เดือนของการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ 4 ราย พยาบาล 3 ราย และนักกายภาพบำบัด 3 ราย) ในประเด็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาแก่ผู้ป่วย Brachial Plexus Injury

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปานกลางและต่ำ แต่ความคาดหวังต่อผลการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสามพบว่าการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังต่อผลการรักษา ($r = 0.307$, $P = 0.045$) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ไม่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Bicep และผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดมาแล้ว อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และความคาดหวังต่อผลการรักษา ($P > 0.05$) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก กับบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า แพทย์เป็นบุคลากรหลักที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาโดยให้ตามความเป็นจริงของสภาวะทางกายภาพ และยังได้อธิบายว่าการรักษาต้องใช้เวลา สำหรับพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามเพื่อให้ผลการรักษาที่ดีและให้กำลังใจ ส่วนนักกายภาพบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามในการฟื้นฟู อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของพยาบาลและนักกายภาพบำบัดล้วนอ้างอิงข้อมูลที่แพทย์ได้ให้ไว้

ผลการศึกษานี้นำไปสู่ข้อเสนอแนะว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญต่อการรับรู้และความคาดหวังต่อผลการรักษา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงพึงตระหนักถึง



ความสำคัญของการให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วย เฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย Brachial Plexus Injury

คำสำคัญ: การรับรู้/ความคาดหวัง/ความตั้งใจ/ผู้ป่วยบาดเจ็บข้อมือประสาทส่วนแขน/การให้ข้อมูล, ผลการรักษา

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

อุบัติเหตุต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุบนท้องถนนในผู้ขับขี่จักรยานยนต์จะมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ และหัวไหล่เป็นส่วนมาก ทำให้ได้รับการบาดเจ็บข้อมือประสาทส่วนแขน(brachial plexus injury)ซึ่งเป็นข้อมือประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อและผิวหนังของแขนและมือ อันส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของไหล่ลดลง รวมถึงการกางแขนงอข้อศอก ตลอดจนถึงมือ รวมถึงการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ และ บรรจง มไหสวริยะ, 2539) ยิ่งไปกว่านั้นการดิ่งรั้งที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกลายเป็นอัมพาตได้ (Songcharoen, Wongtrakul and Spinner, 2005) ดังนั้นการบาดเจ็บข้อมือประสาทส่วนแขนจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

สำหรับโรงพยาบาลศิริราช จากรายงานการวิจัยของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภานุพันธ์ ทรงเจริญ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มีข้อมูลว่าอุบัติการณ์ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บข้อมือประสาทส่วนแขน ซึ่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชระหว่าง พ.ศ.2527-2537 มีจำนวน 520 คน และระหว่างปี พ.ศ.2545-2549 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 821 คน (ข้อมูลจากภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช, 2549) และระหว่างปี พ.ศ.2550-2554 มีจำนวน 757 คน (ข้อมูลจากภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช, 2554) และพบสถิติผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ที่มารับการผ่าตัดเฉพาะในปี พ.ศ.2555 มีจำนวน 91 คน (ข้อมูลจากหน่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลศิริราช, 2555)

การรักษาผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ด้วยการผ่าตัดและฟื้นฟูด้วยการทำกายภาพบำบัด คือการทำให้ผู้ป่วยสามารถมีแขนที่กลับมาใช้งานได้ปกติโดยการซ่อมแซมเส้นประสาทและฟื้นฟูแขน (Songcharoen, Wongtrakul and Spinner, 2005) ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยและแพทย์ต้องรอคอยการฟื้นตัวของเส้นประสาทควบคู่กับการทำกายภาพบำบัด ซึ่งใช้ระยะเวลานานเพื่อให้เส้นประสาทเชื่อมติดกัน และอาจมีการผ่าตัดอีกครั้งหลายครั้งตามขั้นตอนการรักษาที่แพทย์วางไว้ (Songcharoen and Shin, 2003) นั่นคือการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา การผ่าตัดหลายครั้งอย่างต่อเนื่อง การทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญ (Songcharoen, Wongtrakul and Spinner, 2005)

สำหรับผู้ป่วยแล้วการเคลื่อนไหวได้ดังกล่าวยังต้นย้อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดี ผู้ป่วยจะเกิดความคาดหวังว่าจะมีพัฒนาการของผลการรักษาดีขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีชีวิตประจำวันที่ช่วยเหลือตนเองได้ดังเดิม แม้ว่าการรักษาทั้งหมดนี้ต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานในการรอคอยการฟื้นตัวของเส้นประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ และ บรรจง มไหสวริยะ, 2539) ที่เคยเป็นความหวังของครอบครัว เป็นผู้นำ เป็นที่พึ่งพิง และเป็นกำลังสำคัญในครอบครัว แต่กลับไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ กลับเป็นผู้พึ่งพาอาศัยการดูแลจากผู้อื่น ผู้ป่วยจึงรู้สึก

สูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม เฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย สังคมจะยอมรับการตัดสินใจ ความเป็นผู้นำ เห็นภาพของความเข้มแข็ง สมบูรณ์แข็งแรงในตัวผู้ชาย ในทางตรงกันข้าม ผู้ชายพิการอาจจะรู้สึกท้อแท้ไม่ใช่ว่าผู้ชายที่แท้จริง เนื่องจากไม่มีร่างกายที่แข็งแรงและไม่สามารถเป็นได้ตามที่สังคมคาดหวัง (Shakespeare, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังต่อผลการรักษา อย่างไรก็ตามความคาดหวังนอกจากจะขึ้นอยู่กับผลการคาดการณ์ของผู้ป่วยเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับข้อมูลที่รับจากบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย (Parasuraman, Zeithmal and Berry, 1990) ข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยมีทั้งประเด็นการรักษาและผลการรักษา หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ชัดเจนเหมาะสม และผู้ป่วยมีความเข้าใจก็จะปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, 2544) ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะคาดหวังว่าอาการต่างๆ น่าจะดีขึ้น หรือคาดหวังได้ใกล้เคียงสูงผลที่จะเกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์จึงมีผลต่อความคาดหวังในผลการรักษา กล่าวโดยสรุป ข้อมูลในแต่ละระยะของการรักษามีความสำคัญอย่างมากต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการรักษา และย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในกระบวนการรักษาในขั้นตอนต่อไป

ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความสัมพันธ์ของการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ความคาดหวังต่อผลการรักษาอันน่าจะเกี่ยวโยงถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ทั้งนี้โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแนวทางในการรักษา และการดำเนินการอื่นใดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมมือในการรักษา โดยคาดหวังถึงผลประโยชน์สูงสุดที่เกิดแก่ผู้ป่วย Brachial Plexus Injury

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury
3. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ความคาดหวังต่อผลการรักษา และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ที่รอการผ่าตัดจากหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเวลา 8 เดือน (ระหว่างวันที่ 29 สิงหาคม 2556 ถึงวันที่ 23 เมษายน 2557) และสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด) ในประเด็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา

ทบทวนวรรณกรรมโดยสรุป

โดยปกติการรักษาและการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทุกคนต้องปฏิบัติตามหลักความรู้วิชาการที่ได้ศึกษามา และหลักจริยธรรมจรรยาที่ถูกลูกฝังมาในแต่ละวิชาชีพ การให้



ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษายังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้ป่วยโดยหลักๆ คือ (1) เพื่อเป็นข้อมูลช่วยประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย (Orsino and et al, 2003) (2) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษา เพื่อปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง (Marinker and Shaw, 2003) (3) เพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (Fernandes and et al, 2009) (4) เพื่อช่วยผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล (Ozer and Akylil, 2005)

สำหรับหลักการในการสื่อสารและการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยมีประเด็นสำคัญคือ (1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (2) ข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้แก่ผู้ป่วย (3) ประเด็นเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ (4) ประเด็นการสร้างและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย(จริยา สายวารี และ วันดี ชูชาติ, 2550; ชินณ พันธ์เจริญ และจรงจิตร์ งามไพบูลย์, 2552)

มนุษย์ถือเป็นสัตว์สังคม ดังนั้นในการดำรงชีวิตมนุษย์จึงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างทั้งในครอบครัว และภายนอก การปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์โดยปกติจะใช้ภาษาท่าทางในการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามภาษาหรือสิ่งกระตุ้นของฝ่ายหนึ่งที่พูดหรือแสดงออกมาก็ไม่ได้หมายความว่า อีกฝ่ายที่เป็นผู้รับข้อมูล รับรู้เหมือนดังเช่นผู้ส่งสารส่งออกมา เพราะข้อมูลที่บุคคลได้รับจะเข้าสู่กระบวนการรับรู้ (perception) โดยกระบวนการรับรู้ข้อมูลมี 4 องค์ประกอบซึ่งมีขั้นตอนต่อเนื่องกันคือ (1) สิ่งกระตุ้นหรือตัวสาร (stimulus) (2) สัญญาณไฟฟ้าหรือกระแสประสาทซึ่งเกิดขึ้นในสมองของมนุษย์ (electricity) (3) ประสบการณ์และความคาดหวัง (experience and expectation) และ (4) การตีความและรู้ว่าสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าเป็นอะไร (interpretation and knowledge) กล่าวคือกระบวนการรับรู้จะเริ่มจากสิ่งกระตุ้นที่ออกมาจากสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้รับสารซึ่งอาจ เป็นทั้งสิ่งที่ปัจเจกสนใจจริงและเป็นสิ่งที่กระตุ้นการรับรู้ของปัจเจก เมื่อบุคคลสนใจและเปิดรับสิ่งกระตุ้นมา ผู้รับสาร(preceptor)ก็จะสร้างสัญญาณไฟฟ้าส่งไปที่สมอง จากนั้นอาศัยประสบการณ์และความคาดหวังของปัจเจก บุคคลจะทำการตีความเป้าหมายหรือสิ่งเร้านั้นจนเกิดเป็นข้อมูลหรือความรู้ที่บุคคลรับรู้ต่อสถานการณ์นั้นๆ (Goldstein, 2010) นั่นคือการส่งสัญญาณไปที่สมองแล้วมีการตีความหรือแปลความหมายข้อมูลทำให้เกิดผลสรุปจากข้อมูลที่ได้รับรู้ ซึ่งในแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน เพราะแต่ละบุคคลจะมีขอบเขตการรับรู้ และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละคน ตามความสามารถและคุณภาพของอวัยวะรับสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ได้รวมถึงความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่มากกระทบประสาทสัมผัสนั้นยังอาจมีความแตกต่างในการรับรู้ของปัจเจก อันเป็นผลมาจากการมีพันธุกรรมที่ต่างกัน การฝึกฝน และสภาพแวดล้อมที่ต่างกันซึ่งล้วนทำให้แต่ละคนมีการสะสมการรับรู้ที่ต่างกัน และก็เช่นกันผู้ป่วยแต่ละคนก็ย่อมมีการรับรู้ข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้แตกต่างกัน

จากพจนานุกรมทางจิตวิทยา (The Penguin Dictionary of Psychology) Reber และ Reber (2001) ได้อธิบายความหมายของความคาดหวังว่า หมายถึง ความรู้สึกภายใน และความคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นของบุคคล หรือผลที่คาดว่าจะจะเป็นในสถานการณ์หนึ่ง และความคาดหวังยังรวมถึงระดับความรู้สึกของอารมณ์ในการคาดการณ์ เช่นเดียวกับนิยามของ Ramachandran (1994) ที่ให้ไว้ใน Encyclopedia of Human Behavior ว่าความคาดหวัง หมายถึง การคาดการณ์ผลในอนาคต ภายใต้พื้นฐานทางประสบการณ์ สภาวะการณ์ หรือปัจจัยอื่นๆ จากการได้รับข้อมูล

Bandura (1986) ได้แบ่งประเภทของความคาดหวังผล (outcome-expectation) ไว้เป็น 3 ประเภทดังนี้ (1) ความคาดหวังผลด้านร่างกาย (The Physical Outcome Expectation) เป็นสิ่งที่เกิดพร้อมกับสิ่งเร้าในพฤติกรรมที่พอใจจากการสัมผัสร่างกาย แต่กรณีที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจะหมายถึงการสูญเสียการสัมผัส รู้สึกถึงการบกพร่องและไม่สบายร่างกาย (2) ความคาดหวังผลด้านการโต้ตอบทางสังคม (The Social Reaction Outcome Expectation) สำหรับความคาดหวังในผลประเภทนี้ สิ่งกระตุ้นหมายถึงการตอบสนองจากผู้คนด้วยการให้คำชมเชย ให้ความสนใจ การให้เงินทองหรือพลังอำนาจ ในทางตรงกันข้ามการไม่มีสิ่งกระตุ้นก็อาจมีความหมายว่าถูกตำหนิ ลงโทษ หรือรังเกียจจากสังคม (3) ความคาดหวังผลด้านจิตใจ (The Mental Outcome Expectation) ในบางครั้งการปฏิบัติตัวของบุคคลที่นอกเหนือจากการหวังรางวัลหรือการลงโทษแล้ว บุคคลยังมีความต้องการ การยอมรับ ความพึงพอใจในตนเอง และความภาคภูมิใจ บุคคลจะปฏิเสธพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่พึงพอใจตนเอง

ความคาดหวังได้รับอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น (1) ลักษณะทางประชากรของปัจเจก (2) ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ข้อมูลที่เคยได้รับ (3) ระยะเวลาจากช่วงเวลาที่คาดหวังถึงช่วงเวลาที่เกิดผล (4) สภาพแวดล้อม (Tai and et al, 2008) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสาหัสส่วนหนึ่งเนื่องจากภาวะความบกพร่องและความพิการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจึงคาดหวังให้การผ่าตัดช่วยแก้ไขปัญหของตน

โดยทั่วไปในความหมายของคำว่าปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีความยินดีที่จะยินยอมร่วมมือกระทำการกิจกรรมอันเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ ตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ (Wrench and Booth-Butterfield, 2003) หรืออาจให้ความหมายว่า หมายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องและถูกต้องตามที่แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพแนะนำ (Stedman Thomas, 2008) จากคำจำกัดความทั้งสองนี้ อาจดูเหมือนบุคลากรทางการแพทย์จะมีอำนาจที่เหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งคือผู้ป่วย ทั้งนี้อาจจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ และอีกส่วนหนึ่งเนื่องจากความไม่สุขสบายของโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยตั้งใจและยินยอมทำสิ่งต่างๆ

ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์หรืออาจส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย มีดังเช่น (1) ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย(หัตยา แก้วกิม, ช่อทิพย์ บรมธรรตน์ และวรางคณา จันทรงค์, 2555) (2) ประสบการณ์และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (บังอร ปีประทุม, 2546) (3) กระบวนการรักษาแผนการรักษา (Muma and Lyons, 2012) (4) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย (Bebbington, 1995)

Ajzen และ Fishbein (1980) ได้เสนอว่าความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมถือเป็นตัวแปรเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างการรับรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และการแสดงพฤติกรรมจริง อย่างไรก็ตาม Horn และคณะ (2005) กล่าวว่าหากไม่ตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษามี 2 แบบ แบบแรกคือ ตั้งใจแต่ไม่ปฏิบัติ ซึ่งนับเป็นผลทำให้เกิดอุปสรรคที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งนี้อาจจะเกิดจากความเข้าใจผิดในข้อมูล ภาษาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ไม่ชัดเจนหรืออาจจากความหลงลืม และแบบที่สองคือไม่ตั้งใจและไม่ปฏิบัติ ทั้งนี้จะเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วย อันมีผลให้ทศนคติพฤติกรรมนั้นๆ น้อยกว่าที่ควรจะทำหรือไม่ทำตามที่บุคลากรทางการแพทย์อธิบาย หรือแนะนำให้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเชื่อ ความสงสัยแคลงใจของผู้ป่วย ณ ช่วงเวลานั้นและประสบการณ์ที่เคยได้รับ รวมทั้งความกลัวในสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งล้วนแต่ได้รับอิทธิพลมาจากข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ป่วยรับรู้



วิธีดำเนินการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มุ่งศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่ถูกรับรู้ ความคาดหวังต่อผลการรักษา และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยออกแบบงานวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Design) ซึ่งมีรายละเอียดระเบียบวิธีในการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ (18 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบาดเจ็บขั้วประสาทส่วนแขน (Brachial plexus injury) (ยกเว้นการบาดเจ็บขั้วประสาทส่วนแขนแต่กำเนิด) โดยเป็นผู้ป่วยในเพื่อรอการผ่าตัดในหอผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลา 8 เดือนได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยทุกรายที่รอการผ่าตัด และได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 53 คน เพื่อการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ได้เจาะจงเลือกบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการรักษาดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วย Brachial Plexus Injury จำนวน 10 คน (แพทย์ 4 คน พยาบาล 3 คน และนักกายภาพบำบัด 3 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประเภทแรกเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภทคือ ส่วนแรกเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร การบาดเจ็บ และประวัติการรักษา (ข้อมูลส่วนนี้นอกจากได้จากการสัมภาษณ์แล้วส่วนหนึ่งได้มาจากแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์) ส่วนที่สองเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และความคาดหวังต่อผลการรักษา ส่วนที่สามเพื่อวัดความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.814) เครื่องมือประเภทที่สอง คือ แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ใช้สัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์โดยเก็บกับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการบาดเจ็บขั้วประสาทส่วนแขน ที่รับเป็นผู้ป่วยใน (53 ราย) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนรับการผ่าตัด 1 วันในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ณ โรงพยาบาลศิริราช ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการนัดเวลาและสถานที่ที่สะดวก ไม่ส่งผลกระทบต่องานประจำโดยสัมภาษณ์ท่านละประมาณ 1-2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 30-60 นาที

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือลงรหัส และบันทึกข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้คอมพิวเตอร์และโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์และใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

(1) บรรยายข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ความคาดหวังต่อผลการรักษา และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury โดยใช้สถิติบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด)

(2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่ผู้ป่วยรับรู้ ความคาดหวังต่อผลการรักษา และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บขั้วประสาทส่วนแขนโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

(3) สรุปรวบรวม ประมวลผล และตีความ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับหลักการให้ข้อมูลการรักษา วิธีการให้ข้อมูล และข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย Brachial Plexus Injury

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย Brachial Plexus Injury จำนวนทั้งสิ้น 53 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 86.79) และมีเพียง 7 รายที่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 13.21) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยตัวอย่างเท่ากับ 32.40 ปี(SD = 10.55 ปี) สถานภาพสมรสของผู้ป่วยพบว่าสถานภาพสภาพโสดมี 24 ราย หรือร้อยละ 45.28 สถานภาพคู่ 23 ราย หรือร้อยละ 43.40 ที่เหลือหย่า/แยก และเป็นหม้าย ส่วนระดับการศึกษาของผู้ป่วยตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญา โดยประมาณหนึ่งในสามได้รับการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา(ร้อยละ 33.96) ก่อนผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยมีอาชีพหลากหลาย อาทิเช่น รับจ้างทั่วไป เกษตรกร พนักงานรักษาความปลอดภัย ทำอาหาร ช่างยนต์ ค้าขาย ประมง พนักงานบริษัท และรับราชการ เป็นต้น ในส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะเป็นนักเรียนนักศึกษา หรือผู้ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาแล้วว่างงานอยู่ รายได้ของผู้ป่วยก่อนบาดเจ็บจึงมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 11,141.51 บาท (SD = 10,831 บาท) โดยมีผู้มีรายได้สูงสุด 50,000 บาท/เดือน แต่เมื่อผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุแล้วกลับพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยตัวอย่าง (34 ราย) ไม่สามารถประกอบอาชีพและอีก 7 ราย ก็ยังเป็นนักเรียนนักศึกษา เหลือผู้ที่ยังประกอบอาชีพได้เพียง 12 ราย โดยมีอาชีพ รับจ้างทั่วไป 4 ราย นอกนั้นรับราชการ เป็นลูกจ้างพนักงาน เกษตรกรรม และมีอาชีพค้าขาย ดังนั้นจึงทำให้รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยภายหลังประสบอุบัติเหตุลดลงเกือบสี่เท่าของผู้ป่วยรายได้เฉลี่ยก่อนบาดเจ็บ โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนหลังบาดเจ็บเหลือเพียงเท่ากับ 2,981.13 บาทเท่านั้น (SD = 5,910.35 บาท)

จากผู้ป่วยตัวอย่างจำนวน 53 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมประสาทส่วนแขนที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีถึง 47 ราย ที่เกิดการบาดเจ็บซ่อมแซมประสาทส่วนแขนเนื่องจากอุบัติเหตุจากการจับจ็อมอเตอร์ไซค์อันถือเป็นสาเหตุสำคัญ สาเหตุอื่นๆ คือสิ่งของตกจากที่สูงหล่นใส่ รถยนต์ชน ดกรดประจำทาง และเครื่องจักรหนีบ ข้อมูลจากเวชระเบียนโดยการบันทึกของแพทย์พบว่าผู้ป่วยตัวอย่างจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 90.57) มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของแขนทั้งหมด อีก 4 รายมีการสูญเสียการทำหน้าที่ตั้งแต่หัวไหล่ถึงข้อศอก มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่การบาดเจ็บซ่อมแซมประสาทส่วนแขนทำให้เกิดความสูญเสียการทำหน้าที่ตั้งแต่ข้อศอกถึงมือ และแพทย์ยังได้บันทึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่สำคัญหลักๆ 3 มัด คือกล้ามเนื้อ Deltoid, Biceps และ Triceps พบว่าระดับความแข็งแรงส่วนใหญ่ของกล้ามเนื้อทั้ง 3 มัดนี้เท่ากับ 0 คือไม่มีความแข็งแรงเลย (ร้อยละ 75.47 ร้อยละ 69.81 และร้อยละ 83.02 ตามลำดับ) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัวอย่างประสบอุบัติเหตุจนถึงปัจจุบันและวันผ่าตัดครั้งนี้มีระยะเวลานาน 6 เดือนขึ้นไปมากถึงร้อยละ 73.80 (39 ราย) และอีก 14 รายที่เกิดอุบัติเหตุและทำให้ได้รับบาดเจ็บมาน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามเคยได้รับการผ่าตัดมาแล้วหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 32.08) ส่วนผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดจำนวนมากที่สุด 4 ครั้งมีจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 3.77) เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยตัวอย่างร้อยละ 56.60 ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนเพิ่งมาทำผ่าตัดที่โรงพยาบาลศิริราชครั้งนี้เป็นครั้งแรก



ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง (n=53)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ	ชาย	46	86.79		
	หญิง	7	13.21		
อายุ				32.40	10.55
สภาพสมรรถ	โสด	24	45.28		
	คู่	23	43.40		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	18	33.93		
รายได้	ก่อนบาดเจ็บ			11,141.51	10,831
	หลังบาดเจ็บ			2,981.13	5,910.35
สาเหตุการบาดเจ็บ การจับที่		47	88.68		
จักรยานยนต์					
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ		48	90.57		
ทั้งหมดของแขน					
ระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่					
ระดับ					
	0 Deltoid	40	75.47		
	Biceps	37	69.81		
	Triceps	44	83.02		

ปัจจัยการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับ และสภาพร่างกาย (การบาดเจ็บแขนข้างที่ถนัด จำนวนครั้งของการทำผ่าตัด จำนวนครั้งของการทำผ่าตัดที่ศิริราช ระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Deltoid, Biceps, Triceps และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ มีการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์แต่ละกลุ่มของทุกปัจจัยการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับและสภาพร่างกายมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรทาง
การแพทย์ จำแนกตามลักษณะการบาดเจ็บ การรักษาที่เคยได้รับและสภาพร่างกาย (n = 53)

ปัจจัยการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับ	จำนวน	การรับรู้ข้อมูลของผลการรักษา		t	p-value
สภาพร่างกาย		$\bar{X}$	SD		
การบาดเจ็บแขนขาที่ถนัด					
การบาดเจ็บขาที่ถนัด	18	8.22	7.40	1.045	0.061
การบาดเจ็บขาที่ไม่ถนัด	35	6.38	5.29	0.939	
จำนวนครั้งของการทำผ่าตัด					
ยังไม่เคยผ่าตัดเลย (0 ครั้ง)	28	7.44	6.42	-0.546	0.777
เคยทำผ่าตัดมาแล้วตั้งแต่ 1 ครั้ง	25	6.52	5.77	-0.549	
จำนวนครั้งของการทำผ่าตัดที่ศิริราช					
ยังไม่เคยผ่าตัดเลย (0 ครั้ง)	30	7.24	6.26	0.314	0.872
เคยทำผ่าตัดมาแล้วตั้งแต่ 1 ครั้ง	23	6.70	5.97	0.316	
ระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ					
Deltoid					
ระดับ 0	40	7.59	6.42	1.250	0.121
ระดับ 1 ถึง ระดับ 5	13	5.18	4.63	1.476	
ระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ					
Biceps					
ระดับ 0	37	7.59	6.43	1.072	0.302
ระดับ 1 ถึง ระดับ 5	16	5.64	5.11	1.174	
ระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ					
Triceps					
ระดับ 0	44	7.46	6.29	1.214	0.231
ระดับ 1 ถึงระดับ 5	9	4.77	4.56	1.501	



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะการบาดเจ็บ การรักษาที่เคยได้รับและสภาพร่างกาย(n = 53)

ปัจจัยการบาดเจ็บ การรักษาที่เคยได้รับ และสภาพร่างกาย	จำนวน	การรับรู้ข้อมูลของผลการรักษา		F-Ratio	p-value
		$\bar{X}$	SD		
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ					
การบาดเจ็บทั้งหมดของแขน	48	7.38	6.20	1.027	0.366
การบาดเจ็บตั้งแต่หัวไหล่ถึงข้อศอก	4	3.01	3.53		
การบาดเจ็บตั้งแต่ข้อศอกถึงมือ	1	4.71	-		

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประเด็นการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ใน 34 ข้อคำถามพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการรับรู้ อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-71.82 คะแนน โดยคะแนนการรับรู้ข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่ามือ และมีหลายข้อคำถามที่ผู้ป่วยให้คะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการรับรู้ เท่ากับ 0 ในประเด็นคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลการรักษาใน 34 ข้อกระทงจะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 13.68-78.49 คะแนนโดยข้อที่มีคะแนนความคาดหวังต่ำสุดคือแขน ไหล่ หรือมือติดแข็งและความคาดหวังเกี่ยวกับการกลับมารับความรู้สึกที่ฝ่ามือได้มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเช่นเดียวกับการรับรู้

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วยตัวอย่าง (n=53)

กิจกรรม	การรับรู้		ความคาดหวัง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1.การงอข้อศอกเข้า	61.38	16.63	68.77	18.47
2.การเหยียดข้อศอกออก	62.00	16.27	69.72	19.57
3.การกางหัวไหล่ออก	60.59	21.06	65.66	24.31
4.การหุบหัวไหล่เข้า	65.00	16.73	67.64	24.86
5.การเหยียดนิ้วมือ (แบมือ)	51.00	22.03	66.60	25.34
6.การงอนิ้วมือ(กำมือ)	53.21	22.78	68.68	25.42
7.การกระดกข้อมือขึ้น	59.41	21.64	65.47	25.39
8.การกระดกข้อมือลง	60.59	21.64	65.66	26.28
9.การรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่ามือได้	71.82	19.40	78.49	24.13
10.เปิดฝ่าขวดโหลชนิดเกลียวหมุน	0.094	6.87	55.43	31.19
11.เขียนหนังสือ	0	0	19.81	32.85
12.บิดลูกกุญแจ	0	0	54.81	27.84



กิจกรรม	การรับรู้		ความคาดหวัง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
13.ผลึกหรือดันบานประตูที่มีน้ำหนักหรือสิ่งของเช่น ตู้ รถเข็นใส่ของ โต๊ะ เป็นต้น	0	0	55.09	27.08
14.วางของบนที่นั่งเหนือศีรษะ	0.94	6.87	46.89	30.83
15.ขัดพื้นห้อง/กำแพง	0	0	52.08	29.99
16.ทำสวน/ปลูกต้นไม้	0	0	55.28	29.13
17.ปูพืชนอน	0	0	64.15	28.38
18.หิ้วของ หรือถือกระเป๋า	55.00	17.61	66.51	24.29
19.ถือของหนักเกิน 5 กก.	25.00	33.17	44.34	37.08
20.เปลี่ยนหลอดไฟที่อยู่เหนือศีรษะ	0	0	41.79	33.12
21.สระผม/เป่าผม	0.94	6.87	48.96	32.66
22.ถูหลัง	0.57	4.12	43.40	31.74
23.สวมเสื้อผ่านทางศีรษะ	1.32	9.62	59.72	29.49
24.ใช้มีดหั่น,ตัด,หรือสับอาหาร	1.32	9.62	51.79	32.91
25.ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงของส่วนไหล่หรือมือ เช่น ตอกตะปู โยน ขุดดิน	0.19	1.37	47.36	31.62
26.ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แขนในการเคลื่อนไหวมาก เช่น เล่นแบดมินตันฟิสิกซ์กอล์ฟ	0	0	57.17	27.54
27.แขนและหัวไหล่ใช้ทำงานได้อย่างปกติ	1.88	9.62	68.58	19.37
28.แขนและหัวไหล่ใช้งานได้ปกติแต่รู้สึกเจ็บปวด	46.67	46.19	16.83	22.80
29.แขนและหัวไหล่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่ท่าน ต้องการ	0	0	68.40	21.61
30.รู้สึกปวดแขน ไหล่ หรือมือ	0	0	15.74	22.34
31.รู้สึกปวดแขน ไหล่ หรือมือเมื่อทำกิจกรรม	0	0	16.64	24.30
32.รู้สึกเจ็บเหมือนเข็มเล็กๆแทงที่แขนไหล่หรือมือ	0	0	14.00	25.43
33.แขน ไหล่ หรือมืออ่อนแรง	1.13	8.24	26.32	24.18
34.แขน ไหล่ หรือมือติดแข็ง	0	0	13.68	19.17

สำหรับคะแนนเฉลี่ยรายชื่อของความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยตัวอย่าง (11 ข้อ
กระทรง)มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้อค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 81.51-97.74 คะแนน โดยคะแนน
เฉลี่ยที่สูงที่สุดเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา คือข้อที่เกี่ยวกับการรับประทานยา และ
ข้อคำถามเกี่ยวกับการมารับการทำการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด



ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยตัวอย่าง (n=53)

ความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	$\bar{X}$	SD
1.ท่านตั้งใจว่าท่านจะมาตรวจตามแพทย์นัด	96.04	14.59
2.ท่านตั้งใจจะมารับการตรวจ (follow up) อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลว่าเสร็จสิ้นการรักษา	97.36	14.03
3.ท่านตั้งใจว่าจะรับการผ่าตัดครั้งต่อ ๆ ไปหากแพทย์แนะนำให้ท่านทำการผ่าตัด	94.72	21.46
4.ท่านตั้งใจว่าจะรับการผ่าตัดครั้งต่อไปแม้ว่าผลการผ่าตัดครั้งนี้จะยังไม่ได้ผลตามความคาดหวัง	91.70	21.47
5.ท่านตั้งใจจะบริหารแขนตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง	94.15	13.51
6.ท่านตั้งใจว่าจะมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	81.51	30.53
7.ท่านตั้งใจว่าท่านจะมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลตามนัด ได้แก่ การขยับหรือเคลื่อนไหวข้อต่อ การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการกระตุ้นไฟฟ้า	87.17	20.13
8.ท่านตั้งใจจะบริหารแขนที่บ้านด้วยตนเองตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	94.53	13.38
9.ท่านตั้งใจจะกระตุ้นไฟฟ้าที่บ้านด้วยตนเองตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	90.94	20.03
10.ท่านตั้งใจว่าท่านจะรับประทานยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ครบ	97.74	9.93
11.ท่านตั้งใจจะรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดอย่างถูกต้อง	97.74	9.93

ผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาเพียง 238.11 คะแนน (SD= 206.75 คะแนน) และประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาในระดับปานกลางและต่ำ แต่สำหรับความคาดหวังต่อผลการรักษาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2,116 คะแนน (SD=613.54 คะแนน) โดยร้อยละ 45.28 มีคะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยสำหรับความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเท่ากับ 1,023.59 คะแนน (SD=113.80 คะแนน) ซึ่งถือว่าเป็นระดับคะแนนค่อนข้างสูงมากและกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างถึงร้อยละ 47.17 อยู่ในกลุ่มคะแนนระดับสูง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของระดับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ความคาดหวังต่อผลการรักษา และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

	การรับรู้ข้อมูล บุคลากรทาง การแพทย์(%)	ความคาดหวังต่อ ผลการรักษา(%)	ความตั้งใจในการปฏิบัติตาม แผนการรักษา(%)
ระดับต่ำ	35.85	28.30	18.87
ระดับปานกลาง	35.85	45.28	33.96
ระดับสูง	28.30	26.42	47.17
Mean(คะแนน)	238.11	2,116	1,023.59
Standard deviation (คะแนน)	206.75	613.54	113.80
Max	180	3,340	1,100
Min	0	600	670
Total	3,400	3,400	1,100

ผลการวิจัยซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการให้การอธิบายผลการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ซึ่งแพทย์มักจะเป็นผู้บอกข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาแก่ผู้ป่วย แพทย์จะไม่ได้กล่าวเฉพาะผลการรักษาเพียงอย่างเดียว แพทย์จะอธิบายถึงสภาวะการบาดเจ็บ อาการ ขั้นตอนการรักษา และเป้าประสงค์ของการรักษา การกล่าวถึงระยะว่าต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และภายหลังการผ่าตัดการทำกายภาพบำบัดและการกระตุ้นไฟฟ้าเป็นสิ่งสำคัญต่อผลการรักษาที่ดี สำหรับพยาบาลและนักกายภาพบำบัดจะกล่าวว่าตนจะบอกข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาตามแนวทางของแพทย์ โดยถามจากผู้ป่วยจากที่ได้คุยกับแพทย์มา หรือดูจากเวชระเบียน แต่ข้อมูลที่พยาบาลจะให้แก่ผู้ป่วยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การกล่าวกระตุ้นให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น เช่นเดียวกับนักกายภาพบำบัดจะอธิบายถึงการทำการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลและการกลับไปทำที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา และกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการทำการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูให้แขนสามารถกลับมาใช้ทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงดังเดิมให้มากที่สุดแต่อาจต้องใช้ระยะเวลา

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาว่าตนได้รับรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าในกระบวนการรับรู้ข้อมูลมี 4 องค์ประกอบอันได้แก่ (1) สิ่งกระตุ้นหรือตัวสาร (2) สัญญาณไฟฟ้าหรือกระแสประสาทซึ่งเกิดขึ้นในสมองของมนุษย์ (3) ประสบการณ์และความคาดหวัง และ (4) การตีความและรู้ว่าสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าเป็นอะไร



(Goldstein, 2010) นั้นมี 2 องค์ประกอบที่น่าจะมีผลต่อคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ตัวอย่าง ทั้งนี้อาจประกอบแรก คือ สิ่งกระตุ้นหรือตัวสารซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บุคลากรทางการแพทย์บางท่านได้บอกกับผู้ป่วยว่า ผ่าตัดไปแล้วก็ไม่หาย ความพิการยังเหลืออยู่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้คะแนนการรับรู้ถึงผลการรักษาน้อยตามคำอธิบายของแพทย์ องค์ประกอบอีกองค์ประกอบหนึ่งคือ ประสบการณ์และความคาดหวัง เนื่องจากผู้ป่วย Brachial Plexus Injury ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้หลายรายได้รับการรักษามานาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์รอดูอาการ หรือรอการส่งตัวมารับการรักษา หรือบางรายทำผ่าตัดมาแล้วหลายครั้งจึงรับรู้ถึงผลการรักษาว่าน่าจะดีขึ้นได้ค่อนข้างที่จะน้อยหรือมีพัฒนาการในผลการรักษาที่เป็นไปอย่างช้าๆ จึงให้คะแนนการรับรู้ถึงผลการรักษาที่ต่ำหรือกลางๆ ไว้ก่อน นอกจากนี้อีกเหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัวอย่างมาพบแพทย์รวมถึงมีการนัดหมายตกลงถึงการจะผ่าตัดจนถึงวันที่สัมภาษณ์เป็นระยะเวลาที่นานทำให้ผู้ป่วยอาจจำไม่ได้และลืมในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้บอกได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยรายงานว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับผลการรักษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของแขน ข้อศอกและมือมากกว่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับผลการรักษาในด้านการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้บอกว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้บอกถึงผลการรักษาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ละวันเหล่านั้น มีเพียงบางกิจกรรมเท่านั้นที่ผู้ป่วยน้อยรายบอกได้เป็นคะแนน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีแขน ข้อศอก และมือจะกลับมาทำหน้าที่เคลื่อนไหว และรู้สึกดีขึ้นก่อน แล้วค่อยแนะนำให้ผู้ป่วยหัดฝึกใช้แขนและมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายหลังจากนี้เป็นลำดับในขั้นตอนต่อไป ดังที่ Vogel, Bengel และ Helmes (2008) ได้กล่าวว่าวิธีการให้ข้อมูลของแพทย์มีความจำเป็นต้องอาศัยทักษะในการสื่อสาร แพทย์ควรอธิบายภาพรวมอย่างกว้างๆ ก่อน และอธิบายอย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจนเมื่อกระบวนการรักษาหรือขั้นตอนนั้นมาถึง

จากผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บไขว่ประสาทส่วนแขนตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง แสดงว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ระดับค่อนข้างมากแต่ไม่มากเกินไปนัก และความหวังที่ค่อนข้างตรงกับความเป็นจริง แม้มีแรงผลักดันภายในจากเป้าหมายที่คาดหวังแต่ก็เป็นความคาดหวังที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อจะไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวังมากหากไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ จากข้อค้นพบที่ว่าคะแนนความคาดหวังในการรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่ามือได้มีคะแนนเฉลี่ยที่สูง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าตนมาเพื่อทำผ่าตัดเกี่ยวกับเส้นประสาท ซึ่งเป็นความคาดหวังผลด้านร่างกายซึ่งความคาดหวังนี้พบว่ามีความสำคัญ Bandura (1986) ได้กล่าวไว้ว่าความคาดหวังผลด้านร่างกาย (physical outcome expectation) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการรับรู้ความรู้สึกเร้าอันเป็นพฤติกรรมภายในเบื้องต้นของปัจเจก ซึ่งส่งผลให้ปัจเจกเกิดความพอใจจากการสัมผัส นอกจากนั้นในข้อกระทงที่ถามรวมๆ ถึงความคาดหวังที่จะให้แขนและหัวไหล่ใช้งานได้อย่างปกติ หรือแขนและหัวไหล่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่ต้องการก็มีระดับคะแนนความคาดหวังเฉลี่ยที่สูงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะช่วยเหลือตนเองและครอบครัว โดยคาดหวังให้ตนสามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งน่าจะถือเป็นความคาดหวังในผลทางด้านจิตใจที่ Bandura (1986) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคาดหวังผลด้านจิตใจทั้งนี้ (mental outcome expectation) โดยเขากล่าวว่าบางครั้งการปฏิบัติตัวที่นอกเหนือจากการหวังรางวัลหรือการลงโทษแล้ว บุคคลยังมีความต้องการเกี่ยวกับการยอมรับ ความพึงพอใจในตน และความภาคภูมิใจยิ่งในผู้ป่วยตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายพวกเขาจึงพึงที่จะอยากให้ครอบครัวของเขาภาคภูมิใจจากเขาช่วยตนเองได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระดับความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย Brachial Plexus Injury มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูงมากคือเท่ากับ 1,032.59 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเต็ม 1,100 คะแนน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยตัวอย่างกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยเพื่อรอรับการผ่าตัดเข้ามาเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชที่มีชื่อเสียง มีแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านการบาดเจ็บไขสันหลังส่วนแขน จากข้อมูลเกี่ยวกับที่พิกอาศัยของผู้ป่วยตัวอย่าง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมาจากภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ และมีผู้ป่วยตัวอย่างในเขตกรุงเทพและปริมณฑลเพียงร้อยละ 33.96 จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช อย่างไรก็ตามข้อค้นพบนี้ไม่เป็นดังที่ หัตยา แก้วกิม, ช่อทิพย์ บรมธมรัตน์ และ วรารัณดา จันทรงค์ (2555) ที่พบว่าเหตุจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการส่วนใหญ่คือใกล้บ้าน และการเดินทางมีความสะดวก แต่สำหรับงานวิจัยนี้ เนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลังส่วนแขนต้องรักษาด้วยการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ Wrench and Booth-Butterfield (2003) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามแผนการรักษาว่าหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีความยินดีที่จะยินยอมร่วมมือกระทำกิจกรรมอื่นเกี่ยวกับการรักษาต่าง ๆ ตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ โดยพบได้ชัดเจนในข้อคำถามเมื่อถามถึงความตั้งใจในการมารับการผ่าตัดในครั้งต่อไป ก็พบว่าผู้ป่วยตั้งใจจะรับการผ่าตัดอีก และถึงแม้ว่าจะมีข้อแม้ว่าผลการผ่าตัดครั้งนี้จะยังไม่ได้ผลตามความคาดหวัง แต่ผู้ป่วยตัวอย่างก็ยังจะรับการผ่าตัดในครั้งต่อไป ดังแพทย์ท่านหนึ่งที่ทำให้การสัมภาษณ์เชิงลึกกล่าวอย่างมั่นใจว่า “คนไข้ที่มาศิริราชต้องการผ่าตัดอยู่แล้ว มันเป็นส่วนสุดท้าย” ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี วังธนกร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ที่อธิบายไว้ว่าความเชื่อมั่นในแพทย์ และการรักษา ของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เพราะเป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในภาคใต้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามสำหรับการศึกษาครั้งนี้เมื่อถามถึงความตั้งใจในการทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลผู้ป่วยตัวอย่างให้คะแนนความตั้งใจในส่วนนี้ต่ำกว่าแผนการรักษาอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยและญาติที่พามาต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพบำบัด ยิ่งไปกว่านั้นอาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยตัวอย่างยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการทำกายภาพบำบัด ดังเช่นอาจารย์แพทย์ท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ในการให้สัมภาษณ์เชิงลึกว่า “ความสำคัญและความเข้าใจของมนุษย์ที่เกี่ยวกับการกายภาพบำบัดน้อยมาก คิดว่าจะมีวิเศษที่จะกินแล้วหาย ...ไม่ได้เข้าใจถึงกายภาพบำบัด มันต้องดีขึ้นด้วยการฟื้นฟู...คนไข้พอกลับไปต่างจังหวัดบ้านนอก ก็ไม่กายภาพบำบัดแล้ว หรือบอกให้เรียนจากที่นี่ไปทำ จะมีก็คนที่ทำ ...ทำเองวันหนึ่งครั้งหนึ่งแล้วเรียกว่าทำเองเนี่ยละ มันไม่เพียงพอ”

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วยตัวอย่างซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นั่นคือผู้ป่วยตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับสูงก็จะมี ความคาดหวังต่อผลการรักษาในระดับสูงด้วย ซึ่งอาจอธิบายดังที่ Goldstein (2010) ได้อธิบายไว้ว่าประสบการณ์และความคาดหวัง (Experience and Expectation) เป็นองค์ประกอบตัวหนึ่งจากสี่องค์ประกอบของกระบวนการรับรู้ คือการรับรู้ของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เขาเคยได้พบหรือประสบมาและความคาดหวังของบุคคลทำให้เกิดการรับรู้ตามประสบการณ์และความคาดหวังนั้นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้กลับพบว่าการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์และความ



คาดหวังต่อผลการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) กล่าวคือความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยตัวอย่างไม่ได้ขึ้นอยู่กับที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษามีความเชื่อมั่นต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลศิริราชและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือเชื่อถือตามระบบการส่งต่อของแพทย์ต่างจังหวัดว่าน่าจะส่งตนมาในโรงพยาบาลซึ่งดีกว่าเดิมที่เคยรักษา ดังที่พบในการศึกษาของ พรชัย ดีไพศาลสกุล (2556) ที่กล่าวว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องชื่อเสียงและมาตรฐานรับรองสากล ผู้ป่วยจึงหวังในผลการรักษาจากความสามารถของแพทย์โดยอาจมีได้นำไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของตนเอง ดังนั้นความคาดหวังต่อผลการรักษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยย่อมแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ข้อมูล และความคาดหวังของผู้ป่วยมีความเกี่ยวพันกันและความสำคัญยิ่งในกระบวนการรักษา ดังนั้นหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะพึงดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้เพิ่มพูนความรู้หรือได้รับการอบรมเพื่อปรับปรุง และพัฒนาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโดยเป็นการศึกษาเพียงความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมเท่านั้น ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจริงโดยเน้นพฤติกรรมมากกว่าแนวโน้มของพฤติกรรม ยิ่งไปกว่านั้นยังควรเป็นการศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วย Brachial Plexus Injury โดยเชื่อมโยงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูล และความคาดหวังในผลการรักษาให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นด้วยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

บรรณานุกรม

- จริยา สายวาริ และ วันดี ชูชาติ. (2550). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(3) ,179-84 .
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ และจรงค์จิตร งามไพบูลย์ . (2552) . คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส .
- บังอร ปิระทุม. (2005) . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืด. *ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.นครปฐม.*
- พรชัย ดีไพศาลสกุล. (มกราคม-เมษายน 2556). “ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล” *Veridian E-Journal*, 6(1): 573-592.
- ภานุพันธ์ ทรงเจริญ และ บรรจง มไหสวริยะ. (2539) . การบาดเจ็บของเส้นประสาท. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ . (2544) . แพทย์กับกฎหมายพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชการพิมพ์.
- สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และ ปราณี คำจันทร์. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- หัตยา แก้วกิม, ช่อทิพย์ บรมธมรัตน์ และ วรางคณา จันทรัง . (2555) . **ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราช**. ปรินญา นิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต , มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.นนทบุรี.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). **Understanding attitude and predicting social behavior**. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall , Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**.New Jersey: Prentice -Hall Inc.
- Bebbington, PE. (1995). **The content and context of compliance**. Int Clin Psychopharmacol, 5,41-50.
- Fernandes, V.T., Graybiel, KM., Hoogenes, J. & Dath, D. (2009). **Do surgeons understand what their patients want? A comparison of patients' expectations and surgeons' perceptions of these expectations as a basis for effective communication**. Journal of the American College of Surgeons; Sep2011 Supplement, 213(3),122-122.
- Goldstein, E.B. (2010). **Sensation and Perception**. Belmont Calif: Wadsworth Cengage Learning.
- Horne, R. (2005). **Concordance, adherence and compliance in medicine taking**. Retrieved January 20,2013,from Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) http://www.netccc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf
- Marinker, M. & Shaw, J. (2003). **Not to be taken as directed Putting concordance for taking medicines into practice**. British Medical Journal, 326,348-9.
- Muma, R.D. & Lyons, BA. (2012).**Patient Education.United kingdom**. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Orsino, A., Cameron, JI., Seidl, M., Mendelssohn, D.& Stewart, DE. (2003) .**Medical decision-making and information needs in end-stage renal disease patients**. General Hospital Psychiatry, 25(5), 324–331.
- Ozer, N. & Akyil, R .(2005). **The effect of providing information to patients on their perception of the intensive care unit**. Australian journal of advanced nursing ,25(4),71-77.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A., (1990). **Delivering quality service: Balancing**



- customer perceptions and expectations.** New York: The free press.
- Ramachandran. (1994). **Encyclopedia of human behavior.** San Diego, Calif: Academic Press, c1994.
- Reber, AS. & Reber, ES. (2001). **The Penguin Dictionary of Psychology.** London: Penguin Books.
- Shakespeare, T. (1999). **The sexual Politic of Disabled Masculinity.** Sexuality and Disability, 17,(1), 53-64.
- Songcharoen, P. & shin, A.Y. (2003). **Brachial plexus injury: Acute diagnosis and treatment** .In R.A.Berger& A.P.Weiss(Eds),Hand surgery , 2 ,1005-1025.
- Songcharoen, P., Wongtrakul, S. & Spinner, R.J. (2005). **Brachial plexus injuries in the adult: Nerve transfers:The siriraj hotpital experience.** Hand Clinic,21(1)83-89.
- Stedman,Thomas Lathrop. (1990). **Stedman s medical dictionary.** Baltimore,Md: Williams & wilkins,c1990 .
- Tai, CC. , Ridgeway, S. , Ramachandran, M., Devic, N.& Singh , D .(2008). **Patient expectations for hallux valgus surgery.** Journal of Orthopaedic Surgery 2008,16(1),91-95.
- Vogel, BA. , Bengel, J. & Helmes ,AW. (2007). **Information and decision making: Patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment.** Patient Education and Counseling, 71(1) ,79–85.
- Wrench, J. S. and Booth-Butterfield, M. (2003) . **Increasing patient satisfaction and compliance : An examination of physician humor orientation, compliance-gaining strategies, and perceived credibility.** Communication Quarterly, 5 , 1 – 20.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน
ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี
Factors in Relation to Perception of Quality of Dental Care: Views from
Consumers in Sisawat

เกวลี ภางาม

kik__kuku@hotmail.com

คณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

This study investigates the quality of dental services and related factors. Survey research was the methodology used in this study. The sample consisted of 400 patients who have had previous dental treatments aged older than 20 years and residing in Sisawat District, Kanchanaburi. The research instrument was a questionnaire using multi-stage sampling to collect data.

The study reveals that the perception of the participants regarding the quality of dental service received was high, dentist etiquette ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.56) and reliable explanation ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.56). The lowest levels of participants regarding quality dental service is in the structural dimension of having a renowned dentist ($\bar{X}$ = 3.27, S.D. = 0.68) followed by attractive facilities ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.54) are perceived to be relatively low. It was also found that the perceived quality of dental care structure was statistically different across sex (χ^2 = 18.597, P-Value = 0.000) as well as the process (χ^2 = 31.540, P-Value = 0.000). Transportation expenses related to the quality of dental service is significantly different (χ^2 = 10.257, P-Value = 0.036). However, the perceived quality was different across groups.

In general, opinions regarding the quality of dental services as viewed by the recipients was at a moderate level. This study reveals that recipients are not satisfied with the quality of dental service. The hospital has to improve its service quality which received the lowest scores. In terms of result, this research was able to identify that the quality assessment of dental service has an effect on other factors significantly. It is suggested that results from the statistics should be used to create developmental program that can be implemented for intensive and distinctive data analysis. Future investigations should extend to other work-units, either in-depth interviews or categorizing the population into small groups, which will help discover trends for improving the quality of dental service in the hospital.



Keywords: Dental Quality Service/Dental Service Receive/Recipient

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาคุณภาพบริการทันตกรรม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม วิธีการศึกษาโดยการสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่เคยรับบริการทันตกรรมทุกประเภทอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนและตามสัดส่วนขนาดประชากร สำหรับการเก็บข้อมูลได้ใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และกรอกข้อมูลตอบเอง ได้จำนวนตัวอย่าง 400 คน

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินระดับคุณภาพบริการทันตกรรมค่อนข้างสูงในมิติด้านกระบวนการ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ ในเรื่อง ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.56) และมีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.56) การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมระดับต่ำที่สุดคือ มิติด้านโครงสร้าง ในเรื่อง การมีทันตบุคลากรที่มีชื่อเสียง ($\bar{X}$ = 3.27, S.D. = 0.68) และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.54) และพบว่าเพศ มีความแตกต่างกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านโครงสร้าง (χ^2 = 18.597 , P-Value = 0.000) และด้านกระบวนการ (χ^2 = 31.540 , P-Value = 0.000) กับคุณลักษณะประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความแตกต่างกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม คือ ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 10.257 , P-Value = 0.036) ส่วนมิติด้านผลลัพธ์ไม่พบว่าการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมมีผลกับตัวแปรใดอย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อค้นพบเห็นว่า ภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของผู้มารับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้มารับบริการยังไม่พึงพอใจในเรื่องคุณภาพบริการทันตกรรมมากนัก สถานพยาบาลควรปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยพิจารณาจากระดับการประเมินคุณภาพของคะแนนที่ต่ำที่สุดสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปควรใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ให้ความละเอียดและเห็นภาพชัดเจนมากขึ้น ขยายการศึกษาไปในหน่วยบริการอื่น สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเชิงลึก หรืออาจแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ: คุณภาพบริการทันตกรรม/การรับบริการทันตกรรม/ผู้มารับบริการทันตกรรม

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

การมีสุขภาพของฟันและช่องปากที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ทั้งต่อสุขภาพโดยทั่วไป คุณภาพชีวิต ครอบครัว เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่าย การดำเนินกิจวัตรประจำวันและสภาพจิตใจ อารมณ์ของคนในครอบครัว ความไม่มั่นใจในตนเองในขณะที่เข้าสังคม ในส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความจำเป็นที่รัฐต้องจัดบริการบำบัดรักษา และการขาดงานของประชาชน ซึ่งทำให้ประเทศสูญเสียผลผลิต

นอกจากสภาพปัญหาและผลกระทบที่กล่าวแล้ว ก็ยังพบว่า การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ยังไม่สามารถสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน (วิระศักดิ์ พุทธาศรีและคณะ, 2552) การพัฒนาคุณภาพบริการให้อยู่ในระดับสูงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้การบริการประสบความสำเร็จ ระดับคุณภาพบริการเป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้โดยการประเมินระดับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตกรรมเช่นเดียวกัน โดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (พิรุณญาณ อัครวิระพัฒน์, 2553)

ในการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน บางครั้งพบว่าปัญหาความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ เกิดจากช่องว่างในเรื่องการรับรู้คุณภาพ กล่าวคือ ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพโรงพยาบาลไว้อย่างหนึ่ง แต่สิ่งที่ประชาชนได้รับจากการบริการสุขภาพกับสิ่งที่คาดหวังไว้นั้นไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ดังเช่นการศึกษาของ Bennett (1994) (อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2543) ซึ่งทำการศึกษาระดับรับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพฯ พบว่า ประเมินร้อยละ 50 ของผู้ตอบบอกถึงประสบเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับการบริการของโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจ ความล่าช้า คิวยาว บริการไม่ดี มารยาทไม่ดี ส่วนความไม่พึงพอใจต่อโรงพยาบาลเอกชนคือ เรื่องราคา การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง แพทย์ไม่เก่ง ไม่มีจริยธรรม ความไม่พึงพอใจต่อโรงพยาบาลรัฐคือเรื่องการแฉงคิวและความไม่เท่าเทียมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่านักวิชาการหลายท่านในหลายกลุ่มประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง คุณภาพบริการ (Service Quality) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมและส่วนใหญ่จะขึ้นกับสองส่วนที่แตกต่างกันคือความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้รับบริการได้รับ (Customer perception) พบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของประชาชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษา เพื่อให้ทราบถึงการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของผู้มารับบริการทันตกรรม
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์
2. การใช้บริการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

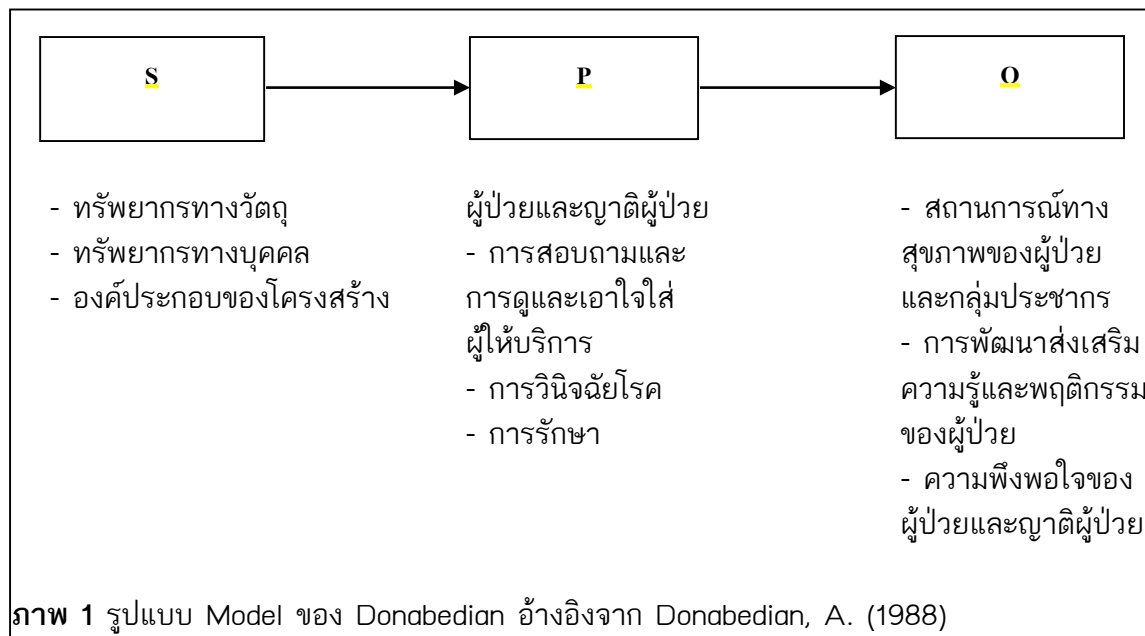


ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ศึกษาในที่นี้คือ ผู้ที่อยู่ในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่เคยรับบริการทันตกรรม จากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในอำเภอศรีสวัสดิ์ โดยทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง มกราคม พ.ศ.2557

แนวคิดคุณภาพการบริการ (Donabedian's Conceptual Framework)

The Donabedian Model คือ แนวคิดโมเดล (Conceptual Model) ที่อธิบายถึงการให้บริการด้านสุขภาพ และการประเมินคุณภาพของการรักษา สำหรับโมเดลเกี่ยวกับคุณภาพในการรักษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1.โครงสร้าง (Structure) 2.กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcome) (เป็นที่มาของกรอบแนวคิด S-P-O) การอธิบายถึงโครงสร้างในบริบทซึ่งเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการให้บริการ



รูปแบบของ Model โดยมากมักถูกนำเสนอในรูปแบบความต่อเนื่อง (ห่วงโซ่) ของกล่อง 3 กล่อง ซึ่งจะประกอบไปด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งเป็นรูปลูกศรที่ชี้ไปในทิศทางเดียว โดยกล่องเหล่านี้ถูกนำเสนอออกเป็นข้อมูล 3 ประเภท ที่อาจนำมารวบรวมเพื่อที่จะเขียนอ้างอิงเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษาและระบบการให้บริการ

โครงสร้าง ประกอบไปด้วยปัจจัยซึ่งส่งผลต่อบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาและให้บริการ สิ่งเหล่านี้ก็คือความสะดวกสบายด้านกายภาพ เช่น เครื่องมือ และทรัพยากรมนุษย์ และยังเป็นการวัดถึงค่าเฉลี่ยของคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ระบบที่สะดวกสบาย บ่อยครั้งที่โครงสร้างง่ายต่อการสังเกตและการวัด และมันอาจเป็นต้นเหตุของปัญหาที่นำไปสู่กระบวนการได้

กระบวนการ ผลรวมของทุกการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา สิ่งเหล่านี้ประกอบไปด้วย การวินิจฉัย, การรักษา, การป้องกันรักษาและ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้รวมไปถึงการกระทำของตัว

ผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยเอง รวมไปถึงการกระทำทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสามารถได้จากการบันทึกทางการแพทย์ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ลงมือปฏิบัติ (practitioners) หรือ จากการสังเกตโดยตรงของผู้ที่ไปพบแพทย์

ผลลัพธ์ ประกอบไปด้วยผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือประชาชน ซึ่งรวมไปถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ, พฤติกรรม หรือความรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลลัพธ์ ในบางครั้งถูกมองว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการชีวิตเกี่ยวกับคุณภาพ เพราะว่า การพัฒนาฐานะทางสุขภาพของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายแรกๆ ของการดูแลรักษา แต่อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลข เป็นเรื่องยากมากที่จะนำมาอธิบายเกี่ยวกับการวัดในการดูแลรักษา การเขียนความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการและผลลัพธ์บ่อยครั้งจำเป็นต้องใช้กลุ่มประชากรขนาดใหญ่

Model ของ Donabedian ยังถูกนำไปประยุกต์ใช้กับระบบของการดูแลสุขภาพขนาดใหญ่เพื่อที่จะวัดคุณภาพทั้งหมดที่จะเป็นการพัฒนาในด้านเดียวกันที่ข้ามไปยังเรื่องของสถานที่ของโรงพยาบาล, กลุ่มของผู้ให้การรักษาหรือองค์ประกอบใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ของประชากร เพราะฉะนั้นงานวิจัยนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้อธิบายเพื่อเป็นการศึกษาคุณภาพบริการทันตกรรมโดยตรง (Donabedian. A, 1988)

วิธีการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาถึงคุณภาพบริการทันตกรรมและการรับบริการในมุมมองของประชาชนในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้ารับบริการทันตกรรมทุกประเภทมีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไปจากสถานพยาบาลที่มีการบริการด้านทันตกรรม ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตำบลมีประชากรจำนวน 9,417 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ซึ่งขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวน 384 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวเลขจำนวนเต็ม ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรจากครัวเรือนในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนในแต่ละตำบลที่อยู่ในความครอบคลุมของโรงพยาบาล โดยสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 1 คน ซึ่งมีขั้นตอนการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากข้อมูลจำนวนครัวเรือนในอำเภอศรีสวัสดิ์ ทำการแบ่งจำนวนครัวเรือนโดยจำแนกตามตำบล

ขั้นตอนที่ 2 เทียบอัตราส่วนของครัวเรือนแบบร้อยละ

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยจำแนกแต่ละตำบลด้วยการเทียบอัตราส่วนให้ได้ครบจำนวน 400 คน



ขั้นตอนที่ 4 เลือกสุ่มหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงลำดับหมู่บ้านเริ่มต้นที่ หมู่ที่ 2,4,6,8 ตามลำดับ โดยจำแนกตามตำบล

ขั้นตอนที่ 5 เลือกสุ่มครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เรียงลำดับครัวเรือนโดยเริ่มต้นครัวเรือนลำดับที่ 5, 10, 15 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 6 เมื่อได้ครัวเรือนลำดับที่ต้องการแล้ว จะเลือกผู้ตอบแบบสอบถามครัวเรือนละ 1 คน โดยทำการเลือกจากผู้น่าครอบครัวหรือผู้ที่สะดวกตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ไม่มีผู้อยู่อาศัยในครัวเรือนนั้นหรือผู้ที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเปลี่ยนครัวเรือนเป็นครัวเรือนลำดับต่อไป จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

3. เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อต้องการทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา อธิบายข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องโดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) อธิบายภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้ใช้บริการ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับคุณลักษณะประชากร และการใช้บริการทางทันตกรรม โดยใช้การทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการทันตกรรม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกว่าร้อยละ 50 และมีอายุระหว่าง 20-40 ปี (ร้อยละ 40.30) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 63.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37.50) ส่วนมากประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 32.50) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.5) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 43.8) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยกว่าร้อยละ 70 น้อยกว่า 10,000 บาท สิทธิในการรักษาพยาบาลคือสิทธิบัตรทอง 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าร้อยละ 50 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 27.3) เกือบครึ่งมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 49.3 สถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการทันตกรรมเป็นประจำ กว่าร้อยละ 90 เป็นโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 4.8) โรงพยาบาลที่ให้บริการทันตกรรมเป็นประจำมากกว่าครึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน เหตุผลที่เลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้คือ การเคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 23.8) มากกว่าร้อยละ 80 เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถมอเตอร์ไซด์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกมากในการเดินทางมาใช้บริการ (ร้อยละ 39.5)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรมและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 70 และกว่าร้อยละ 60 ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50) 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง มีจำนวนเท่าๆกัน ลักษณะบริการทันตกรรมที่ใช้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คือ ถอนฟัน เนื่องจากฟันอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้แล้ว (ร้อยละ 26.5) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง (ร้อยละ 50) เสีย 30 บาทหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย และร้อยละ 21.8 เบิกได้หมด เพราะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม กว่าร้อยละ 40 อยู่ระหว่าง 100 บาท หรือไม่เสียค่าเดินทาง รายได้ที่เสียไปจากการมาใช้บริการทันตกรรมกว่าร้อยละ 70 ไม่เสีย และน้อยกว่า 300 บาท

3. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านโครงสร้าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านโครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 1) พบว่า เพศ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านโครงสร้าง อย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) ภาพรวมของเพศหญิงและเพศชาย กว่าร้อยละ 60 มีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิงส่วนใหญ่มีการประเมินคุณภาพเอียงไปทางปานกลางถึงสูง ร้อยละ 20.8 ในขณะที่เพศชายมีการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางเอียงมาทางต่ำ ร้อยละ 28.7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการของตัวแปรทั้งสองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าเพศมีการประเมินคุณภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเพศหญิงจะประเมินคุณภาพค่อนข้างไปทางสูง มากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 18.597$, $P\text{-value} = 0.000$) อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีโอกาสที่จะได้มาใช้บริการทางทันตกรรมมากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้างกับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านโครงสร้าง (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. เพศ				
หญิง	32(15.1)	136(64.2)	44(20.8)	212(100.0)
ชาย	54(28.7)	118(62.8)	16(8.5)	188(100.0)
รวม	86(21.5)	254(63.5)	60(15.0)	400(100.0)
$\chi^2 = 18.597$, $P\text{-value} = 0.00$				



4. การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมด้านกระบวนการ

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 2) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านโครงสร้างอย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเพศหญิงจะมีการประเมินคุณภาพบริการไปทางสูง มากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 31.540$, $P\text{-value} = 0.00$) อาจเป็นเพราะ เพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อน และรักสวยรักงามมากกว่าเพศชาย ทำให้บางครั้งที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เพศหญิงจึงเป็นเพศที่ไม่นิ่งดูดายที่จะมารับการรักษาทางทันตกรรม

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. เพศ				
หญิง	15(7.1)	157(74.1)	40(18.9)	212(100.0)
ชาย	53(28.2)	109(58.0)	26(13.8)	188(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 31.540$, $P\text{-value} = 0.00$				

5. การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) (ตาราง 3) พบว่า ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติกับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านกระบวนการ ($\chi^2 = 10.257$, $P\text{-value} = 0.036$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่ต้องเสียค่าเดินทางมากกว่า เป็นผู้ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ไกลจากสถานพยาบาลที่มีการให้บริการทันตกรรม และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาค่อนข้างนาน บางคนจำเป็นต้องลงงาน หรือขาดเรียน บางคนต้องเสียค่าเดินทางในการเช่ารถรับจ้าง บางคนต้องอาศัยมากับเพื่อนบ้าน เพื่อมารับบริการทางทันตกรรมที่สถานพยาบาลที่มีการให้บริการทันตกรรม ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า จึงอาจรู้สึกว่ามีค่าเสียเงินค่าเดินทางเยอะ จึงอยากให้ทันตบุคลากรสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้มากขึ้น จึงต้องการที่จะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น เรื่องการบริการทางทันตกรรม เรื่อง

การนัดหมาย เรื่องการอธิบายและวินิจฉัยการรักษา และประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจาก
ทันตบุคลากร

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

การใช้บริการทางทันต กรรม	การประเมินคุณภาพของมิติด้านกระบวนการ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
1. ค่าเดินทางในการมาใช้ บริการทันตกรรม				
ไม่มี	39(21.3)	110(60.1)	34(18.6)	183(100.0)
น้อยกว่า 100 บาท	26(13.9)	137(73.3)	24(12.8)	187(100.0)
มากกว่า 101 บาท	3(10.0)	19(63.3)	8(26.7)	30(100.0)
รวม	68(17.0)	266(66.5)	66(16.5)	400(100.0)
$\chi^2 = 10.257$, P-value = 0.036				

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละ
ด้านกับคุณลักษณะประชากร ก็พบว่า เพศ มีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($P < .05$) ทั้งในด้านโครงสร้าง และด้านกระบวนการ ส่วนด้านผลลัพธ์พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีการ
ประเมินคุณภาพบริการต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของมิติแต่ละด้านกับการ
ใช้บริการทางทันตกรรมพบว่า ค่าเดินทางในการมาใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($P < .05$) กับการประเมินคุณภาพบริการของมิติด้านกระบวนการกับการใช้บริการทางทันตกรรม

การอภิปรายผล

1. การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.36)
แต่จะเห็นได้ว่าระดับคุณภาพบริการโดยรวมเมื่อนำมาจัดกลุ่ม จะอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้จะมีคะแนนที่
แตกต่างกันก็ตาม ซึ่งเมื่อแบ่งตามประเด็นข้อคำถาม ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณภาพบริการทัน
ตกรรมสูงที่สุดในมิติด้านกระบวนการคือ การมีปฏิสัมพันธ์ในเรื่อง ทันตบุคลากรมีมารยาทที่ดี ($\bar{X} = 4.14$,
S.D. = 0.56) และรองลงมาคือ ทันตบุคลากรมีคำอธิบายที่เชื่อถือได้ ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.56) ในทาง
กลับกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมต่ำที่สุด 2 อันดับแรก คือ มิติด้านโครงสร้าง



ในเรื่อง การมีทัศนคติต่อการที่มีชื่อเสียง ($\bar{X}$ = 3.27, S.D. = 0.68) และรองลงมา คือ เรื่อง สิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.54) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมกับคุณลักษณะประชากร

พบว่าเพศ มีการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ จารุวรรณ จำประเสริฐ (2551) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการคือ เพศ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang & Chang (2012) ที่เพศชายและเพศหญิงถูกนำมาเปรียบเทียบกันในเรื่องของการรับรู้ และความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศชายมีความพึงพอใจในการบริการทันตกรรม ขณะที่เพศหญิงต้องการบริการทันตกรรมที่ดีกว่านี้ และสอดคล้องกับ Karydis et.al. (2001) ที่พบว่า เพศและลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการทันตกรรม

3. การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมกับการใช้บริการทางทันตกรรม

ปัจจัยเรื่องค่าเดินทางในการมารับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการประเมินคุณภาพบริการในด้านกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร อังสุสิงห์ (2536) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะทางที่แตกต่างกัน เป็นเหตุผลสำคัญในการเลือกใช้แหล่งบริการทันตกรรมของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ต่างจากการศึกษาของ หัตยา แก้วกิม และคณะ (2554) พบว่า ส่วนใหญ่ใกล้บ้าน และสะดวกเวลาเดินทาง และกลุ่มที่ศรัทธาต่อโรงพยาบาลหรือต่อเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่ต้องเสียค่าเดินทางมากกว่า เป็นผู้ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ไกลจากสถานพยาบาลที่มีการให้บริการทันตกรรม และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาค่อนข้างนานขึ้น จึงต้องการที่จะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น เรื่องการบริการทางทันตกรรม เรื่องการนัดหมาย เรื่องการอธิบายและวินิจฉัยการรักษา และประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจากทัศนคติการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการยังไม่เป็นที่พึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการมากนักใน 2 ด้าน โดยพิจารณาจากระดับการประเมินคุณภาพต่ำที่สุดคือ ด้านโครงสร้าง และด้านกระบวนการ ซึ่งควรมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านโครงสร้าง

1.1.1 มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดึงดูดความสนใจ เช่น ควรมีมุมหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้มารับบริการได้ผ่อนคลาย อาจจะเป็นมุมหนังสือ หรือการให้ความรู้โดยการเปิดเสียงตามสาย

1.1.2 มีทันตบุคลากรมีชื่อเสียง โดยเพิ่มความรู้ความสามารถให้แก่ทันตบุคลากร เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้มารับบริการ

1.1.3 มีทันตบุคลากรที่เพียงพอ ควรมีการออกให้บริการนอกหน่วยงานที่แก่ผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการกระจายคนไข้และลดความแออัดในโรงพยาบาล เช่น มีการออกหน่วยในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกสัปดาห์

1.2 ด้านกระบวนการ

1.2.1 การจัดบันทึกอาการของผู้ป่วยโดยไร้ข้อผิดพลาด ควรให้ทันตบุคลากรอธิบายและจัดบันทึกอาการ และการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อให้ผู้มารับบริการได้เกิดความเข้าใจ และเชื่อถือในบริการนั้น

1.2.2 ความรู้สึกปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการผ่าตัด ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ควรมีการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับการรักษาอย่างอ่อนโยน เพราะผู้ป่วยบางคนมีอาการหวาดระแวง หรือกลัวในการเข้ารับบริการทันตกรรม

ซึ่งจะส่งผลต่อภาพรวมของการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมในทางที่ดีขึ้น และผู้มารับบริการสามารถบอกต่อให้บุคคลอื่นมารับบริการมากขึ้น รวมถึงจะทำให้โรงพยาบาลเกิดภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นในสายตาของประชาชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบและในเขตใกล้เคียงของทางโรงพยาบาลเท่านั้น หากการศึกษาครั้งต่อไปสามารถเก็บข้อมูลจากแหล่งอื่นๆหรือในพื้นที่อื่น ก็จะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการสำรวจเฉพาะผู้มารับบริการทันตกรรมเท่านั้น หากขยายการศึกษาไปในมุมมองของหน่วยบริการสาธารณสุข อาจเป็นผลทำให้ได้การศึกษาที่แตกต่างกันออกไป สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป อาจเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเชิงลึก หรืออาจแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย เช่น กลุ่มวัยทำงาน หรือกลุ่มวัยเรียน เป็นต้น สำหรับการใช่ Chi-square ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ทำให้มองผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ความละเอียดของข้อมูล และเห็นภาพชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม. (2554). การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. ตุลาคม-ธันวาคม 2554. วิทยาลัยการจัดการ. มหาวิทยาลัยมหิดล. 34(4), 449-455.



- เกสร อังศุสิงห์. (2536). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- จารุวรรณ จำประเสริฐ. (2551). **การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. หนังสือชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ฉวีวรรณ โกมลโกลก. (2544). **การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของคนไทย**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- โซษิตา แก้วเกษ (2552). **คุณภาพบริการตามความคาดหวังและที่ได้รับจริงของผู้รับบริการแพทย์แผนจีนศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล**. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เบญจมาศ ขุนประเสริฐ. (2549). **การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการส่วนงานผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเขตวัฒนากรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิชญญาณ อัดวิระพัฒน์. (2553). **ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการต่อการตรวจเบื้องต้นทางทันตกรรมจัดฟัน โดยใช้แนวคิดช่วงความคาดหวังคุณภาพบริการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- เพ็ญแข ลามยี่ง และมนิธี ก่อเสวตพงศ์. (2547). **ทันตแพทย์ไทย ใน 30 บาท**. รายงานการวิจัย. กองทันตสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ยลสลาย วาริตสวัสดิ์, อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, วัลลภ ภูพานิช และอรพรรณ ทันจางสิทธิ์. (2525). **ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร**. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 65 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรพงษ์ เณิมจิระรัตน์. (2543). **คุณภาพในงานบริการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. วิจัยการตลาด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิโรฒ. สำนักพิมพ์ ส.ส.ท. กรุงเทพมหานคร.
- วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2538). **การประเมินคุณภาพบริการ**. เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาบริการ หน่วยที่ 8-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ. (2552). **นโยบายทันตสาธารณสุขไทย: เกาะติดปัญหาใช้วิชาการสานสร้างความร่วมมือ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์เดอะกราฟิก ชีสเต็ม. นนทบุรี.
- ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ. (2545). **การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. ระบบบริการสุขภาพบริการทันตกรรมสถานการณ์การบริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ศิริพร สิทธิโชคธรรม. (2548). **คุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนตามความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนตำบลปากเพรียวอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- สุพัตรา เหลี่ยมวรารัง. (2540). **คุณภาพบริการงานกายอุปกรณ์ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2550). **ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พ.ศ.2550**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- หัตถยา แก้วกิมและคณะ (2554). **ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช**. การประชุมเสนอผลงานวิจัย ครั้งที่ 2 ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. (2541). **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. (2543). **เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)**. คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.

ภาษาอังกฤษ

- Chang, W.J., & Chang. Y.H., (2012). **Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care**. Taoyuan, Taiwan.
- Eriksen, L.R. (1987). **Patient satisfaction: An indication of nursing care quality**. Nursing Management, 18(July), 31-35.
- Johara, Al. A. & Hussyeen, Al. (2009). **Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City: Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics**, King Saud University, College of Dentistry.
- Karydis, A., Kodovazeniti M. K., Hatzigeorgiou, D. & Panis, V. (2001). **Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care**. Department of Periodontology, School of Dentistry, University of Athens, Athens, Greece.
- Lee, K.T., Chen, C.M., Huang, S.T., Wu, Y.M., Lee, H.E., Hsu, K.J., et al. (2012). **Patient satisfaction with the quality of dental treatment provided by intern**. Journal of Dental Sciences. Republic of china.
- Lewis, R.C. and Bloom, B.H. (1983). **The Marketing Aspects of Service Quality**. in Emerging Perspectives on Services Marketing, L. Berry, G. Shostack, and G. Upah, eds. Chicago: American Marketing.



- Lim, P.C. and Tang, N.K.H., (2000). **A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals**. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 13, No. 7, pp. 290-299.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L., (1985), **"A conceptual model of service quality and its implications for future research"**, Journal of Marketing, Vol. 49, No. 1, pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L., (1988). **SERVQUAL: A Multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**. Journal of Retailing, Vol. 64, No.1, pp.12-40.
- Schmenner, Roger W. (1995). **Service operations management**. Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall.
- Schoen, M. H. (1991), **National Health Care and the Public's Oral Health**. Journal of Public Health Dentistry, Boston, Massachusetts.
- Yamane T. (1973), **Statistic: An Introductory Analysis**. 3rd ed. Harper and Row (pp. 1133).
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., and Berry, L.L. (1990), **Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations**, New York :Free Press.
- Zineldin, M. (1996). **Bank Strategy Portioning and Some Determinants of Bank Selection**. International Journal of Bank Marketing, 14(6), 12-22.

อินเทอร์เน็ต

- ชัชวาลย์ ทัดศิริช. (2011). **ความหมายของคุณภาพการให้บริการ**, 9 มีนาคม 2556.
http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?bookID=1285&pageid=3&read=true&count=true
- Donabedian, A. (1988). **The quality of care: How can it be assessed?**, 31 กรกฎาคม 2556.
http://en.wikipedia.org/wiki/The_Donabedian_Model
- Goedhart, H., Eijkman, M.A.J., & Horst, G. T. (2006). **Quality of dental care: the view of regular attenders**, 20 กันยายน 2556.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16000528.1996.tb00808.x/abstract>
- Khantanapha Napaporn (2000). **An Empirical Study of Service Quality in Part-time MBA Program in Private and Public Universities in Thailand**, Dissertation submitted to the Degree of Doctor of Business Administration, Wayne Huizenga Graduate School of Business and Entrepreneurship, Nova Southeastern University. 12 มีนาคม 2556.
http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?pageid=11&bookID=1285&read=true&count=true#sthash.aHkVeDso.dpuf
- Kotler, P., & Anderson, A. R. (1987). **Strategic Marketing for Nonprofit Organizations**, 12 มีนาคม 2556.
http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?pageid=11&bookID=1285&read=true&count=true#sthash.aHkVeDso.dpuf

Richard A. Abrams ,Curt S. Ayers, Mary Vogt Petterson. (2006). Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients, 4 กันยายน 2557.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1986.tb01081.x/abstract>.



คุณภาพบริการในความคาดหวังของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท: อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

دنۇڤىڭ شەتەنگ

danupongha@hotmail.com

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

This study aimed to analyze the expectations regarding the quality of service of clients in 8 areas: accessibility to need, timeliness, continuity, participation of patient's family in care, equity, communication and information, dignity, and basic amenities in an effect to identify factors associated with expectations of service of quality and the impact on the cost of the service after copayment fee (30 baht). This study was conducted in Bangbuathong, Nonthaburi Province. The sample consisted of 397 individuals who receive medical coverage under the universal health coverage scheme fee between August-November 2013. The researcher divided the number of households by parish then randomly selected villages and households by systematic random sampling, and then randomly selected one person per household. The interview data was collected by the researcher and a research assistant. Interviews questions covered socio-economic status, experience of illness, use of health services in a hospital, expectations regarding the quality of services, and the impact regarding the addition cost not covered under the program to patients. Data were analyzed using descriptive statistics, T statistics (t-test) and F statistics (F-test).

The results showed that the overall expectations of quality of service was moderate (66%) and the other expectations of service of quality were also moderate. The sample had high expectations of quality of service is continuity (17.6%) and equity (27%). The average level of overall expectations of quality of service with variables was found to be significantly related to age, occupation, income, domicile, health cards, and waiting time in the hospital ($P < .05$). The copay fee (30 baht) indicated a willingness to pay the additional cost of the services.

Recommendations from the study are that hospitals should develop patient's awareness so that expectations of quality of service is high and there is continuity and equity of services that take into account the different factors including age, occupation, income, domicile, health cards, and waiting time in the hospital. After copayment fee (30 baht) were paid there was no significant effect on the cost to the public.

Keywords: Quality of Service/Copayment/The Universal Health Coverage Scheme

บทคัดย่อ

การกลับมาร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจมีผลต่อความคาดหวังคุณภาพบริการของประชาชนว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพบริการอย่างไรบ้าง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการ 8 ด้านคือ 1) การเข้าถึงบริการตามความต้องการ 2) ความพร้อมทันเวลา 3) ความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ 4) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรักษา 5) ความเป็นธรรม 6) การสื่อสาร/การรับข้อมูล 7) การให้เกียรติ 8) การอำนวยความสะดวกพื้นฐาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังคุณภาพบริการ และผลกระทบต่อการค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการเมื่อกลับมาร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเสียค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท เขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 397 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2556 ผู้วิจัยใช้การแบ่งจำนวนครัวเรือนจำแนกตามตำบลและเทียบอัตราส่วนแบบร้อยละ จากนั้นเลือกสุ่มหมู่บ้านและครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ สุ่มเลือกครัวเรือนละ 1 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล ความคาดหวังคุณภาพบริการ 8 ด้าน และผลกระทบที่มีต่อค่าภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (t-test) และสถิติเอฟ (F-test)

ข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 มีความคาดหวังคุณภาพบริการโดยรวมระดับปานกลาง และมีความคาดหวังคุณภาพบริการแต่ละด้านในระดับปานกลางเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังระดับมาก 2 ด้านคือ คาดหวังคุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ (17.6%) และคุณภาพบริการด้านความเป็นธรรม (27%) เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังคุณภาพบริการภาพรวมกับตัวแปรต่างๆ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับ อายุ อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา การมีบัตรสุขภาพอื่นๆ และเวลาที่ใช้บริการในสถานพยาบาล ($P < .05$) ในส่วนของการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ประชาชนเห็นว่าเหมาะสม และยินดีร่วมจ่าย โดยไม่เป็นการต่อค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ สถานพยาบาลควรพัฒนาสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังมาก คือคุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ และคุณภาพบริการด้านความเป็นธรรม และคำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยด้านอายุ อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา การมีบัตรสุขภาพอื่นๆ และเวลาที่ใช้บริการในสถานพยาบาล ด้านการกลับมาร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาทไม่เป็นการต่อค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการจึงสามารถที่จะส่งเสริมการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมที่มากขึ้นได้

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/การร่วมจ่ายค่าธรรมเนียม



บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

ตั้งแต่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในปี 2544 นั้นส่งผลดีและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในประเทศไทยเป็นอย่างมาก สามารถครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยไม่มีปัญหาการระดมการเงิน เพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2555) โดยมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการเข้ารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลเพียงครั้งละ 30 บาท ต่อจากนั้นมีการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมดังกล่าวในปี 2549 และเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2555 รัฐบาลได้ดำเนินการให้กลับมาเรียกเก็บค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาทอีกครั้งหนึ่งอาจมีผลต่อความคาดหวังคุณภาพบริการของประชาชนว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพบริการอย่างไรบ้าง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบริการในความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และผลกระทบต่อการจ่ายค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท
3. เพื่อศึกษาผลกระทบต่อการจ่ายค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของคนไทยทุกคนที่จะสามารถได้ใช้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยการให้บริการนั้นจะไม่ใช่การระดมค่าใช้จ่าย “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้ (1) ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก หรือบริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้าเท่านั้น (2) ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน และ (3) ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการปรับปรุงระบบบริการจัดการ และไม่มี การประกันสิทธิของประชาชนหลักประกันด้านสวัสดิการทางสุขภาพและการประกันสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ระบบที่มีเป้าหมายสำคัญด้านความเป็นธรรม โดยมุ่งให้ประชาชนได้เข้าถึงระบบบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน (ชวนชม ภัวธธญา, 2553)



สรุปได้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการ

หากพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพบริการข้างต้น จะสังเกตได้ว่าเป็นองค์ประกอบของคุณภาพบริการในมุมมองของสถานพยาบาล และผู้ให้บริการ แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพบริการในความคิดหวังของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยจึงได้นำองค์ประกอบเหล่านี้มาร่วมพิจารณาด้วย และพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ใช้บริการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และสอดคล้องต่อความคิดหวังของผู้ใช้บริการในสังคมไทย ดังนั้นสรุปองค์ประกอบของคุณภาพบริการที่จะศึกษาทั้งหมด 8 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการตามความต้องการ (Accessibility to need)
2. ความพร้อมทันเวลา (Timeliness)
3. ความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ (Continuity)
4. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรักษา (Participation of patient family in care)
5. ความเป็นธรรม (Equity)
6. การสื่อสาร/การรับข้อมูล (Communication and Information)
7. การให้เกียรติ (Dignity)
8. การอำนวยความสะดวกพื้นฐาน (Basic amenities)

โดยองค์ประกอบของคุณภาพบริการทั้ง 8 ด้านนี้ ผู้วิจัยจะนำไปใช้เพื่อสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพบริการทางด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อความเข้าใจในองค์ประกอบของคุณภาพบริการด้านต่างๆ ผู้วิจัยจึงกำหนดความหมายของคุณภาพด้านต่างๆ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการตามความต้องการ (Accessibility to need) หมายถึง ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านสถานพยาบาล การบริการและบุคลากรทางด้าน การแพทย์

2. ความพร้อมทันเวลา (Timeliness) หมายถึง ระยะเวลาการรอคอยในการใช้บริการจะต้องมีความเหมาะสม

3. ความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ (Continuity) หมายถึง ขั้นตอนการให้บริการจะต้องมีความต่อเนื่อง ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย

4. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรักษา (Participation of patient family in care) หมายถึง ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย) หรือญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน มีโอกาสในการรับรู้ และแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

5. ความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง ผู้ใช้บริการมีสิทธิในการใช้บริการ โอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน

6. การสื่อสาร/การรับข้อมูล (Communication and Information) หมายถึง การบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร และการถูกจำกัดเวลาในการพบแพทย์



7. การให้เกียรติ (Dignity) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องมีความสุภาพทั้งด้านท่าทางสีหน้า น้ำเสียง คำพูดและคำพูด

8. การอำนวยความสะดวกพื้นฐาน (Basic amenities) หมายถึง การจัดให้บริการด้านสถานที่ สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องน้ำ น้ำดื่ม ป้ายแนะนำขั้นตอน และจุดบริการที่ชัดเจน เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของคุณภาพบริการ แล้วพิจารณาที่คุณภาพบริการที่เป็นมุมมองของผู้ใช้บริการโดยจะศึกษาทั้งหมด 8 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการตามความต้องการ (Accessibility to need)

ในส่วนของผู้ใช้บริการ มีการร้องเรียน เช่น ผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ไม่สามารถใช้สิทธิในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และในด้านการรับบริการจากสถานพยาบาล ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจในสถานพยาบาลประจำครอบครัว และมีความต้องการที่จะขอเปลี่ยน หรือขอเลือกสถานพยาบาลประจำครอบครัวได้ด้วยตนเอง (คณะทำงานศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544) (ศรายุทธ สมศรี, 2545) กลุ่มตัวอย่างของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนมากมีความต้องการสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง (อัญญา ณ ระนอง, 2548) ผลการศึกษาการตอบสนองผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพและสถานบริการที่แตกต่างกัน พบว่าผู้ใช้บริการสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสในการเลือกสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (อังสุมาลี ผลภาค และคณะ, 2555) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2555).

2. ความพร้อมทันเวลา (Timeliness)

การศึกษาคูณภาพการบริการรักษายาบาล โรงพยาบาลโยธธ ระบุว่าใช้เวลาในการรอตรวจโรคนาน จึงส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ(สุวิมล ปัทมาตย์ และคณะ, 2544) ผลการศึกษาระยะเวลาการรอตรวจที่นานมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ จินดารัตน์ สุวรรณสุจริต (2544), ศศิวรรณ ศิลปประกอบ (2544) เรามักจะพบกับภาพของผู้ป่วยที่อยู่อ่อย่างแออัดในโรงพยาบาลและจะใช้เวลานับชั่วโมงเพื่อรอพบหมอแล้วได้ผ่าปากพูดเพียง 2-3 ยาที แล้วต้องไปยื่นรอต่ออีก ชั่วโมงเพื่อรับยา ซึ่งภาพเหล่านี้เป็นภาพที่เกิดขึ้นมาช้านานตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์(สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, 2545) มีการศึกษาเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประชาชนมีความต้องการให้สถานพยาบาลปรับปรุงเกี่ยวกับระยะเวลาการรอรับบริการคือ จิราพร จิตดี(2545) ประชาชนมีความเห็นว่ารอรับยาช้ามาก และมีประสบการณ์ในการใช้บริการ เช่น“บริการยังไม่ดี ช้าเพราะคนไข้มาก บางทีต้องคอยเป็นวัน”—ภูเก็ด(สุภาภรณ์ เตโฆวณิชย์ และคณะ, 2546) ปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรักษายาบาล ระบุว่าสถานพยาบาลให้บริการล่าช้า และเสียเวลาในการรอตรวจนาน แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่อยู่ในกลุ่มการศึกษาครั้งนี้ แต่เคยมีประสบการณ์การให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาร่วมพิจารณาสนับสนุน (บัวลักษณ์ จันทระ, 2550)

3. ความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ (Continuity)

การใช้บริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประสบการณ์ว่าในการใช้บริการจะมีขั้นตอนที่ยุ่งยากกว่าผู้ที่ใช้สิทธิจ่ายเป็นเงินสด(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ซึ่งมีผลการศึกษาสอดคล้องกับ จิราพร จิตดี (2545) และเวสราธิ์ สุจินโน (2547) อีกทั้งสถานพยาบาลของรัฐจะให้บริการเฉพาะเวลาราชการซึ่งไม่สอดคล้องกับเวลาในการใช้บริการของประชาชน จึงเกิดเป็นข้อก้ำกัด้าน

เวลา (เวสารัช สุจินโณ, 2547) ประสบการณ์ของผู้ใช้บริการระบุว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำต่อระเบียบหรือขั้นตอนในการรับบริการกรณีมีการเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ (วรรณ ศิริวิริยานุภาพ, 2548)

4. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรักษา (Participation of patient family in care)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษา เพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย และเป็นสิทธิที่มีความสำคัญ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 ในประเด็นที่ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ผลการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการคุณภาพงานบริการพยาบาลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการเรื่องการจัดการบริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย(ลดา สรรักษ์, 2543)

ผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีอำนาจในการเลือกหรือตัดสินใจในการรักษาน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทางด้านโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ผู้ป่วยจะมีโอกาสในการเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองสูงกว่า สถานพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ส่งผลให้อำนาจในการเลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยลดน้อยลง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ แพทย์จึงเป็นผู้ที่มีอำนาจและบทบาทหลักต่อการเลือกและตัดสินใจในการรักษา(สำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555)

5 .ความเป็นธรรม (Equity)

การศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) และคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร ระบุว่าระยะเวลาที่แพทย์ตรวจน้อยไป ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ (สุวิมล ปัชมาตย์ และคณะ, 2544) การสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน แสดงให้เห็นว่า ประชาชนไม่พอใจกับการรักษา เช่น การได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ ราคาถูก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สันทัด เสริมศรี และคณะ (2546) โยธิน แสงวงดีและคณะ(2547)และบัวลักษณ์ จันทระ(2550) การให้บริการทางด้านสุขภาพได้ก่อให้เกิดปัญหากับประชาชน อธิบายได้ดังนี้ ประชาชนที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินสดจะได้รับการรักษาพยาบาล และได้รับยาที่ดีกว่าผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีความไม่เป็นธรรม กล่าวคือ มีการลิดคิวของเจ้าหน้าที่ (เวสารัช สุจินโณ, 2547)

6. การสื่อสาร/การรับข้อมูล (Communication and Information)

การศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอก (OPD) ในโรงพยาบาล ปัญหาคุณภาพบริการที่พบมากคือ การเอาใจใส่และตอบสนองต่อผู้รับบริการ (ไพโรพนา ศรีเสน, 2544) ซึ่งผลมีการศึกษา สอดคล้องกับวันเพ็ญ สวนสีดา (2545) คุณภาพการบริการด้านการสื่อสาร/การรับข้อมูลคือ แพทย์/เจ้าหน้าที่ตอบสนองต่อคำร้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างรวดเร็ว ณ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ อยู่ในระดับต่ำ (กนกพร ลีลาเทพินทร์, 2554) โอกาสซักถามแพทย์ผู้ทำการรักษาของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะมีมากกว่าสิทธิอื่นๆ และคะแนนด้านการใส่ใจจากประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนที่สูงกว่าสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งเมื่อผู้ให้บริการมีปัญหา หรือข้อซักถามเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอกชนจะใส่ใจทันที (อังสุมาลี ผลภาค และคณะ, 2555)



7. การให้เกียรติ (Dignity)

กลุ่มประชาชนในจังหวัดสุโขทัย เห็นว่าผู้ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท มักจะได้รับการทักทาย การพูดจาที่ไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (สุภาภรณ์ เตโฆวณิชย์ และคณะ, 2546) มุมมองของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มที่มีไข้กลุ่มผู้มีรายได้น้อย จะให้ความสำคัญกับการได้รับการปฏิบัติที่ดีจาก หมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ (อัญญา ณ ระนอง, 2548) ความเห็นของประชาชนเกี่ยวกับในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสิ่งที่ประชาชนให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ คือ ต้องการบริการที่ดีจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

8. การอำนวยความสะดวกพื้นฐาน (Basic amenities)

ผลการศึกษาที่ระบุว่าบริเวณสถานที่ที่รอรับบริการคับแคบ (จินดารัตน์ สุวรรณสุจริต, 2544) มณีนรัตน์ ทรัพย์อนันต์ชัยและคณะ (2544)

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเสียค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท (Universal Coverage Scheme: UCS) ที่อยู่ในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ใช้การคำนวณหาขนาดของตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1967: 886-887) ณ ระดับความเชื่อมั่น 95%) ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวน 397 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกสุ่มหมู่บ้านและครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ(Systematic Random Sampling) โดยสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 1 คน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากคนในครัวเรือนที่มีความสะดวกและยินยอมให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์(Interview) สัมภาษณ์ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio Economic status: SES) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การนับถือศาสนา รายได้ ภูมิลำเนาเดิม ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การมีบัตรสุขภาพ อื่นๆนอกเหนือจากบัตรทอง การเคยใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน เวลาในการเดินทางไปและกลับระหว่างที่พักของท่านกับสถานพยาบาล เวลาทั้งหมดในการใช้บริการแต่ละครั้งที่สถานพยาบาล ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังคุณภาพบริการหลังการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพบริการ 8 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการตามความต้องการ 2) ความพร้อมทันเวลา 3) ความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ 4) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรักษา 5) ความเป็นธรรม 6) การสื่อสาร/การรับข้อมูล 7) การให้เกียรติ 8) การอำนวยความสะดวกพื้นฐาน ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผลกระทบที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนหลังการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS/FW (Statistical Package for Social Science/for Window) ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังคุณภาพบริการภาพรวมกับปัจจัยต่างๆ ของผู้ให้บริการโดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 พรรณนาข้อมูลด้านคุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจสังคม และประสบการณ์การเจ็บป่วย การใช้บริการในสถานพยาบาล และข้อมูลผลกระทบที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการ เมื่อกลับร่วมาจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาทโดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

1.2 อธิบายระดับความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ให้บริการ โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด(Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 ทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจสังคม และประสบการณ์การเจ็บป่วย การใช้บริการในสถานพยาบาล กับค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังคุณภาพบริการภาพรวม ด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ ที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2 ทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจสังคม และประสบการณ์การเจ็บป่วย การใช้บริการในสถานพยาบาล กับค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังคุณภาพบริการภาพรวม ด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีมากกว่า 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ เอฟ (f-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อค้นพบ

คุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.3) ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-59 ปี(ร้อยละ 28) รองลงมาอยู่ระหว่างอายุ 15-20 ปี(ร้อยละ 25.70) สถานภาพอยู่เป็นคู่มากที่สุด (ร้อยละ 45.30) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 54.10) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 28.50) รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา(ร้อยละ 25.70) การนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 93.40) ไม่มีรายได้(ร้อยละ 35) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 28.50) ภูมิลำเนาเดิมของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งคือ จังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 48.90)

ข้อมูลประสบการณ์การเจ็บป่วย และการใช้บริการสุขภาพ

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.80) ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่ทราบว่า มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 49.40) มีบัตรสุขภาพเพียงใบเดียวคือ สิทธิบัตรทอง 30 บาทเท่านั้น (ร้อยละ 83.40) เคยเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 72.30) เวลาในการเดินทางไปกลับระหว่างที่พักอาศัยกับสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาที (ร้อยละ 56.40)



รองลงมาคือ มากกว่า 30 นาทีแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 36.8) สำหรับระยะเวลาโดยประมาณในการใช้บริการแต่ละครั้งที่สถานพยาบาล เกือบครึ่งใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 47.8)

ข้อมูลระดับความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ

จากข้อมูลระดับความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ โดยพิจารณา 3 ระดับคือ ความคาดหวังระดับมาก ปานกลาง และน้อย การพิจารณาคุณภาพบริการภาพรวมจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66 มีความคาดหวังในระดับปานกลาง และมีคาดหวังคุณภาพบริการแต่ละด้านในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนี้ ด้านการเข้าถึงบริการตามความต้องการ ร้อยละ 89.70 ด้านการมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรักษา ร้อยละ 86.40 ด้านการสื่อสาร/การรับข้อมูล ร้อยละ 86.90 ด้านการอำนวยความสะดวกพื้นฐาน ร้อยละ 85.90 ด้านการให้เกียรติ ร้อยละ 85.10 ด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ ร้อยละ 67.50 และด้านความเป็นธรรม ร้อยละ 59.20 สำหรับคุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ และด้านความเป็นธรรม มีกลุ่มตัวอย่างให้ความคาดหวังในระดับมากเป็นจำนวนร้อยละ 17.60 และ ร้อยละ 27 ตามลำดับ

สถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันกับค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังคุณภาพบริการภาพรวม

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ ที(t-test) และสถิติ เอฟ(F-test)

ผลการทดสอบพบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ภูมิสำเนา การมีและไม่มีบัตรสุขภาพอื่นๆ และเวลาโดยประมาณในการใช้บริการในสถานพยาบาล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคิดเห็นของการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท และผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ และความพร้อมในการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมที่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่าการเดินทางมาใช้บริการ ณ สถานพยาบาลแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องจ่ายเพิ่ม ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมอื่นๆ ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ รายได้ที่ต้องสูญเสียของตนเอง หรือญาติจากการมาใช้บริการ

1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการโดยเฉลี่ย (เฉลี่ย 163 บาท) หากเปรียบเทียบกับค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาทจะมีความต่างกันกว่า 5 เท่า อธิบายได้ว่าไม่มีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ

2. ค่าบริการ หรือค่าธรรมเนียมอื่นๆ ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (เฉลี่ย 288.60 บาท) ได้แก่ ค่าบริการคลินิกนอกเวลาราชการ ค่าบริการทางการแพทย์/ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์อื่นๆ ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ หากเปรียบเทียบกับค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาทจะมีความต่างกันกว่า 9 เท่า อธิบายได้ว่าไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ

3. รายได้ที่ต้องสูญเสียจากการมาใช้บริการ (เฉลี่ย 104.58 บาท) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท หมายความว่าผู้ให้บริการจะต้องจ่ายค่าบริการแฝงนี้ด้วย ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าการจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท นั้นไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ

จากข้อมูลความคิดเห็นของการร่วมจ่ายเงินค่าธรรมเนียมนั้บัตรทอง 30 บาท พบว่าไม่มีผลกระทบต่อการค่าใช้จ่าย และคิดว่าจำนวนเงินดังกล่าวมีความเหมาะสม และยินดีร่วมจ่าย แต่หากในอนาคตหากสถานพยาบาลจะเพิ่มคุณภาพบริการ และขอเรียกเก็บค่าธรรมเนียนั้เพิ่มขึ้นจากเดิม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.40 พร้อมจ่าย (เฉลี่ย 169.22 บาท) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางคือ 163 บาท

ข้ออภิปรายผล

คุณภาพบริการในความคาดหวังของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียนั้บัตรทอง 30 บาท

ในภาพรวมสามารถอธิบายได้ว่า คุณภาพบริการในความคาดหวังของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียนั้บัตรทอง 30 บาท กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 มีความคาดหวังคุณภาพบริการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การพิจารณาคุณภาพบริการทั้ง 8 ด้าน จะพบว่ามีความคาดหวังในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเพราะมีประสบการณ์การใช้บริการ และชินกับคุณภาพบริการด้านต่างๆในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้เข้าใจว่าโรงพยาบาลอาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากกว่าเดิม คุณภาพบริการด้านที่มีกลุ่มตัวอย่างคาดหวังในระดับมากคือ (1) คุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ และ (2) ด้านความเป็นธรรม ดังนั้นหากสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐจะพัฒนาคุณภาพบริการ คุณภาพบริการทั้ง 2 ด้านนี้จึงควรให้ความสำคัญ และเลือกพิจารณาเป็นลำดับแรก เพื่อให้คุณภาพบริการเป็นที่พึงพอใจแก่ประชาชน

ความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ (Continuity) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.60 ที่มีความคาดหวังคุณภาพบริการในระดับมาก จะพบว่าทุกครั้งที่ผู้ป่วยใช้บริการในสถานพยาบาลจะคาดหวังที่จะได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์คนเดิมที่เคยรักษา อาจเป็นเพราะในการตรวจกับแพทย์คนใหม่จะทำให้ตัวผู้ป่วยไม่คุ้นเคยในการพูดคุย สนทนา หรือยังไม่เชื่อมั่นในการตรวจรักษา ซึ่งปัญหานี้สังเกตได้จากการพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่ห้องยา และตัวผู้ป่วยกรณีที่ตรวจกับแพทย์คนใหม่ และแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยา หรือเพิ่มลดขนาดการรับประทานยาให้กับคนไข้ มักจะเกิดข้อตำหนิและความไม่เชื่อใจในการปรับเปลี่ยนยา หรือแม้แต่กรณีการส่งจ่ายยาในจำนวนรายการที่เปลี่ยนไป

ประเด็นเรื่องการนัดหมายในการตรวจครั้งต่อไป พบว่าประชาชนมีความคาดหวังให้ตัวเองสามารถกำหนดวัน เวลา ในการตรวจครั้งต่อไปได้ แม้ผลการศึกษาจะพบว่าคะแนนรวมในประเด็นนี้จะมีค่าต่ำที่สุดก็ตาม แต่ก็มิได้หมายความว่าประชาชนจะคาดหวังน้อย ซึ่งในความเป็นจริง วันนัดของผู้ป่วยมักจะถูกกำหนดโดยแพทย์ หรือความเหมาะสมในการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล เช่นการนัดตรวจครั้งต่อไปมักจะให้เป็นวันที่ครบเดือน เช่น หนึ่งเดือน หรือ ครบสัปดาห์ และช่วงเวลาในการนัดหมายก็มักจะเป็นวันและเวลาราชการ ซึ่งวันเวลาในการมาพบแพทย์ตามนัดหมายครั้งต่อไปนั้นมักจะเป็นเวลาที่ตัวผู้ใช้บริการเองไม่สะดวกมาใช้บริการ เนื่องจากเป็นวันทำงาน หรือในกรณีที่จะต้องมีญาติพามาใช้บริการก็จะเป็นปัญหาของตัวผู้ใช้บริการและญาติ

ประเด็นเรื่องระบบการส่งต่อซึ่งประชาชนผู้ใช้บริการมีความความคาดหวังให้โรงพยาบาลมีการจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อตามความเจ็บป่วย



อาจเป็นเพราะเคยมีประสบการณ์การใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อได้ เนื่องจากปัญหาใดๆ ก็ตาม ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไปใช้บริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่มีใช้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิตามสิทธิบัตรทอง โดยไม่มีเอกสารการส่งตัวจากสถานพยาบาลต้นสังกัด ผู้ใช้บริการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

ความเป็นธรรม (Equity) คุณภาพบริการด้านนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 ที่มีความคาดหวังระดับมากในคุณภาพบริการด้านความเป็นธรรม เป็นผลจากการการประชาสัมพันธ์ของรัฐบาลตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ว่า ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและรับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันส่งผลให้ประชาชนในสิทธิบัตรทองมีความคาดหวังคุณภาพบริการในด้านความเป็นธรรมในระดับมาก ความคาดหวังเรื่องคุณภาพของยาที่จะได้รับยังคงมีความเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง ได้รับนั้นมีคุณภาพด้อยกว่ายาในสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีการพิจารณาในการจ่ายยาตามสิทธิต่างๆ ตามเงื่อนไขที่โรงพยาบาลกำหนด หรือข้อกำหนดในการพิจารณาการส่งจ่ายยาของสถานพยาบาลแต่ละระดับ แต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกันจริง

การได้รับบริการตามลำดับก่อนหลัง ไม่มีการลัดคิว ก็เป็นประเด็นที่พบว่าประชาชนให้ความคาดหวังสูง ความคาดหวังนี้อาจมีสาเหตุมาจากประสบการณ์ของตัวผู้ใช้บริการเองที่พบว่าการลัดคิว หรือการให้บริการไม่เป็นไปตามลำดับก่อนหลังอาจเป็นเพราะประสบการณ์จากบางสถานการณ์ เช่น การรอผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่เวลานานทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้ากว่าผู้ที่มาทีหลัง การเลือกให้บริการกับเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ พระภิกษุ หรือผู้ป่วยที่ต้องให้บริการอย่างเร่งด่วนก่อน มีผลให้เกิดความเข้าใจว่าการลัดคิวในการให้บริการ กรณีเบื้องต้นนี้เป็นส่วนที่สถานพยาบาล และเจ้าหน้าที่ต้องทำความเข้าใจกับผู้ใช้บริการ

ความคาดหวังที่จะให้แพทย์ใช้เวลาในการตรวจตามที่ต้องการ อธิบายได้ว่า การใช้บริการสุขภาพในปัจจุบันมีผู้ป่วยไปใช้บริการเป็นจำนวนมาก และสถานพยาบาลของรัฐบาลก็มีข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐมีแพทย์เป็นจำนวนน้อยเมื่อต้องตรวจผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก จนทำให้แพทย์ต้องจำกัดเวลาในการตรวจผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังคุณภาพบริการด้านความเป็นธรรมในระดับมาก ความคาดหวังว่าแพทย์จะใช้เวลาในการตรวจที่มากขึ้น ท้ายสุดของประเด็นด้านความเป็นธรรม พบว่าประชาชนมีความรู้สึกต่อสิทธิบัตรทองว่า ด้อยกว่าสิทธิการรักษาอื่น และมีความคาดหวังว่าหากใช้สิทธิการรักษาประเภทอื่นๆ จะได้รับบริการที่ดีกว่า

คุณลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการใช้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับความคาดหวังคุณภาพบริการ

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังคุณภาพบริการภาพรวมกับตัวแปรต่างๆ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับ อายุ อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา การมีบัตรสุขภาพอื่นๆ และเวลาที่ใช้บริการในสถานพยาบาล

เพศ เนื่องด้วยในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกว่าร้อยละ 70 สัดส่วนของเพศจึงต่างกันมาก อาจจะมีผลต่อการประมวลผลทางสถิติ

อายุ พบว่าอายุที่แตกต่างกัน ระดับความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 31-50 ปี มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการมากที่สุด ด้วยเหตุผลที่ว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนวัยทำงาน ย่อมมีประสบการณ์การให้บริการมากกว่ากลุ่มอายุน้อย และในการเดินทางมาใช้บริการแต่ละครั้งจะมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เกิดขึ้น และต้องสูญเสียรายได้จากการมาใช้บริการ ส่งผลให้กลุ่มช่วงอายุดังกล่าวรู้สึกว่าการมาใช้บริการสุขภาพที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย และสูญเสียรายได้นั้น จะต้องได้คุณภาพบริการที่ดีกลับคืน จึงมีความคาดหวังคุณภาพบริการที่มากกว่า และเป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15-30 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการในระดับท้ายสุด อาจเป็นเพราะกลุ่มช่วงอายุดังกล่าวเป็นนักเรียน นักศึกษา และกลุ่มผู้มีอายุ การมาใช้บริการในแต่ละครั้งจึงไม่มีการสูญเสียรายได้ และค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการเป็นของผู้ปกครอง จึงไม่มีผลต่อความคาดหวังคุณภาพบริการ ทั้งนี้ในการแบ่งช่วงอายุที่ต่างไปจากการศึกษานี้อาจส่งผลต่อการศึกษาที่ต่างออกไปด้วย

อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาชีพต่างกัน มีระดับความคาดหวังคุณภาพบริการที่แตกต่างกันโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ประกอบอาชีพจะมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการในที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียน

รายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน ความคาดหวังคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นตามรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 บาท ขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการสูงที่สุด

การมีบัตรประกันสุขภาพอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรสุขภาพเพียงใบเดียวคือ บัตรทอง 30 บาท จะมีความคาดหวังคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุผลที่ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองเพียงใบเดียวจะมีความคาดหวังคุณภาพบริการที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรสุขภาพเอกชนหรือบัตรประกันชีวิตอื่นๆ รวมด้วย นั้นแสดงให้เห็นว่าการมีสิทธิบัตรทอง 30 บาท เพียงใบเดียว ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอื่นๆ มีอย่างจำกัดคือ สามารถใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่กำหนดตามสิทธิเท่านั้น จึงมีความคาดหวังคุณภาพบริการสูงกว่า ต่างจากกลุ่มที่มีบัตรสุขภาพอื่นๆ จะมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการได้มากกว่า ดังนั้นความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของกลุ่มที่มีบัตรสุขภาพอื่นๆ จึงมีน้อยกว่า เพราะหากไม่พอใจในคุณภาพบริการสถานพยาบาลของรัฐหรือคุณภาพบริการไม่สนองต่อความต้องการ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ก็สามารถไปใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชนหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ได้

ผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อกลับมาช่วยจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นด้านผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าประชาชนมีความคิดเห็นว่าการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ไม่มีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่าย มีความเหมาะสม และมีความยินดีที่จะร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง ซึ่งกลุ่มที่แสดงความคิดเห็นดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชาชนผู้ไม่มีรายได้ และกลุ่มผู้มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท(ภาคผนวก) แสดงให้เห็นว่าในด้านความรู้สึกของประชาชนผู้มีรายได้น้อยนั้นค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาทนั้นไม่มีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ

หากนำข้อมูลความคิดเห็นดังกล่าวนี้มาพิจารณาร่วมกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเดินทางมาใช้บริการแต่ละครั้ง เราจะพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท กับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ผู้ให้บริการต้องจ่ายในแต่ละครั้ง เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมอื่นๆ ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเพิ่มเติม



และค่าบริการแฝง(รายได้ที่ต้องสูญเสียจากการมาใช้บริการ) คิดเป็นจำนวนเงินโดยเฉลี่ย 556 บาท มีค่าต่างกันกว่า 18 เท่า ดังนั้นค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท จึงดูเหมือนว่าไม่มีการจ่ายเพิ่มขึ้นเลย และไม่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ แม้ความเคยชินกว่า 6 ปี ตั้งแต่ปี 2549-2555 ที่ประชาชนใช้บริการโดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของประชาชนบ้าง แต่หากกรณีสถานพยาบาลจะเรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นอีก การศึกษาค้นคว้าพบว่ายังมีกลุ่มประชาชนกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งยินดีและพร้อมที่จะจ่ายเงินที่มากกว่า 30 บาท โดยสามารถจ่ายได้เฉลี่ย 169.22 บาท นั้นแสดงว่าเงินจำนวน 30 บาท ยังไม่ใช่ตัวเลขสุดท้ายของความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถจ่ายค่าบริการสูงสุดโดยไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 159.75 บาท แสดงว่าการกลับมาร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทองด้วยจำนวนเงินมูลค่า 30 บาท ไม่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะ

สถานพยาบาลควรพัฒนาสิ่งที่ผู้ให้บริการคาดหวังมาก 2 ประเด็นหลักคือ คุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ และคุณภาพบริการด้านความเป็นธรรม และคำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยด้านอายุ อาชีพ รายได้ ภูมิฐานะ การมีบัตรสุขภาพอื่นๆ และเวลาที่ใช้บริการในสถานพยาบาลเพื่อให้ตอบสนองต่อความคาดหวัง และเกิดความพึงพอใจสูงสุด เช่น อาจต้องใส่ใจกลุ่มผู้ให้บริการที่มีอายุมากเป็นพิเศษ โดยจัดกิจกรรมระหว่างการรอคอย เช่น ออกกำลังกายขณะนั่งรอ หรือมีเจ้าหน้าที่แนะนำให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ สำหรับระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีความคาดหวังคุณภาพบริการที่ต่างกันดังนั้นสถานพยาบาลจะต้องจัดห้องให้คำปรึกษากับผู้ป่วย การจัดบริการพิเศษให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องคอยการใช้บริการที่ยาวนานมาก นั้นหมายถึงอาจมีกิจกรรมระหว่างรอตรวจ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ระบบการระบุเวลาการเข้าตรวจที่ชัดเจน และแน่นอน เพื่อลดความกังวลในการรอคอย เป็นต้น

คุณภาพบริการด้านที่ต้องพัฒนาในลำดับแรกได้แก่ คุณภาพบริการที่มีความคาดหวังในระดับมาก คือ คุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องของการรักษาและการบริการ และคุณภาพบริการด้านความเป็นธรรม ดังนี้ คือ เป็นไปได้หรือไม่ที่สถานพยาบาลจะเปิดให้บริการในช่วงเวลาที่ประชาชนสะดวก เช่น ประชาชนสะดวกมาใช้บริการในช่วงเวลาหลังเวลาราชการ วันหยุดเสาร์อาทิตย์ หรือช่วงเวลาก่อนไปทำงาน และสามารถกำหนดวันเวลาที่แน่นอนให้กับผู้ให้บริการ เช่น นัดนาย ก. มาตรวจโรคเบาหวานเวลา 10.00น. ที่ห้องตรวจโรค 1 โดยแจ้งกำหนดเวลาการนัดหมายว่า นาย ก.จะต้องมาลงทะเบียนผู้ป่วยนอกก่อนเวลานัด 30 นาที เป็นต้น หรือเป็นไปได้หรือไม่ที่จะสามารถแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนมาตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็นในประเด็นเรื่องค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ทำให้ทราบว่าประชาชนผู้ใช้บริการมีความสามารถในการจ่ายเงินค่าธรรมเนียมได้มากกว่า 30 บาทและพร้อมที่จะจ่ายเงินค่าธรรมเนียมที่เพิ่มขึ้นหากมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น ดังนั้นสถานพยาบาลสามารถปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อให้กลุ่มผู้ให้บริการกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่าย มีช่องทางในการใช้บริการเพื่อเกิดความพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งอาจมองว่าจะเกิดความไม่เป็นธรรม แต่หากแยกกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายออกไปซึ่งกลุ่มดังกล่าวนี้อาจจะไปใช้บริการในช่วงเวลาที่เสียค่าธรรมเนียมที่มากกว่าก็จะทำให้จำนวนผู้ให้บริการในช่วงเวลาปกติลดลง ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปเนื่องจากเริ่มมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2555 ระยะเวลาผ่านมาแล้วเกือบ 2 ปี อาจ

ส่งผลต่อประสบการณ์คุณภาพบริการที่เคยได้รับในโรงพยาบาล และความแตกต่างของคุณภาพบริการในช่วงก่อนและหลังการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมบัตรทอง 30 บาท ผู้วิจัยจึงจำเป็นที่จะต้องอธิบาย ทำความเข้าใจอย่างละเอียดกับแบบสัมภาษณ์ และใช้เวลาในการตอบ อีกทั้งการใช้บุคลากรทางสาธารณสุขในพื้นที่อาจส่งผลให้ประชาชนผู้ให้สัมภาษณ์มีความระมัดระวังในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถามคุณภาพบริการ ผู้วิจัยเสนอแนะว่าในการศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้บุคคลภายนอกในการสัมภาษณ์ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์สามารถตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีอิทธิพลอื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

- จินดารัตน์ สุวรรณสุจริต. (2544). **ความพึงพอใจในงานบริการของผู้รับบริการนอกเวลาราชการที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จิราพร จิตดี. (2545). **ความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวฝาย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัวลักษณ์ จันทระ. (2550). **การเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพรพนา ศรีเสน.(2544). **ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนีรัตน์ ทรัพย์อนันต์ชัย ศิริพรรณ วิสุทธิพรผล ศรีประภา ยัมสมิทธิ์ พรทิพย์ บุญหนัก และปิยวดี ทองทั้งสาย. (2544). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปในการมารับบริการที่โรงพยาบาลพระประแดง**. รายงานคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- โยธิน แสงวดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ.(2547). **การสำรวจสภาพปัญหาและทุกข์ของประชาชน เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข**. นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดา สรณรักษ์.(2543). **ความพึงพอใจและความต้องการในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วันเพ็ญ สอนสีดา.(2545).**ความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ : ศึกษากรณีโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(สังคมวิทยาประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.



- เวสารัช สุจินโน. (2547). การประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัด ลำพูน. การศึกษาโดยอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง. (2545). รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 รายงานวิจัย เรื่องการติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค ของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- ศรายุทธ สมศรี. (2545). พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิวรรณ ศิลป์ประกอบ.(2544). ความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก: ศึกษากรณีโรงพยาบาลตำรวจ.ภาคินพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. (2545). การติดตามประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545. “30 บาท รักษาทุกโรค” โชคหรือเคราะห์ร้ายของใคร: หลากหลายมุมมอง จากผู้ให้ผ่านผู้รับ สู่ผู้ประเมินถึงผู้อ่าน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.นนทบุรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี.
- อังสุมาลี ผลภาค. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. วิชัย เอกพลากร. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. รัตน์ สรรเสริญ. (2555). การตอบสนองผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพและสถานบริการที่ต่างกัน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อัญชญา ณ ระนอง. (2548). ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน. รายงานวิจัยเล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 (2546-47). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- Yamane, Taro. (1967). “Statistics, An Introductory Analysis”, 2nd Ed., New York: Harper and Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ
ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

Associating Factors with Basic Compensation for Injuries
from Health Services

จิรารัตน์ ขาวเงินยวง

deksunchai@windowsslive.com

มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

This research is a descriptive research by using secondary data. This research has the purpose to find associating factors with basic compensation for injuries from health services. Sample group used in this study include patients who suffered damages, collected and recorded at National Health Security Office from October 2011 to September 2012. There were 208 people in the sample group. The data was analyzed using descriptive statistics and analytical statistics such as Chi-square and Fisher's Exact Test.

Research's results found that most patients were female (62 percent). The applicants were mostly female (68.3 percent). Regarding relationships with the applicant, mainly were parents, 38.9 percent. Information is believed to have caused damage to the type of service that the service is very real. Community hospitals is the health service unit utilized the most, (48.6 percent of patients); in-patient unit is the most utilized department 95.7 per cent; department which was utilized most is obstetric (37.5 percent). The direct cause of the most damage caused by unavoidable (77.9 percent); individual who provides directly related to damage the most is doctors (53.4 percent). Initial payment was associated with degree of damaged (severity of damage) and the duration of the damage.

From the research findings, it is suggested that there should be a law formulate to set up funding to compensate for the medically injured without the need to prove liability to be practiced in Thailand. And as a tool to help resolve the conflict between physician and patient. And not to sue the doctor.

Keywords: Patient/Basic Compensation for Injuries/No Fault Liability Fund



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีการบันทึกรวบรวมไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2555 (1 ตุลาคม 2554-30 กันยายน 2555) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 208 ราย สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงวิเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วย การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 ส่วนผู้ยื่นคำร้องนั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 มีความสัมพันธ์กับผู้ยื่นคำร้องส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาร้อยละ 38.9 รายละเอียดที่เชื่อได้ว่าเกิดความเสียหาย พบว่า ประเภทของหน่วยบริการที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 48.6 ประเภทของบริการมากที่สุดคือ ผู้ป่วยใน ร้อยละ 95.7 สาขาที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ สูติกรรม ร้อยละ 37.5 สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเสียหายส่วนใหญ่เกิดจากเหตุสุดวิสัย ร้อยละ 77.9 บุคคลผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเสียหายมากที่สุดคือ แพทย์ ร้อยละ 53.4 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายคือ ประเภทความเสียหาย(ระดับความรุนแรงของความเสียหาย) และระยะเวลาของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย

ข้อเสนอแนะคือ ควรมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เพื่อเน้นการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมากกว่าที่จะหาผู้กระทำความผิดมาลงโทษ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ และไม่ให้เกิดการฟ้องร้องต่อแพทย์

คำสำคัญ: ผู้ได้รับความเสียหาย/การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

แนวคิดการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพโดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด (No fault liability) นั้นได้มีการนำมาใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย สวีเดน อังกฤษ และนิวซีแลนด์ ซึ่งมีการจัดตั้งองค์กรอิสระรับเรื่องร้องทุกข์ และทำหน้าที่เจรจาเพื่อประนีประนอมระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ และให้การช่วยเหลือชดเชยหากมีการได้รับการบาดเจ็บเกิดขึ้นส่วนในประเทศไทย แนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายโดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด เริ่มมีในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการในสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) (พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับความยุติธรรมจากการได้รับความเสียหาย ได้รับการชดเชย เยียวยาอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง อีกประการคือ

เพื่อให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์มีขวัญกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพงานบริการโดยไม่ต้องกังวลถึงภาระความรับผิดชอบในการชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากสถานการณ์ต่างๆที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพโดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข (ไพจิตร ปุญญพันธ์, 2545) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547-2555 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่ามีการพิจารณาคำร้องการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เพิ่มขึ้นทุกปี ที่เพิ่มขึ้นอาจเนื่องมาจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ระยะแรกยังไม่มีการรับรู้ทั่วไป ต่อมาเมื่อมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นจึงทำให้มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เพิ่มขึ้น การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้นได้ การจ่ายเงินช่วยเหลือนี้เป็นการนำระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดมาใช้ ผู้เสียหายจึงได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือที่แน่นอนกว่าการฟ้องร้องดำเนินคดีทางศาล มีระยะเวลาการพิจารณาที่เร็วกว่า ทำให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายได้รับเงินช่วยเหลือรวดเร็วและทันท่วงที(โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2550) เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหาย กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดให้มีมาตรการในการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยคณะกรรมการจะพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็จะพิจารณาว่าจะจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเท่าใด โดยจะพิจารณาถึงประเภทและความรุนแรงของความเสียหาย(สำนักกฎหมายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2555)

จากการทบทวนการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ที่ผ่านมาพบประเด็นที่น่าสนใจคือ กรณีความเสียหายที่เกิดประเภทเดียวกันและความรุนแรงคล้ายกัน แต่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายได้รับเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินที่แตกต่างกัน หลักการจ่ายเงินชดเชยมีไม่ชัดเจน สอดคล้องกับรายงานของปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2553) ที่ศึกษาเรื่องการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์เพื่อการจ่ายชดเชย พบว่ามีปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือ ในการวินิจฉัยเพื่อตัดสินการจ่ายเงินช่วยเหลือ ภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่าจ่ายหรือไม่จ่ายซึ่งน่าจะนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการฯใช้ตัดสิน “จ่ายเงิน” คือ เป็นเหตุสุดวิสัย เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา” ตรงตามข้อบังคับฯ และเหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการฯใช้ตัดสินไม่จ่ายเงิน คือเป็นผลจากกระบวนการของโรค เช่นเดียวกับผลการพิจารณาในฐานะที่เป็นหน่วยงานรัฐที่ดูแลความเสียหายและให้การชดเชยผู้รับบริการทั่วประเทศ ตลอด 10 กว่าปีที่ผ่านมา ที่รายงานว่าให้การช่วยเหลือเยียวยาจากกองทุนอุดหนุนโดยรัฐบาลมีกองทุนที่จำกัด ผลที่ผู้รับบริการยังไม่ได้ความเป็นธรรม (สารัตน์ สองเมืองสุข, 2554) แม้ว่าความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลนั้นอาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจาก สาเหตุที่ป้องกันได้หรือเหตุสุดวิสัยก็ตาม แต่ควรมีการพัฒนากระบวนการช่วยเหลือและชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้เสียหายอย่างเท่าเทียมกัน เป็นมาตรฐานเดียวกัน (บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์, 2555) โดยเฉพาะกรณีที่ได้รับ ความเสียหายประเภทเดียวกันและความรุนแรงคล้ายกัน



แต่กระบวนการพิจารณาเพื่อสร้างเกณฑ์มาตรฐานการจ่ายค่าชดเชยดังกล่าว ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาในการจ่ายค่าชดเชย

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาพัฒนาเกณฑ์การตัดสินใจจ่ายเงินชดเชยให้เกิดความยุติธรรมและเป็นมาตรฐานเดียวกันสืบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เจิงพรรณนา ในผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปีงบประมาณ 2555 (1 ตุลาคม 2554-30 กันยายน 2555) รวมทั้งสิ้นจำนวน 834 ราย โดยนำข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์นั้นจะไม่ระบุชื่อของผู้รับบริการและสถานพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย และนำเสนอในภาพรวม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระคือ ประเภทของความเสียหาย (ระดับความรุนแรง) สาขาเข้ารับบริการและเกิดความเสียหาย ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ตัวแปรตามคือ การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ได้แก่ ประเภทของความเสียหาย (ระดับความรุนแรง) สาขาเข้ารับบริการและเกิดความเสียหาย ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี

หลักเกณฑ์การพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

1. ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นผู้ได้รับความเสียหาย

2. ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. เป็นการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.
4. ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือ เหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับศูนย์เครือข่ายวิชาการร่วมกับศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน (2552) สำนวความความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2552): กรณีศึกษาตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาที่เคยประสบจากการปฏิบัติงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการบริการรักษาพยาบาล บุคลากรไม่เพียงพอในการส่งเสริมป้องกันโรค ผู้ป่วยมีความหวังสูงหรือมีความต้องการมากเกินไปจริงหรือคิดว่าตนเองได้รับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน

เกียรติพงศ์ จิราพงศ์ (2551) ศึกษาว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อการใช้บริการของบุคลากรทางการแพทย์และเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล โดยภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้มีสาเหตุมาจากปริมาณผู้รับบริการที่มากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2553) ที่ศึกษาเรื่องการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์เพื่อการจ่ายชดเชย พบว่ามีปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือ ในการวินิจฉัยเพื่อตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือ ภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่าจ่ายหรือไม่จ่ายซึ่งน่าจะนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิคือ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปีงบประมาณ 2555 (1 ตุลาคม 2553-30 กันยายน 2555) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 208 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ซึ่งแบ่งประชากรออกเป็น 13 เขต แบ่งเป็นเขตละ 16 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงวิเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และ Fisher's Exact Test

ข้อค้นพบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการเป็นเพศหญิง จำนวน 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 62 และเพศชาย จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 38 อายุ พบว่า กลุ่มอายุ 0-5 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 มีจำนวนน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 76-80 ปี, 86-90 ปี และ 101-105 ปี จำนวน 1 ราย



คิดเป็นร้อยละ 0.5 อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ประกอบอาชีพ/ทำงาน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 จำนวนน้อยสุดคือ ค้าขาย จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.3 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษา จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 จำนวนน้อยสุดคือ ปริญญาตรี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 รายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่คือกลุ่มรายได้ 0-5,000 บาท จำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.3 จำนวนน้อยสุดคือ กลุ่มรายได้ 15,000-20,000 บาท จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ยื่นคำร้อง

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ยื่นคำร้องเป็นเพศหญิง จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.3 และ เพศชาย จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.3 ผู้ยื่นคำร้องที่ยื่นคำร้องมีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา จำนวน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.9 จำนวนน้อยสุดคือหน่วยบริการเป็นผู้ยื่นคำร้อง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5

ส่วนที่ 3 รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เชื่อว่าจะได้เกิดความเสียหาย

รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เชื่อว่าจะได้เกิดความเสียหาย เป็นพื้นที่หน่วยบริการซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แบ่งเป็นเขตเขตละ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7

พื้นที่ภาคมากที่สุดคือ ภาคกลาง จำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.7 จำนวนน้อยสุดคือภาค ตะวันตก จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.8

ประเภทของหน่วยบริการที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6 จำนวนน้อยสุดคือเทศบาล จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5

ประเภทของบริการมากที่สุดคือ ผู้ป่วยใน จำนวน 199 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.7 จำนวนน้อยสุดคือ สังเกตอาการ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4

ประเภทของความเสียหาย(ระดับความรุนแรงของความเสียหาย)มากที่สุดคือ เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 จำนวนน้อยสุดคือสูญเสียอวัยวะหรือพิการ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.8

สาขาเข้ารับบริการและเกิดความเสียหายมากที่สุดคือ สูติกรรม จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 จำนวนน้อยสุดคือนรีเวชกรรม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0

ผลการพิจารณาเงินที่จ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (นิยาม) ผลการพิจารณาเงินที่จ่าย น้อย หมายถึง น้อยกว่า 50,000 บาท ปานกลาง หมายถึง 50,001-120,000 บาท มาก หมายถึง 120,001-200,000 บาท พบว่า ผลการพิจารณาเงินที่จ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่เชื่อว่าจะได้เกิดความเสียหายมากที่สุดคือ น้อย จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.9 จำนวนน้อยสุดคือ ปานกลาง จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9

ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย (นิยาม) ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย มาก หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายมากกว่า 20 วัน ปานกลาง หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายมากกว่า 3 วัน แต่ไม่เกิน 20 วัน น้อย หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายไม่เกิน 3 วัน พบว่า

ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายมากที่สุดคือ มาก และ น้อย จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.1 น้อยสุดคือ ปานกลาง จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.4

สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุดคือเป็นความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัย จำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.9 น้อยสุดคือ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข และ เป็นความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและเหตุสุดวิสัย จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1

บุคคลผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเสียหายมากที่สุดคือ แพทย์ จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.4 จำนวนน้อยสุดคือ เกษีกร,พนักงานขับรถเงิน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0

ส่วนที่ 4 1) วิเคราะห์การพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์การพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขคือ เป็นผู้รับบริการที่มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเป็นผู้ได้รับความเสียหาย จำนวน 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข จำนวน 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

เป็นเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล จำนวน 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.0

เป็นเหตุแห่งความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคเหตุแห่งความเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดจากเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรคนั้นอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการรักษาโรคตามมาตรฐาน จำนวน 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากความเสียหายที่เกิดขึ้น หรือวันที่ทราบความ จำนวน 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ไม่ต้องรอพิสูจน์ถูกผิด หรือพิสูจน์ทางการแพทย์ จำนวน 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

2) วิเคราะห์ผลการพิจารณาและมติของคณะกรรมการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์ผลการพิจารณาและมติของคณะกรรมการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขคือ ประเภทความเสียหายจำแนกตามข้อบังคับข้อ 6 พบว่า ประเภทความเสียหายจำแนกตามข้อบังคับข้อ 6 มากที่สุดคือ ข้อ6(1)เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.8 จำนวนน้อยสุดคือ ข้อ6 (2)สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.8

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นจ่ายให้กับผู้ใด มากที่สุดจ่ายให้กับผู้ยื่นคำร้องกรณีผู้ยื่นคำร้องไม่ใช่ผู้เสียหาย จำนวน 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.2 อันดับสอง คือ ผู้เสียหาย จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8

3) วิเคราะห์เหตุผลการยื่นคำร้องของการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข



เหตุการณ์ยื่นคำร้องของการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.8 อันดับสองคือ ทารกเสียชีวิต จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6

4) วิเคราะห์ประเภทของหน่วยบริการในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ประเภทของหน่วยบริการในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมากที่สุดคือ เป็นหน่วยบริการภาครัฐบาล จำนวน 197 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.7 อันดับสองเป็นหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ได้แก่ ประเภทของความเสียหาย (ระดับความรุนแรง) สาขาเข้ารับบริการและเกิดความเสียหาย ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พบว่า ประเภทของความเสียหาย (ระดับความรุนแรงของความเสียหาย) และระยะเวลามีความสัมพันธ์กับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น		การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย				χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
ประเภทของความเสียหาย (ระดับความรุนแรงของความเสียหาย)	ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง	76	7	0	83	234.353	.000
	สูญเสียอวัยวะหรือพิการ	3	31	1	35		
	เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร	4	20	66	90		
สาขาเข้ารับบริการและเกิด	กุมาร	7	3	8	18	2.399	.880
	อายุรกรรม	12	8	11	31		
	สูติกรรม	37	29	30	96		

ความเสียหาย	ศัลยกรรม	22	12	16	50		
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น		การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย				χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
ระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหาย	น้อย (0-3วัน)	12	20	43	75	40.281	.000
	ปานกลาง (4-20วัน)	29	15	13	57		
	มาก (>20วัน)	41	23	11	75		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

ข้ออภิปราย

จากผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62 ผู้ยื่นคำร้อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 ประเภทของหน่วยบริการที่เข้ารับบริการและได้รับความเสียหาย ส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 48.6 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสำนักงานระบาดวิทยา ที่สำรวจและรายงานสถิติของผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และสถานพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน

ประเภทของหน่วยบริการที่เข้ารับบริการ พบว่า ประเภทของหน่วยบริการที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 48.6 ประเภทของบริการ พบว่า ประเภทของบริการมากที่สุดคือ ผู้ป่วยใน ร้อยละ 95.7 ประเภทของหน่วยบริการในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมากที่สุดคือ เป็นหน่วยบริการภาครัฐบาล ร้อยละ 94.7 โดยผลการวิจัยอธิบายได้ว่าความเสียหายส่วนใหญ่พบในโรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการระดับต้น (Primary Care Level) ตั้งขึ้นในพื้นที่ห่างไกล เข้าถึงบริการยาก เครื่องมือทางการแพทย์น้อยหรือมีประสิทธิภาพไม่เท่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญ ว่าโรงพยาบาลชุมชนควรมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นหรือมีระบบการส่งต่อที่รวดเร็วมากขึ้น เพื่อลดปัญหาความผิดพลาดหรือการฟ้องร้องทางการแพทย์และหน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการภาครัฐบาล อาจเนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ที่เกิดจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในบริการรักษาพยาบาล จากการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับศูนย์เครือข่ายวิชาการร่วมกับศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน (2552) สำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2552): กรณีศึกษาตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาที่เคยประสบจากการปฏิบัติงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการบริการรักษาพยาบาล บุคลากรไม่เพียงพอในการส่งเสริมป้องกันโรค ผู้ป่วยมีความหวังสูงหรือมีความต้องการมากเกินไปจริงหรือคิดว่าตนเองได้รับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน



การดำเนินงานควรจัดทำแผนอัตราค่าจ้าง จัดเตรียมเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติพงศ์ จิราพงศ์(2551)ศึกษาว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อทำให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์และเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของ โรงพยาบาล โดยภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้มีสาเหตุมาจากปริมาณผู้รับบริการที่มากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

บุคคลผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเสียหายมากที่สุดคือ แพทย์ จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.4 โดยผลการวิจัยอธิบายได้ว่าผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเสียหายส่วนใหญ่เป็นแพทย์ อาจเนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็นในทางหาทำไรเชิงธุรกิจ อาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติเปลี่ยนไป โดยประชาชนที่เคยมีความรู้สึกนับถือไว้วางใจ ได้เปลี่ยนแปลงเป็นมาโรงพยาบาลเพื่อใช้บริการ หรือมาซื้อบริการ ความสัมพันธ์จึงเปลี่ยนไปในเชิงสัญญาไม่ใช่นับถือและไว้วางใจ เมื่อไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวังจึงเกิดการเรียกร้องขึ้น(หมอมหาบ้านม,2551)

จากผลการวิจัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายมีความสัมพันธ์กับประเภทของความเสียหาย (ระดับความรุนแรงของความเสียหาย)และระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหาย ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสาระสำคัญของคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือคือ ในการพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องจะคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) และเป็นไปตามแนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุขคณะอนุกรรมการพิจารณาความเสียหายและมีความเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วให้คณะอนุกรรมการพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของความเสียหายประกอบ และ ไม่สอดคล้องกับปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2553) ที่ศึกษาเรื่องการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จาก บริการทางการแพทย์เพื่อการจ่ายชดเชย พบว่ามีปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือ ในการวินิจฉัยเพื่อ ตัดสินการจ่ายเงินช่วยเหลือ ภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่าจ่ายหรือไม่จ่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เพื่อเน้นการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมากกว่าที่จะหาผู้กระทำความผิดมาลงโทษ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ และไม่ให้เกิดการฟ้องร้องต่อแพทย์
2. ควรมีการพัฒนาเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยมีการสร้างตัวชี้วัดที่มีมาตรฐานเป็นแบบเดียวกันเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความยุติธรรมในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ
3. ผู้รับบริการและผู้ยื่นคำร้องที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขควรมีการบันทึก รายละเอียดให้ครบถ้วน และชัดเจนตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด
4. ควรมีการกำหนดรูปแบบแบบบันทึกข้อมูลที่ได้มาตรฐานเป็นรูปแบบและทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุขให้กับคณะอนุกรรมการ

5. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางหลักเกณฑ์การพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

บรรณานุกรม

- เกียรติพงศ์ จิราพงศ์. (2551). ผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนครพิงค์. รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพมหานคร.
- โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2550). ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พึงโทษตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความผิด. เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข.
- บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์. (2553). การได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 กับการฟ้องร้องคณแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 5, 205-215.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2553). การวินิจฉัยไม่พึงประสงค์จากการบริหารทางการแพทย์เพื่อการจ่ายเงินชดเชย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4.
- ปัทมา เต็มบุญ. (2554). การบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการที่ได้รับจากกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยธิดา ตรีเดช. (2552). หลักการบริหารจัดการ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส. พี. เอ็น. การพิมพ์ จำกัด.
- ไพจิตร ปุญญพันธ์. (2545). เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายแพ่ง 2 หน่วยที่ 14 ค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดและนิรโทษกรรม. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 25) กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สารัตน์ สองเมืองสุข. (2554). การจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตแห่งชาติ. ครั้งที่ 23 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ระหว่างวันที่ 23-24 ธันวาคม 2554:263-264.
- สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน. (2552). ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2552. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.



การประชุมวิชาการประจำปี สังคมศาสตร์
มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์
ครั้งที่ 9 ประจำปี พ.ศ.2558

หมอชาวบ้าน. (2551). ปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. Retrives June 20,2011,from <http://www.doctor.or.th/clinic/detail/7043>.

อุดม ลีลาทวิวุฒติ. (2551). คุณภาพของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล: ปัญหาจากการตรวจพบและการฟ้องร้อง.ใน ฉัตรสุมนน พฤตมิถุนิโณ(บรรณาธิการ).บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข2551(พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า103-126). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

การเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี
ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา
Social Capital in Transition: HIV/AIDS Situation and Challenges
to Phayao Province

สลักจิต ชื่นชม
สุพรทิพย์ ภูวราชนันท์
นิภาพร ปินคำ, ณัฐณิชา เกตุกันทร
วณิชชา ตันเสนีย์
Seung Chun Paek
ณัฐณิชา มีมนต์
หน่วยวิจัยสังคมและสุขภาพ ภาควิชาสังคมและสุขภาพ
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The study aimed to explore the accumulation and utilization of social capital in response to dynamic HIV/AIDS situation in Phayao province. This descriptive study applied qualitative data collection methods including in-depth interviews of 19 governmental and non-governmental stakeholders at provincial, district, community levels and documentary review of facts regarding HIV/AIDS situation and policies. Content analysis was conducted to present the transition of social capital in relation to HIV/AIDS situation in Phayao province. The study findings indicated that Phayao province had developed strong social capital in response to severe HIV outbreaks and large number of AIDS-related deaths in the area with the involvement of diverse stakeholders from public health offices, health care providers, PLHA networks, and domestic and international non-government organizations. HIV/AIDS problems had been continuously mitigated by vigorous implementation on screening for HIV infection, prevention among population at-risk, reduction of social stigmatization, and improvement of access to quality HIV care. Upon the accomplishment of declining HIV/AIDS situation, non-government and international organizations started to withdraw their financial supports. The country's decentralization policies had put health promotion and prevention budget under local administrative office, creating a new stakeholder in the area. Furthermore, participation in HIV community had been seen unnecessary since later generations of PLHAs could access to ART and stigma in communities had decreased.



The re-emergence of HIV/AIDS in the population groups in which the infection was once controlled, together with the new pandemic in other vulnerable groups such as migrants, MSM, and younger people in recent years had posted challenges to Phayao province. With little or no supports from external funders, Phayao health authority must revise strategies to mobilize its remaining social capital: their long-term accumulated knowledge and experiences and local stakeholders engagement, in response to the return of HIV/AIDS.

Keywords: Transition/HIV/AIDS situation/PLHAs/Social Capital

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องการเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการจัดการปัญหาเอดส์ในจังหวัดพะเยา โดยมองการเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมที่ตอบสนองต่อพลวัตของสถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ในช่วงเวลาต่างๆ การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ขึ้นนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำนวน 19 คน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน และการทบทวนเอกสารข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุป จำแนกเป็นสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีแต่ละช่วงเวลาเพื่อแสดงการเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่รุนแรง และการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ทำให้จังหวัดพะเยามีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งและหลากหลาย โดยหน่วยงานภาครัฐ สถานพยาบาลทุกระดับ เครือข่ายผู้ติดเชื้อในชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระดับนานาชาติ ต่างเข้ามามีบทบาทในแต่ละช่วงเวลา การจัดการปัญหาในพื้นที่ที่มีพัฒนาการต่อเนื่อง ครอบคลุมมิติการค้นหาผู้ติดเชื้อ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มประชากรต่างๆ การลดการตีตรา และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและยาต้านไวรัส กระทั่งสถานการณ์เอดส์ของจังหวัดคลี่คลาย องค์กรพัฒนาเอกชนรวมถึงองค์กรระดับนานาชาติที่เคยเป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งในด้านงบประมาณ และองค์ความรู้ จึงค่อยๆ ลดบทบาทลงและส่วนใหญ่ได้ถอนตัวออกไปจากพื้นที่ นโยบายการกระจายอำนาจส่งผลให้งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพย้ายไปอยู่ภายใต้การตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเข้ามาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายใหม่ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่เห็นความจำเป็นของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพราะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัส และใช้ชีวิตได้ตามปกติเพราะชุมชนคุ้นชินกับโรคเอดส์

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเกิดการกลับมาอุบัติซ้ำของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเดิมที่เคยรณรงค์ป้องกันสำเร็จ รวมถึงกลุ่มประชากรใหม่ที่เข้าถึงได้ยาก ในขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชนและแหล่งทุนจากต่างประเทศไม่ได้กลับมาให้การสนับสนุนด้วย จึงเป็นข้อท้าทายของจังหวัดพะเยา ที่จะสามารถขับเคลื่อนทุนทางสังคมเท่าที่มีอยู่ ได้แก่ องค์ความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมมายาวนาน รวมถึงความร่วมมือร่วมใจใน

ระดับท้องถิ่น เพื่อรื้อฟื้นการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ที่กลับมาอีกครั้ง

คำสำคัญ: การเปลี่ยนผ่าน/สถานการณ์เอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ทุนทางสังคม

บทสรุปงานวิจัย

บทนำ

โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก โดยโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้ประมาณการว่า ในปี พ.ศ.2556 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกที่ยังมีชีวิตอยู่ 35 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 1.5 ล้านคน ผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่เริ่มมีการระบาด 78 ล้านคน และผู้ติดเชื้อรายใหม่ มีประมาณ 2.1 ล้านคน โดยทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง (UNAIDS, Year)

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาถึงร้อยละ 95 โดยอยู่ในทวีปแอฟริกามากที่สุด มีประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด (220.5 ล้านคน) ประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ติดเชื้อมากเป็นอันดับ 2 คือ 6.7 ล้านคน ประเทศลาตินอเมริกามีผู้ติดเชื้อมากเป็นอันดับที่ 3 คือ 1.4 ล้านคน (เช่น ฤทัย กาญจนะจิตรา, 2542) และกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่มากที่สุด อยู่ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ และลูกค้าผู้ใช้บริการ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด กลุ่มชายรักชาย และประชากรข้ามเพศ ยังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2555)

ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย โรคเอดส์แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 30 ปี โดยนับตั้งแต่การได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ.2527 สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ จึงมีนโยบายควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหลายกลุ่มประชากรลดลงโดยลำดับ โดยสำนักระบาดวิทยาได้รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกือบ 700,000 คน แต่หลังจากมีการดำเนินการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเอดส์ลดลง เหลือประมาณ 388,621 คน ในปี พ.ศ.2557 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2557)

สถิติปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยมีรายงานผู้ติดเชื้อสะสมทั้งสิ้นประมาณ 1,194,515 คนในจำนวนนี้ ยังมีชีวิตอยู่ 438,629 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 7,695 คน ซึ่งกว่าร้อยละ 90 ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และในปัจจุบันผู้ติดเชื้อรายใหม่กว่าร้อยละ 62 อยู่ในกลุ่มชายรักชาย พนักงานขายบริการทางเพศ และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยทั้ง 3 กลุ่มนี้ส่วนหนึ่งมีอายุในช่วงเยาวชน ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2557)

ภาพรวมสถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่สอดคล้องกับสถานการณ์โลก ทั้งอัตราการเสียชีวิตและการติดเชื้อรายใหม่ที่มีแนวโน้มลดลง และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยกลุ่มเดียวกันนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงในยุคแรกของการแพร่ระบาด จึงอาจกล่าวได้ว่า สถานการณ์การติดเชื้อเอช



ไอวีในปัจจุบันกำลังย้อนกลับมาที่กลุ่มเสี่ยงกลุ่มเดิมๆ ที่เคยพบมากแล้วหายไป และยังพบเพิ่มในกลุ่มประชากรใหม่ๆ อีกด้วย

รายงานของศูนย์วิจัยโรคเอดส์พบว่า ในช่วง 3 ปีแรกของการพบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย นับจากปี พ.ศ.2528 โรคเอดส์ระบาดสูงในกลุ่มชายรักชาย ต่อมาในปี พ.ศ.2531 พบการระบาดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ปี พ.ศ.2532 เป็นกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ปี พ.ศ.2533 เป็นกลุ่มชายนักเที่ยวที่ติดกามโรคจากหญิงขายบริการ และในปีถัดมาเริ่มพบการระบาดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภรรยาของชายนักเที่ยว และการระบาดในทารกแรกคลอด ซึ่งสาธารณสุขไทยมุ่งแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องยาวนานหลายปี แต่หลังจากปี พ.ศ.2550 ปัญหาเอดส์เริ่มคลี่คลาย ขณะที่ปัญหายาเสพติดรุนแรงขึ้น รัฐบาลจึงมุ่งให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหายาเสพติดแทน งานเอดส์หลายภาคส่วนถูกลดบทบาทลง ทั้งคลินิกกามโรค การสนับสนุนถุงยางอนามัย กระทั่งปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา เริ่มพบการระบาดในกลุ่มประชากรใหม่ๆ มากขึ้นเป็นคลื่นลูกใหม่ อาทิ การติดเชื้อเอชไอวีในคู่มือเล็ดลอดต่าง กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นต้น

การอุบัติซ้ำของเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ภาครัฐกลับมาให้ความสำคัญกับปัญหาเอดส์อีกครั้ง โดยกรมควบคุมโรคมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี พ.ศ.2555-2559 เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของการยุติปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากร 9 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานหญิงบริการ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มคู่มือเล็ดลอดต่าง กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2557)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัญหาที่มีผลวัดสูง สถานการณ์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวไม่หยุดนิ่ง จึงเป็นประเด็นท้าทายสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติการในทุกระดับที่จะต้องติดตามสถานการณ์ให้ทัน การศึกษาเรื่องการเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา จะทำให้เราได้ทบทวนว่า เกิดอะไรขึ้นบ้างในแต่ละช่วงเวลา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตอบสนองและจัดการกับสถานการณ์เอดส์อย่างไร ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งนำไปสู่การคาดการณ์ถึงแนวโน้มในอนาคต และข้อท้าทายที่จะเกิดขึ้นกับวงการเอดส์ได้

การศึกษาเลือกศึกษาในพื้นที่จังหวัดพะเยา เนื่องจากพะเยาเคยเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงสุด ตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาด โดยพบการรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2532 และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นที่เข้ามารับบริการด้านการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532-กันยายน 2557 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 17,662 ราย เป็นชาย 11,018 ราย หญิง 6,644 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว 7,753 ราย อัตราส่วนการป่วยรวมทั้งสิ้นชาย: หญิง เท่ากับ 1.66: 1 อัตราการป่วย ชาย: หญิง ในปี พ.ศ.2557 เท่ากับ 2.55: 1 โดยพบว่าสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 94.80 ติดเชื้อจากการด่าสู่ทางทวาร ร้อยละ 4.91 และจากการฉีดยาเสพติด ร้อยละ 0.26 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2557)

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดพะเยาแม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวโน้มลดลงมาก แต่ยังถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ทั้งนี้ เพราะมีการระบาดอย่างรุนแรงมาก่อน การระบาดที่ค่อยๆ ลดลงนั้นได้เปลี่ยนแปลงลักษณะการติดเชื้อจากโรคระบาดไปเป็นโรคประจำถิ่น และจากความรุนแรงของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้องค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศและจากนอกประเทศ ต่างมุ่งเข้ามาแก้ไขปัญหาเอดส์ใน

พื้นที่อย่างเข้มข้น และด้วยความร่วมมือร่วมใจทำให้ในที่สุดจังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาเอดส์ จนได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่สาธิตการทำงานเรื่องโรคเอดส์ในพื้นที่ ภายใต้โครงการ ASEAN Cities Getting to Zero ตามยุทธศาสตร์โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และเป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในประเทศไทย และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ.2555-2559 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2557)

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีลักษณะพิเศษในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยมีการบูรณาการทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐมีสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ในการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และมีระบบให้บริการด้วยยาต้านไวรัส ด้านภาคเอกชนมีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์เข้ามาในพื้นที่จังหวัดพะเยาหลายองค์กร อาทิ มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา มูลนิธิรักไทย มูลนิธิธิดาเมตตาธรรม มูลนิธิ PSI องค์กรแพथูเฮลท์ มูลนิธิศุภนิมิต มูลนิธิต้นกล้าความดี มูลนิธิหมอเสม พริ้งพวงแก้ว และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยา ซึ่งเข้ามาทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ และดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ในพื้นที่จังหวัดพะเยาอย่างยาวนาน นอกจากนี้ยังมีองค์กรต่างประเทศ อาทิ องค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ปี พ.ศ.254-2545 องค์กรยูนิเซฟ (UNICEF) ปี พ.ศ.2545-2547 องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น Japan International Cooperation Agency-JICA) ปี พ.ศ.2541-2546 ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข(TUC) ปี พ.ศ.2547-2549 ศูนย์ประชาคมเอดส์จังหวัดพะเยาโดยกองทุนโลก (Global Fund) ปี พ.ศ.2550-2557 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจังหวัดพะเยาเป็นพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมจำนวนมาก ทั้งเครือข่ายการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และการมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย ด้วยประวัติการจัดการปัญหาเอดส์มายาวนานและประสบความสำเร็จ จังหวัดพะเยาจึงเป็นพื้นที่กรณีศึกษาที่น่าจะเป็นภาพสะท้อนความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ที่ไม่มีวันหยุดนิ่งต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ: สถานการณ์เปลี่ยนผ่าน หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง มีทิศทางเปลี่ยนแปลงจากสถานะเดิมไปสู่สถานะใหม่ โดยมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือการจัดการเรื่อยมา ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ทุนทางสังคม หมายถึง ทุนที่ดำรงอยู่โดยธรรมชาติในสังคม สามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ เช่น ความสัมพันธ์กันในระดับบุคคล เครือข่ายในชุมชนและนอกชุมชน ผ่านวัฒนธรรมของชุมชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพลวัตของสถานการณ์เอดส์ในจังหวัดพะเยา นับตั้งแต่ยุคแรกของการติดเชื้อ จนถึงปัจจุบัน
2. เพื่อทบทวนการจัดการปัญหาเอดส์ในจังหวัดพะเยา โดยมองการเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมที่ตอบสนองต่อพลวัตของสถานการณ์เอดส์ในช่วงเวลาต่างๆ



แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคมกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดพะเยา มีความจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) และแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitions Theory) โดยทุนทางสังคม (Social capital) ถูกมองว่าเป็นปัจจัยเอื้อหนุนให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ เช่น ความไว้วางใจกัน การใช้ประโยชน์ร่วมกัน การเกื้อกูลกัน การตอบแทนกันและการเป็นสมาชิกภาพของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการประเมินภาวะสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์เหล่านี้มีนัยสำคัญทางทฤษฎีเกี่ยวกับทุนทางสังคม เมื่อมองในรูปของเครือข่ายทางสังคมที่เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปสู่การปฏิบัติ (Coleman, 1997) สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมา มีการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทุนทางสังคมมาอธิบายเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี พบว่า ทุนทางสังคมมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงอัตราการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี กล่าวคือพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อมีผลต่อความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละพื้นที่ และทุนทางสังคมที่กล่าวถึง ประกอบด้วยสมาชิกในชุมชน ผู้นำขององค์กร และกลุ่มทางสังคม นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงการมีคุณค่าในตนเอง ความไว้วางใจ เชื่อใจ และขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนด้วย (Frumence, Killewo, Kwesigabo, Eriksson, and Emmelin, 2010) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศไทย ที่ใช้แนวคิดทุนทางสังคมมาอธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความหมายทุนทางสังคมว่าคือสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนนำมาเป็นต้นทุนของกระบวนการ โดยมีระบบความคิดว่า ปัญหาเอชไอวีเป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไข และมีวิธีปฏิบัติ แบ่งเป็นระดับในการดูแล เช่น ระดับชุมชน ระดับกลุ่มเครือข่าย และระดับบุคคล มุ่งเน้นถึงบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อครอบครัว ชุมชน และกลุ่มแกนนำในชุมชน (อนุรักษ์ศรีทองธรรม, 2553)

ส่วนแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitions Theory) ของเมลิสและคณะ มีคำอธิบายว่า การเปลี่ยนผ่านคือ การเคลื่อนผ่านจากช่วงชีวิตหนึ่ง ช่วงเงื่อนไขหนึ่ง หรือช่วงภาวะหนึ่งไปสู่อีกช่วงชีวิตหนึ่ง อีกช่วงเงื่อนไขหนึ่ง หรืออีกช่วงภาวะหนึ่ง (Chick and Meleis, 1986) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ จะมีคุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่านคือ ต้องมีความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงและความสำคัญของสถานการณ์ที่กำลังเกิดกับตน ยอมรับแล้วนำเข้ามาเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต มีการปรับเปลี่ยนบทบาทตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป โดยการเปลี่ยนผ่านนั้นอาจมีหลายรูปแบบ กล่าวคือ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเพียงการเปลี่ยนผ่านเดียว การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหลายการเปลี่ยนผ่านในเวลาเดียวกัน และการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเรื่องหนึ่งแล้วมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นต่อมามีอีกเรื่องหนึ่งตามลำดับ เป็นต้น นอกจากนั้น ยังได้กล่าวถึงเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านในส่วนของชุมชนว่า การเอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากคู่ครองและครอบครัว การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ และการได้รับคำแนะนำจากแหล่งที่ไว้วางใจ และมีรูปแบบที่ดี ส่วนอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่านคือ การได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ การได้รับคำแนะนำในทางลบ หรือการเผชิญกับสิ่งลบจากบุคคลอื่น (Meleis et al., 2000) และพบว่ามีงานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์หัตถ์โนมติของการเปลี่ยนผ่าน เพื่อระบุลักษณะที่สำคัญของการเปลี่ยนผ่าน และกำหนดค่านิยมเชิงหัตถ์โนมติและเชิงปฏิบัติการ กรณีตัวอย่างในการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่ามีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง มีทิศทางของการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะสมดุลเดิมไปสู่สภาวะสมดุลใหม่ โดยมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง หรือการจัดการ เพื่อนำไปสู่สภาวะสมดุล

อีกครั้ง การเปลี่ยนผ่านมักเกิดภายหลังภาวะวิกฤตในชีวิต หรือความขัดแย้ง อย่างไรก็ตาม ลักษณะที่สำคัญดังกล่าว อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในบริบทที่เป็นพลวัต (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive Study) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำนวน 19 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงด้วยการสุ่มตัวอย่างโดยเพิ่มจำนวนแบบลูกโซ่ (snowball technique) เริ่มจากการประสานงานกับหน่วยงานระดับนโยบายจังหวัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เพื่อขอข้อมูลในการติดต่อประสานงานกับระดับสถานพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกนิรนาม 7 โรงพยาบาล และได้รับการแนะนำให้รู้จักตัวแทนในระดับชุมชนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ จิตอาสา, แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ, พระ และองค์กรเอกชน เป็นต้น จากนั้นจึงนัดหมายเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีแนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สถานการณ์ผู้ติดเชื้อในพื้นที่ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการดำเนินงานในอนาคต โดยใช้วิธีการจดบันทึกด้วยมือ การบันทึกเสียง และถอดเทปสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนา โดยการจำแนกหมวดหมู่ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ในสังคม ทิศทางการดำเนินงานในอนาคต

ผลการศึกษา

1.การเปลี่ยนผ่านของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตในจังหวัดพะเยา จากอดีตสู่ปัจจุบัน

หนึ่ง ยุคมีด: เริ่มต้นงานเอดส์ จังหวัดพะเยาสู่ “ช่วงฤดูใบไม้ร่วง”

งานเอดส์จังหวัดพะเยาเกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 โดยจังหวัดได้รับการรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรก ซึ่งเป็นกลุ่มชายรักชาย และพบขยายไปยังกลุ่มอื่นๆ หลังจากนั้น อาทิ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยทาลัสซีเมีย ที่ต้องมีการเปลี่ยนถ่ายเลือด กลุ่มชายโสดที่ได้รับเชื้อมาจากกลุ่มหญิงให้บริการที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในสมัยนั้น

“เอดส์รายแรกของพะเยาเป็นเคสชายรักชาย ตามมาด้วยชายโสดที่ไปเที่ยวหญิงบริการ ซึ่งมีมากถึง 400 คน ซ่องมีอยู่ทุกอำเภอ ผ่านไประยะหนึ่งเริ่มพบผู้หญิงติดเชื้อ และพบการติดเชื้อจากการให้เลือดเป็นครั้งแรก หลังจากนั้นพอเป็นกันเยะขึ้นๆ การรักษาก็ยังไม่มี ผู้ป่วยเอดส์ก็เริ่มทยอยตายวันละ 3-4 ศพฯ เขาบอกกันว่าเมรุแทบแตก เผาไม้ทนก็ใส่ถุงดำไปไว้ในทุ่งนาไกลๆ และมีการรังเกียจกันมาก” (หัวหน้างานป้องกันแก้ไขปัญหายาเอดส์ ยาเสพติดพะเยา)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับช่วงนั้นยังไม่มียารักษาผู้ป่วยเอดส์เริ่มทยอยเสียชีวิตทุกวัน วันละหลายคน จนเรียกได้ว่าเป็น “ช่วงฤดูใบไม้ร่วง” ของผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดพะเยา “เมื่อปี 2538 มีสถานการณ์การติดเชื้อ HIV การเจ็บป่วยของคนติดเชื้อเยอะมาก



เป็นเหตุการณ์ที่เขาเรียกว่าเป็นช่วงฤดูใบไม้ร่วงของคนที่เคยมีชีวิตจากเชื้อ HIV ตอนนั้นไม่มีอะไรสักอย่างเลย” (แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ รพ.เชียงคำ)

ด้านผู้คนที่เริ่มหวนคืนมาพบกับเหตุการณ์ดังกล่าว เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการติดเชื้อ ความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชนและผู้ติดเชื้อเป็นไปในทางลบ มีการรังเกียจ ติตรา กีดกัน ไม่คบหา ตลอดจนให้แยกตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากทัศนคติที่ได้รับจากภาพของสื่อ ซึ่งสร้างความหวาดระแวงว่าเอดส์เป็นแล้วตาย ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันมีเหตุมาจากโรคและการไม่มีที่ยืนในสังคม

“เราไม่ค่อยกลัว เพราะเรานั่งอยู่ในสำนักงาน ไม่เคยเห็นสภาพคนป่วยจริงๆ คนที่กลัวกันคือคนที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นและพูดกันว่า ศพผู้ติดเชื้อถูกใส่ถุงดำเอาไปเผาทุกวัน ขณะที่เรามีแต่ข้อมูลอย่างเดียว เวลามีคนมาถามข้อมูลว่าผู้ติดเชื้อเป็นคนที่ไหน ลึกลับ แล้วเขามีการรังเกียจกัน เขาอยากให้ออกไปไวๆ ไกลๆ บ้านเขา บางทีแม้รังเกียจถูก เอาลูกไปไว้กระต๊อบเล็กๆ กลางทุ่งนา ขณะที่แม่อยู่ในบ้านหลังใหญ่” (หัวหน้างานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ยาเสพติดพะเยา)

สอง ยุคทอง: สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มดีขึ้น

จากวิกฤตการณ์ในยุคมืดของผู้ติดเชื้อ พะเยาเริ่มก้าวเข้าสู่ยุคทองของสถานการณ์ปัญหาเอดส์ที่มีแนวโน้มดีขึ้น ในปี พ.ศ.2537 กลุ่มผู้ติดเชื้อเริ่มออกมาแสวงหาแนวร่วม โดยการรวมกลุ่มเพื่อให้พวกตนได้กลับมามี *ที่ยืนในสังคม* เริ่มเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาลจนเป็นแห่งแรก และขยายไปยังอำเภออื่นๆ เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลตัวเองและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นอกจากนั้น ยังมีการรณรงค์เรื่องการป้องกันโรคเอดส์นอกสถานที่ ทำให้สถานการณ์ภายในพื้นที่ดำเนินไปในทิศทางที่ดีขึ้น สังคมเริ่มเปิดรับผู้ติดเชื้อกลับสู่ชุมชน และให้ร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น หลังจากมีการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ชาวบ้านรู้จักเอดส์มากขึ้น การติตราจึงเริ่มน้อยลง ด้านบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการการรักษาที่สะดวกและรวดเร็วขึ้น ผู้ติดเชื้อจึงมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับตนเองมากขึ้น สุขภาพดีขึ้น และสามารถกลับเข้าสู่สังคม เพื่อประกอบอาชีพ รวมถึงการมีโอกาสเข้ามาเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาล และมีบทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ในคลินิกนิรนาม หรือกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้ออื่นๆ เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น อัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงไปถึงนโยบาย และการให้ความช่วยเหลือ ความร่วมมือของเครือข่ายสังคมที่เคยมีมาแต่เดิม

“ระยะต่อมามีองค์กรเอกชนหรือหน่วยงานรัฐเริ่มเล็งเห็นว่าคนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเยียวยา ก็จะมีโครงการพัฒนากลุ่มอาชีพ สนับสนุนผู้ติดเชื้อให้รวมตัวกัน ได้ทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน” (แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ รพ.เชียงคำ)

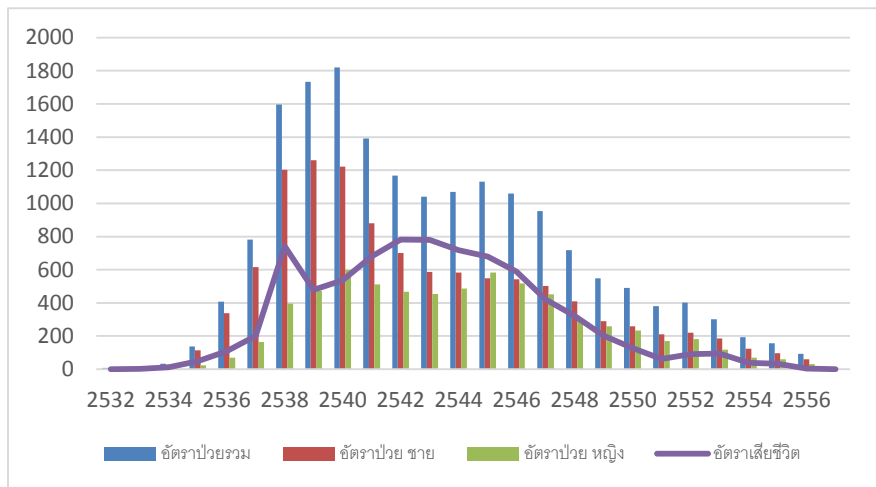
สาม ยุคคลื่นของการเปลี่ยนแปลง: การเปลี่ยนผ่านของการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีลดความรุนแรงลงมาก ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถกลับไปใช้ชีวิตกลับอยู่ในสังคมได้เกือบเหมือนปกติ คนเริ่มคุ้นชินกับโรคเอดส์ และไม่กลัวเหมือนแต่ก่อน ซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้สถานการณ์ในพื้นที่เริ่มวนกลับสู่วงจรเดิม โดยเริ่มพบการติดเชื้อในกลุ่มเดิมที่เคยหายไป และกลุ่มประชากรใหม่ๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะปัจจุบันผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการการรักษาและยาได้ง่าย ประชาชนเริ่มมองปัญหาเอดส์เป็นเรื่องธรรมดา จึงมีส่วนผลักดันให้การขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันลดน้อยลง มีรายงานว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 พบแนวโน้มการระบาดในกลุ่มเป้าหมายใหม่สูงขึ้นเป็นคลื่นลูกใหม่ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายรักชาย ผู้มาบริจาคโลหิต และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

“จริงๆ แล้วเชื่อว่าสถานการณ์เอดส์ลดลง แต่ดูแล้วมันเหมือนน้ำซึมบ่อทราย มันไปเรื่อยๆ คนไม่ค่อยรู้ มันกำลังซึมซับเข้าไป ต้องดูที่เยาวชน มีการป้องกันไหม การทำงานเรื่องเอดส์มันยาก เพราะเป็นพฤติกรรมของคน” (แกนนำผู้ติดเชื้อ รพ.ดอกคำใต้)

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาด พบการรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2532 และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยดูจากแผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเอดส์ ต่อประชากร 100,000 คน จังหวัดพะเยาปี พ.ศ.2532-2556 จะเห็นว่า อัตราป่วยรวมและอัตราเสียชีวิต มีแนวโน้มที่สูงขึ้นในช่วงแรก โดยเฉพาะช่วงปี พ.ศ.2538-2540 และค่อยๆ ลดลงด้วยอัตราเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันตามลำดับ โดยมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา

แผนภูมิที่ 1: แสดงอัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคเอดส์ ต่อประชากร 100,000 คน จังหวัดพะเยาพ.ศ. 2532-2556

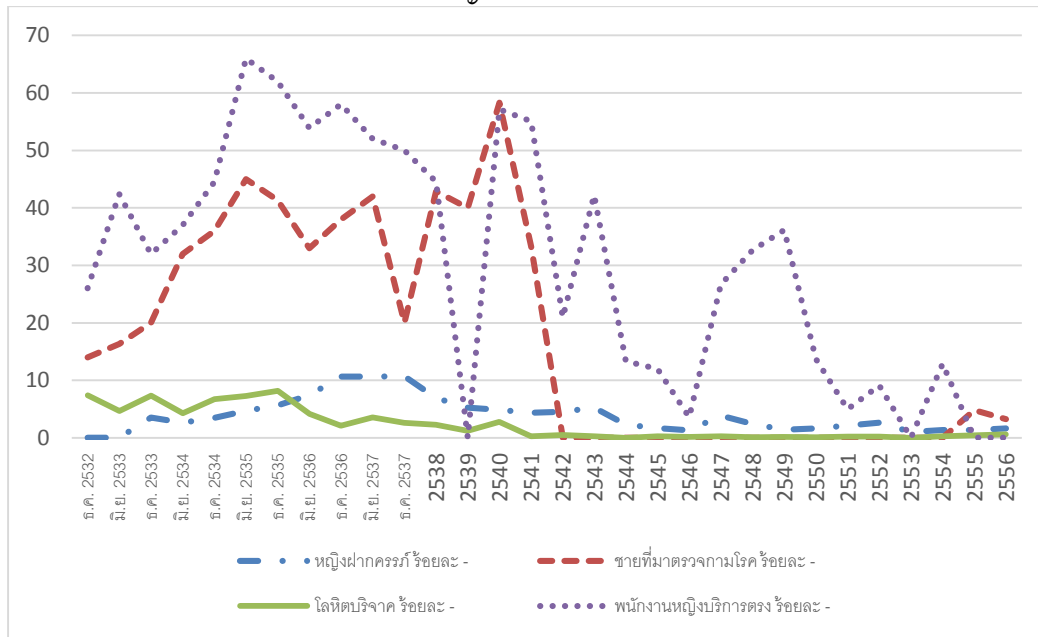


แหล่งข้อมูล: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV ประเทศไทย พ.ศ.2556

จากแผนภูมิที่ 2 เมื่อทำการเปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของคน 4 กลุ่ม ตามที่มีการรายงาน คือ หญิงที่มาฝากครรภ์ ชายที่มาตรวจจากโรค ผู้มาบริจาคโลหิต และพนักงานหญิงบริการตรง จังหวัดพะเยา พ.ศ.2532-2556 พบว่า มีการแกว่งตัวเพิ่มขึ้น และลดลง สลับกันไปมา ของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดพะเยาอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา พบว่า กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ และกลุ่มโลหิตบริจาค มีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเล็กน้อย ส่วนชายที่มาตรวจจากโรค และพนักงานหญิงบริการตรง มีแนวโน้มลดลงและคงที่ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 2: แสดงร้อยละความชุกของการมีผลเลือดเป็นบวกของผู้ตรวจโลหิต ในกลุ่มหญิงฝากครรภ์ ชายที่มาตรวจภาวะโรค โลหิตบริจาคน และพนักงานหญิงบริการตรง จังหวัดพะเยา พ.ศ.2532-2556



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV ประเทศไทย พ.ศ.2556

เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ดังกล่าวกับช่วงอดีตที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนผ่านของอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง แต่ช่องทางการติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยอัตราการติดเชื้อรายใหม่ได้เปลี่ยนผ่านจากกลุ่มพนักงานหญิงบริการตรง และชายที่มาตรวจภาวะโรค ไปเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และผู้มาบริจาคโลหิต นอกจากนี้ ช่องทางการติดเชื้อก็เปลี่ยนไป คือพบอัตราการติดเชื้อรายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มชายรักชาย กลุ่มเยาวชน



ปี พ.ศ.2540 – 2545 องค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)

ปี พ.ศ.2545 – 2547 องค์กรยูนิเซฟ (UNICEF)

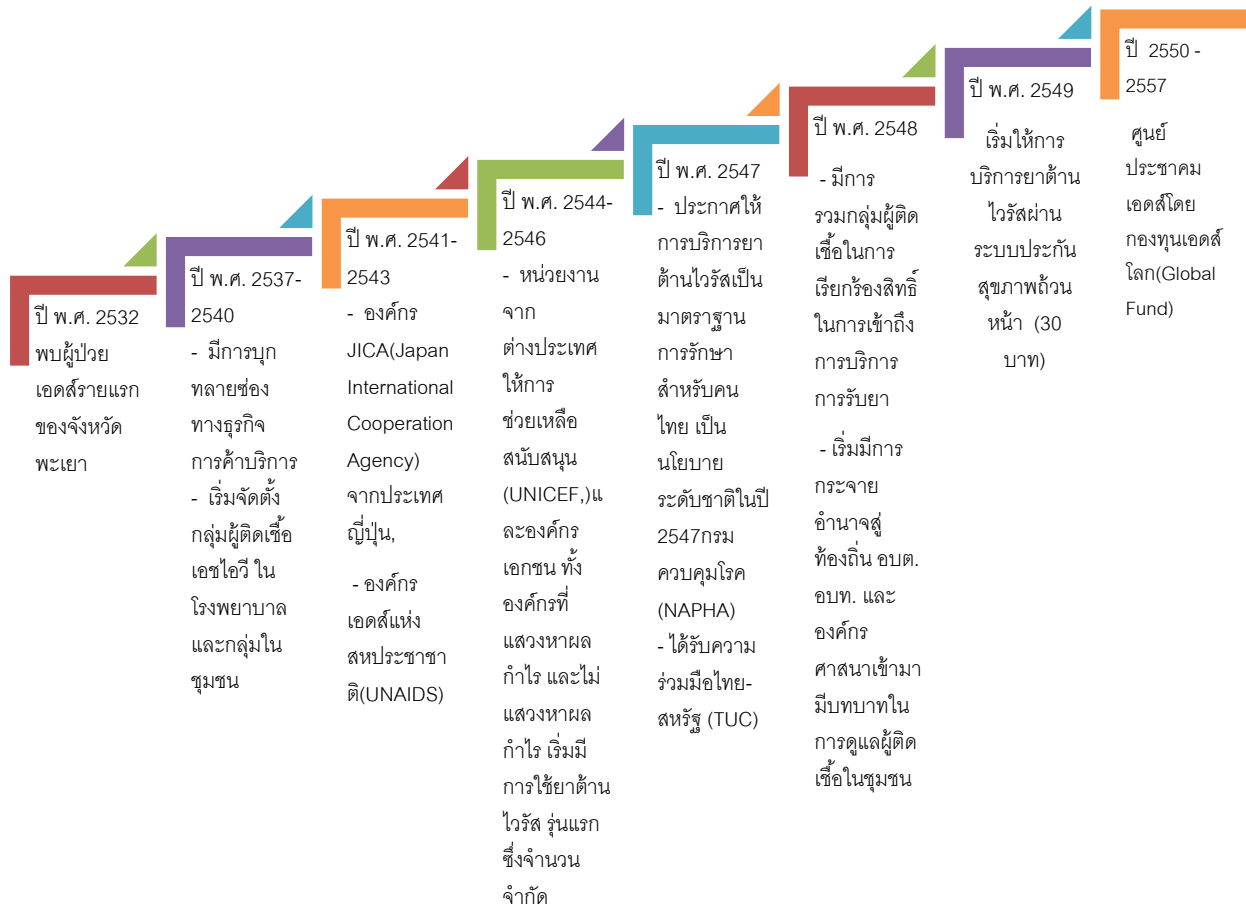
ปี พ.ศ.2541 – 2546 องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น

(Japan International Cooperation Agency – JICA)

ปี พ.ศ.2547 – 2549 องค์กรความร่วมมือไทย - สหรัฐ (TUC)

ปี พ.ศ.2550 – 2557 ศูนย์ประชาคมเอดส์จังหวัดพะเยาโดย กองทุนโลก (Global Fund)

องค์กรเอกชน หมายถึง องค์กรที่แสวงหาผลกำไร และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เช่น มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา มูลนิธิรักช้ไทย มูลนิธิธิดาเมตาธรรม มูลนิธิ PSI องค์กรแพทย์สุขภาพ มูลนิธิศุภนิมิต มูลนิธิ ต้นกล้าความดี และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอช ไอวี จังหวัด พะเยา





แผนภาพที่ 1: การให้ความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและเอกชน/NGOs ในการจัดการปัญหาเอดส์ จังหวัดพะเยา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดรุนแรงของเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดพะเยายุคแรก ซึ่งมีคนตายราวไปไม่ร่ว รวมถึงการรักษาและการเข้าถึงยาที่มีอุปสรรค รัฐบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จึงมีการตอบสนอง อาทิ การตั้งคลินิกการโรค การบุกตะลุยสถานบริการทางเพศค้นหาผู้ติดเชื้อ เพื่อให้การรักษา หรือควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้สังคมเกิดการตีตรา และแบ่งแยก มองผู้ติดเชื้อเอชไอวีคล้ายอาชญากรที่น่ารังเกียจ

จากนั้นจึงเริ่มมีหลายหน่วยงานสนใจเข้ามาทำงานแก้ปัญหาเอดส์ในจังหวัดพะเยามากขึ้น มีการรณรงค์เรื่องการป้องกัน และมีนโยบายกระตุ้นให้ใช้ถุงยางอนามัย โดยในช่วงแรกนายแพทย์สาธารณสุขพะเยาท่านหนึ่งมีแนวคิดจะให้แจกถุงยางอนามัยตามสถานที่ต่างๆ เช่น ห้องพักในโรงแรม แจกตามวัด ในงานเทศกาลต่างๆ เพื่อให้คนกล้าใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น และช่วงต่อมาในปี พ.ศ.2541 องค์กร JICA จากญี่ปุ่นได้เข้ามาสนับสนุนให้วางตั้งถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญตามสถานที่ต่างๆ เช่น บขส. โรงแรม เมื่อเห็นผล คนใช้มากขึ้น ก็เริ่มขยายพื้นที่ไปตามหมู่บ้านต่างๆ ซึ่งการรณรงค์ดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างมาก สามารถทำให้อัตราการติดเชื้อในหญิงบริการลดลง แต่กลับพบอัตราการติดเชื้อที่สูงขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์แทน

ดังนั้น ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหเอดส์ จึงหันมาจัดการเรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยมีหลายหน่วยงานร่วมกันแก้ปัญหา เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เข้ามาให้แนวทางปฏิบัติและสนับสนุนการขยายตัวของบริการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยส่งเสริมเรื่องการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและให้คำปรึกษากับคู่สมรสก่อนการตั้งครรภ์ รวมถึงสนับสนุนยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ด้วย นอกจากนั้น ยังมีองค์กรอื่นๆ เช่น มูลนิธิต้นกล้า ความดี มูลนิธิรักษไทย ที่เข้ามาให้การสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ในการทำงานเรื่องการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกโดยใช้ยาต้านไวรัส

ขณะที่โรงพยาบาลจุนเริ่มดำเนินโครงการ การให้คำปรึกษาคู่สามีภรรยา (Couple Counseling) เป็นแห่งแรก โดยเจาะเลือดในคู่สามีภรรยา เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี และให้คำปรึกษา ซึ่งประสบความสำเร็จมาก

“พอเราทำ Couple Counseling โดยเมื่อรู้ว่าเขาท้อง เราก็ให้ยาแม่ และดูแลเด็ก พร้อมทั้งติดตามสถานการณ์ เราไม่พบเรื่องเด็กที่ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกอีกเลยตั้งแต่ปี 47 เป็นต้นมา หายไปเลย ทั้งที่ช่วงก่อนหน้านั้นจะมีเยอะ” (เจ้าหน้าที่งานเอดส์ รพ.จุน)

ทั้งนี้ ภาคราชการให้คำปรึกษาในจังหวัดพะเยา นับว่าได้รับการวางแผนมาจากการให้ทุนสนับสนุนของ UNAIDS ซึ่งเคยจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาด้านเอดส์กับเจ้าหน้าที่อนามัย จนพะเยามีชื่อเสียงเรื่อง Counseling รวมถึงองค์กร JICA ที่เข้ามาสานต่อ โดยตั้งเป้าหมายว่า เจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยทุกแห่งจะต้องให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ได้

พะเยากลายเป็นพื้นที่นำร่องการแก้ปัญหาเอดส์หลายๆ เรื่อง โดยเฉพาะ Day Care ที่เกิดในอำเภอจุนเป็นแห่งแรก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในจังหวัดพะเยา เมื่อปี พ.ศ.2537 และขยายไปยังกลุ่มอื่นๆ ทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ตามลำดับ โดยรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ

อาทิ กลุ่มพัฒนาอาชีพ การเยี่ยมบ้าน จากนั้นจึงเกิดเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับจังหวัด และเริ่มมีองค์กรพัฒนาเอกชน/NGOs เข้ามาให้ความช่วยเหลือ

“เคยแคร่ของ รพ.จุน จะให้คนไข้มารวมกลุ่มกัน ซึ่งตรงนี้ช่วยคนไข้ได้เยอะ เพราะพอคนไข้มีที่มา ระบาย ที่มาพูดคุย สภาพจิตใจเขาจะดีขึ้น เขาก็ว่าดีนะที่มาเข้ากลุ่มกันได้ ทำให้เขากล้าอยู่ในชุมชน กล้ากิน ยา ควบคุมโรคเห็นประโยชน์เลยสนับสนุนงบประมาณ เขาก็เอาไปเป็นค่าทำกับข้าวกินด้วยกัน ทำ กิจกรรมสวดมนต์ นั่งสมาธิกัน การรวมกลุ่มแบบนี้มีประโยชน์เรื่องการลดการรังเกียจ ตีตรา และการให้ความรู้กับชาวบ้านว่าเอ็ดส์ไม่ได้ติดง่าย ๆ ก็เริ่มจากเคยแคร่ รพ.จุนนี่ละ เป็นเคยแคร่แห่งแรกในจังหวัด แล้ว ขยายไปอำเภออื่นๆ” (หัวหน้างานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดพะเยา)

ด้านการรักษาในยุคแรกยังไม่พบยารักษาเอ็ดส์ แม้มีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่ โรงพยาบาลได้ให้สถานที่ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีดูแลสุขภาพ และจัดกิจกรรมต่างๆ เท่านั้น กระทั่งในปี พ.ศ.2544 กรมควบคุมโรคมีนโยบายจัดสรรยาต้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อในจังหวัดพะเยา แต่เนื่องจากยามี น้อยมาก จึงต้องจัดสรรแบบโควต้ายา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่ป่วยหนักจะได้รับยาก่อน

หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การบริการยาต้านไวรัสเป็นมาตรฐานการรักษา สำหรับคนไทย เป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ.2547 ซึ่งกรมควบคุมโรคมุ่งขยายการบริการให้ครอบคลุมผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยการสนับสนุนงบประมาณทั้งจากภาครัฐและองค์กรต่างประเทศ โดยหนึ่งใน โครงการหลักคือโครงการการเข้าถึงระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติ (NAPHA Extension) จากการสนับสนุนของกองทุนโลก (Global Fund)

ทั้งนี้ ในปีเดียวกันความสนใจเริ่มถูกเบนไปยังเรื่อง Quality of HIV Services โดยศูนย์ความ ร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (GAP/TUC) เริ่มเข้ามาส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดย สนับสนุนงบประมาณให้งานเอ็ดส์ของโรงพยาบาล และบริการจะเลื่อดูให้กับคนที่เข้าเกณฑ์ ได้เข้ามารับยา ต้านไวรัสในโครงการ NAPHA และผู้ติดเชื้อจะได้รับการคัดกรองโรคต่างๆ รวมถึงได้รับการรักษาหรือ ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้วย

2 ปีต่อมา หลังจากมีการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเรียกร้องสิทธิในการเข้าถึงการรับบริการยา สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสผ่านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30บาทรักษาทุกโรค) ทำให้ผู้ติดเชื้อหมดปัญหาเรื่องการเข้าถึงการรักษา โดยในช่วงแรกกำหนดเกณฑ์การ จ่ายยาต้านไวรัสให้ผู้ป่วยที่มี CD4 น้อยกว่าระดับ 200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และค่อยๆ ปรับเกณฑ์ การให้ยา จนล่าสุดเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 สปสช.มีนโยบายให้จ่ายยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทุกคน โดยไม่จำกัดค่า CD4 ในจุดนี้เองที่ทำให้องค์กรนานาชาติเริ่มเห็นว่าไทยมีความสามารถในการพึ่งพา ตนเองได้แล้ว จึงทยอยถอนความช่วยเหลือออกจากพื้นที่พะเยา ส่งผลให้กิจกรรมทุกอย่างแผ่วลง รวมถึง กิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ กอปรกับสมาชิกกลุ่มมีสุขภาพดีขึ้น สามารถรับยา แล้วกลับไปทำงาน ใช้ชีวิตในสังคม ได้ตามปกติ กลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จึงอยู่ในภาวะขาดแคลนจิตอาสา/แกนนำ

โดยเฉพาะกิจกรรมต่างๆ ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาลต่างเจียบ เห่งา ปรับรูปแบบเป็นกิจกรรมเชิงรับมากกว่าเชิงรุก มีเพียงกลุ่มเล็กกลุ่มน้อยตามชุมชนที่ยังมีการทำ กิจกรรม โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่าง อบต. นอกจากนี้ ยังพบว่าลักษณะ



ของการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อมีความหลากหลายขึ้น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาลอำเภอไม่ใช้กลุ่มหลักอีกต่อไป และเครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดก็ต้องปรับบทบาทเป็นพี่เลี้ยง และผู้ประสานงาน

“ปัจจุบันวิธีการมันเปลี่ยนไป แต่ก่อนจะเป็นการรวมกลุ่ม เขาอยากเห็นการรวมกลุ่มทำร่วมกันเป็นกลุ่มนั่งด้วยกัน แต่เดี๋ยวนี้ทำไม่ได้เพราะทุกคนมีการะ มีอาชีพ” (แกนนำ โรงพยาบาลดอกคำใต้)

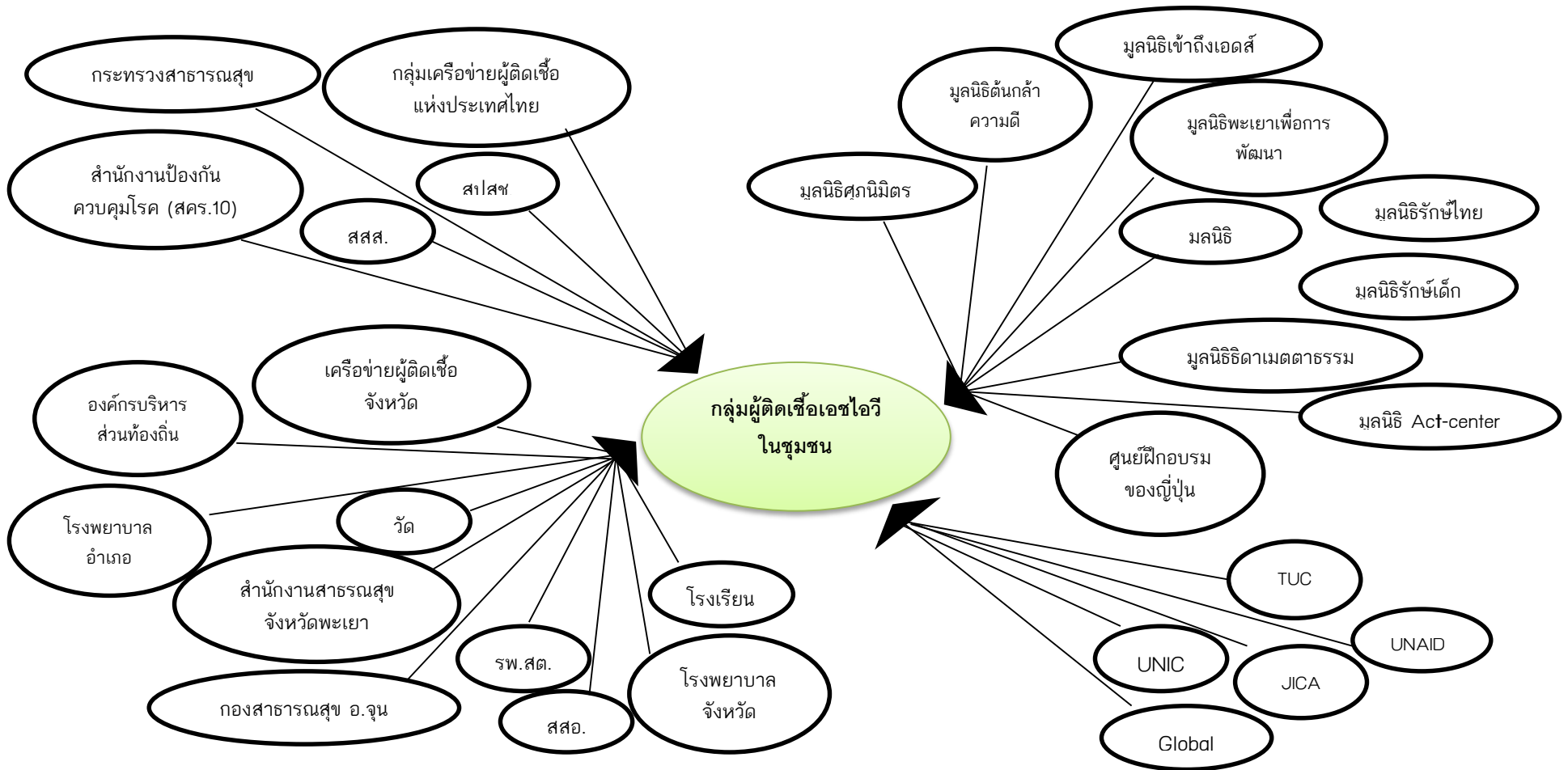
สถานการณ์เอดส์ดินดอนรอยเดิมอีกครั้ง เมื่ออัตราการติดเชื้อเริ่มสูงขึ้นอีก ทั้งกลุ่มเสี่ยงเก่าที่กลับมา และกลุ่มเสี่ยงใหม่ที่เปิดหน้าขึ้น ท่ามกลางปัญหาการขาดแหล่งทุน และการแบกรับภาระการจ่ายยาต้านไม่จำกัดค่า CD4 ของโรงพยาบาล มีเพียงบางมูลนิธิที่ยังพอช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบกับผู้สูงอายุได้ ขณะที่นโยบายการกระจายอำนาจส่งผลให้งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพย้ายไปอยู่ภายใต้การตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเข้ามาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายใหม่

แผนภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่า จังหวัดพะเยามีเครือข่ายองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน/NGOs จำนวนมากเข้ามาให้การสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน และมีหลายระดับ ได้แก่ กลุ่มระดับชาติ/นโยบาย กลุ่มระดับชุมชน กลุ่มองค์กรเอกชนและมูลนิธิ และกลุ่มระดับนานาชาติ โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทต่างกันไป กล่าวคือ กลุ่มระดับชาติ/นโยบาย มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย และสนับสนุนงบประมาณ กลุ่มระดับชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค การสนับสนุนจัดสถานที่รวมกลุ่ม เป็นพี่เลี้ยงของกลุ่ม และสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรม ขณะที่กลุ่มองค์กรนานาชาติ และกลุ่มองค์กรเอกชน/มูลนิธิต่างๆ มีบทบาทช่วยเหลือด้านงบประมาณ จัดสรรทุนในการดำเนินงาน การช่วยเหลือด้านวิชาการ และการดูแลรักษา รวมถึงการมีส่วนร่วมในการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้ออย่างไรก็ดี ในปัจจุบันเหลือเพียงไม่กี่องค์กรเท่านั้นที่ยังคงให้ความช่วยเหลือ โดยองค์กรที่ถอนความช่วยเหลือออกไปส่วนใหญ่เป็นองค์กรนานาชาติและมูลนิธิต่างๆ คงเหลือเพียงหน่วยงานระดับประเทศ และองค์กรในระดับชุมชนเท่านั้น

แผนภาพที่ 2: ผังเครือข่ายของหน่วยงาน/องค์กรที่ให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดพะเยา

“ปฏิรูปประเทศไทย”

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ 26-27 มีนาคม 2558 ณ โรงแรมดิอีโวกซ์ กรุงเทพฯ





สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผล

พลวัตของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี แสดงให้เห็นว่า เอดส์ไม่ใช่ปัญหาที่สามารถจัดการได้โดยง่าย เพราะไม่ได้มีเพียงมิติเรื่องสุขภาพ การรักษา การป้องกัน แต่ยังลามไปถึงคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การเยียวยาจิตใจ การตอบสนองจากสังคม ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ฯลฯ ซึ่งทุกอย่างต้องดำเนินไปพร้อมกัน ที่ผ่านมา หากด้านใดด้านหนึ่งแผ่วลงไป ปัญหาเดิมจะกลับมาใหม่ ความท้าทายคือ ปัญหาเดิมที่กลับนั่น มีความซับซ้อนขึ้น พบแนวโน้มการติดเชื้อที่สูงขึ้นในประชากรกลุ่มใหม่ เช่น กลุ่มเยาวชน และกลุ่มชายรักชาย เนื่องมาจาก ความหลากหลายทางสังคมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ สังคมมีการเปิดรับความหลากหลายทางเพศ เยาวชนมีอิสระและสามารถเข้าถึงสิ่งยั่วยุผ่านสื่อได้ง่ายขึ้น แต่ความตระหนักเรื่องการป้องกันได้แผ่วลงไป ทักษะชีวิตที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีทิศทางเปลี่ยนแปลงไป เช่น คิดว่าเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง เป็นแล้วมียารักษา สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ตามปกติ หรือแม้กระทั่งทัศนคติของผู้ป่วยเองก็เปลี่ยนแปลงไปในเรื่องของการรักษาและการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องปรับและหาหนทางใหม่ ๆ หรือมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหน้าใหม่ ๆ เข้ามาร่วมจัดการปัญหา

การเปลี่ยนผ่านของทุนทางสังคม ที่ผ่านมามีทุนทางสังคมหลักคือ องค์กรระดับนานาชาติที่เข้ามามีบทบาทในการให้การสนับสนุน ทั้งด้านเงินทุนและองค์ความรู้จำนวนมาก กระทั่งสถานการณ์เอดส์คลี่คลาย องค์กรระดับนานาชาติ ซึ่งเคยเป็นผู้สนับสนุนหลักจึงค่อยๆ ลดบทบาทลง และส่วนใหญ่ได้ถอนตัวออกไปจากพื้นที่ นโยบายการกระจายอำนาจส่งผลให้งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพย้ายไปอยู่ภายใต้การตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเข้ามาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายใหม่ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่เห็นความจำเป็นของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพราะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัส และใช้ชีวิตได้ตามปกติ เพราะชุมชนคุ้นชินกับโรคเอดส์ ขณะที่ปัจจุบันเกิดการกลับมาอุบัติซ้ำของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเดิมที่เคยรณรงค์ป้องกันสำเร็จ รวมถึงกลุ่มประชากรใหม่ที่เข้าถึงได้ยาก ในขณะที่แหล่งทุนจากต่างประเทศไม่ได้กลับมาให้การสนับสนุนด้วย จึงเป็นข้อท้าทายของจังหวัดพะเยา ที่จะสามารถขับเคลื่อนทุนทางสังคมเท่าที่มีอยู่ ได้แก่ องค์ความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมมายาวนาน รวมถึงความร่วมมือร่วมใจในระดับท้องถิ่น เพื่อรื้อฟื้นการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ที่กลับมาอีกครั้ง

การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในจังหวัดพะเยามีประเด็นที่ท้าทายหลายประเด็น ได้แก่

(1) **ด้านงบประมาณ** ภายใต้งบประมาณที่ลดน้อยลงจากการลด/ถอนเงินสนับสนุนจากองค์กรภายในประเทศและนอกประเทศ ทำให้แหล่งทุนมีจำกัด ปัจจุบันองค์กรหลักที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณคือ องค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่น ดังนั้น กลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อหรือแกนนำผู้แก้ไขปัญหามองต้องสร้างความร่วมมือพร้อมศึกษาแนวทางนโยบายของภาครัฐ เพื่อนำมาใช้ปรับทิศทางการเขียนโครงการเสนอของบประมาณในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหามาให้มีความสอดคล้องกับนโยบายของแหล่งทุน ภายใต้ข้อได้เปรียบการมีประสบการณ์ และต้นทุนทางองค์ความรู้เดิมของตน

(2) **ด้านความต่อเนื่องของการดูแล** ขณะที่มีการรายงานว่าอัตราการติดเชื้อในหลายกลุ่มประชากรลดลงโดยลำดับ แต่กลับพบว่าบางกลุ่มประชากรมีแนวโน้มอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้น ดังนั้น จึงไม่ควรละเลยการเฝ้าระวังสถานการณ์ ซึ่งมีความเป็นพลวัต การปรับแผนเรื่องการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์แต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะในปัจจุบันที่พบว่า แนวโน้มการระบาดในกลุ่มเป้าหมายสูงขึ้นเป็นคลื่นลูกใหม่ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายรักชาย ดังนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงต่อไปคือ การรักษาไว้ซึ่งระดับที่ดีขึ้นของการลดการแพร่กระจาย และขณะเดียวกันต้องป้องกันแก้ไขยุติการแพร่ระบาดในกลุ่มที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเร่งด่วน



(3) **ด้านคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพ** การจัดบริการด้านสุขภาพควรนำประสบการณ์ที่ผ่านมา พร้อมสถานการณ์ชุมชนในปัจจุบัน มาวิเคราะห์ และใช้วางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ในระยะเปลี่ยนผ่านต่อไป เช่น ในอดีตความต้องการเรื่องการให้บริการด้านสุขภาพคือการรักษาและการใช้ยา แต่ปัจจุบันมีการพัฒนาด้านการรักษาและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและยาได้ง่าย ประชาชนเริ่มมองปัญหาเอดส์เป็นเรื่องธรรมดามากขึ้น สถานการณ์ดีขึ้น จึงมีส่วนผลักดันให้การขับเคลื่อนการทำงานด้านการป้องกันลดน้อยลง ส่งผลให้แนวโน้มอัตราการติดเชื้อกลับพบเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มใหม่ ดังนั้น การหันกลับมาเฝ้าระวัง เฝ้าระวังและให้ความรู้กับประชาชน รวมถึงดำเนินการเชิงรุกเน้นการป้องกัน จึงนับเป็นสิ่งสำคัญ

(4) **ด้านความร่วมมือในระดับชุมชน** สิ่งสำคัญในกระบวนการแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่คือการเชื่อมประสานถึงความร่วมมือจากแกนนำ และจากหน่วยงานในชุมชน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักทุกกลุ่มได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชน โดยเฉพาะปัญหาด้านเอดส์ แต่รวมถึงการบูรณาการปัญหาด้านอื่นๆ เข้ามา สร้างเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ภายในชุมชนจับมือในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้ความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

บรรณานุกรม

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2557). **สรุปผลการดำเนินงาน สาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2556**. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). **การวิเคราะห์แนวโน้มของการเปลี่ยนผ่าน**. วารสารวิจัยทางการแพทย์ ปีที่ 6, ฉบับที่ 1, มกราคม-มีนาคม 2545.
- อรทัย ศรีทองธรรม.(2553). **กระบวนการทุนทางสังคม: นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน**. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ ฉบับที่ 50(1).
- Chick, N. and Meleis, A. I. (1986). **Transitions: a nursing concern**. In Peggy L. Chinn. (Ed). **Nursing Research Methodology. Issues and Implementation**. Maryland: Aspen Publishers.
- Coleman, J. (1997). **Social Capital in the Creation of Human Capital**. American Journal of Sociology, Vol 94 Supplement S95-120.
- Frumence G., et al. (2010). **Social capital and the decline in HIV transmission- A case study in three villages in the Kagera region of Tanzania**. *Journal of social Aspects of HIV/AIDS*. Volume 7(3), 9-20.



- Meleis, A. I. et al. (2000). **Experienceing transitions: an emerging middle-range Theory.**
Advanced Nursing Science. 23(1). Page 12-28.
- UNAIDS. (2013). **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.**
- World Health Organization. (2014). **Global Update on The Health Sector Response To
HIV 2014: Executive Summary.** July, 2014.



แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ: แบบจำลองความสัมพันธ์
ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่ายและภาระงานของพยาบาล
The Trend of 'Being Active Ageing Persons' after Retirement: A delineated
Model of Optimism, Burnout, and Workloads among Nurses

ปริญญงค์ ดงหงส์

mj-preya@hotmail.com

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationships of burnout, optimism, and workloads of nurses who were retiring and also to predict the trend of 'being active ageing persons' in three dimensions (health, participation and security). The population of the study were nurses who received a nursing degree, registering as a nursing and midwifery entrepreneur. The participants were selected from a population frame of nurses aged 55 years and over working at a tertiary hospital in Bangkok. The total number of target nurses was 191. However, only 136 nurses returned and completed the questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression.

The results showed that the trend of 'being active ageing persons' could be negatively significant, predicted by burnout, working hours/day, and the work department, but there was a positively significant association with optimism ($p < 0.023$, $p < 0.005$, $p < 0.026$, and $p < 0.044$, respectively). The predictive model of 'being active ageing persons' after their retirement could explain 19.7 percent of the total variance of prediction. The findings proved that both burnout, and workloads, together with optimism, were significant for understanding the trend of 'being active ageing persons' in nurses. Therefore, each department should have appropriate workloads in order to reduce burnout. Moreover, nurses should be encouraged to be optimistic and be proud of themselves.

Keywords: Active Ageing/Burnout/Optimism/Workload/Retirement/Nurse



บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดีและการรายงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพใน 3 มิติ (สุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเจาะจงเลือกกรอบประชากรเฉพาะพยาบาลที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งสิ้น 191 คน แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับและสมบูรณ์จำนวน 136 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน และแผนกในการทำงาน แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมองโลกในแง่ดี โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ($p < 0.023$, $p < 0.005$, $p < 0.026$, และ $p < 0.044$ ตามลำดับ) และร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณได้ร้อยละ 19.7 จากผลการศึกษานี้ซึ่งพบว่าปัจจัยความเหนื่อยหน่ายในการทำงานรวมทั้งภาระงาน และการมองโลกในแง่ดีมีความสำคัญต่อแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพภายหลังเกษียณอายุ ดังนั้นในแต่ละแผนกการทำงานควรจัดงานที่มีความเหมาะสมและมีชั่วโมงการทำงานที่ไม่มากหรือน้อยเกินไปเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน รวมทั้งควรมีการส่งเสริมการมองโลกในแง่ดีและภาคภูมิใจในตนเอง แก่พยาบาลวัยก่อนเกษียณร่วมด้วย

คำสำคัญ: การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ/ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน/การมองโลกในแง่ดี/ภาระงาน/การเกษียณ/พยาบาลวัย

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศต่างๆทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางกระบวนการวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่นเดียวกันกับประเทศไทยซึ่งมีการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการประสบความสำเร็จด้านการวางแผนครอบครัว ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจนขณะนี้กำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” นั่นคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเอง ต่อกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ ต่อสภาพทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ยิ่งไปกว่านั้นแนวโน้มของปัญหาภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น กับทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2549)

ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุทั่วโลกและใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น (WHO, 2002) การสูงวัยอย่างมีคุณภาพมีองค์ประกอบหลัก 3 มิติคือ (1) มิติสุขภาพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงความเป็นอิสระและสามารถพึ่งพาตนเองได้ (2) มิติการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในกิจกรรมครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจในตนเอง และ (3) มิติความมั่นคงในชีวิต โดยจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และลดความไม่เท่าเทียมกันของผู้สูงอายุในสังคม องค์ประกอบทั้ง 3 มิตินี้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมกับวัย ทำให้ลดอัตราการพึ่งพาในวัยสูงอายุลง และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีศักยภาพมากขึ้น (WHO, 2002)

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีจำนวนมากพอสมควรที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุในอนาคต แต่ขณะนี้ยังมีจำนวนพยาบาลน้อยกว่าที่ควรจะเป็นทำให้พยาบาลไทยต้องทำงานหนัก ส่งผลให้ภาระงาน (workload) ของพยาบาลมีเพิ่มขึ้นและจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่เสมอๆ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ตลอดเวลา จึงอาจพบปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่นในการทำงานเสมอๆ ประกอบกับลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเข้าทำงานเป็นกะย่อมทำให้พยาบาลรู้สึกเครียด อ่อนเพลียและเบื่อหน่าย ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาให้ลดลงได้ ก็จะก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้นซึ่งจะมีการแสดงของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างไรก็ตามหากพยาบาลมีบุคลิกภาพที่มองโลกในแง่ดีจะมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา มีสติในการควบคุมสถานการณ์และเชื่อว่าสุดท้ายปัญหาต่างๆจะผ่านพ้นไป จึงทำให้พยาบาลที่มองโลกในแง่ดีทำงานได้อย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ปัญจกร หอมฤทัยกมล, 2552) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะลดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล นอกจากนั้นปัจจัยนี้จะส่งผลให้พยาบาลมีสุขภาพดี ช่วยให้เป็นผู้มีความความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเผชิญกับภาวะตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ กับทั้งการมองโลกในแง่ดีนับเป็นอุปนิสัยที่ค่อนข้างจะคงตัวแต่ก็เป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมขึ้นมาได้ และพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุก็ยังคงมีลักษณะการมองโลกในแง่ดีอยู่ และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดี จะเป็นผู้มีจิตใจร่าเริง ไม่ซึมเศร้า สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยสูงอายุได้ ซึ่งจะส่งผลให้กลายเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีความสุขในการดำเนินชีวิต เห็นคุณค่าของตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ (Miller, et al., 1986 อ้างใน เสาวณีย์ พงษ์ผึ้ง, 2542) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งเพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันระหว่างแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การเป็นผูมองโลกในแง่ดี และภาระงานของพยาบาลที่อยู่ในวัยก่อนเกษียณ กับทั้งยังมุ่งจะเสนอแบบจำลองในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ อันจะเป็นประโยชน์อย่างมากด้วยอาจนำไปสู่การดำเนินการเพื่อการเตรียมความพร้อมของพยาบาลซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มสำคัญกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งในงานสุขภาพและในสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ
2. เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และการระงับของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ
3. เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยใช้ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี ลักษณะงานและการระงับเป็นตัวแปรในการทำนาย

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ความเหนื่อยหน่ายและการระงับ รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) เป็นแนวคิดที่ริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลกในปลายปี ค.ศ.1990 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในสังคมและมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต อันนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยจะต้องมีความเป็นตัวตนที่อิสระ มีความภาคภูมิใจในตนเอง พยายามที่จะพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดตลอดถึงพยายามที่จะคงกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมิติการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ดังนี้ (WHO, 2002)

1. มิติสุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ การมีสุขภาพที่ดีนับเป็นฐานสำคัญของการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ เช่น ชีวิตวิทยาและพันธุกรรม สภาวะทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ และระบบบริการทางสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม (WHO, 2002)

2. มิติการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ การดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมและสิทธิมนุษยชนตามความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลาน สิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยจะส่งผลต่อสุขภาพกายตามมา ซึ่งการจะคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจะส่งเสริมด้วยปัจจัยต่างๆ อันประกอบด้วย การจัดให้มีการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปรับตัวเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งภาวะไม่พึ่งพา การส่งเสริมให้เกิดการตระหนักและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างกระตือรือร้นอย่างเหมาะสมกับวัย และสอดคล้องตามความต้องการ ความถนัดและความสามารถของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วมอาจเป็นทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน และเน้นให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างวัย (WHO, 2002)

3. มิติความมั่นคงในชีวิต หมายถึง ความมั่นคงที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเงิน ที่อยู่อาศัยและหลักประกันอื่นๆทางสังคม เช่น ความปลอดภัยในการมีชีวิต ความมั่นคงด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย การสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งการลดความไม่เท่าเทียมของผู้สูงอายุในสังคม โดยการรักษาค่านิยมทางบวกที่สังคมมีต่อผู้สูงอายุ ลดความไม่เท่าเทียมทางด้านเศรษฐกิจ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

ทำงานมีรายได้ ลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพอนามัย และลดความไม่เท่าเทียมด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการคมนาคม (WHO, 2002)

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน แนวคิดนี้ได้ถูกเสนอในวงวิชาการทางจิตวิทยาในปี ค.ศ.1970 โดย Freudenberger นักจิตวิเคราะห์ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเกิดความเหนื่อยหน่ายในผู้รับบริการเป็นรายกรณี และพบว่าความเหนื่อยหน่ายเป็นปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นในบุคคลที่ทำงานด้านการให้บริการโดยเฉพาะอาชีพที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นจำนวนมากและต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดเวลา เช่น นักกฎหมาย นักให้คำปรึกษา พยาบาล เป็นต้น Christina Maslach ได้ให้คำนิยามความเหนื่อยหน่ายในการทำงานว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกทางลบ โดยผู้มีความเหนื่อยหน่ายจะมีร่างกายอ่อนเพลีย ท้อแท้ มีความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ทำให้มีอัตมโนทัศน์และทัศนคติในทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ เกิดความรู้สึกสูญเสียความผูกพันต่อผู้ร่วมงาน ขาดความเห็นอกเห็นใจ ขาดความเคารพต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ จนที่สุดจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง และส่งผลกระทบต่อการทำงาน ต่อคุณภาพของงาน ทั้งยังจนอาจให้เกิดการขาดงานและการลาออกจากงานของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ (Christina Maslach, Wilma B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) โดย Maslach และ Jackson ได้โครงสร้างของความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 มิติ (Maslach and Jackson, 1982) ดังนี้

1. มิติความอ่อนล้าทางอารมณ์ เป็นอาการระยะเริ่มต้นของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย โดยผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายรู้สึกอ่อนเพลีย มีความขบข้องใจ ไม่อยากไปทำงาน หดงำลังใจในการทำงานหรือดำเนินชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้อีก ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางกายและพฤติกรรม โดยจะมีอาการต่างๆทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดตึงตามกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ รวมทั้งมาทำงานสาย และขาดงานบ่อย (Maslach and Jackson, 1982)

2. มิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคลลง ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจะเกิดความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและต่องานที่รับผิดชอบ ไม่สนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น และรู้สึกว่าบุคคลอื่นดำเนินเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง (Maslach and Jackson, 1982)

3. มิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จลดลง การที่บุคคลเกิดความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อตนเอง ย่อมส่งผลให้ผู้นั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่ตนเองคาดหวังไว้ เกิดการประเมินตนเองในด้านลบ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maslach and Jackson, 1982)

ภาระงานที่มากจนเกินไปของพยาบาลอันเนื่องมาจากสัดส่วนระหว่างบุคลากรต่อผู้รับบริการที่สูงจนเกินความสามารถจะจัดการได้ในเวลาที่จำกัด ทำให้ต้องรีบเร่งในการปฏิบัติงานในบางครั้งจึงไม่สามารถที่จะให้บริการเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างสมบูรณ์ ประกอบกับการไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด ด้วยต้องทำงานร่วมกับบุคคลที่มีความต้องการหลากหลาย และจากลักษณะงานของพยาบาลที่ทำงานเป็นผลัด มีตารางเวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน หรือการต้องอยู่รอเพื่อเรียกขึ้นปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา (สิริยา สัมมาวาท, 2532) นอกจากนี้ยังมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทางการพยาบาลและมีภาระงานที่สนับสนุนทางการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร จากภาระงานของบุคลากรทางการพยาบาลจึงอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จากการศึกษาของ Lambert และคณะพบว่าภาระงาน



สามารถทำนายภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายของพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นและในฮาวาย รวมทั้งสหรัฐอเมริกา โดยหากมีการะงานมากจะส่งผลให้ร่างกายเสื่อมโทรม (กนกกรณ์ ใจแก้ว, 2551)

ในส่วนของแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี ศาสตราจารย์ Martin Seligman (Seligman, 2004 อ้างใน พิชญากัด โชคพัฒนสกุล, 2555) ผู้ที่ได้รับการขนานนามว่าเป็นบิดาแห่งการเรียนรู้สู่การมองโลกในด้านดีได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า เป็นรูปแบบในการอธิบายของบุคคลต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะรู้สึกชื่นชมตัวเองเมื่อมีเหตุการณ์ดีๆ เกิดขึ้น (ปัจจัยภายใน) และเชื่อว่าผลลัพธ์ที่ดีจะคงอยู่ตลอดไป (ให้ผลถาวร) อันจะส่งผลต่อชีวิตในด้านอื่นๆ ด้วย (เกิดผลโดยแผ่ขยาย) ในทางกลับกันหากเกิดเหตุการณ์เลวร้ายผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะโทษสิ่งภายนอก (ปัจจัยภายนอก) และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะไม่คงอยู่ตลอดไป (ให้ผลชั่วคราว) และเกิดขึ้นเพียงบางสถานการณ์เท่านั้น (เกิดผลเฉพาะด้าน) ส่วนผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายจะมองในแง่ลบที่ตรงข้ามกับผู้ที่มองโลกในแง่ดี ทั้งนี้โดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี เช่น

1. แบบจำลองแรงจูงใจเกี่ยวกับความคาดหวังที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยิ่งเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่ต้องการ บุคคลก็ยิ่งแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะคาดหวังในสิ่งที่ดีเสมอและมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ (Scheier et al., 2001 อ้างใน เกรียงสุข เฟื่องฟูพงค์, 2550)

2. ทฤษฎีการระบุนเหตุแห่งพฤติกรรม โดยบุคคลที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ประสบความล้มเหลวอยู่บ่อยครั้งจะทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง ขาดการยอมรับนับถือในตนเองและจะหมดกำลังใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ดังนั้นการที่บุคคลระบุนเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวว่าเกิดจากสาเหตุอะไร จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีแนวโน้มที่จะยึดติดอยู่กับการรับรู้เช่นนั้น โดยจะส่งผลต่อการกระทำในอนาคตซึ่งหากบุคคลเชื่อมั่นว่าความสำเร็จที่ได้รับเป็นผลมาจากความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้มีแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป เนื่องจากเชื่อว่าตนเองจะประสบความสำเร็จในการกระทำนั้น ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่เชื่อมั่นว่าความล้มเหลวที่ตนได้รับเป็นผลมาจากกิจกรรมที่ทำยากเกินกว่าความสามารถของตนเองจะทำได้ จึงนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หมดกำลังใจ ท้อแท้และสิ้นหวังในการทำกิจกรรมนั้น (Weiner, 1986 อ้างใน เกรียงสุข เฟื่องฟูพงค์, 2554)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (explanatory research) โดยเจาะจงกรอบประชากรเฉพาะพยาบาลประจำที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 191 คน ซึ่งได้ส่งแบบสอบถามไปยังทุกท่าน อย่างไรก็ตามได้รับแบบสอบถามกลับและสมบูรณ์จำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.2 ของกรอบประชากร (population frame)

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทการจ้างงาน ระยะเวลาการทำงาน โดยเป็นทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระงาน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อวัน จำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ย

ต่อวัน การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ และการมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) โดยเป็นทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 3 มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยนำมาจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach และ Jackson (MBI) (1986) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการสังคม มาตรนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งการวัดออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติความรู้สึกล่อลวงทางอารมณ์ 9 ข้อ มิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ มิติความรู้สึที่บุคคลประสบความสำเร็จ 8 ข้อ โดยการตอบสนองเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลยจนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0-132 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง สำหรับการศึกษานี้ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 4 มาตรวัดการมองโลกในแง่ดี มาตรวัดนี้ได้พัฒนามาจากแบบวัดรูปแบบอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรมของ Seligman (SASQ) (1990) ซึ่งประกอบด้วยสถานการณ์สมมุติ 12 สถานการณ์ โดยเป็นสถานการณ์ที่ดี 6 สถานการณ์ และสถานการณ์ที่ไม่ดี 6 สถานการณ์ ในแต่ละสถานการณ์จะมีข้อคำถาม 4 ข้อ รวมทั้งหมด 48 ข้อ โดยในคำถามข้อแรกของแต่ละสถานการณ์จะถามถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดสถานการณ์ซึ่งจะไม่นำมาคิดคะแนน ส่วนคำถามอีก 3 ข้อในแต่ละสถานการณ์จะวัดรูปแบบการอธิบายสถานการณ์ในมิติสาเหตุ มิติความสม่ำเสมอ และมิติการแผ่ขยาย มาตรนี้มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดยคะแนนจะอยู่ในช่วง 36-252 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีระดับการมองโลกที่ดีสูง และการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับมาตรนี้ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.69

ส่วนที่ 5 มาตรวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพตามกรอบแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) มาตรนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งการวัดออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ 10 ข้อ มิติการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 5 ข้อ และมิติความมั่นคงในชีวิต 10 ข้อ มาตรวัดนี้ซึ่งมีลักษณะเป็นดัชนีองค์ประกอบ (composite index) ทั้งมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปิด และเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 2 ระดับ, 3 ระดับ, 4 ระดับ และ 5 ระดับ ขึ้นอยู่กับลักษณะของคำถาม คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 1-65 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในระดับที่สูง มาตรชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.62

โดยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณ ลักษณะงานและภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี รวมทั้งแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง จะนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระหว่างกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากร ลักษณะงานและภาระงานที่แตกต่างกันด้วย t-test รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับทางลักษณะประชากร ลักษณะงานและภาระงานด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สุดท้ายนำเสนอสมการพยากรณ์แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression)



การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อค้นพบ

พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.8) มีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี (SD=1.77) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.7) รองลงมาคือมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 39.7) ร้อยละ 69.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดเพียงปริญญาตรี รองลงมาคือปริญญาโทและปริญญาเอก (ร้อยละ 29.1 และ 1.5 ตามลำดับ) เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ร้อยละ 51.5 และเป็นพยาบาลผู้ให้บริการทางการแพทย์ร้อยละ 48.5 โดยมีจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน 8.9 ชั่วโมง (S.D.=1.3) มีจำนวนการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน 2.5 ชั่วโมง (S.D.=2.4) เกินกว่าครึ่งหนึ่งมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานประจำ (ร้อยละ 70.6) และพบว่าร้อยละ 60.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบมีความเหมาะสม รองลงมาคือรับรู้ปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบมีปริมาณมากเกินไป (ร้อยละ 36.8)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินความครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.8) และพบว่าร้อยละ 66.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง ในส่วนของการมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 69.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิตมากที่สุด (0.9 คะแนน) ส่วนมิติด้านสุขภาพและมิติด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (0.8 คะแนน) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ก็พบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบเล็กน้อยกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ($r = 0.31$) ($P < 0.001$) ในขณะที่การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกเล็กน้อยกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ($r = 0.31$) ($P < 0.001$) แต่กลับพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$ และ 0.04 ตามลำดับ) สำหรับชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$ และ 0.01 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนชั่วโมงการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวันก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบว่าไม่เหมาะสมมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบมีความเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t -value = 2.1, $p = 0.04$) และยังพบอีกว่าแผนการทำงานที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป (ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด) มีคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพสูงกว่าแผนการทำงานที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยน้อยกว่า 4 คนลงมา (ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t -value = 2.0, $p = 0.04$)

ตารางที่ 1 แสดงค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี ลักษณะประชากรและการงาน



	1	2	3	4	5	6
1.แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	1.00					
2.ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	-.31*	1.00	1.00			
3.การมองโลกในแง่ดี	.31*	-.31	.02	1.00		
4.จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน	-.21*	.20*	.30*	.19	1.00	
5.จำนวนชั่วโมงการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน	.12	-.12	.18*	-.16	.80	1.00
6. อายุ	.09	-.20*				

*P < 0.05

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง พบว่า ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ย และแผนการทำงานเป็นปัจจัยสามารถทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023, 0.005, 0.026$ และ 0.044 ตามลำดับ) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถรวมทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ร้อยละ 19.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	Sig
ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (X_1)	-0.051	0.022	-0.195	-2.307	0.023
การมองโลกในแง่ดี (X_2)	0.058	0.020	0.237	2.861	0.005
จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (X_3)	-0.541	0.240	-0.182	-2.257	0.026
แผนการทำงาน (X_4)	-1.290	0.634	-0.160	-2.033	0.044

$R = 0.444, R^2 = 0.197, F = 8.054^*, SE_{est} = 3.573, R^2_{adj} = 0.173, a = 51.794$

ข้ออภิปราย

จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงและมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ จะมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในระดับสูง โดยพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมความเครียดที่ต้องเผชิญอยู่เสมอ จึงนำไปสู่การมีสภาวะจิตใจที่ดี ร่าเริง ซึ่งส่งผลต่อเนื่องทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (Schiever and Carver, 2002 อ้างใน สิริพรวงษ์โชน, 2554 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ann Bowling และ Steve Iiffe (2011) ที่พบว่าปัจจัยทางจิตวิทยา คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความเข้มแข็งทางใจจนฟื้นคืนได้ (resilience) และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร



ประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) โดยผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดีจะเป็นผู้ที่มองโลกตามความเป็นจริง สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดีจะยังคงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและร่วมกิจกรรมที่เคยทำแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุ

สำหรับข้อค้นพบที่ว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Melamed, Samuel และคณะ (2006) ที่ว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย โดยจะมีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ซึ่งมีผลต่อการรักษาสมดุลร่างกายของต่อมไร้ท่อ มีผลในการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท กับทั้งมีผลต่อระบบการอักเสบและการซ่อมแซมร่างกาย ทำให้เลือดเกิดการแข็งตัว นอกจากนี้ยังรบกวนระบบการนอนและยังส่งผลให้ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยิ่งไปกว่านั้นจากผลการวิจัยยังพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยพบว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความไม่เหมาะสมจะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hillhouse, Adler และ Walters ในปี ค.ศ.2000 ซึ่งพบว่ากลุ่มแพทย์ฝึกหัดในประเทศสหรัฐอเมริกาที่รับรู้ภาระงานของตนมากนั้นจะสามารถใช้เป็นตัวแทนของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดารีกา ปิตรุงคพิทักษ์ในการทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไซรอมและคณะในนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยพบว่าการรับรู้ภาระงานมีอิทธิพลทางตรงที่สททางบวกต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (ดารีกา ปิตรุงคพิทักษ์, 2555) การวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่าการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนชั่วโมงการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Folkard, Tadeusz Marek และ Czeslaw Noworol (2007) ที่ศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำงานในพยาบาล ICU พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีผลต่อการนอนและเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งพบว่าพยาบาลที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีการเข้าสังคมและใช้เวลากับครอบครัวน้อยกว่า พยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง อันเนื่องมาจากการมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด รีบเร่งและต้องทำงานปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอด จึงก่อให้เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความเครียดในการทำงานซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้ทุกวันจนนำไปสู่ความเหนื่อยในการทำงาน จนถึงการมองโลกในแง่ที่ไม่ดีนัก (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) และอาจมีแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยที่ด้อยคุณภาพได้ และจากการที่ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานรู้สึกคับข้องใจ ไม่อยากไปทำงาน หหมดกำลังใจในการทำงาน เกิดความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและต่องานที่รับผิดชอบรวมทั้งต่อตนเอง ดังนั้นภายหลังจากเกษียณผู้สูงอายุที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจะเกิดความรู้สึกไม่อยากทำงานอีก รวมทั้งมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งจะส่งผลทั้งต่อความมั่นคงของรายได้และการมีส่วนร่วมทางสังคมภายหลังเกษียณ โดยจากการศึกษาของอภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ (2554) พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุยังคงทำงานต่อภายหลังเกษียณ เป็นการลดอัตราการพึ่งพาครอบครัวและสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความคุ้มค่ารวมทั้งมีอิสระในตนเอง



ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยนี้ที่พบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน แผนกในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ จึงควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในวัยการทำงาน ควรเริ่มจากการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ด้วยการปรับภาระงานให้เหมาะสมไม่มากและไม่น้อยเกินไป มีการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมการมองโลกในแง่ดีเพื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการทำงาน เพื่อให้พยาบาลรับรู้ว่ามีปริมาณงานที่ทำนั้นตนทำด้วยความรู้สึกภาคภูมิใจ แม้ว่าอาจรับรู้ว่าการระงำนนั้นมากก็ตาม

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ใจแก้ว. (2551). **ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหากับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง**. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์. (2554). **การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความผูกพันในงาน:กรณีศึกษาพนักงานบริษัทผลิตและจำหน่ายเครื่องสำอางและยารักษาโรคแห่งหนึ่ง**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ. (2549). **โครงการพัฒนาพลัง: กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับในสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ**.
- ดาร์กา ปิตรุงคพิทักษ์. (2555). **การทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไชรอมและคณะ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**.
- ปัญจกร หอมฤทัยกมล. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพ: กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564**. เทพเพ็ญวานิชย์.
- พิชญากัด โชคพัฒนสกุล. (2555). **ค้นพบความสุขแท้ในชีวิต เพียงแค่รู้วิธีมองโลกในมุมต่าง**, 18 มกราคม 2556, from <http://www.lib.cru.in.th/e-magazine/Magazine>
- สิระยา สัมมาวาท. (2532). **ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ**. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริพร วงษ์โทน. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวกความผูกพันต่อองค์กร และผลการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). **เรื่องความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน.**

เสาวณีย์ พงษ์. 2542. ผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล

อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเหตุ. (2554). การรณรงค์สร้างคุณค่ารอบด้านของคนวัยเกษียณ: ทางออกของสังคมผู้สูงอายุ. **ประชากรและการพัฒนา**, 31(6), น.1-2

Ann Bowling and Steve Iliffe. (2011). **Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. Health and Quality of Life Outcomes.** From <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-9-13.pdf>

Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli & Michael P. Leiter. (2001). **Job burnout.** Annual Reviews, 397-422.

Folkard, Tadeusz Marek and Czeslaw Noworol (2007). **Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12-and 8-h shifts.** Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations, 10 (3, from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379608256804#.VJ4PRsgA>

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982) **The measurement of experienced burnout.** Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

Melamed, Samuel, Shirom, Arie, Toker, Sharon, Berliner, shlomo, Shapira and Itzhak. (2006). **Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions.** Psychological Bulletin, 132(3) pp.327-353, from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2006-06233-001>

World Health Organization. (2002). **Active ageing a policy frame work 10 November 2011,** from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8



ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของแพทย์แผนไทยประยุกต์
ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

The Self-Efficacy of Applied Thai Traditional Medical Practitioners
with a bachelor's Degree

วัชรินทร์พร พรหมพิทักษ์

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

วีณา ศิริสุข, Dr. P.H.

วรรณวิภา ปสันนาทร, ประ.ด.

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, ประ.ด.

ABSTRACT

PURPOSE & METHODOLOGY The purposes of this study are to study the levels of self-efficacy as related to practices of Thai traditional medicine (Thai traditional medicine, Thai traditional pharmacy, Thai traditional massage and midwifery) by Applied Thai traditional medical practitioners who have been conferred a bachelors degree in Applied Thai Traditional Medicine, and also to investigate the information sources of self-efficacy related to the practices of Thai Traditional Medicine. The study was conducted by collecting data from questionnaires done by volunteers who had graduated with a bachelor degree in Applied Thai Traditional Medicine in the academic year 2009-2012 from all educational institutions, which hold bachelor courses in Applied Thai Traditional Medicine, and were certified as applied Thai traditional medical practitioners. The questionnaires had been given out to 1,074 practitioners, but were completed by 560 practitioners.

FINDINGS, The result of the study revealed that most applied Thai traditional medical practitioners in this group, which was 73.39% of the practitioners, evaluated self-efficacy level in Thai traditional medicine clinical practices as medium (Score = 126.68 - 217.15) with highest self-efficacy in the clinical practice of Thai therapeutic massage. On the contrary, the level of difficulty in the clinical practices of Thai traditional medicine was highest in the clinical practice of Thai traditional medicine compared to the other three practices. For the information sources of self-efficacy in the clinical practice of Thai traditional medicine, 91.73% and 93.65% of the practitioners in the study group stated that they acquired self-efficacy from performing practices by themselves and from observing the demonstrators (models) respectively. Another information source, that of verbal persuasion, was also accessed by many practitioners in the group (81.60%).

RECOMMENDATION The findings of this study confirm that academic courses or the any training programs held for improving knowledge, skills and self-efficacy in applied Thai traditional medicine practices should be providing learners chances to study by



practicing by themselves, observing demonstrators (models) and providing them some verbal persuasion. However, practicing activities in Thai traditional medicine, such as patient interviews, together with diagnosis and therapeutic practices, should be held more frequently for the learners to gain their own experiences.

Keywords: Self-Efficacy/Information Sources of Self-Efficacy/Applied Thai traditional Medicine

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านต่างๆ (เวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย หัตถเวชกรรมแผนไทย และผดุงครรภ์) ของแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และเพื่อศึกษาแหล่งข้อมูลที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในแต่ละด้าน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในปีการศึกษา 2552-2555 ของสถาบันการศึกษาทุกแห่ง ที่มีหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และเป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากจำนวนทั้งหมด 1,074 คน แต่มีผู้ส่งแบบสอบถามกลับและสมบูรณ์ จำนวน 560 คน

ข้อค้นพบ ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 73.39 ของแพทย์แผนไทยประยุกต์ตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินคะแนนระดับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง (126.68-217.15 คะแนน) โดยมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติในด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยสูงที่สุด ส่วนความยากในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยกลุ่มตัวอย่างประเมินความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติด้านเวชกรรมแผนไทยอยู่ในระดับที่สูงกว่าด้านอื่นๆ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย พบว่าร้อยละ 91.73 และร้อยละ 93.65 ตามลำดับของกลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติในแต่ละด้านโดยการลงมือทำด้วยตนเองและได้เห็นจากตัวแบบตามลำดับ ส่วนแหล่งข้อมูลที่เกิดจากการใช้คำพูดจูงใจโดยการบอกมีค่อนข้างมากเช่นกัน (ร้อยละ 81.60)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันให้เห็นว่าในการจัดการเรียนการสอน หรือการอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พึงให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองโดยเริ่มจากตัวแบบ และการพูดให้กำลังใจ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติด้านเวชกรรมแผนไทย เช่น การซักประวัติและการตรวจร่างกาย รวมถึงการวินิจฉัยโรคและการสั่งการรักษา พึงได้จัดให้มีการเพิ่มการปฏิบัติให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ด้วยตนเองมากขึ้น

คำสำคัญ: ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน/แหล่งข้อมูลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน/แพทย์แผนไทยประยุกต์

บทสรุปงานวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร และการรับบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทำให้รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยในระบบทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ตลอดทั้งมีการพัฒนาและส่งเสริมการนำความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากขึ้นตามนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจนมีการผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลรักษาผู้ป่วย การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลบำบัดโรค ในขณะที่เดียวกันสถาบันการศึกษาต่างๆ ยังได้มีการเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้นเพื่อผลิตบุคลากรด้านแพทย์แผนไทยที่จะบูรณาการการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับในสังคมด้วย

การแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนไทยมาตั้งแต่โบราณและมีหลายรูปแบบอันได้แก่ การรักษาตามความเชื่อ การใช้พิธีกรรม การใช้ยาสมุนไพร การกินอาหารเพื่อปรับสมดุลการนอน และการทำสมาธิหรือการทำจิตให้สงบนิ่ง เป็นต้น (อวย เกตุสิงห์, 2525) ในอดีตความรู้เหล่านี้จัดเป็นภูมิปัญญาของคนไทยที่สืบทอดจากคนรุ่นหนึ่ง ไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งอย่างไม่เป็นทางการนักการแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยที่มีการจัดองค์ประกอบขององค์ความรู้ไว้กว้างๆ เป็นเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย หัตถเวชกรรมแผนไทย และผดุงครรภ์ โดยมีการดูแลรักษาหลายวิธี เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพรหรือการเข้ากระโจม ตลอดจนการบริหารร่างกายท่าต่างๆ (กรู๊กร เชนพาณิชย์, 2525) และในปัจจุบันนี้ความรู้เหล่านี้ได้ถูกจัดทำเป็นหลักสูตรในสถาบันอุดมศึกษาหลายสถาบัน (คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้ผลิตบัณฑิตแพทย์แผนไทยประยุกต์มาเป็นบุคลากรในระบบการแพทย์และสาธารณสุขมาแล้วจำนวนหนึ่ง แต่ก็อาจมีบัณฑิตบางคนที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยจึงทำให้ปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะทำได้ โดยจากการศึกษาของ วรณวิภา ปสันธนาทร และคณะ ที่ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าปัญหาที่พบในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรคือ แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้สั่งจ่ายยาไม่นิยมจ่ายยาสมุนไพร เพราะไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาสมุนไพร และยังมีบางคนที่ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะรักษาผู้ป่วยแต่ละรายหายโดยการปรุ่ยาสมุนไพรเฉพาะอย่างยิ่งหากขาดวัตถุดิบ ยิ่งไปกว่านั้นบางคนยอมรับว่าตนยังขาดความมั่นใจในการปรุ่ยาตำรับด้วยเช่นกัน (วรณวิภา ปสันธนาทร และคณะ, 2555) ประเด็นปัญหานี้จะน่าจะทำให้เชื่อได้ว่าแพทย์แผนไทยส่วนหนึ่งอาจมีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในระดับที่ไม่สูงนัก อันอาจส่งผลให้ไม่กล้าที่จะประกอบเวชปฏิบัติการทางการแพทย์แผนไทยตามหลักสูตรที่ได้เรียนมา

แนวคิดเรื่องความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) ได้ถูกนำเสนอขึ้นโดย Bandura (1994) ซึ่งเขาได้อธิบายว่าบุคคลในฐานะปัจเจกจะเลือกที่จะทำพฤติกรรมใด ใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมใดอย่างไม่ล้มเลิก และจะกระทำพฤติกรรมใดอย่างต่อเนื่องต่อไป นอกจาก



รางวัลที่คาดหวังของตนว่าจะได้รับแล้ว ยังขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นๆ จะรับรู้ในความสามารถแห่งตนหรือเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย นอกจากนี้ Bandura ยังอธิบายอีกว่าบุคคลจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนได้นั้นจะเกิดจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ (1) การมีประสบการณ์ที่ได้ลงมือกระทำจนสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงและความสำเร็จทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน โดยบุคคลจะยิ่งเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้เพราะได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง (2) การมีประสบการณ์จากตัวแบบ (Vicarious Experience) หรือ การกระทำตามตัวแบบ (Modeling) นั่นคือ การที่บุคคลได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลของการกระทำที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดความคิดความรู้สึกว่าตนเองก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าพยายามจริงและไม่ย่อท้อ (3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หรือ การชักจูงทางสังคม (Social Persuasion) กระนั้นก็ตาม Bandura ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ที่จะทำให้บุคคลพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน แต่ถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จโดยอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้น พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน และ (4) การกระตุ้นทางอารมณ์และทางสรีระ (Emotional and Physical Arousal) การกระตุ้นจากอารมณ์และการเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนแปลงทางสรีระบางประการมีผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน โดยทั่วไปการที่บุคคลจะเชื่อมั่นว่าทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้จะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่แสดงพฤติกรรม การกระตุ้นที่แรง เช่น มีส่วนมากในขณะทำพฤติกรรมนั้นทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลถึงขั้นทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และเช่นเดียวกันในทางตรงกันข้ามแม้บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ แต่เขากลับอยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจหรือเกิดอารมณ์เชิงลบ เช่น ความกลัว หรือ เกิดความวิตกกังวล ก็จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1994, 1997)

ดังนั้นการทำความเข้าใจความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์จึงถือเป็นความจำเป็น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมถึงมุ่งหาคำตอบเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของความเชื่อมั่นนั้นๆ ทั้งนี้โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรหรือเป็นแนวทางในการพัฒนาตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ของสถาบันต่างๆ ที่ได้เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ นอกจากนี้ยังคาดหวังอีกว่าจะเป็นประโยชน์ในการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ที่สำเร็จการศึกษาไปแล้ว และทำงานอยู่ในระบบสุขภาพ เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและบริการด้านสาธารณสุขของไทยมีประสิทธิภาพต่อการให้บริการและการรักษาผู้ป่วย นั่นคือ มุ่งหวังให้ระบบบริการทางสุขภาพของประเทศไทยมีแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้

(1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านต่างๆ (เวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย หัตถเวชกรรมแผนไทย ผดุงครรภ์) ของแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

(2) เพื่อศึกษาแหล่งข้อมูลที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในแต่ละด้านของแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์ระดับปริญญาตรี ของสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ทุกสถาบันโดยเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2552-2555 และได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

วิธีดำเนินการวิจัย

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งใจจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์แผนไทยประยุกต์ทุกคนที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ระดับปริญญาตรีในปีการศึกษา 2552-2555 จากสถาบันการศึกษาทุกแห่ง โดยต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,074 คน ด้วยการส่งแบบสอบถามไปให้ทุกท่านตามบัญชีรายชื่อการได้รับอนุมัติใบประกอบโรคศิลปะ แต่ได้รับแบบสอบถามกลับและมีความสมบูรณ์ในการนำมาวิเคราะห์ 560 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบเขียนตอบเอง (self-administered questionnaire) แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกรอบแนวคิด และก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นปรึกษานักจิตวิทยา นักสังคมศาสตร์การแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโครงสร้างหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องมือวัดมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นจึงได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และได้ทดลองนำไปใช้กับผู้สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2550-2551 จากมหาวิทยาลัยต่างๆ (โดยสุ่มจากผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ปีการศึกษาดังกล่าว) จำนวน 50 คน และได้ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรวัดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 0.942 และของมาตรวัดความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 0.976

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับมาตรฐานการวิจัยในคนและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข COA.No.2013/250.0209 จากนั้นผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งจดหมายที่อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่างๆ พร้อมแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ โดยได้แนบซองพร้อมติดแสตมป์ไปด้วยเพื่อให้ส่งกลับมายังผู้วิจัย แบบสอบถามที่ส่งได้มีการใส่รหัสเพื่อเมื่อครบ 2 สัปดาห์แล้วจดหมายตอบกลับมาก็ไม่ทราบรหัสที่ลงและฉบับใดไม่ได้รับก็ได้ส่งกลับไปอีกครั้ง เพื่อให้ได้รับแบบสอบถามที่ตอบกลับมามากที่สุด โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แบบสอบถามกลับ 566 ฉบับ แต่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ 560 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 52.14 ของประชากรทั้งหมด



การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้ลงรหัส (coding) แล้วทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย ด้วยการใช้คอมพิวเตอร์ และโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ SPSS /PC⁺ (statistic package for the social sciences) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

(1) บรรยายเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร และประสบการณ์การเรียน/การทำงาน/การได้รับการอบรม โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เช่น การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด - ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

(2) บรรยายข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านต่างๆ ของแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ระดับปริญญาตรี โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

(3) บรรยายข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 560 คน ที่แบบสอบถามมีความสมบูรณ์นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.73) มีเพศชายเพียงร้อยละ 25.27 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.52 ปี (S.D. = 4.2ปี) อายุต่ำสุดคือ 22 ปี และอายุมากที่สุดคือ 51 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนา (ที่อยู่ปัจจุบัน) อยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล (ร้อยละ 52.10) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสยังเป็นโสด (ร้อยละ 88.15) สำหรับระดับการศึกษาสูงสุดของแพทย์แผนไทยประยุกต์ตัวอย่างพบว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้วกลุ่มตัวอย่างยังมิได้ศึกษาต่อคือยังมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีซึ่งมีมากถึง ร้อยละ 88.04 ส่วนการประกอบอาชีพพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.53) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานองค์กรเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน โรงแรมที่มีธุรกิจสปา สถานพยาบาลเอกชนประเภทอื่นๆ (สถานสุขภาพและความงาม) เป็นต้น รองลงมาเป็นข้าราชการ/พนักงานองค์กรของรัฐ (ร้อยละ 26.79) โดยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นส่วนมาก เกือบทั้งหมดประกอบอาชีพเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ตนสำเร็จการศึกษามา (ร้อยละ 98.21) แพทย์แผนไทยประยุกต์ตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับแผนไทยได้ทำการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในหลายด้านโดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดทำเวชปฏิบัติทุกด้าน (ด้านเวชกรรมแผนไทย, เกษษกรรมแผนไทย, หัตถเวชกรรมแผนไทย และผดุงครรภ์) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างได้ทำเวชปฏิบัติด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยเป็นหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.68) รองลงมาเป็นด้านเวชกรรมแผนไทย เกษษกรรมแผนไทย และผดุงครรภ์ (คิดเป็นร้อยละ 82.39, 79.35 และ 58.91 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้จากอาชีพปัจจุบันรวมทั้งหมดเฉลี่ยสูงถึง 21,852.27 บาทต่อเดือน (S.D. = 50,079.05 บาท) และมีรายได้เฉพาะจากอาชีพที่เกี่ยวกับแผนไทยประยุกต์เฉลี่ยประมาณ 18,197.74 บาทต่อเดือน (S.D. = 47,982.90บาท) ทั้งนี้มีผู้มียาได้สูงมากถึงประมาณ 1,000,000 บาทต่อเดือนเพียง 1 รายเท่านั้น โดยได้จากการประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ด้วยการเปิดร้านสปา นวดรักษาโรค และร้านขายยาสมุนไพร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสะสมเมื่อสำเร็จการศึกษายู่ในระดับค่อนข้างสูงมาก โดยเกือบหนึ่งใน

สามของกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.00–3.24 (ร้อยละ 30.99) ในระหว่างเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกวิชาทางเวชกรรมแผนไทยและหัตถเวชกรรมแผนไทยเป็นวิชาเลือก สำหรับระยะเวลาจากสำเร็จการศึกษาจนถึงเริ่มทำงานครั้งแรกนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาจากสำเร็จการศึกษาจนถึงเริ่มทำงานครั้งแรกอยู่ในช่วงเวลาน้อยกว่า 1 เดือน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานเพียงแห่งเดียวคือ มากถึง ร้อยละ 87.41 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานแห่งเดียวนั้นส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วยใก้ลัภูมิลาเนาที่กำเนิดของตนเอง จึงมีการเปลี่ยนที่ทำงานน้อยมาก ส่วนระยะเวลาที่ทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบันอยู่ในช่วง 1 เดือน–6 เดือน มีมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 44.86 สำหรับระยะเวลาจากสำเร็จการศึกษาจนถึงได้ศึกษาต่อนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ส่วนใหญ่เรียนต่อในระยะเวลาหลังสำเร็จการศึกษาแล้วอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 เดือนคิดเป็นร้อยละ 47.78 สำหรับสาขาที่เรียนต่อนั้น ประมาณครึ่งหนึ่งศึกษาต่อด้านแพทย์แผนไทยประยุกต์ แต่มีอีกประมาณครึ่งหนึ่งได้ศึกษาต่อด้านอื่นๆ เช่น เกษษเคมีและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ บริหารสาธารณสุข บริหารจัดการวิทยาศาสตร์เครื่องสำอาง เกษษวิทยา และสังคมศาสตร์การแพทย์และสุขภาพ เป็นต้น ส่วนการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พบว่าประมาณสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 73.75) ได้รับการอบรมที่จัดโดยหน่วยงานหลักคือ กรมการพัฒนการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 47.62 รองลงมาเป็นมหาวิทยาลัยโดยสถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ร้อยละ 27.89) ในการได้รับการอบรมนั้นส่วนใหญ่เป็นด้านเวชกรรมแผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทย (ร้อยละ 82.99 เท่ากัน) รองลงมาเป็นด้านหัตถเวชกรรมแผนไทย ผดุงครรภ์ และด้านอื่นๆ เช่น การเขียนบทความวิจัย การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การใช้ภาษาอังกฤษกับการแพทย์แผนไทย และการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เนื่องจากการวัดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน (self-efficacy) Bandura (Bandura, 1997 อ้างในวิณา ศิริสุข, 2534) เสนอให้มีการวัดได้หลายมิติ เช่น มิติตามขนาด (magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการจะกระทำการต่างๆ อันจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะต้องทำ หรือ มิติความแข็งแกร่งของความเชื่อมั่น (strength) ซึ่งหมายถึงระดับความมั่นใจที่บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจตัดสินใจได้ในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้วัดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากการรับรู้ความยากและความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูงสุด 225 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 25 คะแนน และจากการวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลพบว่าระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.22 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 37.28 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 105 คะแนน ข้อมูลมีลักษณะการกระจายแบบเบ้ไปทางขวาเล็กน้อย (ค่าความเบ้เท่ากับ 0.30 คะแนน) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของตนว่าไม่ค่อยยาก คือมีความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยน้อย ทำให้คำตอบที่ได้เกาะกลุ่มกันอยู่ในช่วงคะแนนต่ำ ดังนั้นจึงได้แบ่งกลุ่มคะแนนในการประเมินระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยวิธีอิงกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากข้อมูลที่ได้มีการแบ่งระดับความยากของการปฏิบัติทางเวช



ปฏิบัติการแพทย์แผนไทยเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มคะแนนระดับต่ำ (0-66.94 คะแนน) มีร้อยละ 18.93 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยระดับสูง (ตั้งแต่ 141.51คะแนนขึ้นไป) คือ ร้อยละ 16.25 ในขณะที่คะแนนระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง (66.95-141.50คะแนน) มีสูงถึงร้อยละ 64.82 อย่างไรก็ตามในการวัดความยากในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยแต่ละด้านมีจำนวนข้อกระทงไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงปรับฐานคะแนนระดับความยากของการปฏิบัติในแต่ละด้านให้เท่ากัน ด้วยการหารด้วยจำนวนข้อกระทงของแต่ละด้าน เมื่อปรับฐานคะแนนแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ประเมินระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมแผนไทยว่ายากกว่าด้านอื่นๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.89 คะแนน (S.D. = 2.17 คะแนน) รองลงมาเป็นด้านเภสัชกรรมแผนไทยซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 คะแนน (S.D. = 2.18 คะแนน) ส่วนด้านผดุงครรภ์แผนไทยนั้นกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความยากอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 คะแนน (S.D. = 2.11 คะแนน) และเช่นเดียวกับด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยมีค่าเฉลี่ยความยากอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.32 คะแนน (S.D. = 2.01 คะแนน)

สำหรับมิติความแข็งแกร่งของความเชื่อมั่น (strength) ซึ่งเป็นหลักในการวัดระดับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของการศึกษาในครั้งนี้ ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูงสุด 250 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 25 คะแนน เมื่อวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลพบว่าระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 171.91 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 45.24 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 181 คะแนน และข้อมูลมีลักษณะการกระจายแบบเบ้ไปทางซ้าย (ค่าความเบ้เท่ากับ - 0.99 คะแนน) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของตนว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี คือมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าครึ่งของคะแนนเต็ม (มากกว่า 125 คะแนน) อย่างไรก็ตามคำตอบที่ได้เกาะกลุ่มกันอยู่ในช่วงคะแนนปานกลางและมีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงโค้งปกติ ดังนั้นจึงได้แบ่งกลุ่มคะแนนในการประเมินระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากข้อมูลที่ได้มีการแบ่งระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มคะแนนระดับต่ำ (0-126.67 คะแนน) มีร้อยละ 15.00 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มคะแนนความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยระดับสูง (ตั้งแต่ 217.16 คะแนนขึ้นไป) คือ ร้อยละ 12.00 คะแนน ในขณะที่กลุ่มคะแนนความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง (126.68-217.15 คะแนน) มีสูงถึงร้อยละ 73.39 เนื่องจากจำนวนข้อกระทงในแต่ละด้านมีจำนวนไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงได้ปรับฐานคะแนนระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยแต่ละด้านให้เท่ากัน เช่นเดียวกับความยากในการปฏิบัติ ฯ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยสูงกว่าด้านอื่นๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 คะแนน (S.D. = 2.41 คะแนน) รองลงมาเป็นด้านผดุงครรภ์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.87 คะแนน (S.D. = 2.30 คะแนน) ส่วนด้านเวชกรรมแผนไทยและด้านเภสัชกรรมแผนไทยพบว่ามีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ ฯ เท่ากันคือ 6.55 คะแนน (S.D. = 2.10 คะแนน และ 2.21 คะแนน ตามลำดับ)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของแหล่งข้อมูลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่างนั้นได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของ



ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของ Bandura (1994) โดยเขาได้อธิบายไว้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนเองได้นั้นจะเกิดจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการได้ลงมือกระทำ (mastery experiences) (2) การมีประสบการณ์จากตัวแบบ (vicarious experience) หรือ การกระทำตามตัวแบบ (modeling) (3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) หรือ การชักจูงทางสังคม (social persuasion) (4)การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ (emotional and physical arousal) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในส่วนนี้พบว่าในทุกด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ลงมือปฏิบัติทางเวชปฏิบัติในแต่ละด้านโดยการลงมือทำด้วยตนเองและได้เห็นจากตัวแบบ คือ เกือบทุกคนได้รับข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูลนี้ โดยในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยและเวชกรรมแผนไทยจะลงมือทำด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ สำหรับด้านเภสัชกรรมแผนไทยและผดุงครรภ์นั้นก็ลงมือทำด้วยตนเองแต่น้อยกว่า ส่วนแหล่งข้อมูลที่เกิดจากการใช้คำพูดจูงใจโดยการบอกมีค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามแหล่งข้อมูลที่เกิดจากการได้รับข้อมูลย้อนกลับการสะท้อนกลับทางกายภาพและทางอารมณ์จากภายในตัวของกลุ่มตัวอย่างเองจะมีน้อยมาก นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกมือสั่น กลัวขณะทำเวชปฏิบัติต่างๆ มีค่อนข้างน้อย

อภิปรายผลการศึกษา

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์แผนไทยประยุกต์มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยพบว่าสูงมากในด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากรายวิชาหัตถเวชกรรมแผนไทยจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้ลงมือทำด้วยตนเอง โดยอาจารย์จะมีการทำการสาธิต หรือ แสดงวิธีการนวดในส่วนต่างๆ ก่อนให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ทำงานจะทำด้านนี้เป็นหลัก กับทั้งได้ทำด้านนี้เต็มความสามารถของตน จึงเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติเวชปฏิบัติด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยสูง ซึ่ง Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ ล้วนเรียนรู้มาจากการได้เห็นผู้อื่นกระทำ แล้วเกิดผลบางอย่าง (indirect reinforcement) และปัจเจกได้ใช้ปัญญาในการเข้าใจ จดจำ และคาดหวังว่า หากตนเองกระทำพฤติกรรมเช่นนั้น ก็จะได้รับรางวัลหรือการลงโทษเช่นเดียวกัน (Bandura, 1977) ส่วนในด้านเวชกรรมแผนไทยนั้นพบว่ามีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนค่อนข้างต่ำ อาจอธิบายได้ว่าแพทย์แผนไทยประยุกต์ส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐจะทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีข้อจำกัด จึงไม่พร้อมในการทำเวชปฏิบัติด้านนี้ แต่อีกนัยหนึ่งคือทำงานอย่างไม่เต็มศักยภาพของแพทย์แผนไทยประยุกต์ และได้ใช้องค์ความรู้ด้านนี้น้อย โดยปกติแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ทำงานใน รพ.สต. จะได้ทำงานด้านเวชกรรมแผนไทยด้วยตนเองน้อยมาก หรือไม่มีโอกาสที่จะทำ เนื่องจากมีแพทย์และพยาบาลคัดกรองและวินิจฉัยโรคให้กับผู้ป่วยแต่ละรายก่อนส่งมาให้แพทย์แผนไทยประยุกต์ เมื่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ตัวอย่างไม่ได้ใช้องค์ความรู้และไม่ได้ลงมือทำด้วยตนเองจึงทำให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติในด้านเวชกรรมแผนไทยค่อนข้างต่ำ สำหรับด้านเภสัชกรรมแผนไทยก็พบว่าแพทย์แผนไทยประยุกต์ตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน ด้านการปรุงยาตำรับอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเช่นกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าแพทย์แผนไทยประยุกต์ตัวอย่างไม่ค่อยได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เนื่องจากการทำงานในสถานที่บางแห่ง เช่น รพ.สต.ไม่มีโรงงานผลิตยาต้องสั่งซื้อจากที่อื่น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปรุงยาเฉพาะอย่างยิ่งตำรับอยู่ในระดับที่ต่ำ



ในการประเมินระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ประเมินระดับความยากของการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมแผนไทยว่ายากกว่าด้านอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรคนั้นกลุ่มตัวอย่างประเมินว่ายากที่สุด ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วอาจไม่ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เนื่องจากที่ทำงานบางแห่งไม่เอื้อต่อการลงมือปฏิบัติในส่วนนี้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมแผนไทย กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินความเชื่อมั่นของตนในด้านนี้ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Bandura โดยเขาได้กล่าวไว้ว่า ระดับความมั่นใจที่บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจตัดสินใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ รวมถึงความรู้สึกว่าสิ่งนั้นยาก หรือ ง่าย ย่อมเนื่องมาจากการได้ลงมือทำแล้วทำได้ไม่สำเร็จ หรือ สำเร็จ (Bandura, 1997)

ส่วนแหล่งข้อมูลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในทุกด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ลงมือปฏิบัติทางเวชปฏิบัติในแต่ละด้านโดยการลงมือทำด้วยตนเองและได้เห็นจากตัวแบบ คือเกือบทุกคนได้รับข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูลนี้ โดยในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติด้านหัตถเวชกรรมแผนไทยและเวชกรรมแผนไทยจะลงมือทำด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ สำหรับด้านเภสัชกรรมแผนไทยและผดุงครรภ์นั้นแม้ได้ลงมือทำด้วยตนเองแต่น้อยกว่า ส่วนแหล่งข้อมูลที่เกิดจากการใช้คำพูดจูงใจโดยการบอก หรือ พูดชักจูงให้เชื่อว่าทำได้มีค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามแหล่งข้อมูลที่เกิดจากการได้รับข้อมูลย้อนกลับทางกายภาพและทางอารมณ์จากภายในตัวของกลุ่มตัวอย่างเองจะมีน้อยมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้ฝึกสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมาก่อน จึงไม่เห็นความสำคัญของแหล่งข้อมูลนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างเกิดจากการได้ลงมือทำด้วยตนเองและได้เห็นจากตัวแบบ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอน และการจัดอบรมจึงควรให้มีการฝึกลงมือปฏิบัติให้มากขึ้นภายหลังการสาธิตของผู้สอน พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยงความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์กับองค์ความรู้เดิมเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และในระหว่างกระบวนการเรียน กลุ่มผู้เรียนพึงได้รับคำพูดสนับสนุน และกำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในมุมมองของผู้ให้บริการ ไม่ได้ติดตามผลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนที่มีต่อผู้รับบริการ ในอนาคตควรมีการศึกษาผลของความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการในมุมมองของผู้ป่วย โดยศึกษาผลของความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ ทั้งในประเด็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และความพึงพอใจของผู้รับบริการ และควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพและทางคลินิกร่วมด้วยเพื่อให้ได้ความละเอียดและชัดเจนมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กรุงไกร เจนพาณิชย์. (2525). **บทความเรื่อง การแพทย์ไทยเดิม(อายุรเวท) สมุนไพรและการ
นวดแบบเดิมของไทย**. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล,
มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวง
สาธารณสุข. (2547). **เกณฑ์มาตรฐานการรับรองหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์**.
นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ. (2534). **“การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้า
สู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จ. นครราชสีมา”**.
คณะกรรมการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสูงเนิน จ. นครราชสีมา.
- วีณา ศิริสุข. (2534). **“แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันและการ
ส่งเสริมสุขภาพ”** ในคู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1: แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
สุขภาพ มัลลิกา มัติโก (บรรณาธิการ) (หน้าที่ 70 - 114) กรุงเทพมหานคร: โครงการขำยงาน
วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณวิภา ปสันธนาทร และคณะ. (2555). **การใช้ยาสมุนไพรไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล. กระทรวงสาธารณสุข**.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
กรุงเทพมหานคร: สหพัฒนไฟศาล. 2550.
- สุริย์ กาญจนวงศ์. (2551). **จิตวิทยาสุขภาพ**. นครปฐม: มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย.
- หนังสือหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์. (2550). **โรงเรียนอายุรเวทธารง**.
- อวย เกตุสิงห์. ทางสู่อายุวัฒนะ. หน้า 93-102. ใน นารา แววดรและคณะ. อวยนิมิตอนุสรณ์.
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change
. **Psychological review**, 84 (2), 191 - 215.
- . A (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), **Encyclopedia of
human behavior** (Vol. 4, pp. 71-81). Newyork: Academic press. (reprinted in H.
Friedman [Ed.], **Encyclopedia of mental health**. San Diego: Academic press, 1998).
- . . A (1997). **Self-Efficacy: the Exercise of Control**. New York: W.H.
Freeman.



ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่จังหวัดพะเยา

(The Relationship between Social Support and Quality of Life among
People living with HIV/AIDS in Phayao province)

ดาร์กัค เย็นใจ

ปาริฉัตร ดอกไม้

วรรณภา สารพันธ์ุ

อิสริย์ ศรีอนันต์

ชโลธร ศรีมณี

Seung Chun Paek

ณัฐณิย์ มีมนต์*

หน่วยวิจัยสังคมศาสตร์และสุขภาพ ภาควิชาสังคมและสุขภาพ

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ABSTRACT

This study aimed to investigate the extent to which social support could contribute to quality of life among people living with HIV/AIDS (PLHAs). 316 asymptomatic HIV patients received health services from 7 hospitals in Phayao province completed the WHOQoL-HIV-BREF and Sarason's Social Support questionnaires. Structural Equation Modeling (SEM) approach was employed.

The findings indicated that 56% of the respondents were female, 72.2% aged between 34-48 years old. 59.2% reported having other diseases in addition to HIV. Average CD4 level was 490 and average length of infection was 10 years. Most respondents disclosed their HIV status to parents. The respondents had 1-2 assistance channels and were satisfied with given social supports. Overall quality of life was moderately high.

Social support was statistically significantly ($p < 0.05$) associated with increased quality of life among PLHAs. Number of assistance channels was the strongest predictor for quality of life ($\beta = 0.26$), followed by satisfaction with given supports ($\beta = 0.22$), length of HIV infection ($\beta = 0.12$) and having other diseases ($\beta = -0.19$). This accounted for 17% of the variation in quality of life among PLHAs. The revised SEM model presented good fit statistics with CMIN/DF= 1.348, GFI = 0.961, AGFI = 0.927, RMSEA = 0.033.

Recommendations: Thai government should be a main supporter in building a social network among HIV infected family members to increase their chance for having more frequent involve with social support activities. Both public sector and private sector should provide supports to people living with HIV/AIDs group activities continuingly.

Keywords: Social Support/Quality of Life/People Living with HIV/AIDS

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดพะเยา ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดพะเยาจำนวน 316 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ Sarason ส่วนสถิติใช้การสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 มีอายุระหว่าง 34-48 ปี ร้อยละ 72.2 มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากเอชไอวีร้อยละ 59.2 และมีค่าเฉลี่ยของดัชนีชีวิตระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ล่าสุดคือ 490 มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ย 10 ปี มีการเปิดเผยการติดเชื้อกับพ่อแม่มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลมาให้ความช่วยเหลือจำนวน 1-2 คน และพึงพอใจกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม อยู่ในระดับดี

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยการมีบุคคลมาให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ($\beta = 0.26$) รองลงมาคือ ความพึงพอใจจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ($\beta = 0.22$) ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ($\beta = 0.12$) และการมีโรคประจำตัวอื่นที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ติดเชื้อ ($\beta = -0.19$) และตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดสามารถอธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 17 ($R^2 = 0.17$) โมเดลทั้งหมดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (CMIN/DF = 1.348 , GFI = 0.961, AGFI = 0.927, RMSEA = 0.033)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ภาครัฐควรสนับสนุนให้มีสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อโดยให้บุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเข้าไปมีส่วนร่วม และหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนควรสนับสนุนการทำกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม/คุณภาพชีวิต/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทสรุปงานวิจัย

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงอ่อนแอลง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดบวมหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่แตกต่างกันไปตามระยะการดำเนินของโรค อาการหรืออาการแสดงของโรคเอชไอวี/เอดส์จะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน เช่น ภูมิคุ้มกันของร่างกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป



ภาวะทางโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสารพิษหรือสารเคมีให้โทษ และภาวะทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของแต่ละคน (บุษรา กระแสนุตร, 2554)

ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 จนถึงเดือนกันยายน 2555 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 276,947 ราย โดยในจำนวนนี้ มีร้อยละ 65 อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 30-44 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.6 และมีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ร้อยละ 85 นอกจากนี้ยังมีการคาดประมาณโดยทีมนักวิชาการของประเทศไทยว่า ขณะนี้ ในไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 1.2 ล้านคนโดยที่ไม่มีอาการ (กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักกระบาดวิทยา, 2555)

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527-2549 พบว่า ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีการระบาดของโรคเอดส์มากที่สุด (สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และเมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัดนั้น จากการรายงานสถานการณ์โรคเอดส์เขตภาคเหนือตอนบนจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2555 พบว่า จังหวัดพะเยามีอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยเอดส์สูงสุดคือจำนวน 47.93 คน (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, 2555) ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่งผลกระทบต่อความสมดุลของตัวผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ และยิ่งในภาวะที่อาการของโรคเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกกลัววิธีการรักษา การถูกแยกจากครอบครัว การถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนไร้ค่า น่ารังเกียจ และต้องทุกข์ทรมานใจกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ดังนั้นผู้ติดเชื้อในจังหวัดพะเยาพื้นที่ต่างๆทั้งในระดับท้องถิ่นจึงได้มีการรวมกลุ่มกัน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันโดยการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ ดูแลเรื่องการรักษาสุขภาพ มีกิจกรรมไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง รวมถึงกิจกรรมอื่นๆเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกท้อแท้/หมดหวัง มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอ (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545) เริ่มหมดความสุข ไม่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (เกษตวัน นาคดี, 2544) การให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่เพียงแต่ทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจให้กับผู้ติดเชื้อด้วย

ซึ่งการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากรทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์และแหล่งให้ความช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ (Wills & Filer, 2001 อ้างใน สิริรัตน์ สิลจารัส และ พิศสมัย อร์ทัย, 2554) โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในรูปแบบการกระทำหรือพฤติกรรม (Caplan, 1974; Cobb, 1976; Kahn, 1979) ที่มีหลากหลายมิติและมีการแสดงออกในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม อาจมาจากการสนับสนุนของครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน โดยมีการแสดงปฏิสัมพันธ์ทางสังคมภายในบุคคล รวมถึงบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Gottlieb, 1983) เพื่อมุ่งหวังให้บุคคลรวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตถูกกำหนดให้เป็นการต่อสู้ทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับการยึดชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ติดเชื้อนี้ มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งมีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับจากเพื่อนและครอบครัว ซึ่งหากไม่มีการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกหมดหวัง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Leserman et al., 1992) แต่หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลในการให้

การดูแลรักษาสุขภาพทางกายและจิต ตลอดจนได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำ รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้บุคคลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีที่พึ่ง เกิดความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งประเด็นการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตได้มีการนำไปศึกษากันมากในปัจจุบัน

ในประเทศไทย งานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนมากนี้ จะใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQoL-BREF-THAI) ซึ่งมีเนื้อหาในการวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม แล้วนำมาประยุกต์กับโรคเอดส์ ซึ่งอาจจะทำให้ขาดรายละเอียดข้อมูลในส่วนเฉพาะของโรคเอดส์ แต่ถ้าหากใช้เครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์โดยตรงแล้ว จะทำให้ได้รับข้อมูลที่มีความชัดเจน มีรายละเอียดเฉพาะโรค ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการศึกษากualitasชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

จากเหตุผลข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่จังหวัดพะเยา เพื่อต้องการศึกษาความเกี่ยวข้องกันว่าการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนความพึงพอใจที่ได้รับจากการมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือนั้น จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ โดยสร้างแบบสอบถามที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีโดยตรง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้รับ จะนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่อื่นๆต่อไป

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Pierce, Sarason & Sarason (1996) ได้ให้ความหมายและองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง โครงสร้างที่ซับซ้อนของ 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) Support Schemata เป็นการสนับสนุนอย่างเป็นแบบแผนโดยคาดหวังทางสังคมจะช่วยเหลือจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมหรือที่จำเป็น ทั้งที่อยู่ในระยะสั้นและระยะยาว ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทั้งจากผู้รับและผู้ให้ 2) Supportive relationships โดยที่ความสัมพันธ์จะมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ที่ผลกระทบเท่านั้นเน้นความเกี่ยวข้องกันในบทบาทผู้สนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน และ 3) Supportive transactions เป็นการแลกเปลี่ยนพฤติกรรม ระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน และต้องการการสนับสนุนอย่างเป็นจริง ซึ่งในการวิจัยนี้ จะวัดการสนับสนุนทางสังคมผ่านแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ Sarason (Sarason's social support questionnaire- 6 items) โดยวัดการสนับสนุนทางสังคมผ่านผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ และความพึงพอใจจากผู้ให้ช่วยเหลือ ใน 6 ประเด็น คือ การที่มีบุคคลพึ่งพาอาศัยได้ ในยามต้องการความช่วยเหลือ, การที่มีบุคคลทำให้ผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด/กดดัน,การที่มีบุคคลยอมรับได้ทุกอย่างที่เป็น, การที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย, การที่มีบุคคลช่วยเหลือในยามที่รู้สึกแยจนทำให้รู้สึกดี และการมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวัง

ในการวิจัยนี้ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมถูกนำมาเป็นตัวแปรอิสระในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการสนับสนุนทางสังคมในด้านปริมาณจากบุคคลที่ให้การดูแล (care-giver)แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยวัดเป็นจำนวนบุคคลที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน 6 ประเด็นหลัก(การที่มีบุคคลพึ่งพาอาศัยได้ ในยามต้องการความช่วยเหลือ, การที่มีบุคคลทำให้ผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด/กดดัน,การที่มีบุคคลยอมรับได้ทุกอย่าง



ที่เป็น, การที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย, การที่มีบุคคลช่วยเหลือในยามที่รู้สึกแย่งจนทำให้รู้สึกดี และการมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวัง)

2.2 ปัจจัยความพึงพอใจจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ-เป็นการสนับสนุนทางสังคมในเชิงคุณภาพ โดยใช้การวัดความพึงพอใจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในปัจจัยก่อนหน้า (ปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ) เนื่องจากความพึงพอใจเป็นการตอบสนองความรู้สึกจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆใน 6 ประเด็นหลัก (การที่มีบุคคลพึ่งพาอาศัยได้ ในยามต้องการความช่วยเหลือ, การที่มีบุคคลทำให้ผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด/กดดัน,การที่มีบุคคลยอมรับได้ทุกอย่างที่เป็น, การที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย, การที่มีบุคคลช่วยเหลือในยามที่รู้สึกแย่งจนทำให้รู้สึกดี และการมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวัง) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความพึงพอใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ละม่อม ไชยศิริ, 2554)

ทั้ง 2 ปัจจัยของการสนับสนุนทางสังคม สมมุติฐานว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดคุณภาพชีวิต

สำหรับคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ คุณภาพชีวิต ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และความหมายของระบบในสังคมที่อาศัยอยู่และมีสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบร่างกาย (Physical) จิตใจ (Psychological) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และสิ่งแวดล้อม (Environment) (ประทีป ดวงงาม, 2555) ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนี้มีความครอบคลุมทุกมิติ ในการนำมาใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการวิจัยนี้ จะวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน 4 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งในการวัดคุณภาพชีวิตนั้น แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นใหม่ เพื่อใช้สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง โดยพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก สำหรับโรคเอดส์ชุดย่อ (WHOQoL - HIV- BREF)

ในการวิจัยครั้งนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกนำมาเป็นตัวแปรตามในการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านสิ่งแวดล้อม

ลักษณะทางประชากร

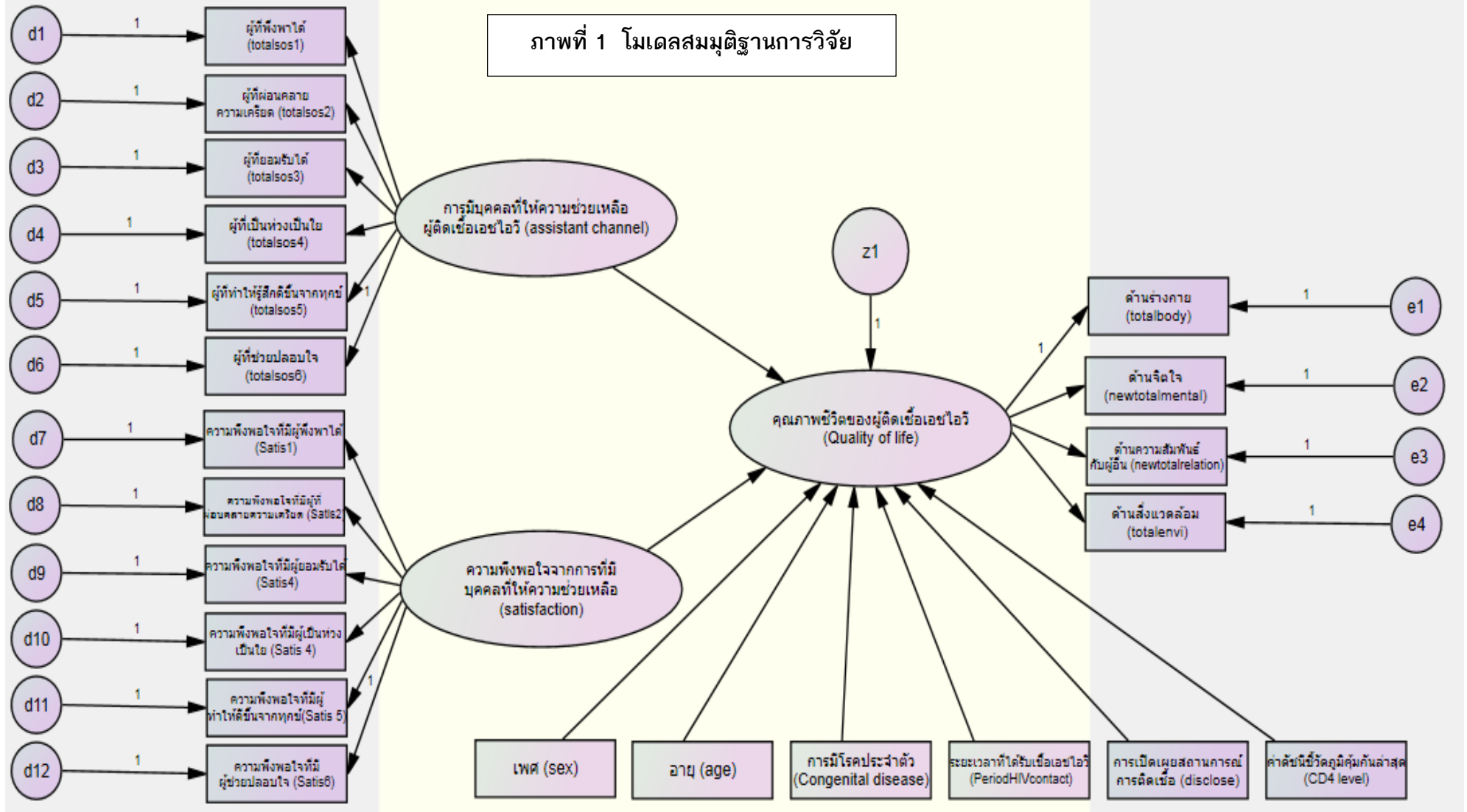
ลักษณะทางประชากรที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ เพศ อายุ การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยการติดเชื้อ และค่าดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD 4) ซึ่งการเลือกตัวแปรเหล่านี้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่ระบุถึงตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหรือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (บุษดี ศรีคำ, 2546; บุษรา กระแสนุตร, 2554; ละม่อม ไชยศิริ, 2554; จิตะวัน จิตรตระกูล, 2555) ลักษณะทางประชากรเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เป็นตัวแปรควบคุมโดยสมมุติฐานว่าเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนแนวคิดและลักษณะทางประชากรข้างต้น จึงได้นำไปทำโมเดลสมมุติฐานการวิจัยตามรูปแบบจำลองของสมการโครงสร้าง โดยมีตัวแปรอิสระ (การสนับสนุนทางสังคม- ปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและปัจจัยความพึงพอใจจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผ่านประเด็นต่างๆ 6 ประเด็น) เป็นตัวแปรที่ทำนายการสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี) โดยมีปัจจัยควบคุม (เพศ, อายุ,การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ, ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี

, การเปิดเผยการติดเชื้อ และค่าดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD 4) เป็นตัวแปรควบคุมที่คาดว่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยโมเดลสมมติฐานการวิจัยแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลสมมติฐานการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยในเชิงปริมาณ มีลักษณะเป็นการวิจัยภาคตัดขวางโดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดพะเยาทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยเลือกประชากรที่มารับยาในวันที่คลินิกนิรนามนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับยาต้านไวรัส จำนวน 316 คน โดยมีการลงพื้นที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยตนเองในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2557 จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนแนวคิดและการลงพื้นที่จังหวัดพะเยา โดยในแบบสอบถามมีองค์ประกอบทั้งลักษณะทางประชากร แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการวัดคุณภาพชีวิตนั้นแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สร้างขึ้นเป็นภาษาไทย โดยแปลและปรับเนื้อหาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ สำหรับโรคเอดส์ (WHOQoL-HIV-BREV) จำนวน 31 ข้อ ให้เป็นภาษาไทยที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งจะช่วยให้สื่อความหมายกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ชัดเจนขึ้น ถือเป็นแบบสอบถามฉบับแรกที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย เนื่องจากในงานวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ในประเทศไทย จะนำแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQoL-BREV-THAI) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษากับโรคเอดส์ ส่วนการวัดการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ Sarason (Sarason's social support questionnaire) จำนวน 6 ข้อ

หลังจากสร้างแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตแล้ว มีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอชไอวีในโรงพยาบาลอื่นนอกจังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.884 ส่วนแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.950 และหลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นอีกครั้ง (กลุ่มตัวอย่าง 316 คน) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เท่ากับ 0.912 และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้การสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยใช้โปรแกรม AMOS 18.0 ในการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะทั่วไปของประชากร

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาจากโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งในจังหวัดพะเยา (รพ.จุน, รพ.ปง, รพ. เชียงม่วน, รพ. เชียงคำ, รพ. แม่ใจ, รพ. ดอกคำใต้ และ รพ. พะเยา) มีจำนวน 316 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 177 คน (ร้อยละ 56) และส่วนใหญ่อายุระหว่าง 34-48 ปี (ร้อยละ 72.2) อายุมากที่สุด 63 ปี และอายุน้อยที่สุด 18 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ จำนวน 187 คน (ร้อยละ 59.2) โดยโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด 3 อันดับแรก ปวดหลัง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 17.4) รองลงมาคือ ภูมิแพ้ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 11.7) และความดัน 34



คน (ร้อยละ 10.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีเป็นเวลา 10 ปี จำนวน 32 คน (ร้อยละ 10.1) ระยะเวลาที่ติดเชื้อนานที่สุดคือ 26 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.9) และระยะเวลาที่ติดเชื้อสั้นที่สุดคือ 1 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 4.1) ส่วนใหญ่ได้รับเชื้อเอชไอวีมาจากคูสมรส จำนวน 131 คน (ร้อยละ 41.5) และเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จำนวน 165 คน (ร้อยละ 52.2) ซึ่งทั้งหมดที่ติดเชื้อฉวยโอกาส ต่างก็รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ในปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อ จำนวน 306 คน (ร้อยละ 96.8) โดยบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมากที่สุดคือ พ่อแม่ จำนวน 214 คน (ร้อยละ 67.7) ในขณะที่บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ทราบ 5 อันดับแรกคือ คูสมรส จำนวน 97 คน (ร้อยละ 30.7) รองลงมาคือ แม่ จำนวน 63 คน (ร้อยละ 19.9) พ่อ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 8.9) พี่สาว จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7) และ ปู่ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 4.7)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ล่าสุดคือ 490 ส่วนค่า CD4 ที่มากที่สุดคือ 1,435 และค่า CD4 ที่น้อยที่สุดคือ 11 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 304 คน (ร้อยละ 96.2) โดยสิทธิการรักษาพยาบาลเพื่อรับยาต้านไวรัสที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคือ โครงการ 30 บาท จำนวน 229 คน (ร้อยละ 72.5) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสมาเป็นเวลา 10 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 15.8)

การสนับสนุนทางสังคม

จากแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ Sarason (Sarason's social support questionnaire) ซึ่งเป็น คำถามเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี (N = 316) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2 คน โดยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือส่วนมากมักเป็นบุคคลในครอบครัวเช่น ปู่ พ่อ แม่หรือลูก มีเพียงแกนนำผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว แต่เป็นผู้ที่มาช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 5.61 ($\bar{X}$ = 5.61, S.D. = 0.45) และเมื่อจำแนกตามประเด็นผู้มาช่วยเหลือ พบว่า การที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย เป็นความพึงพอใจที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 5.69, S.D. = 0.50) ส่วนการที่มีบุคคลทำให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด หรือกดดัน ได้รับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 5.57, S.D. = 0.60) รายละเอียดทั้งหมด มีดังนี้

1. ผู้ที่สามารถพึ่งพาอาศัยได้

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2 คน (ร้อยละ 43) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ แม่ (ร้อยละ 23.4) รองลงมาคือ ปู่ (ร้อยละ 22.8) และ พ่อ (ร้อยละ 21.2) ตามลำดับ ซึ่งการที่มีบุคคลพึ่งพาอาศัยได้ ในยามต้องการความช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 5.58

2. ผู้ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด หรือกดดัน

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2 คน (ร้อยละ 55.7) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปู่ (ร้อยละ 25.3) รองลงมาคือ พ่อและแม่ (ร้อยละ 16.8) และลูกกับแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 10.4) ตามลำดับ ซึ่งการที่มีบุคคลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด หรือกดดัน ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 5.57

3. ผู้ที่ยอมรับได้ทุกอย่างที่เป็น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือเรื่องร้าย
 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2คน (ร้อยละ 46.5) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ แม่ (ร้อยละ 26.9) รองลงมาคือ พ่อ (ร้อยละ 25.3) และ ปู่ (ร้อยละ 22.8) ตามลำดับ ซึ่งการที่มีบุคคลยอมรับได้ทุกอย่างที่เป็น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือเรื่องร้าย ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 5.59
4. ผู้ที่เป็นห่วงเป็นใยไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม
 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2 คน (ร้อยละ 45.6) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ แม่ (ร้อยละ 30.4) รองลงมาคือ พ่อ (ร้อยละ 28.8) และ ปู่ (ร้อยละ 23.4) ตามลำดับ ซึ่งการที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 5.69
5. ในยามที่รู้สึกแย่อย่างมาก มีใครบ้างที่สามารถทำให้รู้สึกดีขึ้นได้
 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2 คน (ร้อยละ 56.3) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ปู่ (ร้อยละ 25) รองลงมาคือ แม่ (ร้อยละ 21.2) และ พ่อ (ร้อยละ 19.6) ตามลำดับ ซึ่งการที่มีบุคคลช่วยเหลือในยามที่รู้สึกแย่จนทำให้รู้สึกดีขึ้นได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 5.67
6. ในยามที่รู้สึกผิดหวัง มีใครบ้างที่จะช่วยปลอบใจ
 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ 1-2 คน (ร้อยละ 60.1) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ปู่ (ร้อยละ 29.4) รองลงมาคือ แม่ (ร้อยละ 17.4) และ พ่อ (ร้อยละ 16.8) ตามลำดับ ซึ่งการมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวัง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 5.65

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดพะเยา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ สำหรับโรคเอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X} = 109.45$) จากการเทียบเกณฑ์ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) โดยมีคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ($\bar{X} = 31.63$) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 31.02$) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 24.11$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 16.68$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวีในจังหวัดพะเยา

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต / ระดับ	คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวี				ระดับคุณภาพชีวิต
	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	
ด้านร่างกาย (7 ข้อ)	24.11	3.99	35	13	กลางๆ
ด้านจิตใจ (10 ข้อ)	31.02	6.02	50	18	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (4 ข้อ)	16.68	3.03	25	9	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม (9 ข้อ)	31.63	5.18	43	14	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	109.45	15.94	152	70	ดี



การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอช

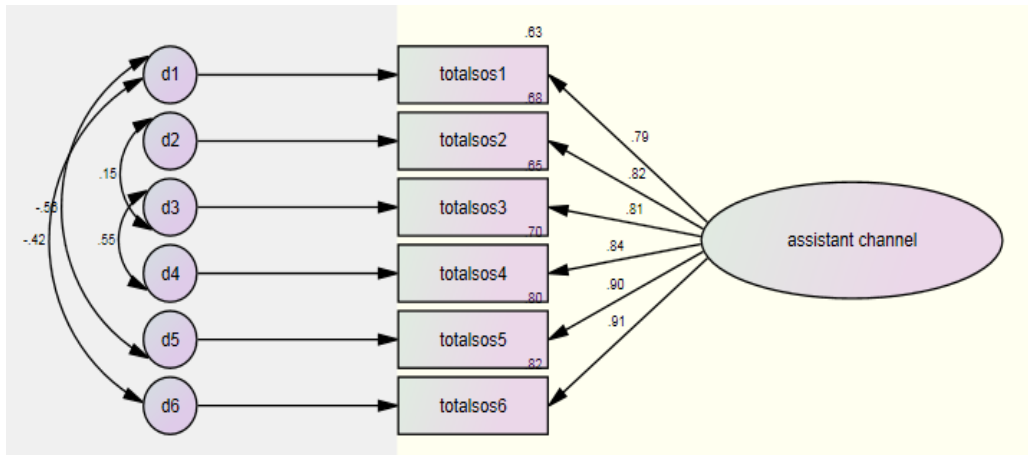
ไอวี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ด้วยโปรแกรม AMOS 18.0 มีการดำเนินการและผลการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)–เป็นการวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง การประมาณค่าความเที่ยง และการตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโครงสร้างองค์ประกอบเมื่อนำไปใช้ต่างกลุ่ม (เสรี ชัดแจ้ง, 2547) สำหรับแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ทำการวิเคราะห์ปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยความพึงพอใจจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้โปรแกรม AMOS 18.0 ในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความตรง และความเที่ยงขององค์ประกอบแนวคิดที่ใช้ มีผลดังนี้คือ

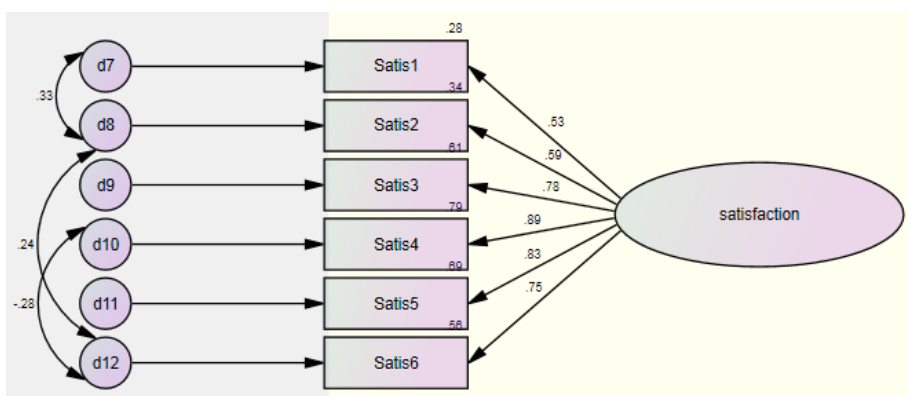
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยการมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี–เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยทั้ง 6 ประเด็นคือ การที่มีบุคคลพึ่งพาอาศัยได้ ในยามต้องการความช่วยเหลือ, การที่มีบุคคลทำให้ผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด/กดดัน, การที่มีบุคคลยอมรับได้ทุกอย่างที่เป็น, การที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย, การที่มีบุคคลช่วยเหลือในยามที่รู้สึกแยจนทำให้รู้สึกดี และการมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวัง ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยพิจารณานัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (standardized factor loading) แล้วพบว่า ปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.79-0.91 โดยการมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวังมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่าองค์ประกอบอื่น บ่งชี้ว่า การมีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวังเป็นสิ่งที่สะท้อนปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด และโมเดลองค์ประกอบที่ปรับแล้วมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงสามารถนำไปวิเคราะห์ในโมเดลสมการโครงสร้างต่อไปได้ โดยดัชนีวัดความสอดคล้องเพื่อทดสอบความตรง ปรากฏค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (CMIN/DF) เท่ากับ 0.733, ดัชนีชี้วัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) เท่ากับ 0.996, ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ 0.984 และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.001 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ-เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยความพึงพอใจทั้ง 6 ประเด็นคือ ความพึงพอใจในการที่มีบุคคลพึ่งพาอาศัยได้ ในยามต้องการความช่วยเหลือ, ความพึงพอใจในการที่มีบุคคลทำให้ผ่อนคลายได้ ในยามที่รู้สึกเครียด /กดดัน, ความพึงพอใจในการที่มีบุคคลยอมรับได้ทุกอย่างที่เป็น, ความพึงพอใจในการที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใย, ความพึงพอใจในการที่มีบุคคลช่วยเหลือในยามที่รู้สึกแยจนทำให้รู้สึกดี และความพึงพอใจในการที่มีบุคคลปลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวัง ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยพิจารณานัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน พบว่า ปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.53-0.89 โดยการที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใยมีค่าน้ำหนักในองค์ประกอบของปัจจัยความพึงพอใจมากกว่าองค์ประกอบอื่น บ่งชี้ว่า การที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใยเป็นสิ่งที่สะท้อนปัจจัยความพึงพอใจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือได้มากที่สุด และโมเดลองค์ประกอบที่ปรับแล้วมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงสามารถนำไปวิเคราะห์ในโมเดลสมการโครงสร้างต่อไปได้ โดยดัชนีวัดความสอดคล้องเพื่อทดสอบความตรง ปรากฏค่าสถิติ CMIN/DF = 1.793, GFI = 0.989, AGFI = 0.962 และ RMSEA = 0.050 ดังภาพที่ 3

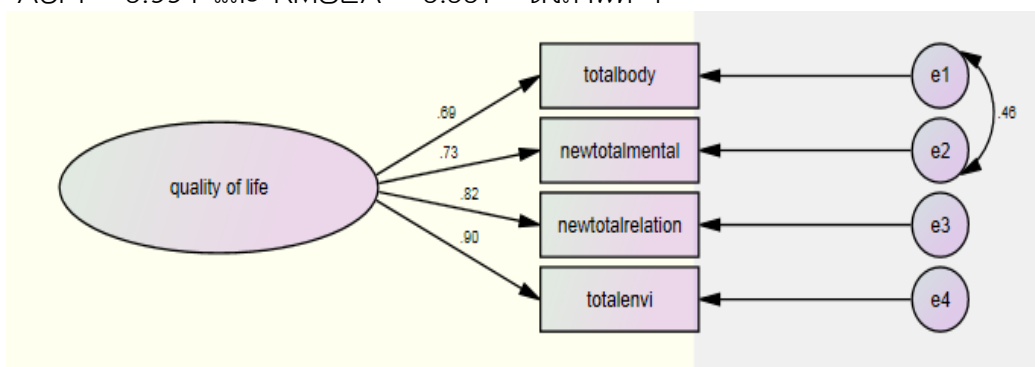


ภาพที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ



แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี – เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยพิจารณานัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.69-0.90 โดยองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตมีค่าน้ำหนักในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมากกว่าองค์ประกอบอื่น บ่งชี้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด และโมเดลองค์ประกอบที่ปรับแล้วมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงสามารถนำไปวิเคราะห์ในโมเดลสมการโครงสร้างต่อไปได้ โดยดัชนีวัดความสอดคล้องเพื่อทดสอบความตรง ปรากฏค่าสถิติ $CMIN/DF = 0.389$, $GFI = 0.999$, $AGFI = 0.994$ และ $RMSEA = 0.001$ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)–โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling หรือ SEM) เป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ยืนยันโครงสร้างของทฤษฎีที่สังเคราะห์ขึ้นมาว่าสามารถนำไปใช้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้จริง และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเป็นเทคนิควิธีการทางสถิติที่ค่อนข้างซับซ้อน ย่อมให้ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแปรมีความสัมพันธ์กันได้ ทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างมีความถูกต้องมากขึ้น (Barbara, 2012; พูลพงศ์ สุขสว่าง, 2556)

ในการวิจัยนี้ โมเดลสมการโครงสร้างนำมาใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการสนับสนุนทางสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยการมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระในการวิจัย และมีลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 6 ลักษณะ (เพศ, อายุ, การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ, ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี, การเปิดเผยการติดเชื้อ และค่าดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)) เป็นตัวแปรควบคุมที่ใช้ในโมเดลสมการโครงสร้างนี้ เนื่องจากทบทวนงานวิจัยแล้วพบว่า ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตหรือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (บุษดี ศรีคำ, 2546; บุษรา กระแสนบุตร, 2554; ละม่อม ไชยศิริ, 2554; จิตตะวัน จิตระตระกูล, 2555)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง พบว่า ตัวแปรควบคุม 4 ตัวแปรคือลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ การเปิดเผยการติดเชื้อ และค่าดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน (ค่า CD4) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) กับคุณภาพชีวิต จึงได้ตัดตัวแปร

ออกไป ทำให้เหลือตัวแปรควบคุมเพียง 2 ตัวแปรคือ การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำและระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับนัยสำคัญขององค์ประกอบมาตรฐาน(ตัวแปรควบคุม)กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Standardize Estimate (β)	Unstandardize Estimate (b)	S.E.	C.R.
ดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน(cd4)	0.016	0.000	0.001	0.289
การเปิดเผยการติดเชื้อ	-0.065	-1.003	0.851	-1.178
ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี	0.152	0.064	0.024	2.722*
การการมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ	-0.170	-0.934	0.308	-3.032*
อายุ	-0.077	-0.026	0.019	-1.390
เพศ	-0.054	-0.280	0.288	-0.972

เมื่อทำการทดสอบโมเดลสมการโครงสร้าง และปรับโมเดลให้มีความสอดคล้องมากขึ้นแล้ว จากนั้นจึงนำปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (ทั้งปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ และปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ) และลักษณะทางประชากร (ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี, การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ) มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด เพราะสามารถอธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด ($\beta = 0.26$) รองลงมาคือ ปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ อธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้รองลงมา ($\beta = 0.22$) ส่วนตัวแปรควบคุมที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ($\beta = 0.12$) ส่วนการมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($\beta = -0.19$) และปัจจัยทั้งหมด(ทั้งปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและลักษณะทางประชากร) อธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ 17% ($R^2 = 0.17$)

เมื่อทำการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เอชไอวีกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงบวกได้มากที่สุด ($\beta = 0.26$) แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมในปัจจัยบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เพราะการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคนมาช่วยเหลือ (care-giver) ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ช่วยผ่อนคลายความทุกข์ได้บ้าง คุณภาพชีวิตจึงน่าจะดีขึ้น

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในปัจจัยความพึงพอใจที่ได้รับจากบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($\beta = 0.22$) แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพึงพอใจที่มีผู้มาช่วยเหลือ ทำให้พวกเขาได้รับความช่วยเหลือพึ่งพาในเรื่องต่างๆ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น

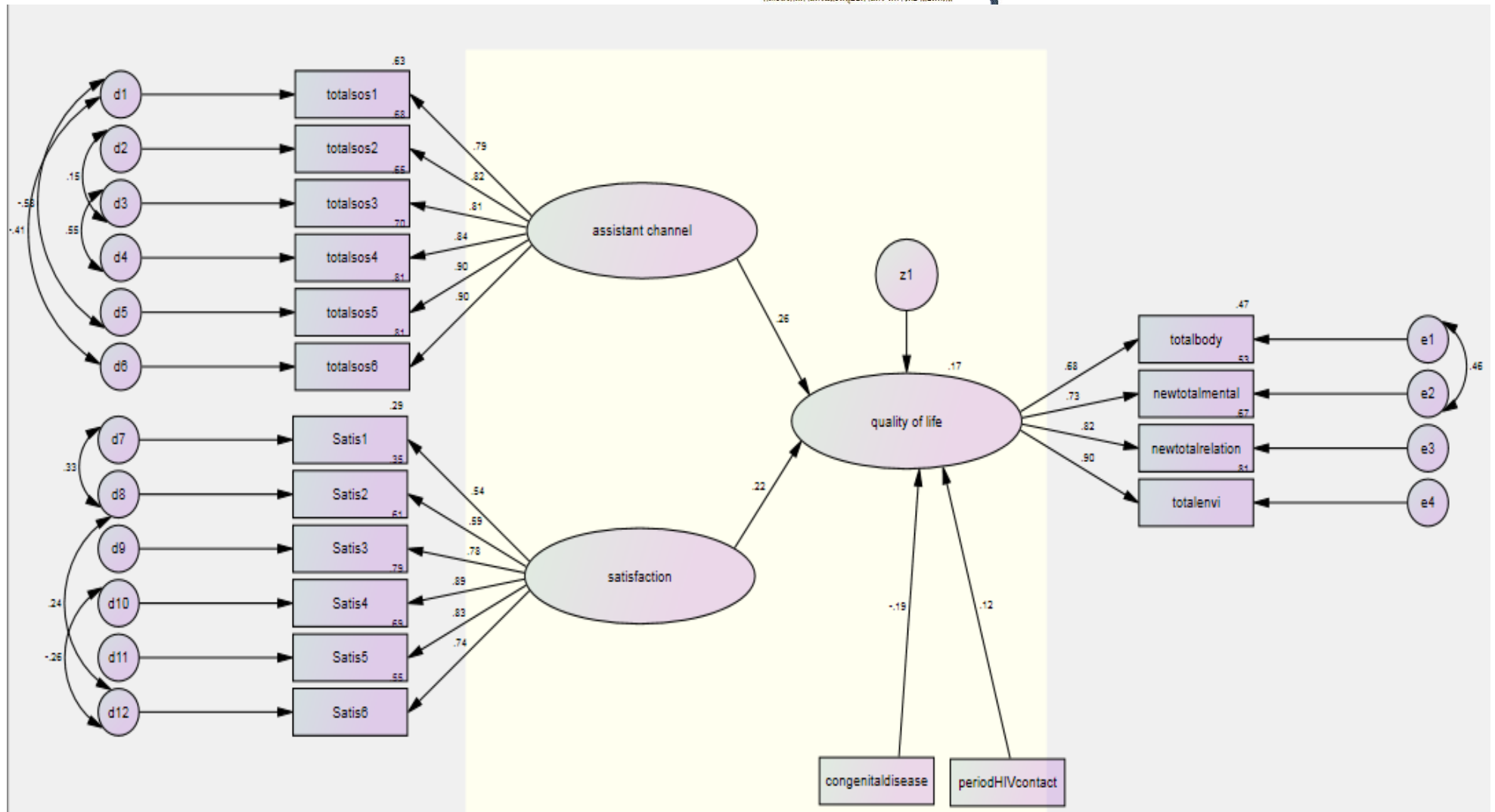


ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อมีความสัมพันธ์กันทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยความสัมพันธ์ในเชิงบวกเป็นความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ($\beta = 0.12$) แสดงว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกับคุณภาพชีวิตของพวกเขา พวกเขาอาจจะต้องปรับตัวในการใช้ชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ โดยเฉพาะในช่วงแรกของผู้ติดเชื้อมักมีสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของพวกเขา ส่วนการมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($\beta = -0.19$) แสดงว่า ถ้าผู้ติดเชื้อมีโรคประจำตัว ก็จะทำให้สุขภาพกายไม่แข็งแรงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี แสดงในภาพที่ 5

นอกจากนี้ จากการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (CMIN/DF = 1.348, GFI = 0.961, AGFI = 0.927, RMSEA = 0.033) ค่าสถิติแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสถิติของการทดสอบโมเดลสมมุติฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	Standardize Estimate (β)	Unstandardize Estimate (b)	S.E.	C.R.
ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี	0.122	0.052	0.024	2.178*
การการมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ	-0.192	-1.056	0.312	-3.381*
บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0.258	0.437	0.100	4.366*
ความพึงพอใจที่ได้รับจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ	0.223	1.439	0.395	3.648*



ภาพที่ 5 ภาพแสดงแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



อภิปรายผลการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคลที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคมหรือการมีเครือข่ายทางสังคมคอยช่วยเหลือระดับประคอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตัวเองดี เห็นคุณค่าของตนเองและตนก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Cobb, 1976 cited in Cohen et al., 2000) โดยการที่มีบุคคลมาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะที่เรียกว่า Supportive relationships ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Pierce, Sarason & Sarason (1996) โดยที่ความสัมพันธ์จะมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ที่มิผลกระทบเท่านั้น เน้นความเกี่ยวข้องกันในบทบาทผู้สนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน และ จากผลการศึกษา การที่มีบุคคลมาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่เป็นประจำ (ร้อยละ 59.2) ซึ่งการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ($\beta = -0.19$) แสดงถึงว่า ถ้ามีโรคประจำตัว จะทำให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี และ นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 52.2) ส่งผลถึงสุขภาพกายที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ดังที่ รัศมิ วิบูรณ์กุล (2545) ระบุถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่งผลกระทบต่อความสมดุลของตนเอง ทั้งร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้จำเป็นต้องมีผู้ให้การช่วยเหลือ (care giver) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ พบว่า ผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ลูกหรือปู่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา คงแก้ว และคณะ (2550) ที่กล่าวถึง พ่อและแม่เป็นบุคคลที่ให้การดูแลทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาสุขภาพ และยังสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ ยุพา วงศ์ไชย และคณะ (2542) ที่ระบุถึงการที่คนของภาครัฐเห็นว่า "การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ควรเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวผู้ป่วย" ซึ่งที่เป็นเช่นนี้เพราะในพื้นที่จังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่ยังมีลักษณะของสังคมชนบท เป็นครอบครัวขยาย ในครอบครัวมีพ่อแม่ปู่ย่าตายายและญาติพี่น้องอยู่รวมกัน จึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ปู่เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้อาจอนุมานได้ว่า พ่อแม่หรือญาติพี่น้องที่อยู่ในวัยทำงาน อาจติดภาระการทำงานหรือต้องไปทำงานในเมืองหรือต่างจังหวัด ทำให้มีผู้สูงอายุเท่านั้นที่อยู่บ้านดูแลครอบครัว และเป็นที่พึ่งให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลให้ความช่วยเหลือ

นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้ว พบว่า แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นบุคคลภายนอกอีกบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด โดยเฉพาะในยามที่ผู้ติดเชื้อรู้สึกเครียด หรือ กอดตัน (ร้อยละ 10.4) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความไว้วางใจต่อแกนนำผู้ติดเชื้อรองจากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากการที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีบุคคลที่ยอมรับตนเองได้ (ร้อยละ 99.1) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีการเปิดเผยการติดเชื้อของตนเอง (ร้อยละ 96.8) และมีการเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาทำให้มีความสัมพันธ์อันดีและสนิทสนมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ และมีความเข้าใจในสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความต้องการในเรื่องการมีบุคคลลอบใจในยามที่รู้สึกผิดหวังมากที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจ ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ต่อไป การมีบุคคลมาช่วยเหลือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อในระยะยาว เพราะผู้ติดเชื้อจะเห็นคุณค่าในตน มีความหวังและทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จะได้ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ ได้ต่อไป

ความพึงพอใจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับจากการที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นภาพสะท้อนถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีความรู้สึกทางบวก เป็นความรู้สึกที่ดีจากการได้รับการปฏิบัติ ถือเป็นประโยชน์ทางตรงของการสนับสนุนทางสังคม (Norbeck, 1988) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพึงพอใจเฉลี่ย 5.61 ซึ่งอยู่ในช่วงค่อนข้างพอใจ-พอใจมาก แสดงให้เห็นถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่อนข้างมีความพึงพอใจมากที่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ และเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของประเด็นความพึงพอใจแล้วพบว่า มีความพึงพอใจจากการที่มีบุคคลเป็นห่วงเป็นใยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 5.69) แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่จำเป็นต้องเป็นการสนับสนุนในเรื่องของวัตถุเท่านั้น แต่เรื่องของจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ติดเชื้อต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามที่ House (1981) ระบุถึง การสนับสนุนทางสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆรวมถึงด้านอารมณ์ (Emotional concern) เช่น การให้ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจด้วย ความพึงพอใจจากการที่บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุคนธา คงศีล และคณะ (2548) ที่กล่าวถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีพอใจกับการได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆ ซึ่งความพึงพอใจที่ได้รับจากบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\beta = 0.20$) ปัจจัยของการสนับสนุนทางสังคมทั้งสองปัจจัยแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น การที่มีบุคคลมาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลภายนอก ไม่ว่าจะมีความช่วยเหลือกี่คน ล้วนสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่ผู้ติดเชื้อจะได้รับทั้งสิ้น เพราะทั้งสองปัจจัยนี้ ต่างก็มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($\beta = 0.26$ และ $\beta = 0.22$ ตามลำดับ) เนื่องจากการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อต้องอาศัยการช่วยเหลือกัน (ละม่อม ไชยศิริ, 2554) เพราะการช่วยเหลือกันเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตเพื่อการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต ลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Pender, 1987 อ้างถึงใน ดวงเดือน มูลประดับ, 2541) ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต

ในภาพรวม การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 17 ($R^2 = 17$) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด ดังนั้น เมื่อการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ จึงควรสนับสนุนให้มีส่วนร่วมมากขึ้น เพราะผลจากการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่แล้วบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด และเนื่องจากแกนนำผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลภายนอกที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อมากที่สุด หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจึงควรสนับสนุนการทำกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง เช่น การให้งบประมาณ หรือจัดหาบุคลากรเข้าร่วมสนับสนุนกิจกรรมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อให้การทำกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อดำรงอยู่ได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในที่สุด



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)**. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545.
- กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา. (2555). **สรุปลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย**. (online) สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2558, แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>
- เกษตะวัน นาคดี. (2544). **ผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จิตตะวัน จิตระกูล. (2555). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี**. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 4 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2555.
- ดวงเดือน มูลประดับ. (2541). **แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษดี ศรีคำ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวังการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษรา กระแสนุด. (2554). **คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิดพร้อมกัน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประทีป ดวงงาม. (2555). **ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง**. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 2555.
- พลพงศ์ สุขสว่าง. (2556). **โมเดลสมการโครงสร้าง (STRUCTURAL EQUATION MODELING)**. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิชพิมพ์ครั้งที่ 1.
- ยุพา วงศ์ไชย, จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, ระพีพรรณ คำหอม, เล็ก สมบัติ และ ภาวนา พัฒนศิริ. (2542). **แนวทางการกำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมกับผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย** Direction of Social-Welfare Policy Formulation and AIDS Victims in Thailand. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (online) สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2558, แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/1226>.

- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัศมี วิบุรณกุล. (2545). **ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์**.
วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ละม่อม ไชยศิริ. (2554). **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัย
แรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ 29
ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2554.
- วิชัย อัศวินฤ. (2554). **การตรวจเลือดเพื่อดูว่ามีการติดเชื้อไวรัส HIV มีกี่รูปแบบอะไรบ้าง**. (online)
สืบค้นเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2558, แหล่งข้อมูล: <http://www.thailabonline.com/hiv07.htm>.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิศสมัย อรทัย. (2554). **ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุน
ทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง**. วารสารพยาบาลสาธารณสุข
สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2554.
- สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน และ รักขาร อาษานาม. (2548). **นโยบายการจัดระบบบริการดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เข้าสู่ระบบบริการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาด้านผู้รับบริการของระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์**. งานสัมมนาเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10.(online) สืบค้น 26
มกราคม 2558 แหล่งข้อมูล:<http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/1251>
- สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ พัชรียา ไชยลังกา. (2550). **ปัญหาสุขภาพและวิธีการ
ดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 4 ก.ค.-
ส.ค. 2550
- เสรี ชัดแจ้ง. (2547). **การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน CONFIRMATORY FACTOR
ANALYSIS**. วารสารวิจัยและพัฒนการศึกษา ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2547
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. (2555). **สถานการณ์โรคเอดส์เขตภาคเหนือตอนบน ณ
วันที่ 30 กันยายน 2555**. (online) สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2558, แหล่งข้อมูล:
www.networkdpc10.com/สถานการณ์โรค/สถานการณ์โรคปี55/
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. (2542). **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการ
ปรับทางจิตสังคม ของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Caplan, G. (1974). **Support systems and community mental health**. New York: Behavioral
Publication.



- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). **Social relationships and health**. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Ed.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Gottlieb, B.H. (1983). **Social support strategies: Guidelines for mental health practice**. Beverly Hills. CA: Sage.
- Kahn, R. (1979) . **Aging and social support**. In M.W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (pp. 189-199). Denver, CO: Westveiw press.
- Norbeck, J. S. (1988). **Social support**. In J.J. Fitzpatrick, R. L.Taunton, & J.Q. Benoliel (Eds.) *Annual Review of Nursing Research* (pp. 88-109). New York, NY: Springer.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., & Sarason, I.G. (Eds.) (1996). **The handbook of social support and the family**. New York: Plenum.
- Leserman, J., Perkin, D. O.,& Evans, D.K. (1992). *Coping with the threat of AIDS: The role of social support*. *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1514-1520.

ดัชนี

ตัวแปรควบคุม (control variable)

เพศ

อายุ

การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอยู่
เป็นประจำ

ระยะเวลาการติดเชื้อ

การเปิดเผยการติดเชื้อ

ค่าดัชนีชี้วัดระดับภูมิคุ้มกัน
(CD4)ต่ำสุด

ตัวแปรอิสระ (independent variable)

การสนับสนุนทางสังคม

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ
ความพึงพอใจจากการได้รับความ
ช่วยเหลือ

ตัวแปรตาม (dependent variable)

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

สภาพร่างกายที่ปรากฏตั้งแต่กำเนิด แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง
ระบุจำนวนปีที่เกิดมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระบุโรคประจำตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น ไม่มี และมี (ระบุโรค
ประจำตัวเช่น ปวดศีรษะ , เครียด วิดกกังวล, ปวดข้อ ปวดหลัง ปวด
ตามตัว , โรคหัวใจ , โรคไต , โรคทางระบบเลือด, โรคความดันโลหิตสูง,
โรคกระเพาะโรคลำไส้, โรคเบาหวาน, โรคลมชัก, โรคภูมิแพ้ และ อื่นๆ
ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทราบผลการติดเชื้อ

ระบุการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ แบ่งเป็นไม่เปิดเผย
และเปิดเผย

ระบุค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ในเลือด 1 ไมโครลิตร ที่ได้จาก
การตรวจเลือด ถ้าหากผลการตรวจ CD4 มีค่าน้อย แสดงว่าผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีมีภูมิคุ้มกันต่ำ

ระบุบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับความพึงพอใจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความช่วยเหลือหรือ
สนับสนุนจากผู้อื่นหรือองค์กรอื่นในสังคม แบ่งเป็น ความรู้สึกพอใจมาก
ค่อนข้างพอใจ พอใจบ้างเล็กน้อย ไม่พอใจบ้างเล็กน้อย ค่อนข้างไม่
พอใจ และไม่พอใจอย่างมาก

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ระดับความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมี 5 ระดับ คือ ไม่เลย , เล็กน้อย,
ปานกลาง, มาก และมากที่สุด



**“ฉันอ้วนแล้วผิดตรงไหน: “ ประสบการณ์การถูกรังแก
ของเด็กนักเรียนมัธยมตอนต้นหญิงที่มีภาวะอ้วน
Am I wrong, if I am fat?: Bullying Experiences among
Female Obese Secondary School Students.**

มหัทธน กัญจนปกรณ

pong.orcas@gmail.com

รศ.ดร.พิมพ์วัลย์ บุญมงคล

ผศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์

ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

ABSTRACT

Objectives and Methodology: The objectives of this study are to explain meanings of self and pattern of bullying among the female obese students, negative impacts of bullying on female obese students and their coping strategies. The study is qualitative research and utilize data from the pilot study. The study site is one secondary school in suburb area of Bangkok and is drawn by purposive method. Its criteria are 1) government school which has students who come from middle-lower income status, 2) stay close to the working place of the researcher 3) school which the researcher used to conduct sport activities for 3 years. Research methods include observation during school activities, informal interviews with 3 teachers, focus group discussion with male and female obese students (one male and one female-5 students on each group), In-depth interviews with 2 female obese students.

Findings: Female obese students give meanings of self as being fat, having ugly physical body, being weak as female, as well as having difficult time to be in social group, comparing with thinner female students. However, they also give positive meanings of self as a person who has inner beauty, beautiful soul/heart, as well as being beautiful in social online network. They also define themselves as being as human as other people. For pattern of bullying, forms of bullying include mainly verbal bullying, i.e. naming, teasing and scolding in school and social online network; physical bullying, i.e. head hitting, back smacking, pulling pigtail; social bullying, i.e. ostracize, excommunicate from homework group, abuse in public and online space. For perpetrators who bully female obese are both male and female students, mostly they are from the same school year. Male perpetrators are usually belong to school gangster. Bullying place are every where in school area, such as activities area, school courtyard, school pathway. The most popular place for bullying are classroom and restroom.

Negative effects of bullying include sadness, crying, depression, isolation, rejected feeling to attend school, frequent school absence, and finally attempted suicide. Coping strategies victims of bullying are being passive, neglect, and fighting or reacting by arguing or scolding back immediately, and release their tension through face book status.

Recommendations: Awareness raising on bullying among female obese students with general students and school teachers should be conducted. Empowerment program among female obese women should be implemented. Skill building program to be used to manage bullying should be proposed. Conscious and unity mentality and sympathy should be emphasized in every schools.

Keywords: Obese Female Student/Bulling/Secondary Female Students/Meanings of Self/Stigma.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบาย การให้ความหมายตัวตนของเด็กหญิงที่มีภาวะอ้วน, แบบแผนการรังแกในเด็กนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน, ผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการรังแกในเด็กหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของเด็กหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน สำหรับวิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยคัดเลือกจากโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนรัฐบาล ที่มีเด็กนักเรียนที่มาจากเศรษฐกิจปานกลางค่อนข้างจน โดยเป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ใกล้สถานที่ทำงานของผู้วิจัย ซึ่งจะทำให้มีความสะดวกในการเข้าไปเก็บข้อมูล และโรงเรียนที่ผู้วิจัยได้เคยเข้าไปทำกิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพมาก่อนเป็นเวลาติดต่อกัน 3 ปี วิธีการเก็บข้อมูลได้แก่ การสังเกตการณ์ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน การสัมภาษณ์กับครูในโรงเรียนจำนวน 3 คน, การสนทนากลุ่มกับเด็กนักเรียนชายทั่วไป, เด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหญิงชายอย่างละ 1 กลุ่ม (กลุ่มละ 5 คน รวมทั้งหมด 15 คน) การสัมภาษณ์เจาะลึกกับเด็กหญิงอ้วนจำนวน 2 คน

ข้อค้นพบ เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนให้ความหมายต่อตนเองได้แก่ ตัวเองอ้วน, ไม่สวยด้วยรูปลักษณ์ภายนอก, อ่อนแอเพราะเป็นผู้หญิงและเข้าสังคมหรือกลุ่มเพื่อนได้ยากกว่าคนผอม แต่ก็ยังให้ความหมายเชิงบวกอีกว่าภายในจิตใจของตนเองสวยงามและสวยในโลกออนไลน์อีกทั้งยังเป็นมนุษย์ทั่วไปเหมือนกับคนอื่นๆ แบบแผนการรังแกประกอบด้วยรูปแบบการรังแกได้แก่ การรังแกทางวาจาเป็นหลักได้แก่ การตั้งฉายา การล้อเลียน และด่าทอทั้งในพื้นที่โรงเรียนและออนไลน์ และการรังแกทางกายได้แก่การตีหัว, ตบหลัง, กระชากเปีย และการรังแกทางสังคมได้แก่การแบนไม่ให้เข้ากลุ่มในการทำงานกลุ่มในวิชาต่างๆ การพูดประจานในพื้นที่สาธารณะรวมทั้งพื้นที่ออนไลน์ บุคคลที่รังแกเด็กหญิงที่มีภาวะอ้วนมีทั้งเด็กหญิงและเด็กชายส่วนใหญ่เป็นเพื่อนรุ่นเดียวกัน เด็กผู้ชายที่รังแกมักเป็นหัวโจกและเกเร สถานที่ที่เกิดการรังแกมีทุกที่



ในโรงเรียนได้แก่ ลานกิจกรรมหน้าเสาธงชาติ ทางเดินหน้าห้องเรียน สถานที่ที่โดนแสงบ่อยที่สุดคือ ห้องเรียนและห้องน้ำ ผลกระทบเชิงลบคือ รู้สึกเสียใจ, ร้องไห้, เกือบกด, รู้สึกโดดเดี่ยว, รู้สึกไม่อยากมา โรงเรียนจนถึงขั้นขาดเรียนบ่อยๆ และจนถึงขั้นมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย การจัดการต่อปัญหามีทั้งการไม่ตอบโต้ และการตอบโต้กลับได้แก่การดำสวนกลับทันที และการระบายความในใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นผ่านทางสเก็ตส์เฟสบุค

ข้อเสนอแนะ สร้างความตระหนักในปัญหาการรังแกในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหึ่งแก่นักเรียน และครูในโรงเรียน และเสริมพลังความมั่นใจในตนเองต่อเด็กนักเรียนหึ่งที่มีภาวะอ้วน เสริมทักษะการจัดการต่อปัญหาในการถูกรังแก สร้างเสริมจิตสำนึกความสามัคคีต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมไปถึงการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

คำสำคัญ: เด็กอ้วนผู้หึ่ง/การรังแก/เด็กนักเรียนหึ่งมัธยมต้น/ความหมายตัวตน/การตีตรา

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

ในสถานการณ์ ณ ปัจจุบันนี้ประเทศส่วนใหญ่ที่มีการพัฒนาและกำลังที่จะพัฒนาทั่วโลกนั้น มีภาวะอ้วนในประชากรกลุ่มที่เป็นเด็กมีเพิ่มมากขึ้นในทุกกลุ่มเศรษฐกิจทางสังคมและเศรษฐกิจรวมทั้งทุกอายุ เพศ และชาติพันธุ์ ได้มีการคาดประมาณว่ามีเด็กที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปีถึง 22 ล้านคนและเด็ก 1 ใน 10 ของกลุ่มนี้มีภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน ในเอเชียและแอฟริกา อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินโดยเฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ 10 ส่วนในทวีป อเมริกาและยุโรปสูงกว่า ร้อยละ 20 จากการสำรวจที่ผ่านมาพบแนวโน้มเฉลี่ยของอุบัติการณ์ภาวะอ้วนในเด็กในระดับของโลกมีสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเท่าตัวจากปี ค.ศ.1990-2010 (Raj and Kamar, 2010: 598; Kosti and Panagiotakos, 2006: 151) สำหรับการศึกษาภาวะอ้วนในประเทศไทยนั้น พบว่าประชากรไทยติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศที่มีสัดส่วนประชากรที่มีคนอ้วนมากที่สุด(ดวงพร กตัญญูตานนท์ 2554: 69, อรุณา รังผึ้ง 2552: 205-209) การศึกษาของสำนักกระบวนวิทยาพบว่าระหว่างปี พ.ศ.2548-2552 นักเรียนชายมีภาวะอ้วน ร้อยละ 5.9 นักเรียนหญิงร้อยละ 1.9 โดยนักเรียนชั้นอาชีวศึกษาปีที่ 2 (ปวช. 2) มีสัดส่วนมีภาวะอ้วนสูงสุด ร้อยละ 3.6 ส่วนการศึกษาของ Kantachuvessiri (2005) ก็สอดคล้องกับการศึกษาภาวะอ้วนของเยาวชนที่ได้กล่าวมาข้างต้นโดยพบว่าในปี พ.ศ.2514 เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 12 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ. 2554 ในจำนวนดังกล่าว พบว่าร้อยละ 5.4 ที่เป็นโรคอ้วน (บุลวิชัย ทองแดง, จันทร์จิรา สีสว่าง, 2002: 288) และส่วนใหญ่ภาวะอ้วนที่มีมาตั้งแต่วัยเยาว์จนจึงทำให้ประเทศไทยพบเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ภาวะอ้วนในเยาวชนไม่ได้ถูกให้ความหมายจากมิติทางปัญหาสุขภาพเท่านั้น (สมศักดิ์ ถิ่นขจี และ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ, 2555) แต่ภาวะอ้วนยังอุดมไปด้วยการให้ความหมายเชิงสังคมวัฒนธรรม โดยสังคมให้คุณค่ากับร่างกายที่ผอมบางได้สัดส่วน ความหมายของ “คนอ้วน” คือคนที่ไม่น่าดึงดูดใจ อับลักษณ์ หมกมุ่นอยู่แต่กับเรื่องอาหาร และมักประสบความล้มเหลวทั้งในชีวิตการทำงานและชีวิตรัก สัมพันธ์กับความยากจน ความเชื่อ ผิดๆ ในเรื่อง อาหาร การขาดความรู้ทางโภชนาการ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ 2544; อจินไตย เสง

รวมญาติ (มปป); Klaczynski,Goold, Murdy, 2004: 308) มายาคติเกี่ยวกับคุณลักษณะบุคลิกภาพที่เป็นคนมีปมด้อยในสังคมเกี่ยวกับคนอ้วนซึ่งกดทับทับและผลักดันให้เยาวชนที่มีภาวะอ้วนเป็นกลุ่มชายขอบถูกดูถูกเหยียดหยาม อันส่งผลให้ ถูกผลักดันให้เป็นกลุ่มชายขอบของสังคม ทำให้เยาวชนที่มีภาวะอ้วนมีปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียดจนไปถึงการฆ่าตัวตาย การติดยาเสพติด (Klaczynski, Goold, and Mudry, 2004: 307–317) นอกจากนั้นยังอาจถูกเพื่อนในโรงเรียนรังแก หรือกลายเป็นผู้รังแกผู้อื่นเสียเอง (Jassen ,Craig ,Boyce ,Pickett 2004; Stevelos N.D.

การรังแกในเด็กนักเรียนหมายถึงพฤติกรรมที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจแต่มีความพยายามที่จะทำอันตรายกับผู้อื่น ซึ่งมีทั้งด้าน ร่างกาย วาจา และสังคมและมีลักษณะทางตรงหรือทางอ้อม การรังแกเป็นพฤติกรรมที่กระทำซ้ำๆโดยบุคคลหรือมากกว่าหนึ่งที่กระทำกับคนอื่นและเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจทางด้านร่างกายและจิตใจที่ไม่เท่าเทียมกัน (Stevelos N.D.) การรังแกในเด็กนักเรียนเกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ดังเช่น Craig et al (2009) พบอัตราการรังแกในเด็กนักเรียนในประเทศต่างๆ40ประเทศทั่วโลก ตั้งแต่ร้อยละ 8.6 ถึง ร้อยละ 45.2 และ WHO (Krung et al, 2002) พบเด็กส่วนใหญ่ที่อายุ 13 ปีใน 27 ประเทศมีประสบการณ์รังแก 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ถึงร้อยละ 1.2 ถึงร้อยละ 9.7 ในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต

ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนทำให้เด็กนักเรียนถูกตกเป็นเหยื่อของการรังแกในโรงเรียนมากขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศตะวันตกและเอเชียหลายๆ จีน (Guo, Jun, Nie, Xu, Xu and Zhang 2010: 108-112; HedleyOgden, Craroll,et al: 2004; Eisenberg, Neumark-Sztainer, Story: 2003; Jenssen, Craig, Boyce,et al: 2004) พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนและการถูกเป็นเหยื่อของการถูกรังแก ดังเช่น ความชุกของการถูกรังแกในเด็กนักเรียนอ้วน ในการสำรวจระดับชาติในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 24 และ 30 ของนักเรียนชายและหญิงที่มีภาวะอ้วนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีประสบการณ์ของการของการล้อเลียน ถูกรังแกและการปฏิเสธ และ จำนวนดังกล่าวเพิ่มขึ้น1เท่าตัวในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กล่าวคือร้อยละ 58 และร้อยละ 63 ของนักเรียนชายและหญิงที่มีภาวะอ้วนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีประสบการณ์ของการของการล้อเลียน ถูกรังแกและการปฏิเสธ (Stevelos N.D) และการศึกษาในประเทศ แคนาดาโดยJassen,I., Craig,W.M., Boyce, W.F., Pickett, W.(2004) พบอุบัติการณ์การรังแกในเด็กอ้วนกล่าวคือ เด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนในช่วงระหว่าง 11-16 ปี เป็นผู้ถูกรังทำร้อยละ 11.6 และผู้กระทำร้อยละ 8.8 และเป็นผู้กระทำและผู้ถูกรังทำร้อยละ 3.1 โดยทั้งนี้ยังพบอีกว่าในเด็กที่มีภาวะอ้วนจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวกับเพื่อนมากกว่า เด็กที่มีน้ำหนักปกติ ส่วน Guo และคณะ (2010) ศึกษาในประเทศจีน พบอุบัติการณ์การถูกรังแกในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนช่วงอายุ 11-18 ปี ถึงร้อยละ 8.6 โดยพบในเด็กชายร้อยละ 12.4 และในเด็กหญิงร้อยละ 4.7 และการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่าเด็กที่มีภาวะอ้วนเป็นทั้งเหยื่อและเป็นผู้รังแกผู้อื่นด้วยมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ และการศึกษาที่ผ่านมา พบรูปแบบการรังแกต่างๆ ได้แก่ การเลิคบหากับเพื่อน การปล่อยข่าวลือ การล้อเลียน เตะต่อยผลัก (Jenssen,I., Craig, W.M., Boyce, W.F., Pickett,W.: 2004. Pearce, Boerger, Prinstein: 2002) นอกจากนั้น Stevelos (N.D.) ยังอธิบายว่า ผู้ถูกรังทำรู้สึก เศร้า เป็นกังวล ไร้ซึ่งอำนาจ โกรธ รู้สึกแปลกแยก รู้สึกกลัว รู้สึกถูกกดขี่ ถูกแยกห่างออกจากสังคม

การศึกษาที่ผ่านมาแม้แต่การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจความชุกและรูปแบบของการรังแกในเด็กนักเรียนอ้วนเท่านั้นแต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของการรังแกในเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะ



อ้วนและการตอบโต้ ที่ดำรงอยู่ในบริบทสังคมของโรงเรียนอันได้แก่การให้ความหมายเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนผ่านวาทกรรมทางการแพทย์และมายาคติเชิงลบที่เกิดจากความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กและความเป็นเพศหญิง ซึ่งกลายเป็นภาวะเปราะบางซ้ำสอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาประสบการณ์ของการรังแกในเด็กนักเรียนมัธยมหญิงที่มีภาวะอ้วนที่เป็นผู้ถูกรังแกรวมถึงผลกระทบเชิงลบและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่มีการรังแกเด็กที่มีภาวะอ้วนเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบาย การให้ความหมายตัวตนของเด็กหญิงที่มีภาวะอ้วน, แบบแผนการถูกรังแกในเด็กนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วนซึ่งครอบคลุมรูปแบบการรังแก บุคคลที่รังแกเด็กผู้หญิงอ้วนและสถานที่ที่เกิดการรังแก, ผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการรังแกในเด็กหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของเด็กหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะอ้วน

แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง

1.1 ภาวะอ้วน: มุมมองทางการแพทย์

องค์การอนามัยโลก (2004) ให้นิยามภาวะอ้วนว่า เป็นภาวะการมีน้ำหนักตัวเกินและเป็นโรคอ้วน ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกายเกินปกติ จนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างๆ ที่ส่งผลถึงสุขภาพ อันได้แก่โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะมีไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคเหล่านี้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลัน จะมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าคนทั่วไปจนอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ภาวะอ้วนจะถูกประเมินเมื่อร่างกายมีค่าดัชนีมวลกาย/ดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ เรียกว่า BMI/บีเอ็มไอ) ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป เรียกว่าน้ำหนักตัวเกินแต่ถ้ามีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป เรียกว่า เป็นโรคอ้วน (<http://haamor.com/th/โรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน/#article101>) วาทกรรมที่มาจากทางการแพทย์และสาธารณสุข อธิบายถึงความอ้วนคือบุคคลที่มีไขมันส่วนเกินมากกว่าคนปกติ คนอ้วนถูกมองว่าเป็นโรคอ้วนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง

1.2 ภาวะอ้วน: มุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรม

ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดตราบาปของ Erving Goffman มาใช้เป็นมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมที่ใช้ อธิบายภาวะอ้วนดังนี้

2. ความอ้วนคือตราบาป และเยาวชนที่มีภาวะอ้วนถูกสังคมตีตรา

Erving Goffman (1963) เป็นนักทฤษฎีที่อธิบายความหมายของตราบาปว่าเป็น คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม คุณลักษณะ ดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระบวนการประหะสังสรรค์ อันเป็นเครื่องมือของการให้ความหมายทางสังคม และทำให้ คุณลักษณะทางสังคมของบุคคลนั้นๆ กลายเป็นคุณลักษณะที่เป็นความหมายเดียวกันกับในเรื่องของตราบาป ซึ่งในความหมายของตราบาปที่อธิบายบุคคลนั้น ที่มีตราบาป มีความหมายถึง บุคคลนั้นๆหรือกลุ่มนั้นเป็นผู้ที่อ่อนแอ มีความเฉื่อยชา เป็นบุคคลที่ไม่สมบูรณ์ มีความเป็นอันตราย โหดร้ายหรือเลวร้าย และ รวมไปถึงการไร้ซึ่งอำนาจ

ลักษณะดังที่กล่าวมานั้นมีผลทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกอับอาย มีรู้สึกผิด เกิดความคิดที่ไม่ยอมรับตนเอง อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานของการที่จะถูกปฏิเสธจากทางสังคม หรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม Goffman ยังบอกว่าตราบาปนั้นมีอยู่ 3 ประเภทด้วยกันคือ 1) ตราบาปซึ่งเป็นจากลักษณะทางสรีระ เช่น รูปร่างของร่างกาย หรือความพิการของร่างกาย 2) ตราบาปที่เกิดจากคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของตัวบุคคล ตัวอย่างเช่น คนที่มีอาการทางจิตต่างๆ ผู้ที่เป็นนักโทษ รวมไปถึงกรรมกรว่างงาน 3) ตราบาปซึ่งเป็นจากความเป็นเชื้อชาติ ศาสนา ชนชาติ (พิมพวัลย์ บุญมงคล 2555: 43)

2.1. แนวคิดเรื่องวาทกรรมและภาษาของFoucault, และDerrida.

แนวคิดเรื่องวาทกรรมของฟูโกต์เป็นแนวคิดแบบโครงสร้างนิยม (Structuralism) ในช่วงศตวรรษที่ 20 ที่เชื่อว่ามนุษย์ที่ถูกควบคุม กำกับด้วยอำนาจในเชิงโครงสร้างอีกครั้ง แต่ไม่ใช่อำนาจเชิงโครงสร้างที่ทำงานผ่านสถาบันทางสังคมแต่กลับเป็นอำนาจเชิงโครงสร้างของภาษาซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงการทำความเข้าใจภาษาจากในฐานะเครื่องมือในการสื่อสารของมนุษย์ไปสู่การวิเคราะห์ภาษาในฐานะสิ่งที่เข้ามาควบคุม กำกับความคิดและการกระทำของมนุษย์ ภาษาซึ่งแต่เดิมถูกมองว่าเป็นเพียงเครื่องมือในการสื่อสารหรือเป็นสิ่งที่ใช้สะท้อนความคิดหรือความจริงได้อย่างเท่าเทียม เนื่องจากภาษาเป็นระบบโครงสร้างที่มีมาก่อนมนุษย์จึงเป็นตัวกำหนดการรับรู้และการตีความความจริงดังนั้นก็ถือว่ามนุษย์ไม่ได้มีความสามารถในการรับรู้ได้เองแต่ล้วนรับรู้ ตีความ สะท้อน หรือสร้างความจริงได้ผ่านระบบของภาษา

Ferdinand de Saussure ถือได้ว่าเป็นผู้ริเริ่มพูดถึงโครงสร้างของภาษาในฐานะสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดของมนุษย์ โดย Saussure เชื่อว่าภาษาทุกภาษามีระบบ กฎเกณฑ์ หรือโครงสร้างของภาษาที่เหมือนกันและพยายามแสวงหาระบบหรือโครงสร้างที่อยู่เบื้องหลังภาษาโดยกล่าวถึงสัญลักษณ์หรือ Sign ที่ใช้ในการสื่อสารของมนุษย์ว่าไม่ได้มีความหมายในตัวเองเพราะสัญลักษณ์นั้นประกอบไปด้วย Signifier หรือตัวหมาย (Object) และ Signified หรือตัวความหมาย

ดังนั้นการทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ระหว่างสัญลักษณ์จึงไม่ใช่อยู่ที่ตัวหมาย (Signifier) แต่อยู่ที่ตัวความหมาย (Signified) Saussure เชื่อว่าระบบต่างๆ เหล่านี้มีมาก่อนที่มนุษย์จะเกิดดังนั้นเราจึงไม่สามารถคิดได้ไกลเกินกว่าระบบของภาษา มนุษย์ไม่สามารถรับรู้ ตีความ ได้มากกว่าระบบของภาษาจะอนุญาตให้มนุษย์ทำได้ ดังนั้นการเข้าถึงความจริงของ ระบบ กฎเกณฑ์หรือโครงสร้างของภาษาจึงจะทำให้เข้าถึงความจริงของมนุษย์ (Jones, Le Boutillier, Bradbury. 2003: 141-154)

ในขณะที่แนวคิดของ Saussure เห็นว่าภาษามีระบบ กฎเกณฑ์ หรือโครงสร้างที่เป็นสากลอยู่เบื้องหลัง เมื่อค้นเจอและเข้าใจสิ่งเหล่านี้ก็จะสามารถอธิบายความจริงทางสังคมทุกสิ่งอย่างได้ แต่ Derrida กลับเห็นว่าภาษามีธรรมชาติที่ไร้ระเบียบ ไม่มีเสถียรภาพ ความหมายของภาษาจึงล้นพ้นแปรไปตามบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการแสวงหารูปแบบ กฎเกณฑ์ หรือโครงสร้างที่เป็นสากลเบื้องหลังภาษาจึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ Derrida มุ่งศึกษาภาษาในฐานะปฏิบัติการทางสังคมโดยเห็นว่าคุณรู้ความจริงถูกประกอบสร้างขึ้น(Construction)ผ่านโลกของภาษา (Benton and Craib, 2001: 166-168)

3. นิยามความหมายของการรังแกในเชิงทฤษฎีรูปแบบการรังแก

การรังแกหมายถึง พฤติกรรมที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจแต่มีความพยายามที่จะทำอันตรายกับผู้อื่น ซึ่งมีทั้งด้าน ร่างกาย วาจา และสังคมและมีลักษณะทางตรงหรือทางอ้อม การรังแกเป็นพฤติกรรมที่กระทำซ้ำๆ



โดยบุคคลหรือมากกว่าหนึ่งทีกระทำกับคนอื่นและเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจทางด้านร่างกายและจิตใจที่ไม่เท่าเทียมกัน (Stevelos N.D.)

Dan Olweus อธิบายรูปแบบของการรังแกได้แก่ การหยอกล้อ การด่าทอ การตั้งฉายา การทำร้ายจิตใจการกระทำความรุนแรงทางร่างกายและการกีดกันทางสังคม การโกหกปล่อยข่าวลือ การขู่เพื่อเอาเงินหรือไถเงินหรือทำลายข้าวของเครื่องใช้ การขู่กรรโชก การรังแกด้วยเงื่อนไชทางเชื้อชาติ การรังแกทางเพศ และการรังแกทางสื่อออนไลน์ (UNESCO, อ้างในพิมพ์วิทย์และคณะ, 2557) ซึ่งในแง่ของทฤษฎีในเรื่องการรังแก อธิบายว่าการรังแกแตกต่างจากการทะเลาะวิวาทในแง่ที่การรังแกมีฝ่ายหนึ่งที่มีอำนาจมากกว่าจึงสามารถรังแกอีกฝ่ายหนึ่งที่มีอำนาจน้อยกว่าและเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแล้วซ้ำเล่า (Olweus, อ้างในพิมพ์วิทย์และคณะ, 2557)

ในรายงานระดับโลกของสหประชาชาติว่าด้วยความรุนแรงต่อเด็กให้มุมมองไว้ว่าการรังแกแทบทุกชนิดถือว่ามีนัยทางเพศหรือเพศภาวะ (sex หรือ gender) ในแง่ที่การรังแกเป็นการตอกย้ำบรรทัดฐานของความเป็นชายที่แข็งแกร่งและความเป็นหญิงที่อ่อนโยนและอ่อนแอ หรือเป็นการลงโทษคนที่ไม่ยอมทำตามบรรทัดฐานดังกล่าว (Pinheiro, อ้างในพิมพ์วิทย์และคณะ, 2557) การรังแกในเด็กนักเรียนถือเป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงบนฐานของเพศภาวะที่เกี่ยวข้องกับบริบทในโรงเรียน (School-related gender-based violence, SRGBV) (Leach & Dunne, อ้างในพิมพ์วิทย์และคณะ, 2557)

4. แนวคิด ความรุนแรงของชัยวัฒน์ สถาอานันท์

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (2533 อ้างใน นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ 2550: 113) ได้อธิบาย ความหมายของความรุนแรงโดยจำแนกของเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆได้แก่

1. ความรุนแรงทางตรง เป็นความรุนแรงที่พบเห็นได้ทุกวัน จากสื่อ โทรทัศน์ เช่น การใช้กำลัง ชกต่อย ตบตี การข่มขืน การฆ่าฟันกันและกัน โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ มีผู้กระทำก่อให้เกิดความรุนแรงมุ่งทำร้ายชีวิต ทรัพย์สิน หรือ จิตใจ โดยทำให้ ศักยภาพของมนุษย์สะดุดหยุดลงโดยยังไม่ถึงกาลอันสมควร

2. ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง เป็นความรุนแรงประเภทที่ไม่มีผู้กระทำชัดเจน สามารถทำให้ ศักยภาพของมนุษย์หยุดลงด้วยกลไกบางอย่างในสังคมที่มองไม่เห็น เช่น โครงสร้างทางการเมืองการปกครอง, ระบบราชการ, สถาบันการศึกษา, นโยบายของรัฐ, กฎหมาย, ความเหลื่อมล้ำเพศภาวะ ชนชั้นชาติพันธุ์ หรือเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันได้ก่อให้เกิดการเลื่อมล้ำ การเอาเปรียบ การปิดกั้นไม่ให้เข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ในสังคม และปิดกั้นโอกาสในการยกระดับคุณภาพชีวิต

3. ความรุนแรงทางวัฒนธรรม แบบแผนหรือประเพณีบางอย่างในสังคม อาจเป็นปัจจัย ที่เอื้อต่อการคงอยู่ของความรุนแรงได้ด้วย ซึ่งความรุนแรงประเภทนี้จัดอยู่ในรูปแบบแนวคิด ความเชื่อ ค่านิยม สัญลักษณ์ ความรู้ภาษาที่สังคมให้การยอมรับ

ดังนั้นถ้าเอาความรุนแรงเชิงโครงสร้างมาประยุกต์กับการอธิบายสาเหตุของเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนที่ถูกรังแกก็จะได้แก่ทัศนคติของครูเองที่เลือกปฏิบัติต่อเด็กอ้วนอันเนื่องมาจากอคติเชิงลบ ต่อเด็กอ้วน เช่นเชื่อว่าเด็กอ้วนมีความเกียจคร้าน เฉื่อยชา การลงโทษนักเรียนด้วยความรุนแรง ทั้งทางกายจิตใจและวาจา การเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ที่เด็กอ้วนถูกรังแก โดยไม่มีการแก้ไขหรือ นโยบายการป้องกันที่เด็กอ้วนหรือกลุ่มเด็กชายขอบอื่นๆ ถูกรังแกนอกจากนั้น เด็กนักเรียนเอง ยังมีการหยอกล้อ กลั่นแกล้ง และรังแก เด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน อ้วนอคติที่มีต่อการเลือกปฏิบัติ นอกจากนั้นในระดับครอบครัวยัง มีการละเลยไม่ใส่ใจของผู้ปกครองในครอบครัว ต่อปัญหาการรังแกของลูกที่มีภาวะอ้วน

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เพื่ออธิบายชุดประสบการณ์การรังแกของเด็กนักเรียนมัธยมที่มีภาวะอ้วนเพื่อให้ครอบคลุม แบบแผนและความหมายต่อเด็กที่มีภาวะอ้วน ผลกระทบเชิงลบของการรังแกในเด็กที่มีภาวะอ้วนและการตอบโต้ต่อการถูกรังแกของเด็กที่มีภาวะอ้วน

พื้นที่การวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในเขต ปริมณฑลของกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยคัดเลือกจากโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนรัฐบาล ที่มีเด็กนักเรียนที่มาจากเศรษฐานะที่แตกต่างกัน โดยเป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ใกล้สถานที่ทำงานของผู้วิจัย ซึ่งจะทำให้มีความสะดวกในการเข้าไปเก็บข้อมูล และโรงเรียนที่ผู้วิจัยได้เคยเข้าไปทำกิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพมาก่อนเป็นเวลาติดต่อกัน 3 ปีจึงเป็นโรงเรียนที่ผู้วิจัยจะสามารถได้รับความร่วมมือและไว้วางใจจากผู้บริหารและครูในโรงเรียนเป็นอย่างดี

วิธีการเก็บข้อมูล

1. การสังเกตการณ์

ขั้นเริ่มต้นการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนพร้อมจดหมายที่เป็นทางการเพื่อขอการอนุมัติการเข้าเก็บข้อมูลในโรงเรียน หลังจากได้รับการอนุมัติแล้วได้เข้าไปสังเกตการณ์ในโรงเรียนและ ผู้วิจัยจะมีการสังเกตการณ์ในสถานการณ์ของช่วงหลังเลิกแถวและช่วงพักกลางวัน โดยการสังเกตในช่วงแรกเป็นเวลา 3 วัน เพื่อค้นหาและสร้างความคุ้นเคยกับนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย และทำการสังเกตการณ์ในช่วงที่ 2 โดยผู้วิจัยจะทำการสังเกตการณ์ปฏิริยาที่นักเรียนทั่วไปและครูมีต่อเด็กที่มีภาวะอ้วนในช่วงระหว่างการเรียน (วิชาแนะแนว) นอกห้องเรียนระหว่างการเข้าแถวโรงอาหาร ลานกิจกรรม และชั่วโมงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้กับเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหญิงชาย ซึ่งจะทำตลอดช่วงเวลาเก็บข้อมูลในประเด็นต่างๆ โดยเฉพาะ การตีตราหรือการรังแกโดยวาจาโดยการใช้อารมณ์และคำพูดต่างๆ เช่นการตั้งฉายาเป็นต้น และรูปแบบการรังแกต่างๆ ได้แก่ การรังแกทางกาย เพศ และสังคม สถานที่ของการรังแก และ ความบ่อยของการรังแก ลักษณะของเด็กที่ถูกเด็กที่มีภาวะอ้วนรังแก

2. การสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยทำการเข้าหากลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการสนทนากลุ่มโดยแบ่งเป็น 2 ช่วงอันแก่ได้ ช่วงแรกคือ Pilot Study คือ การเก็บข้อมูลกับกลุ่มนักเรียนทั่วไป (1 กลุ่มกลุ่มละ 5 คน) กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะอ้วน (หญิง 1 กลุ่มชาย 1 กลุ่มแบ่งกลุ่มละ 5 คน) และช่วงที่ 2 คือการเก็บข้อมูลจริง โดยทำการสนทนากับกลุ่มเด็กอ้วนชายและหญิงอย่างละ 1 กลุ่ม (กลุ่มละ 5 คน) โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอคำยินยอมโดยวาจาเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับประเด็นการสนทนากลุ่มครอบคลุม การให้ความหมายต่อเด็กที่มีภาวะอ้วน,แบบแผนการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน,ผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการรังแกในเด็กที่มีภาวะอ้วน การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของเด็กที่มีภาวะอ้วน



3.การสัมภาษณ์เจาะลึก

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มเป้าหมายโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ Pilot Study ซึ่งกลุ่มเป้าหมายได้แก่เด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหญิงจำนวน 2 คน และช่วงการเก็บข้อมูลจริง โดยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่เด็กนักเรียนหญิงชายที่มีภาวะอ้วน ที่เป็นผู้ที่ถูกรังแกและเป็นผู้รังแกผู้อื่น จำนวน 10 คน โดยในช่วงแรกของการสัมภาษณ์จะเป็นการพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจก่อน แล้วจึงใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 45 นาที- 1 ชั่วโมงในเวลาพักกลางวันหรือช่วงคาบที่นักเรียนว่างจากการเรียนและจะทำการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนโดยนัดหมายนอกเวลาเรียนทั้งหมดประมาณ 2-3 ครั้ง โดยประเด็นการสัมภาษณ์ครอบคลุมการให้ความหมายต่อเด็กที่มีภาวะอ้วนของเด็กที่มีภาวะอ้วนเอง,แบบแผน การถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน,ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งเชิงบวกและลบที่เกิดขึ้นจากการรังแกในเด็กที่มีภาวะอ้วน การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของเด็กที่มีภาวะอ้วน

4.การสัมภาษณ์ไม่เป็นทางการ

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) กับครูผู้สอนจำนวน 3 คนในประเด็นของพฤติกรรมกรังแกในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งหญิงชาย

กลุ่มเป้าหมาย

1. เด็กนักเรียนทั่วไปที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 5 คน (สำหรับวิธีการสนทนากลุ่ม)
2. ครูสอนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นไปรวมทั้งครูที่ทราบถึงพฤติกรรมกรังแกในเด็กนักเรียนจำนวน 5 คน (สำหรับวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ)
3. เด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพศละจำนวน 5 คนต่อกลุ่ม (วิธีการสนทนากลุ่ม) และในการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล 12 คน หรือ จำนวนของผู้ให้ข้อมูลจะถูกกำหนดโดยข้อมูลที่อิ่มตัวแล้ว (Saturation)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

- 3.1 ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
- 3.2 เป็นเด็กนักเรียนที่ระบุตนเองว่าเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือคนอื่นบอกว่าเขาอ้วน
- 3.3 มีประสบการณ์เป็นผู้รังแกหรือถูกรังแกในรอบ 1 ปี อย่างน้อย 1 ครั้ง
- 3.4 เต็มใจที่จะเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1. แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งจะมีแนวคำถามที่เกี่ยวกับลักษณะเศรษฐกิจสังคม การให้ความหมายความอ้วนของเด็กที่มีภาวะอ้วนและชุดประสบการณ์การรังแก
2. แนวการสังเกตการณ์ ซึ่งจะมีประเด็นที่เกี่ยวกับสภาวะความเป็นอยู่และความสัมพันธ์ทางสังคมในโรงเรียน เมื่อต้อง ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและครูผู้สอน และรูปแบบการรังแก สถานที่กรังแก และการตอบโต้กลับ ของเด็กที่มีภาวะอ้วน

3. แนวการสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด ซึ่งจะมีแนวคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายของความ
อ้วน ความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่เกิดขึ้นในโรงเรียน รูปแบบการรังแกที่เด็กอ้วนเองเป็นผู้ถูกรังและเป็นผู้
รังแกเอง และการตอบโต้กลับต่อการรังแกที่เกิดขึ้น

4. เทปบันทึกเสียง

5. บันทึกงานสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยการอัดเทปและนำไปถอดเทป และพิมพ์บทสนทนาไว้ในโปรแกรมไมโครซอฟต์
Microsoft Word ผู้วิจัยจะอ่านข้อมูลสัมภาษณ์จากการถอดเทป หลายๆ ครั้งเพื่อให้เข้าใจ มุมมองและ
ประเด็นต่างๆ ในบันทึกงานสนาม และจะทำการให้รหัสแบบเปิดต่างๆ เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงแบบ
แผน ของชุดประสบการณ์การถูกรังแกในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนอ้วนรวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับ ใคร
กระทำ, รูปแบบใด, สถานที่ใด, ผู้ถูกรังแกรู้สึกอย่างไร (อัตวิสัย), มีการตอบโต้หรือไม่อย่างไร ผู้วิจัยใช้การ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และ แนวคิดเชิงทฤษฎี การตีตราและการประกอบสร้างทาง
วัฒนธรรมและสังคมว่าด้วยความเป็นจริง แนวคิดที่เกี่ยวกับวาทกรรมและภาษาของ Foucault และ
Derrida และแนวคิดเกี่ยวกับการรังแกมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล (Validity)

ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) ได้แก่การ นำข้อมูลที่เก็บได้จากผู้ให้
ข้อมูลหลายๆคนมาตรวจสอบความเที่ยงตรงและการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล แต่ละคนมากกว่า 1 ครั้งเพื่อ
ยืนยันข้อมูลที่เก็บได้จากครั้งแรกและครั้งต่อไป และ การตรวจสอบด้วยการใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี
เพื่อตรวจสอบข้อมูลจากหลายๆแหล่ง (Method Triangulation)

การสร้างควมไว้วางใจและความเชื่อใจ (Trust building)

ก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลโดยการคุยเล่นในเรื่อง
ทั่วไปก่อนเพื่อสร้างความสนิทในช่วงแรกและช่วงเริ่มต้นของการสนทนาจะเริ่มคุยจากเรื่องทั่วไปก่อนเช่น
“เมื่อเข้ามาโรงเรียนยังงัย” “ดูละครบ้างไหม” “ชอบคนไหนในละคร” ซึ่งการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปก่อน
นั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีความคุ้นเคยกันและทุกครั้งก่อนการสนทนาผู้วิจัยจะแนะนำตัวเองว่าเป็น ใคร
มาจากไหน ต้องการข้อมูลเพื่ออะไรและ สามารถตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัยได้จากเบอร์โทรศัพท์ของ
ผู้วิจัยที่อยู่ในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม

ข้อค้นพบ

ความหมายต่อตัวตนของเด็กหญิงที่มีภาวะอ้วน

เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนให้ความหมายต่อตัวตนว่า ตัวเองเป็นคนอ้วนเนื่องจากชีวิตประจำวัน
ในโรงเรียนเธอจะโดนเพื่อนแกล้งล้อเลียนใช้คำล้อเลียนซึ่งบ่งบอกถึงความอ้วนของตนเองตลอดเวลาไม่ว่าจะ
เป็นคำเรียกที่ว่า “โอ่งมังกร, ช้างน้ำ, อีอ้วน” หรือการทำตลกกล่ม ดังนั้นเองเป่ที่พูดว่า “บางทีเค้าก็ว่าโอ่งมังกร”



หรือการที่คุณครูตั้งชื่อฉายาว่า เบาหวิว ในขณะที่ทำกิจกรรมที่โรงเรียน นอกจากนี้เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะ
อ้วนยังให้ความหมายตัวตนจากสิ่งที่ผู้อื่นมองพวกเธอนั้นก็คือการมองว่าพวกเธอไม่สวยเนื่องด้วยรูปลักษณ์
ภายนอกที่ดูอ้วนใหญ่โต ดังคำพูดข้างล่างที่ว่า

เป้: “เค้าบอกว่า อ้วนอะไรอย่างนี้ ประมาณนั้น เค้าบอกว่าคนอ้วนนะไม่สวยอะไรประมาณนี้”

วี: “ไม่ถ้าบางทีแบบว่า เออแบบว่า บางคนเค้าก็บอก อ้วนนะไม่สวย”

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)

แต่อย่างไรก็ดีในประเด็นความหมายตัวตนของเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนในความหมายของความไม่
สวยงามนี้ เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนที่ถูกสัมภาษณ์ได้ให้คำนิยามตัวตนใหม่ว่าความสวยงามของพวกเธอ
อยู่ภายในจิตใจสวยงามอยู่ในโลกส่วนตัวและรวมทั้งสวยในโลกออนไลน์ ดังคำพูดของน้องนักเรียนอ้วน2คน
ที่ว่า

เป้: “สวยที่สุดดูในกระจกของตัวเอง สวยที่สุดในโลกส่วนตัว หนูนะสวยในโลกส่วนตัว”

อ้อม: “หนูสวยในโลกโซเชียล...หนูก็บอกว่า ถึงอ้วนมันไม่สวย แต่ภายในมันก็ยังสวยอยู่ จิตใจ
เราอะ”

เป้: “ จิตใจเราไม่ได้แบบตะแคงแต่ดีแต่ อะไรประมาณนั้น”

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)

นอกจากนั้นเด็กนักเรียนหญิงอ้วนยังอธิบายว่าเนื่องจากตนเองเป็นผู้หญิงจึงเป็นเพศที่อ่อนแอเป็นผล
ให้ถูกรังแกและล้อเลียนมากกว่านักเรียนชาย นอกจากนั้นน้อง 2 คนจากการสนทนากลุ่มจาก 5 คนอธิบาย
เหมือนกันว่าการที่ตนเองเป็นผู้หญิงที่อ้วนทำให้เข้าสังคมหรือกลุ่มเพื่อนได้ยากกว่าเด็กนักเรียนที่ผอมและ
สังคมเพื่อนมีความรังเกียจเด็กผู้หญิงอ้วนดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะ
อ้วนช่วงหนึ่งว่า

แนน : เค้าบอกยังงี้อะ คนผอมก็ไม่เคยโดนแกล้ง มีแต่คนอ้วนที่โดนแกล้ง

โหม : ก็ส่วนหนึ่งก็ไม่ค่อยโดนแกล้งเท่าไร เพราะว่าคนผอมสนิทกันง่าย สนิทกับใครง่าย

แนน : คนผอมก็มี แต่ไม่สนใจ แล้วก็แบบสนิทง่ายอะไรอย่างนี้คนผอมนะค่ะ

โหม : แบบว่าคนผอมจะแบบสนิทกับคนง่าย มีแต่คนมาชอบอะไรอย่างนี้

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)

ต่ออย่างไรก็ตามพวกเธอจะให้ความหมายตัวตนว่าเป็นผู้หญิงที่อ่อนแอและเข้าสังคมได้ยากรวมทั้ง
สังคมในโรงเรียนไม่ต้อนรับพวกเธอเปรียบเทียบกับนักเรียนที่ผอมแต่พวกเธอก็ยังอธิบายความหมายตัวตน
ของเธอเองว่า แต่ก็เป็นมนุษย์โดยทั่วไปเหมือนกับคนอื่นในสังคมที่มีทั้งความรู้สึกนึกคิดในจิตใจเช่นกัน

อ้อม: มีหัวใจนะเว้ย

โหม: ใช่ มันก็มีหัวใจเหมือนกันนะ คนอ้วน มันไม่ใช่แบบ

อ้อม: มันก็มนุษย์ นี่แหละ มันก็คนเหมือนกันนี่แหละ

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)

แบบแผนการรังแกในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน

รูปแบบการรังแก

รูปแบบการรังแกที่พบบ่อยมากที่สุดในเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วนได้แก่การรังแกทางวาจาโดยการตั้งฉายา การล้อเลียน และด่าทอทั้งในพื้นที่โรงเรียนและออนไลน์ โดยกลุ่มคำล้อเลียนมีตั้งแต่ “โอ่งมังกร”, “อ้วน”, “น้องอ้วน”, “อ้วนน้ำ”, “อ้วนยักษ์”, “เบาหวิว”, “เดียวกดกลม”, “กลับไปไปเลยไป (ข้าง/หมูป่า)”, “คอช็อกโกแลต (คอดำ)”, “ตัวหุ่ยยัยจัง”

แนน : “ผู้ชายผอมๆ นี่เค้าก็ล้อเลียน อ้วน อะไรประมาณนั้น เดียวดิกดกลมอะไรอย่างนี้”

วี : “เค้าก็บอกว่า เฮ้ยทำไมอะ ทำไมตัวใหญ่จัง เค้าพูดลอยๆ ของเค้าไปนะค่ะ”

อ้อม : “บางทีเพื่อนมันก็ด่าหนูว่าอ้วนน้ำ”

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)

และรูปแบบที่พบบ่อยถัดมาได้แก่การรังแกทางกายโดยการตีหัว, ตบหลัง, การกระชากเปีย, ผลักตัว ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงยิมและการเข้าแถวหลังเลิกเรียน

โพน : “หนู โดน บางทีขึ้นบนโรงยิมนะค่ะ แล้วพอขึ้น แล้วก็มุงกันอย่างนี้ แล้วก็ก็มีเพื่อนอยู่ข้างหลังบางทีก็ ดึง บางทีก็เข้าแถวตรงนี้ค่ะ เข้าแถวออก แล้วก็ก็มีเพื่อนกลุ่มหนึ่งค่ะ เค้าก็แซง เค้าแซงแล้วเค้าก็มาตีหัวหนูตรงนี้ หนูก็เลยไม่สนใจ แล้วหนูก็เลยออก แล้วหนูก็ไปเข้าแถวตรงข้างหลังแทน”

โพน : “ไม่ค่ะ มันแกล้งค่ะ แบบดังอย่างนี้เลย กระชากแบบดังเลย แล้วหนูก็เจ็บแต่หนูไม่สนใจเค้า แล้วถ้าบางทีเลิกเรียนเค้าก็จะให้มาเข้าแถวตรงนี้ค่ะเค้ายังไม่ปล่อย แต่ถ้าปล่อยแล้วเค้าก็จะให้เข้าแถว แล้วเค้าก็จะไอนี้กัน มีน้อง ม.1 นะค่ะ แล้วเค้าต่อแถวข้างหลัง แล้วก็แบบโดนผลักออก เฮ้ยไปข้างหลังดี อะไรอย่างนี้ค่ะพวกเพื่อนหนู ม. 2 อย่างนี้ค่ะ แต่ก็ไม่สนิทค่ะ บางคนค่ะ แล้วแบบเค้าก็มาดึงผมคือ พอหนูหันไปก็ อืม หนูก็รู้แล้วว่าเค้า”

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)

และนอกจากนั้นการศึกษายังพบการรังแกทางสังคมได้แก่การแบนไม่ให้เข้ากลุ่มในการทำงานกลุ่มในวิชาต่างๆ การพูดประจานในพื้นที่สาธารณะ และรูปแบบสุดท้ายพบการรังแกในพื้นที่ออนไลน์ ได้แก่การด่าทอประจานถึงน้องอ้อมผ่านคลิปที่น้องอ้อมลงสนุกๆ เกี่ยวกับการร้องเพลงและการแต่งหน้าของตนเองในเฟสบุ๊คส่วนตัว แต่เผลอไปโพสหน้าเพจ Youlike ของเฟสบุ๊ค จึงมีบุคคลอื่นที่ไม่รู้จักตัวตนของน้องอ้อมเข้ามาคอมเมนต์ด่าหยาบๆ ได้แก่

อ้อม : “ทางเฟซบุ๊กที่หนูลงคลิปอะ มีคนมาด่าหนู”

ผู้สัมภาษณ์ : เหรอ

อ้อม : “มาด่าแรงมากเลยนะ”

ผู้สัมภาษณ์ : ใช้คำพูดประมาณไหน

อ้อม : “ไอ้เหี้ยอะไรนี่ อะไรประมาณนั้น แล้วก็มีคนสวนกลับไปเยาะมามากเลย ลงyoulike นะค่ะ”

(สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วน)



บุคคลที่รังแกเด็กหญิงที่มีภาวะอ้วนมีทั้งเด็กหญิงและเด็กชายส่วนใหญ่เป็นเพื่อนรุ่นเดียวกัน เด็กผู้ชายที่รังแกมักเป็นหัวโจกและเกร่ สถานที่ที่เกิดการรังแกมีทุกที่ในโรงเรียนได้แก่ ลานกิจกรรมหน้าเสาธงชาติ ทางเดินหน้าห้องเรียน สถานที่ที่โดนแกล้งบ่อยที่สุดคือห้องเรียนและห้องน้ำ

ผลกระทบที่เกิดจากการรังแก

ผลกระทบจากการรังแกในเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วนที่โดนรังแกอยู่เสมอและไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนได้แก่ ผลกระทบทางจิตใจทำให้ รู้สึกเสียใจ,เจ็บปวดจนร้องไห้,เกิดอาการเก็บกดจนเครียด, รู้สึกโดดเดี่ยวชอบเก็บตัวไม่ยุ่งกับใคร, รู้สึกไม่ยอมมาโรงเรียนจนถึงขั้นขาดเรียนบ่อยๆ และจนถึงขั้นมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในรูปแบบต่างๆ เช่น การกระโดดตึกและการใช้มีดปลายแหลมเสียบท้องตัวเอง อย่างไรก็ตามเด็กนักเรียนหญิงอ้วนที่โดนรังแกบางคนกลับไม่รู้สึกเก็บกด ไม่ได้ใส่ใจกับเหตุการณ์รังแกที่เกิดขึ้นกับตนเลย กลับคิดเป็นตลกขบขันรู้สึกเฮฮาไปกับเพื่อนไปอีก

การจัดการต่อปัญหา

ในการจัดการต่อปัญหาการรังแกที่เกิดขึ้นมีทั้งการไม่ตอบโต้ เพิกเฉยเพราะคิดว่าจะเป็นการยั่วให้เกิดวงจรการรังแกต่อไปที่ไม่จบสิ้น รูปแบบการจัดการต่อไปได้แก่การทำตัวให้สนุกสนานเฮฮาเหมือนกับการเล่นไปกับเพื่อนอีกลูกแบบหนึ่งและรูปแบบการจัดการต่อปัญหาอีกอันได้แก่การตอบโต้กลับต่อการรังแกคือด่าสวนกลับทันที และการระบายความในใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นผ่านทางสเก็ตส์เฟสบุค

ข้ออภิปราย

“ฉันอ้วนแล้วผิดตรงไหน”: การตีตราและความหมายตัวตนของเด็กนักเรียนอ้วนหญิง

จากการศึกษาครั้งนี้เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนให้ความหมายต่อตัวตนในเชิงลบว่า ตัวเองเป็นคนอ้วน,ไม่สวยด้วยรูปลักษณ์ภายนอก เข้าสังคมยากกลุ่มเพื่อนไม่ยอมรับและถูกรังเกลียดมีความน่าเกลียดน่ากลัว และยังเป็นผู้หญิงจึงเป็นเพศที่อ่อนแอ ความหมายตัวตนดังกล่าว ถูกประกอบสร้างจากกระบวนการประทะสังสรรค์ ของสังคมรอบข้างในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนที่มองตนเองผ่านภาษา การตั้งฉายา การล้อเลียนด้วยวาจาด้วยคำต่างๆ ได้แก่ “โง่งมั่งกร”, “อ้ออ้วน”, “น้องอ้วน”, “อ้อช้างน้ำ”, “อ้อยักษ์”, “น้องเบาหวิว”, “เดี่ยวตึกกลม”, “กลับไปไปเลยไป (ช้าง/หมีป้า)”, “คอซ็อกโกแลต (คอดำ)”, “ตัวหนุ่ยยัยจิง” ซึ่งเป็นคำพูดที่ทำให้ตัวเองนั้นรู้สึกถูกดูถูกเหยียดหยาม ลดทอนความเป็นมนุษย์ จนรู้สึกผิดต่อตัวเองที่เกิดมา มีภาวะอ้วน ดังคำพูดที่อ้อมและน้องเป็กกล่าวว่า “ถ้าแบบคนเลือกเกิดได้ ก็จะไม่เลือกเกิด”, “หนูเลือกเกิดมาเป็นนางฟ้าได้ หนูก็เลือกเกิดแล้ว”, “จะไปเกิดที่เกาหลีเลยละ”, “จะเป็นพวกดีว่า อะไรแบบนี้”, “แบบคนเลือกเกิดได้ ก็จะไม่เกิดมาเป็นคนผอม แต่นี่มันเกิดไม่ได้” ดัง Erving Goffman (196) อธิบายความหมายของตราบาปว่าเป็น คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม คุณลักษณะ ดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระบวนการประทะสังสรรค์ อันเป็นเครื่องมือของการให้ความหมายทางสังคม และทำให้ คุณลักษณะทางสังคมของบุคคลนั้นๆ กลายเป็นคุณลักษณะที่เป็นความหมายเดียวกันกับในเรื่องของตราบาป ซึ่งในความหมายของตราบาปที่อธิบายบุคคลนั้น ที่มีตราบาป มีความหมายถึง บุคคลนั้นๆ หรือกลุ่มๆ นั้นเป็นผู้ที่อ่อนแอ มีความเฉื่อยชา เป็นบุคคลที่ไม่สมบูรณ์ ความเป็นอันตราย โหดร้ายหรือเลวร้าย และ รวมไปถึงการไร้ซึ่งอำนาจ ลักษณะดังที่กล่าวมานั้นมีผลทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกอับอาย

มีรู้สึกผิด เกิดความคิดที่ไม่ยอมรับตนเอง อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานของการที่จะถูกปฏิเสธจากทางสังคม หรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม Goffman ยังบอกว่าตราบาปนั้นมีอยู่ 3 ประเภทด้วยกันคือ 1) ตราบาปซึ่งเป็นจากลักษณะทางสรีระ เช่น รูปร่างของร่างกาย หรือความพิการของร่างกาย 2) ตราบาปที่เกิดจากคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของตัวบุคคล ตัวอย่างเช่น คนที่มีอาการทางจิตต่างๆ ผู้ที่เป็นนักโทษ รวมไปถึงกรรมกรว่างงาน 3) ตราบาปซึ่งเป็นจากความเชื่อชาติ ศาสนา ชนชาติ (พิมพัลย์ บุญมงคล 2555: 43)

การที่ภาวะอ้วนที่เกิดขึ้นในเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วน นั้นถือว่าเป็นตราบาปเนื่องจากเป็นคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งส่งผลให้เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะนั้น ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือในโรงเรียน กลุ่มเพื่อนหรือในสายตาของครูอาจารย์ในโรงเรียน ความหมายของภาวะอ้วนซึ่งเป็นลักษณะตราบาปทางสังคมนั้นส่งผลให้ความหมายของภาวะอ้วนคือ การที่ถูกมองบุคคลนั้นว่าเป็นตัวตลก เป็นบุคคลที่น่าสงสาร เป็นคนที่มีความเฉื่อยชา มีอุปนิสัยที่น่าเกลียดน่ากลัวไม่น่าคบหาเป็นเพื่อน และสมควรโดนกลั่นแกล้งล้อเลียนและรังแก ดังการที่เด็กนักเรียนหญิงที่อ้วนถูกตั้งชื่อฉายาต่างๆ ตราบาปที่เกิดขึ้นในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหญิงนั้น จัดอยู่ในตราบาปลักษณะที่ 1 และ 2 ของ Goffman กล่าวคือ เป็นตราบาปที่เกิดจากลักษณะทางสรีระทางร่างกายที่มีขนาดอ้วนไม่เป็นปกติและลักษณะที่ 2 คือลักษณะทางบุคลิกภาพด้วยคือ การเป็นเด็กที่มีการเคลื่อนไหวอืดอาด เชื่องช้า ดูไม่มีความมั่นใจ เทอะทะดูอึดอัดตัวเอง อย่างไรก็ตามเด็กนักเรียนหญิงที่อ้วนที่สัมภาษณ์ไม่ได้ยอมรับความหมายตัวตนเชิงลบทั้งหมดพวกเธอยังให้ความสำคัญและตีความใหม่กับความหมายตัวตนที่มีภาวะอ้วนของเธอว่าจริงๆ และเธอมีความสุขที่จิตใจและสวຍในแบบโลกส่วนตัวของเธอเอง

การรังแกและการตอบโต้ในฐานะความรุนแรงทางตรงและวัฒนธรรม

จากข้อมูลที่พบในการศึกษาครั้งนี้ปรากฏการณ์เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนที่ถูกรังแกส่วนหนึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงการเป็นผู้ถูกรังแก ในรูปแบบของการรังแกต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับตามความหมายของการรังแกของสหประชาชาติว่าการรังแกในเด็กนักเรียนมีนัยทางเพศหรือเพศภาวะ (sex หรือ gender) ในแง่ที่การรังแกเป็นการตอกย้ำบรรทัดฐานของความเป็นชายที่แข็งแกร่งและความเป็นหญิงที่อ่อนโยนและอ่อนแอ เด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนที่ถูกรังแกถูกมองว่าเป็นผู้ถูกรังแกเพราะเป็นผู้หญิงและยังมีภาวะอ้วน ซึ่งมีภาวะเป็นตราบาปซ้อน

นอกจากนั้นการศึกษายังพบการตอบโต้จากเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วนด้วยความรุนแรง โดยเฉพาะความรุนแรงในรูปแบบทางวาจาจากกลับไปหลังจากที่ตนเองถูกรังแกทางวาจา ดังกรณีของเพื่อนน้องอ้อมที่ปกป้องโดยการด่ากลับไปหานักเลงคีย์บอร์ดที่ด่าน้องเค้าก่อนว่า “ทำให้พ่อแม่เธอตายเหอ ออะไรประมาณนั้น ทำแค่ออฮา ไม่ได้สร้างภาพโลกสวย ไม่ได้โชว์นมโชว์อะไร ประมาณนั้นค่ะ”

ความรุนแรงดังกล่าวของ ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (อ้างใน นางสาวณัฏฐ์ ตรงศีลสัตย์: 2550) ได้อธิบายความหมายของความรุนแรงโดยจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ ความรุนแรงทางตรง, ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง, ความรุนแรงทางวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึงแบบแผนหรือประเพณีบางอย่างในสังคม อาจเป็นปัจจัย ที่เอื้อต่อ การคงอยู่ของความรุนแรงได้ด้วย ซึ่งความรุนแรงประเภทนี้จัดอยู่ในรูปแบบแนวคิดความเชื่อ ค่านิยม สัญลักษณ์ ความรู้ภาษาที่ใช้กันอยู่ในสังคมเป็นประจำและให้การยอมรับ ดังนั้นถ้าเอาความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมมาประยุกต์กับการอธิบายปรากฏการณ์การรังแกในเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วน ได้แก่



ความรู้ทางภาษาที่ถูกประดิษฐ์ในประจำวันผ่านการตั้งฉายาล้อเลียน เด็กนักเรียนหญิงที่อ้วนต่างๆได้แก่ “โองมั่งกร”, “อ๊อซังน้ำ”, “อ๊อัยกั”, “น้องเบาหวิว”, “เดี่ยวตึกกลม” เป็นต้น รวมทั้งการด่าทอตอบโต้กลับผ่านโลกออนไลน์ในกรณีของเพื่อนน้องอ้อมที่ด่ากลับในพื้นที่ออนไลน์เพื่อปกป้องเพื่อน เหล่านี้เป็นความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมซึ่ง ทำให้เกิดเป็นวงจรการรังแกทางตรงอย่างไม่สิ้นสุด

ข้อเสนอแนะ

1. สังคมวงกว้างและโรงเรียนควรสร้างความตระหนักในปัญหาการรังแกในเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน หญิงแก่นักเรียนและครูในโรงเรียน จนไปครอบครัวยุคครองและคนในชุมชน
2. โรงเรียนควรจัดกิจกรรมเสริมพลังความมั่นใจในตนเองต่อเด็กนักเรียนหญิงที่มีภาวะอ้วน เสริมทักษะการจัดการต่อปัญหาในการถูกรังแก
3. โรงเรียนควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกความสามัคคีต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมไปถึงการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- ดวงพร กตัญญูตานนท์. (2554). ภาวะโภชนาการและพฤติกรรม 3 อ. ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มจร.วิชาการ, 14(28)มกราคม-มิถุนายน, 67-85.
- ปูลวิชัย ทองแดง ,จันทร์จิรา สีสว่าง. (2012). ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย. Rama Nurs J ► September-December Vol. 18 No. 3:287-297.
- พิมพ์วัลย์บุญมงคลและคณะ. (2557). เรื่องการรังแกต่อกลุ่มนักเรียนที่เป็นหรือถูกมองว่าเป็นคนข้ามเพศหรือคนรักเพศเดียวกันในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา: รูปแบบความชุกผลกระทบแรงจูงใจและมาตรการการป้องกันใน 5 จังหวัดของประเทศไทย. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณะสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2555). ตำรามานุษยวิทยาการแพทย์. นครปฐม: ภาควิชาสังคมศาสตร์,คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นางลักษณ์ ตรงศีลสัตย์. (2550). ความรุนแรงกับสุขภาพใน โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ บรรณาธิการ วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์.สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- สมศักดิ์ ถิ่นขจี, พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2555). พฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดนนทบุรี รายงานวิจัยจากวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- อรรฐา รังผึ้ง. (2552). ชื่อเรื่อง ภาวะอ้วนในนักเรียนปีพ.ศ.2548-2552. (Obesity situation in Thai student,205-2009) สำนักระบาดวิทยา <http://epid.moph.go.th>
- อจินไตย เสงี่ยมญาติ (มปป). ผู้หญิงกับความอ้วน: การนำเสนอภาพตัวละครหญิงอ้วนใน How To Cook A Tart. บทความนำเสนอในการประชุมวิชาการแห่งชาติมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 9.

ภาษาอังกฤษ

- Benton, T. & Craib, I. (2001). **Philosophy of social science: The philosophical foundations of social thought**. New York, NY: Palgrave.
- Eisenberg M E, Neumark-Sztainer D, Story M (2003). **Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents**. Arch Pediatr Adolesc Med 157(8), 733-738.
- Goffman , E. (1963). **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. New York, NY: Simon and Schuster.
- Guo,Jun,Nie,Xu,Xu and Zhang .(2010) **Relationships between Weight Status and Bullying Victimization among Scool-aged Adolescents in Guangdong province of China**. Biomedical and Enviromental Sciences. 23, 108-112.
- Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM (2004). **Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002**. JAMA, Jun 16;291(23):2847-50.
- Janssen I, Craig W M, Boyce W F, et al. (2004). **Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children**. Pediatrics 113(5), 1187-1194.
- Jones, P., Le Boutillier, S. & Bradbury, L. (2003). **Introducing social theory**. Cambridge, UK: Polity Press.
- Kantachuvessiri , A. (2005) . **J Med Assoc Thai**. 2005 Apr;88(4): 554-62
- Klaczynski, P. A. , Goold,K. W. and Mudry, J.J. (2004). **Culture, Obesity Stereotypes, Self-Esteem, and the “Thin Ideal”: A Social Identity Perspective**. Journal of Youth and Adolescence, 33(4), August, 307–317.
- Raj, M .and Kumar , K . (2010). **Obesity in children & Adolescents**. Indien J Med Res ,132, November: 598–607.
- Stevelos, J. (N.D.) **Bullying, Bullycide and Childhood Obesity**.
<http://www.obesityaction.org/wp-content/uploads/Bullying-and-Bullycide.pdf>
- World Health Organization. (2004). **Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health**. Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57.17. Geneva: WHO.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

<http://haamor.com/th/โรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน/#article101>Retrieved on 12 May 2014



“ฉันเพียงเป็นคนที่ก้าวเดินช้ากว่าคนอื่น แต่ฉันก็เดินถึงจุดหมายเหมือนกัน”:

เรื่องเล่าการก้าวข้ามตัวตนออทิสติก

“I am Just a Person Walking Slower than the Others, but I Can Finally
Reach My Destination”: The Story of a Person with
Autism Overcoming Herself

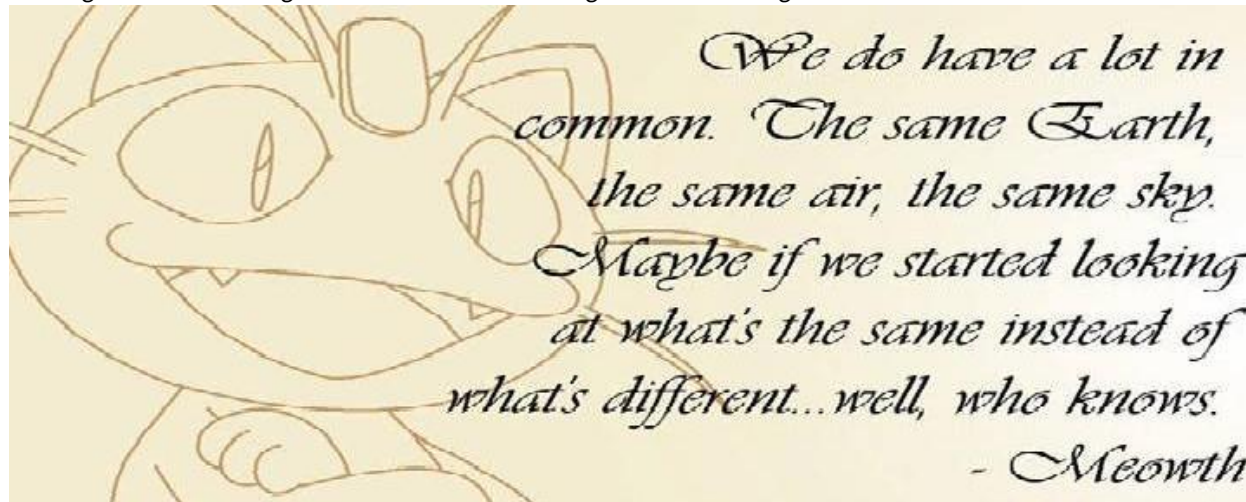
พิจิตรา ลินเสมอสุข

supplementa@outlook.com

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The reason to choose the topic of “I am just a Person walking slower than the Others, but I can finally reach my destination”: The Story of a Person with Autism Overcoming Herself is to present and share a person’s experience of being with autism that will likely to form a new meaning to the word “autism” who tried to overcome her physical impair, development, and turning into the ability to live within harmony in the society.



“We do have a lot in common. The same Earth, the same air, the same sky. Maybe if we start looking at what’s the same instead of what’s different... Well, who knows?”— Pokémon Meowth.

If we switch our perspective of viewing people with autism, we can see the similarities between them and us more clearly. This can also lead to the understanding that, we all actually “living” specimens calls “human”.

Keywords: Autism/Family/Stress/Social Support/Point of View

บทคัดย่อ

เหตุผลที่เลือกทำหัวข้อ “ฉันเพียงเป็นคนที่ก้าวเดินช้ากว่าคนอื่น แต่ฉันก็เดินถึงจุดหมายเหมือนกัน” : เรื่องเล่าการก้าวข้ามตัวตนออทิสติก ก็คือเสนอประสบการณ์ครอบครัวและคนเป็นออทิสติก ที่สร้างความหมายใหม่ต่อตัวตนคนเป็นออทิสติก ที่ได้พยายามก้าวข้ามความบกพร่องด้านร่างกาย พัฒนาการสู่ความสามารถในการมีชีวิตและใช้ชีวิตในสังคม

“ตามจริงแล้ว เราต่างก็มีหลายสิ่งหลายอย่างคล้ายกัน/ใช้ร่วมกันนะ โลกใบเดียวกัน อากาศหายใจเหมือนกัน ท้องฟ้าผืนเดียวกัน... บางที ถ้าเราหันมามองหาความเหมือนของแต่ละคนแทนความต่างแล้วละก็ ... น่าคิดนะ” — ไปเกม่อนเนี่ยส

หากเราเปลี่ยนทัศนคติในการมองผู้ที่มีภาวะของออทิสติกเสียใหม่ จะได้มองเห็นความคล้ายคลึงกับตนเองได้ดีขึ้น และจะเข้าใจพวกเขาได้ดีขึ้น ว่าจริงๆ แล้ว พวกเขาก็เป็น “สิ่งมีชีวิต” ที่เรียกว่า “มนุษย์” เช่นเดียวกันกับทุกๆ คน

คำสำคัญ: ออทิสติก/ครอบครัว/ความเครียด/แรงสนับสนุนจากสังคม/มุมมอง

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

เด็กสุขภาพดีจะได้รับการศึกษาอย่างเต็มที่ แต่ในทางกลับกัน เด็กที่เป็นออทิสติกนั้น ผู้ปกครองมักจะเก็บซ่อนตัวเด็กเอาไว้ในบ้าน ไม่เคยพาออกไปรู้จักกับสังคมภายนอก และไม่เคยมอบโอกาสในการศึกษาให้กับลูกของตน ดิฉันจึงเลือกใช้เรื่องราวของตัวเองเป็นกรณีศึกษาของเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนของสังคม และได้ศึกษาเล่าเรียน จบจนปัจจุบัน ดิฉันกลายเป็นคนที่มีอนาคตดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กออทิสติกผู้ที่ไม่เคยรับการศึกษาเลย ซึ่งจะเติบโตไปเป็นคนที่ไม่มีคุณภาพภูมิใจในตัวเอง เครียดง่าย และเปรียบเสมือน “ระเบิดเวลา” ของทุกคนในครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพราะไม่รู้วิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมนั่นเอง

ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดออทิสติกเติบโตมาเป็น “ระเบิดเวลา” พวกเขาจึงจำเป็นต้องได้รับการศึกษาตั้งแต่ขั้นพื้นฐานเป็นต้นไป ต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องกับความเป็นออทิสติก และต้องได้รับการเลี้ยงดูด้วยความรัก ความเอาใจใส่ เพื่อให้พวกเขามีความมั่นใจในตัวเองและแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเองเมื่อเติบโตขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสนอประสบการณ์ครอบครัวและคนเป็นออทิสติก ที่สร้างความหมายใหม่ต่อตัวตนคนเป็นออทิสติก และได้พยายามก้าวข้ามความบกพร่องด้านร่างกาย พัฒนาการสู่ความสามารถในการมีชีวิตและใช้ชีวิตในสังคม



แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด- Beck's Cognitive Model + Health Belief Model

ทฤษฎี- Field Theory

งานวิจัย

"Sensing the World: Meaning, Sensory, Experience, and Contestation of Family with Autistic Children" by Ubophon Theerasilp

ความพิการ แนวคิดทางสังคมศาสตร์สุขภาพ โดย พ.ต. หญิง อุบลพันธ์ ธีระศิลป์ และ ดร. เพ็ญจันทร์ เชอเรอร์

ที่มาและความสำคัญ

การสร้างความหมายคืออะไร

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตเดียวที่รู้จักการสร้างความหมายผ่านการตีความจากสิ่งต่างๆ ที่เรียกว่า "สัญญา" ซึ่งจะมีความหมายก็ต่อเมื่อเราสร้างความหมายให้กับสิ่งต่างๆ ให้กลายเป็นสัญญาขึ้นมา (<https://www.gotoknow.org/posts/480617>) ดังนั้น การสร้างความหมาย หมายถึง การนิยามลักษณะทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็นให้กับวัตถุต่างๆ รอบๆ ตัวเรา ซึ่งออทิสติกก็เป็นคำพูดที่เกิดจากการสร้างความหมายนั่นเอง

ออทิสติก เป็นความพิการประเภทหนึ่ง มีลักษณะอย่างไร

โรคออทิสติกเป็นคำที่สังคมสร้างขึ้น จัดให้เป็นความพิการประเภทหนึ่ง ทางทางการแพทย์ได้จำแนกออทิสติกเป็นอาการป่วยทางด้านอารมณ์ (mental illness) และให้นิยามว่า ออทิสติกเป็นคนที่มีความบกพร่องทางการรับรู้ (อ้างอิงจาก DSM) คำว่า ออทิสติก มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คือคำว่า auto แปลว่า อัตโนมิติ ด้วยตัวเอง หมายถึงการแสดงพฤติกรรมการอยู่กับตัวเองใน "โลกส่วนตัว" ที่ราวกับถูกกระຈกใส่กั้นกลางจากความเป็นจริง นอกจากนั้น ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ยังขาดการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวอีกด้วย

เมื่อพูดถึงสาเหตุและการบำบัดรักษาออทิสติก นักมานุษยวิทยาจะมองไปที่ปฏิบัติการของโรคด้วยมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ โดยให้ความหมายอย่างแคบๆ ว่าออทิสติกเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการของระบบประสาทและการเรียนรู้ ความหมายนี้ได้ฝังลึกอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้คน กลายมาเป็นวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แปรเปลี่ยนภูมิปัญญาของตัวมันเองไปพร้อมกันกับภูมิปัญญาในเรื่องประวัติศาสตร์ สังคม และการเมืองอีกด้วย

ออทิสติก จัดเป็นความพิการประเภทบกพร่องทางด้านสติปัญญา การเรียนรู้ การพูด และภาษา (http://disabilities.nfe.go.th/popup.php?name=knowledge&file=p_readknowledge&id=32) บ้างก็ว่ามีกลุ่มความพิการเป็นของตนเอง (กลุ่มความพิการประเภทออทิสติก, http://www.pt.mahidol.ac.th/ptclinic/index.php?option=com_content&view=article&id=291%3A2012-03-28-08-19-37&catid=52%3A2009-03-13-03-22-32&Itemid=108&showall=1)

ลักษณะของผู้ที่มีอาการของออทิสติกจะคล้ายคลึงกับคนทั่วไป ต้องสังเกตที่การแสดงออกทางพฤติกรรม พวกเขาจะไม่พูดคุย ไม่มีการสบตา หรือการบอกความต้องการใดๆ เนื่องจากสมองของพวกเขา

ผิดปกติทำให้ทักษะในการสื่อสารและการดำรงชีพเสียหายไป แต่ยังเหลือความสามารถอย่างอื่นครบถ้วน ถ้าได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดีพวกเขาก็ใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้

ออทิสติกเป็นกลุ่มอาการทางสมองกลุ่มหนึ่ง แรกๆ คนไทยยังไม่รู้จักคำว่าออทิสติกมากเท่าไรนัก คำนี้เป็นที่รู้จักกันในช่วงการแพทย์เท่านั้น จากนั้นคนไทยจึงได้เห็นตัวอย่างทางโทรทัศน์ตัวอย่างหนึ่งคือ คุณพุ่ม เจนเสน พระโอรสในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี (พระนามเดิม สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี) ที่กลับมาจากต่างประเทศในปีนั้น ทูลกระหม่อมหญิงฯ ได้ทรงพิจารณาเปิดมูลนิธิคุณพุ่มเพื่อคนเป็นออทิสติกขึ้นมา ทำให้คนไทยเริ่มรู้จักคำว่า ออทิสติกมากขึ้น ทว่า คนที่เป็นออทิสติกสำหรับคนไทยต้องมีลักษณะแบบคุณพุ่มเท่านั้น ถ้าผิดไปจากนี้จะไม่ถือว่าเป็นออทิสติก แต่จะเป็นบ้าแทน ทำให้เด็กที่เป็นออทิสติกในประเทศไทยต้องแบบรับความทุกข์จากการ ตีตราว่า “เป็นบ้า” มาตลอด ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ้า “ศรีธัญญา” เท่านั้น และเข้าร่วมกับสังคม ไม่ได้เลย แต่ความเป็นจริงแล้ว ออทิสติกเป็นกลุ่มอาการที่หลากหลายมาก ยังมีอาการอีกมากที่บ่งบอกว่า เป็นออทิสติก หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ คุณพุ่มเป็นคนเป็นออทิสติกที่มีอาการให้เห็นหนึ่งในหลายๆ อย่างของคนที่เป็นออทิสติก (Ubonphan Theerasilp)

ความพิการ มีความหมายอย่างไรในทางสังคม วัฒนธรรม

คนพิการคือคนที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นประสาทการได้ยินหรือมองเห็นเสียไป การรับรู้ผิดพลาด อวัยวะบางส่วนขาดหายไป ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวันหรือการเข้าร่วมสังคม จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือพิเศษ

ความพิการมีความหมายมากกว่าร่างกายมีความบกพร่อง หรืออวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติเท่านั้น บางสังคมมองว่าเด็กพิการมีความสามารถพิเศษซ่อนอยู่ คือทำนายอนาคตให้กับสังคมได้ บางสังคมถือว่าคนพิการเป็นคนพิเศษ ควรค่าแก่การเคารพ ในขณะที่สังคมตะวันตกมองว่าคนพิการเป็นภาระต่อสังคมเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะพบว่า แต่ละสังคมจะนิยามคำว่า “พิการ” แตกต่างกันไป การนิยามความพิการเป็นการประกอบสร้างทางสังคม (Social Construction) เป็นเรื่องของอำนาจในการควบคุม การต่อสู้ของแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ (อุบลพรรณ อธิศิลป์ และเพ็ญจันทร์ เชอเรอร์)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผ่านเรื่องเล่าของออทิสติกคนหนึ่ง ซึ่งคือผู้เขียน เล่าประสบการณ์และให้ความหมายกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ผู้เขียนใช้เรื่องเล่าและเรื่องราวที่สร้างขึ้น ทั้งจากความจริงของผู้เขียน และจากบทสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากแม่ของผู้เขียนที่ดูแลเลี้ยงดูผู้เขียนมาตั้งแต่ยังเล็ก ซึ่งเป็นสิ่งที่แม่ของผู้เขียนยินดียิ่งอย่างมากที่จะให้ เพราะท่านหวังอยากทำสิ่งนี้อยู่แล้ว ในการจัดระเบียบประสบการณ์ออกมาเป็นบท ตอน หรือฉากต่างๆ วิธีการศึกษาเรื่องเล่าให้ความสำคัญ กับผู้เล่าเรื่องซึ่งมีประสบการณ์ สามารถสะท้อนตัวตนออกมา แทนการมองว่าผู้เล่าว่าเป็นวัตถุเพื่อการศึกษาในกระบวนการวิจัย หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเสียเอง



ผลการศึกษา

ฉันและครอบครัวของฉัน

ฉันมีอายุ 23 ปี เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกจำพวกแอสเพอร์เกอร์ เมื่ออายุ 1 ขวบ 9 เดือน และ Bone Metabolism Disorder ทำให้รูปลักษณะภายนอกของฉัน คือ เป็นเด็กแคระแกร็น รูปร่างไม่สมส่วน มีขาโก่งผิดรูป และหัวมีขนาดใหญ่กว่าเด็กทั่วไป

ฉันเป็นคนกรุงเทพฯโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ คุณพ่อฉันปัจจุบันอายุ 53 ปี ทำงานบริษัทเอกชน รายได้ 60,000 บาทต่อเดือน คุณแม่อายุ 53 ปี เป็นแม่บ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลฉันตลอด 24 ชั่วโมง ฉันมีพี่-น้องรวม 3 คน ฉันเป็นลูกคนที่ 2 พี่สาวฉันอายุ 28 ปี ปัจจุบันกำลังทำงานอยู่ในสายการบินแห่งหนึ่ง น้องชายฉัน อายุ 22 ปี ขณะนี้กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ส่วนฉันกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1

เมื่อฉันเกิด

แม่อายุ 31 ปีเมื่อตั้งครรภ์ฉัน ขณะนั้นพี่สาวฉันอายุ 5 ปี แม่ได้ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช บางเขน ระหว่างที่ท้องอยู่ แม่จะเป็นหอบหืดบ่อยมาก หมอให้ยาพ่นแก้แม่มา ตอนใกล้คลอด แม่ก็มีอาการครรภ์เป็นพิษ คือมีอาการรุ่มคันของเบาหวานและความดัน

น้ำหนักของแม่ตอนใกล้คลอดคือ 100 กิโลกรัม แม่คิดว่าฉันเป็นลูกชายแน่ๆ ก็บำรุงครรภ์อย่างดี กินนมด่างน้ำ กินกระดูกหมูอ่อนเป็นหลัก แม่สารภาพกับฉันในภายหลังว่า ท่านไม่รู้หรอกว่าการกินแบบนี้เป็นทุพโภชนาการเพราะเชื่อว่ากินอาหารดีๆ เข้าไปเยอะๆ แล้วจะดี ท่านจึงโหมกินเข้าไปเยอะ แล้วแม่ก็ป่วยตลอดตอนตั้งท้อง แม่คลอดฉันก่อนกำหนดไปประมาณ 2 อาทิตย์ ตรงกับวันที่ 15 ตุลาคม 2534 อยู่ในช่วงเดียวกับ World Bank (WB) ซึ่งรัฐบาลในสมัยนั้นสั่งให้ประชาชนหยุดทำงานเพื่อป้องกันการจลาจลติดขัด หมอที่จะต้องทำคลอดฉันก็พลอยได้หยุดไปด้วย ทำให้ครอบครัวไม่สบายใจ เลยพาไปนอนพักที่โรงพยาบาลพญาไท 1 หมอรับตัวไว้ แม่คลอดฉันในวันที่ 15 ตุลาคม เวลา 9 โมงกว่า โดยการดูฉันออกมา ฉันไม่ร้องเลย วัดความยาว 55 เซนติเมตร น้ำหนักเกือบ 4 (3.950) กิโลกรัม ถือว่าหนักมากกว่าเด็กปกติ หมอตรวจแล้วพบว่า ฉันมีอาการตัวเหลืองระดับรุนแรงจึงต้องนำไปเข้าตู้อบ ถึงเวลาให้นมฉันก็ไม่ดูด ไม่ตอบสนองเรื่องการกิน ไม่ร้องไห้ นอนเงียบๆ พยาบาลต้องมากระตุ้นด้วยการป้อนนมเป็นเวลา แม่ต้องเทียวไปเทียวมาเพื่อให้ฉันดูดด้วยวิธีการเอาน้ำนมของแม่มาใส่ขวดให้ฉันกินอยู่ประมาณ 1 เดือน ต่อมาหมอก็พบว่า ฉันมีอาการลำไส้บิดพันกัน เวลากินนมแล้วชักพัก ฉันจะอาเจียนออกมา

เมื่อได้กลับมาอยู่บ้าน ฉันจะร้องไห้งอแงมาก พ่อ-แม่หาวิธีการทุกอย่าง แต่ฉันก็ไม่หยุด อาการนี้เป็นอยู่นานกว่า 3 เดือนที่ใครๆ ก็บอกว่าจะดีขึ้นเอง แม่พบสิ่งผิดปกติในขณะนั้นอยู่อย่างหนึ่ง เมื่อฉันนอนคว่ำ ฉันจะร้องไห้อย่างมาก แต่เมื่อให้นอนหงาย ฉันจะหยุดร้อง แม่พาฉันไปฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และปรึกษากับหมอ เพราะอาการร้องไห้ของฉันมันเป็นยาวนานถึง 6 เดือน หมอตรวจพบว่ากระดูกสันหลังช่วงเหนือก้นบโป้นออกมาข้อหนึ่ง วิธีการรักษาคือการผ่าตัด แต่ฉันในตอนนั้นยังเล็กเกินไป หมอจึงส่งเรื่องของฉันไปรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ

พัฒนาการการเจริญเติบโตของฉันทันช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกันคนอื่นๆ แถวบ้าน

1. ฉันทันเดินได้ตอนขวบกว่าๆ แล้ว
2. ฉันทันไม่พูด ไม่เฝ้าเข้ากอดใคร
3. เวลาแม่ปล่อยให้ฉันทันเดิน ฉันทันจะเดินไปเรื่อยๆ โดยไม่มีเป้าหมาย ไม่มีอาการกลัวคนแปลกหน้า
4. น้ำตาของฉันทันไม่เคยไหลเมื่อเจอหัวหอมหรือกระเทียมที่มีกลิ่นฉุน
5. เวลาเรียกชื่อฉันทันจะไม่หัน เหมือนกับว่าฉันทันไม่ได้ยินหรือไม่รู้จักชื่อของตัวเอง
6. เวลาที่ถูกอุ้มหรือเมื่อมีคนมากอด ฉันทันจะดันตัวออก
7. ฉันทันไม่สามารถบอกหรือสื่อให้รู้เมื่อปวดท้อง ต้องการถ่ายปัสสาวะอุจจาระ ฉันทันจะถ่ายเรี่ยราด
ทุกครั้ง
8. ฉันทันแสดงการสื่อสารภาษาไม่ได้เลย

เมื่อฉันทันโตขึ้น แม่จะพาฉันทันไปด้วยตอนไปส่งพี่สาวที่โรงเรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลท่านเข้ามาดูฉันทัน ท่านสังเกตเห็นว่า ฉันทัน ไม่ยอมสบตา จึงบอกให้แม่ลองสังเกตพฤติกรรมฉันทัน ผู้อำนวยการก็สังเกตเห็นอาการเหล่านี้เช่นเดียวกันจึงได้แนะนำให้แม่ไปพบกับแพทย์หญิงสุภาพร วิจิธรรม ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

หมอวินิจฉัยว่าอย่างไร พูดอย่างไร มีอายุยืนไปได้อย่างไร

วิธีการตรวจเด็กสักคนว่ามีอาการของออทิสติกหรือไม่ โดยปกติแล้ว ผู้ปกครองครึ่งหนึ่งจะพบอาการผิดปกติของลูกที่เป็นออทิสติกได้ภายในอายุ 18 เดือน คือเด็กจะมีอาการเหมือนเป็นใบ้ไปเลย ไม่มีการชี้นิ้วใดๆ ไปตลอด 12 เดือน ไม่พูดเป็นคำๆ ไป 16 เดือน โดยผู้เชี่ยวชาญจะให้เด็กทำบททดสอบง่ายๆ สนุกๆ เช่น ต่อตัวต่อ วาดเส้น และดูรูปแล้วบอกความหมาย เพื่อวิเคราะห์การตอบสนองของเด็ก เด็กที่มีอาการของออทิสติกจะมีปัญหาที่สมอง เมื่อสมองทำงานผิดพลาด การประมวลผลจากประสาทการมองเห็นจะผิดเพี้ยนไป จินตนาการของเด็กจะขาดหายไป อีกทั้งการสื่อสารที่บกพร่อง ทำให้ผลการทดสอบสามารถบ่งชี้ว่าเด็กคนนี้อาจจะเป็นออทิสติกหรือไม่ เพราะไม่เข้าใจว่าของเล่นพวกนั้นคืออะไร อีกทั้งยังไม่มีการสบตากับผู้เชี่ยวชาญ หรือการพูดคุยใดๆ เกิดขึ้น ทั้งๆ ที่การได้ยินและการมองเห็นยังเป็นปกติดี ฉันทันเองก็ได้รับการทดสอบเช่นนี้อยู่หลายครั้ง

แพทย์หญิงสุภาพรตรวจวินิจฉัยแล้วพบว่า ฉันทันมีอาการของออทิสติกแน่นอน จึงได้อธิบายอาการลักษณะโรค และวิธีการเลี้ยงดู คำพูดที่แม่ไม่เคยลืมคือ แพทย์หญิงพูดว่า ถ้าแม่อยากให้ลูก “เป็นปกติ” แม่ต้องออกจากงานมาเลี้ยงลูกเอง ถ้าแม่ให้คนอื่นเลี้ยง ลูกก็จะกลายเป็นลูกของคนอื่นไป และได้แนะนำให้มาทำการรักษาต่อเนื่อง

โดยปกติแล้ว อายุขัยของเด็กที่มีอาการของออทิสติกจะยืนยาวเทียบเท่ากับคนทั่วไป แต่เนื่องจากฉันทันมีโรคแทรกซ้อน Bone Metabolism Disorder ร่วมอยู่ด้วยทำให้การเจริญเติบโตของกระดูกช้าลง และมีพัฒนาการของโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอายุขัยเพียงแค่ 18 ปีเท่านั้น (ฉันทันได้ก้าวข้ามขีดจำกัดตรงนี้มาแล้วด้วยความช่วยเหลือจากยาของศูนย์ชีวโมเลกุล)



เมื่อครอบครัวทราบว่า “ฉัน” เป็นออทิสติก

เมื่อรู้และเข้าใจว่าเป็นออทิสติก ความรู้สึกของแม่คือ *ไม่ว่าจะเป็นอะไร เจ็บป่วยหรือพิการยังไง ลูกก็ยังเป็นลูกของแม่อุบัติ* แม่ไม่รู้สึกว่า มันจะบั่นทอนความรู้สึก หรือทำให้ความรู้สึกของแม่ต่อฉันนั้นแย่งลง หรือมีความรู้สึกที่ไม่ดี แม่กลับคิดว่า *ไม่ว่าจะเป็นอะไร ก็น่าจะรักษาให้หายได้* แม่ก็เลยไม่ทุกข์กับสิ่งที่ฉันเป็น ถ้าถามว่าแม่โทษตัวเองมั๊ย แม่นึกย้อนคิด ว่าระหว่างตั้งท้อง แม่ทำอะไรผิดพลาด แม่คิดว่าไม่มีเวลาจะไปคิดถึงสิ่งที่ผิดพลาด แม่คิดว่าไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม มันน่าจะรักษาหายได้ อย่างแรกที่ทำคือ ปรึกษาหารือกับพ่อว่าจะทำอะไรต่อไป ตอนนั้นแม่ทำงานอยู่ที่บริษัทมิตซูบิชิ พ่อก็ตัดสินใจให้แม่ออกจากงานมาเลี้ยงดูลูก เพราะว่าพ่อกับแม่เชื่อว่า ถ้าได้รับการเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิด ได้รับการฝึกฝน อาการจะดีขึ้น หรืออย่างน้อย แม่ตั้งความหวังไว้เพียงแต่ว่า อยากให้ฉันมีชีวิตที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ตอนนั้น คือ พุดไม่ได้ บอกอ้อถายไม่ได้ แม่คิดว่ามันเป็นเรื่องใหญ่ที่จำเป็นต้องฝึกฝน จึงออกจากงานมาเลี้ยงดูและฝึกฝนให้ฉัน แม่พยายามศึกษาหาข้อมูลเพื่อดูแลฉัน แม่กลับไปหาผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลคนที่เคยบอกให้แม่สังเกตว่าฉันมีอาการผิดปกติ ผู้อำนวยการท่านใจดีได้มอบหนังสือเกี่ยวกับออทิสติกให้แม่มาหลายเล่ม แม่อ่านแล้วทำความเข้าใจ ถึงลักษณะและวิธีการเลี้ยงดู ปัญหาที่เกิดขึ้น และวิธีการรับมือกับเด็กออทิสติก จากในหนังสือ ก็พบว่า เด็กออทิสติกคือเด็กพิการทางสมอง ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด พวกเขาจะไม่อยู่นิ่ง สนใจผิดปกติ และชอบกดปุ่มมาก เมื่อหยิบจับอะไรได้ก็จะขว้างปา จนข้าวของเครื่องใช้ทุกอย่างที่มีเสียหาย ใช้งานไม่ได้ พวกเขาจึงต้องอยู่ในการดูแลของผู้ปกครองตลอดชีวิต ซึ่งมันยาวนานมากกว่าที่คาดไว้

แม่ได้บอกฉันว่า แท้จริงแล้ว การเลี้ยงดูเด็กออทิสติกคนหนึ่ง มันช่างยากลำบากในแบบที่ในหนังสือไม่มีกล่าวไว้เลย บททดสอบของความเป็นแม่ของฉันได้เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ตอนนั้นเป็นต้นมา มีคนถามแม่ของฉันอยู่บ่อยๆ ว่า ทำไมไม่ไปหางานทำ เรียนหนังสือมาก็เยอะ จะอยู่แต่บ้านทำไม ในบางครั้งแม่มักคิดตามเขาไปว่าน่าจะกลับไปทำงาน แต่ในตอนนั้น แม่ได้ตกผลึกความคิดไปแล้ว ว่าการเลี้ยงดูฉัน รวมถึงพี่-น้อง นั้นแหละคืองานของแม่ และเป็นงานที่ทำหายนความเป็นแม่มากที่สุด

ความรู้สึกของญาติพี่น้องเมื่อรู้ว่า แพทย์วินิจฉัยฉันว่าเป็นออทิสติก และเมื่อฉันต้องผ่าตัดขาที่คดงอเนื่องจากรูปร่างที่บิดงอ ครอบครัวทั้งทางฝั่งแม่และฝั่งพ่อเริ่มมีปฏิกิริยาต่อครอบครัวเรา ทางครอบครัวฝ่ายพ่อ โดยเฉพาะปู่ จะพูดว่า มันเกิดจาก สุขภาพ และความบกพร่องของแม่ แม่เป็นผู้หญิงที่ไม่สมบูรณ์ โดยใช้คำภาษาจีนที่แปลเป็นไทยว่า “หม้อยา” เปรียบแม่เหมือนหม้อยา คือพ่อแต่งงานกับหม้อยา (คือคนที่ไม่สมบูรณ์ ป่วยบ่อย) เข้ามาในบ้านแล้ว ปู่ก็จะชอบว่าแม่ให้พี่น้องของพ่อฟัง ทำให้พวกเขาารู้สึกไม่ดีต่อแม่ ซึ่งตอนนั้นแม่ไม่รู้ว่าจะเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น แต่รู้สึกว่ พี่น้องของพ่อไม่ค่อยชอบแม่เท่าไรนัก อีกทั้งเมื่อเห็นฉันมีสภาพแคะแกระ็น เป็นออทิสติก พุดไม่รู้เรื่อง ก็กลายเป็นว่า แม่ทำให้ตระกูลเรามีคนพิการเกิดขึ้นในบ้าน เพราะทางครอบครัวเขาไม่เคยมีใครพิการแบบฉันเลย เขาจึงโทษแม่ที่เป็นต้นเหตุทำให้ฉันที่เป็นหลานสาวพิการของปู่ ส่วนทางฝ่ายแม่ พ่อตา-ยายรู้ว่าฉันเป็นแบบนี้ พวกท่านก็จะคอยพุดเมื่อมีโอกาสน่าว่า “อย่าให้เขาเรียนมากเกินไป ส่งสารเขา ที่เป็นอยู่แบบนี้ก็แย่พอแล้ว ยังไปลำบากตรากตรำเรียนหนังสือทำไม ไม่ต้องเรียนหนังสือก็ได้ พวกเราเลี้ยงเขาได้อยู่แล้ว ให้เขาออกมาอยู่บ้านสบายๆ ดีกว่า ไปโรงเรียนก็โดนเขาล้อ ทั้งยังสร้างความลำบาก ฉีราดที่โรงเรียน...” ก็เข้าใจนะ ว่าพวกท่านสงสารฉัน ไม่อยากให้ฉันที่เป็นหลานไปเจอกับสภาพแบบนี้ อยากให้ฉันอยู่ในที่สบายๆ พวกท่านมองแบบนี้ แต่แม่ให้เหตุผลกับพวกท่านว่า “เราตัดสินใจกันแล้วว่า จะให้จิบเรียนหนังสือ เพราะถ้าอยู่บ้าน จิบก็ไม่มีอะไรทำ และถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว ในขณะที่พี่กับน้องได้ไปเรียนหนังสือกัน” การที่เราคิดว่าเรามีความบกพร่องทางร่างกายและสมอง แล้วไปบอกให้เขาอยู่แต่บ้าน

เท่ากับบริดรอนสิทธิส่วนที่ควรจะได้ทัดเทียมกับพี่น้อง ตรงนี้ พ่อไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง พ่อบอกว่า “ที่เราเลี้ยงดูจิ๊บมา เราเห็นแกมีความสามารถมากมายหลายด้าน ดูจากสมองแล้ว แกเรียนหนังสือได้” พ่อก็ยินกรานจะให้ฉันทเรียนหนังสือ ในส่วนของแม่ แม่เห็นว่า คนเรา ไม่ว่าจะเกิดมามีลักษณะร่างกายเป็นอย่างไร ในใจลึกๆ แม่อยากให้เป็นฉันทเรียนหนังสือ เพราะแม่รู้สึกว่ ที่เขาเกิดมาพิการแบบนี้ เพราะเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาให้เป็น ฉันทอาจจะทำผิดพลาดมาตั้งแต่ครั้งอดีตชาติ ถ้าฉันทได้เกิดมาชาตินี้ แล้วได้ทดแทนสิ่งที่พิการของฉันท ไม่ว่าจะ เป็นทางสมองหรือร่างกาย ด้วยการให้ปัญญา ความรู้ และสิ่งดีๆ กับฉันท เมื่อตายไป สิ่งที่ได้รับจะตามดวง จิตของฉันทไป แล้วถ้ามีโอกาสได้เกิดมาในชาติใหม่ สิ่งเหล่านั้นที่ติดตัวมาด้วยจะทำให้ฉันทเกิดมามีปัญญา และ ต่อเนื่องจากสิ่งเดิมได้ การคิดแบบนี้ทำให้แม่มีกำลังใจว่า แม่จะช่วยผลักดันให้ฉันทได้เรียนหนังสือให้สูงที่สุด เท่าที่ฉันทจะเรียนได้ โดยไม่เอาเรื่องความพิการต่างๆ ของฉันทมาบั่นทอนความตั้งใจของแม่

หลักสูตรชีวิต: การสังเกต เรียนรู้ และฝึกฝนเพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดจากความบกพร่อง

ในช่วงเวลาที่แม่ฝึกหัดฉันทอยู่นั้น แม่พูดถึงความรู้สึกในตอนนั้นว่า เวลามันผ่านไปเร็วมาก ผิดกับที่ ฉันทยังคงฝึกเรื่องเดิมซ้ำๆ และไปไม่ถึงไหนเสียที แม่คิดว่า วันหนึ่งที่มีแค่ 24 ชั่วโมงไม่พอกับการฝึกหัดฉันท แม่อยากให่ 1 วันมี 25 ชั่วโมง อีกทั้งฉันทเป็นเด็กที่ใช้เวลาในการพักผ่อนนอนหลับในตอนกลางวันและ กลางคืนน้อยมาก ถ้าเปรียบฉันทเหมือนถ่านไฟฉาย ก็เป็นถ่านที่มีพลังงานล้นเหลือ และใช้งานได้ยาวนานมาก ซึ่งแม่จะได้มีเวลาฝึกหัดฉันทเพิ่มขึ้นได้อีก

วิธีการเลี้ยงฉันทของแม่ก็คือ แม่จะสร้างตารางเวลา สร้างวิธีการเลี้ยงดูฉันทโดยที่แม่จะทำเช่นนั้นซ้ำๆ แบบเดิม ทุกวัน เพื่อฝึกหัดให้ฉันทเข้าใจโดยจะต้องพูดคำสั้นๆ ซ้ำเดิม แม่เชื่อว่า การทำซ้ำๆ พูดซ้ำๆ จะเป็นการทำให้เกิดความเข้าใจไปโดยอัตโนมัติ ยกตัวอย่าง เช่น เมื่อฉันทตื่นนอน แม่จะพาไปนั่งส้วม ไม่ว่าจะถ่าย หรือไม่ หลังจากนั้นแม่จะพาไปอาบน้ำ วิธีการคือ แม่จะให้ฉันทนั่งในกะละมัง ใช้น้ำจากถังน้ำจากถังมาใส่ไว้ใน กะละมัง แล้วอาบน้ำถูสบู่ให้ แม่สังเกตว่า ฉันทจะเฝ้าดูแม่ตักน้ำใส่กะละมัง เมื่อลงไปเล่นน้ำ ขันใบนั้นก็จะอยู่ ใกล้ตัวฉันท ฉันทจะเล่นน้ำอยู่ในกะละมังนั้น นานเท่าที่แม่ให้เล่น เมื่อเสร็จจากการอาบน้ำ ฉันทจะหยิบขันใบนั้น เหวี่ยงกลับเข้าไปจนถึงน้ำก่อน ถึงจะยอมเลิกอาบน้ำ เป็นกฎที่ฉันทสร้างขึ้นเอง ระหว่างแ่งตัว แม่ก็จะพูด สอนฉันทในเรื่องการใส่เสื้อ ใส่กางเกงเข้าไปซ้ำมา ตอนกินข้าว แม่พบว่าฉันทชอบอมข้าวมาก จะอมได้เป็นชั่วโมง โดยไม่เคี้ยวเลย ทำให้การกินข้าวของฉันทเนิ่นนานมาก แม่จึงหาวิธีที่จะทำให้ฉันทกินข้าวได้เร็วขึ้นโดยจับสังเกต ว่า เมื่อฉันทได้ขนมที่เคี้ยวดังกรอบ ฉันทจะเคี้ยวไปเรื่อยๆ ไม่หยุดปาก แม่เลยนำไปประยุกต์กับการกินข้าว ด้วยการนำกับข้าววางไว้ชั้นล่างสุด ซ้อนด้วยข้าว แล้วตามด้วยขนมที่ฉันทชอบไว้บนสุด จากนั้นก็หลอกล่อให้ฉันทอ้า ปาก ฉันทคิดว่าแม่จะป้อนขนม เมื่อเข้าไปในปากมันจะมีทั้งกับข้าว ข้าว แล้วก็ขนม ฉันทก็จะยอมเคี้ยว แล้วกลืน เพื่อที่จะกินคำใหม่ที่มีขนมอยู่บนซ้อน แม่ทำแบบนี้ทำให้ฉันทกินข้าวได้ การบังคับให้กินโดยไม่มีขนมมันใช้กับฉันท ไม่ได้ การให้ฉันทร่วมมือทำอะไรก็ตามจะต้องทำในสิ่งที่ชอบเท่านั้น และจะต้องเต็มใจเท่านั้น... กินข้าวเสร็จ แม่จะพาฉันทไปดูทีวี ส่วนแม่จะไปทำงานบ้าน... พ่อจะซื้อของเล่นมาให้หลายอย่าง แต่ที่ฉันทชอบจริงๆ มีไม่กี่ อย่าง คือ 1. ของเล่นที่ส่งเสียงโต้ตอบด้วยการกด “แป้น” แล้วมันจะเป็นเสียงพูดออกมา โดยอาจจะร้อง เพลงหรือว่าสอนบวกลบเลข นับเลขพื้นฐาน กับ 2. การได้ดูการ์ตูนในโทรทัศน์หรือวิดีโอที่พ่อซื้อมา แม่ ค้นพบว่า ฉันทจะอยู่นิ่งได้นานเมื่อฉันทเล่นของเล่นกับดูโทรทัศน์ แม่เลยได้โอกาสทำงานบ้านได้บ้าง ทำกิจกรรม อย่างอื่นได้บ้าง ถ้าคนอื่นมาเลี้ยง หรือทำไม่ถูกวิธี ฉันทจะรู้สึกขัดใจ อย่างเช่น ถ้าใครมาป้อนข้าว เปลี่ยนช่อง โทรทัศน์ หรือเอาของเล่นที่ฉันทเล่นอยู่ไป ฉันทจะโกรธ และก็จะล้มตัวหงายท้องฟาดไปกับพื้น แล้วร้องไห้



ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่ใช่การฝึกในครั้งเดียว หรือ 2-3 ครั้ง มันต้องฝึกอยู่แบบเดิม เรื่องเดิม โดยใช้เวลาเป็นปี ถ้าเทียบกับคนหัดเดิน ถ้าเป็นคนปกติ สอนให้เดินไปข้างหน้า วันนี้เดินได้ 1 ก้าว พรุ่งนี้จะได้ เป็น 2 ก้าว แต่สำหรับฉัน วันนี้เดินได้ 1 ก้าว พรุ่งนี้อาจจะพบว่า ฉันไม่ยอมให้ความร่วมมือ และ/หรือ อาจจะถอยหลัง หรือแย่งไปกว่าเดิม การฝึกต้องใช้ความอดทน จะโกรธหรือบังคับไม่ได้ แม้จะต้องใจเย็น เพราะกว่าฉันจะเข้าใจ และทำได้อย่างต่อเนื่องจะต้องฝึกอยู่แบบนั้น สิ่งไหนที่ทำไม่ดีจะบังคับให้ฉันเลิกไม่ได้

ยกตัวอย่าง ฉันชอบน้ำมาก ฉันจะเข้าไปเล่นน้ำที่อยู่ในภาชนะ และไม่เข้าใจว่า สมควรหรือไม่สมควร ในบางครั้ง ที่บ้านได้รับเชิญให้ไปงานเลี้ยง ฉันก็ไปด้วย บนโต๊ะในงานเลี้ยงจะมีน้ำอยู่หลายๆ แก้ว ฉันจะเอามือล้วงลงไป ยิ่งถ้ามีน้ำแข็ง ฉันจะชอบมาก แล้วก็เอาสิ่งของที่อยู่ใกล้ๆ มือในขณะนั้น ไม่ว่าจะเป็น ช้อน ทิชชู กับข้าว ฯลฯ ใส่ลงไปจนกว่าฉันจะพอใจ ฉันกำลังสมมติว่าตัวเองเป็นแม่มดกำลังปรุงยาเวทมนต์ ขึ้นมาขานหนึ่ง หลังจากนั้นฉันก็จะไปเล่นน้ำในแก้วของคนอื่นต่อไปเพื่อปรุงยาขานอื่นต่อไป โดยที่ไม่รู้ว่าตาม มารยาท ห้ามหยิบแก้วของคนอื่น ทำให้ทุกคนที่บ้านลำบากใจเวลาพาฉันไปงาน แม่ต้องหาวิธีแก้ปัญหามาเอามือ ล้วงแก้วของฉัน แต่ถ้าเป็นที่บ้าน ฉันจะหยิบแก้วใครมาเล่นก็ได้ ทางบ้านอนุโลมให้ โดยไม่มีใครคิดว่า เมื่ออยู่ ข้างนอก ฉันก็จะเล่นกับแก้วของคนอื่นเหมือนกัน แล้วถ้าจะมาห้าม ฉันก็จะล้มหงายพาดกับพื้นแล้วร้องไห้ ไม่ พื่อใจ... เป็นการแสดงออกมาของฉัน แม้จะต้องหาวิธีแก้พฤติกรรมแบบนี้ แม้ก้จับสังเกตฉันอยู่เรื่อยๆ จนรู้ ว่า ฉันชอบมองสิ่งที่มีประกาย แม่ก็ไปหาซื้อกระดาษสีที่มีกากเพชรติดอยู่ เป็นกระดาษห่อของขวัญ มีแสงวิบ วับก็เลยซื้อมา ฉันชอบมาก แม่เลยเอาไปตัดเป็นรูปดาวบ้าง วงกลมบ้าง แล้วก็เอามาติดบนเสื้อตัวที่ฉันใส่อยู่ ฉันชอบกระดาษที่แม่เอามาติดมาก ฉันเลยใส่เสื้ออยู่แบบนั้น ไม่ถอด แม่เลยนำมาเชื่อมโยงกับการฝึกฉัน อย่างแรกคือฝึกไม่ให้ฉันล้วงมือเข้าไปในแก้ว บอกว่า ถ้าห้ามใจตัวเองได้ แม่เล็กลง ฉันก็จะได้ดาวมาติดบน กระดาษที่แปะอยู่บนข้างฝา เป็นดาวบอกถึงความดีที่ฉันไม่เอามือล้วงลงไปในแก้ว ดวงละ 1 ครั้ง ซึ่งที่แรก ฉันก็ไม่เข้าใจ ฉันจึงคิดว่าดาวมาถือไว้ ใช้นานมาก กว่าฉันจะเข้าใจว่ามันเป็นรางวัลของการทำความดี

แม่เคยนำดาวข้างต้นไปติดไว้บนแก้วของฉัน แล้วเรียกแก้วนั้น ว่าแก้วของคนทำความดี ฉันเลยอยู่ กับแก้วของตัวเองได้นานขึ้น และไม่ไปยุ่งกับแก้วของคนอื่น และก็ห้ามใครมายุ่งกับแก้วของฉันด้วย และแม่ก็ ค่อยๆ เริ่มคิดหาวิธีรับมือกับฉันต่อ กว่าฉันจะหยุดพฤติกรรมล้วงแก้วคนอื่นได้ แต่การฝึกแบบให้รางวัลนั้นมี อยู่ตลอดเวลา แม้กระทั่งปัจจุบัน ฉันจะได้รับการฝึกด้วยการทำความดีแบบนี้ ถ้าทำดี ฉันจะได้รางวัล นี่เป็น สิ่งที่แม่ค้นพบ และดีใจกับการค้นพบครั้งนี้มาก เพราะนอกจากจะใช้กับการเลิกพฤติกรรมของฉันแล้ว วิธีนี้ ยังใช้กับการเรียนหนังสือของฉันได้ด้วย เพราะการชื่นชม ชมเชย การปรบมือให้ การยอ ฉันชอบมาก เลยใช้ แก้วพฤติกรรมของฉันได้ในหลายๆ เรื่อง

แม่ฝึกการพูดให้ฉันมาตลอด 22 ปี โดยที่แม่จะสร้างบทสนทนาระหว่างฉันกับพี่น้อง แม่ชอบถาม ความคิดเห็น และตอบโต้คำถามของลูกๆ ทุกคน แม่ฝึกให้ฉันหัดเล่าเรื่อง ฝึกหัดตั้งคำถาม ฝึกตอบคำถาม และหัดแสดงความคิดเห็น แม่ไม่เคยละเลยคำถามของฉันเลย เหตุผลเพราะความสำคัญไม่ได้อยู่ที่คำถามคือ อะไร แต่อยู่ที่ใครเป็นคนถาม วิธีฝึกพูดของแม่ทำให้ฉันกล้าพูด กล้าตอบ เพราะแม่ให้ความสำคัญกับฉัน เมื่อ ฉันถามแม่ แม่จะอธิบายทันที ฉันถามแม่เกี่ยวกับทุกอย่างทั้งมีสาระและไร้สาระ แม่จะตอบคำถามของฉันให้ ฉันเห็นเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ฉันเข้าใจ ว่าเมื่อมีคำถาม ฉันจะต้องตอบ ฉันจึงกล้าถามคำถาม และกล้าตอบ คำถาม

ยกตัวอย่างเช่น “ทำไมผู้หญิงคนนั้นถึงต้องใส่ชุดสีแดง?” “ทำไมเขาถึงเขียนป้ายแบบนั้น?” “ทำไมแอปเปิ้ลบางลูกถึงเป็นสีเขียว ไม่ใช่สีแดง?” “ทำไมไม่ให้หนูนอน?” “ทำไมหนูจะนอนตามใจตัวเองไม่ได้?” ฯลฯ

ฉันขอยกตัวอย่างการฝึกพูดครั้งหนึ่งที่ฉันยังพูดเล่าเรื่องราวอะไรไม่ได้มาก แต่จะมีแค่ลักษณะการถามแบบถามคำแล้วตอบคำ นอกนั้นฉันจะนั่งเงียบตลอด เวลาเกิดเรื่องกับเพื่อนที่โรงเรียนจนร้องไห้กลับมา แม่รู้สึกว่าคุณกดดันมากที่เล่าเรื่องให้ใครฟังไม่ได้เลย เนื่องจากแม่นั้นเป็นนักเล่าเรื่องมาตั้งแต่แรกอยู่แล้ว และนี่เป็น “วิธีที่แปลกที่สุด” ของแม่ที่ฉันจำได้ขึ้นใจ แม่คิดหาวิธีการฝึกฉันด้วยการให้ลูกๆ ทุกคนเล่าเรื่องอะไรก็ได้ที่เกิดขึ้นระหว่างเรียนในวันนั้นๆ ให้แม่ฟังในขณะที่แม่ใช้เวลาขับรถให้ช่วงรับ-ส่ง พี่กับน้องที่เล่าเรื่องของตนจบแล้วก็จะคอยยื่นคีย์ให้ฉันเล่าต่อ แม่บอกว่า ถ้าฉันไม่เล่าหรือพูดอะไรออกมาบ้าง แม่จะไม่ขับรถกลับบ้าน แต่จะขับไปรอบๆ หมู่บ้าน วิธีนี้เป็นวิธีหนึ่งของแม่ทำให้พี่กับน้องกระตุ้นฉันและชวนให้ฉันพูด

วิธีการฝึกพูดของแม่เป็นวิธีที่แม่คิดขึ้นเอง แต่ทำให้ฉันพูดได้จริงๆ และเป็นการหล่อหลอมจากทั้งครอบครัว ฉันจึงเข้าใจวิธีการสนทนา และเข้าใจอารมณ์ของบทสนทนาได้ จากคนที่ไม่พูดเลย แต่แม่ได้ฝึกฝนฉัน พยายามเล่าเรื่องให้ฉันฟังบ่อยๆ เพื่อให้ฉันเลียนแบบวิธีการพูดและท่าทางจากแม่ ถึงจะไม่ค่อยดีนักก็ตาม แต่ฉันก็พูดได้อย่างทุกวันนี้ จนใครๆ ก็สงสัย แล้วถามแม่อยู่เสมอว่า ฉันเป็นออทิสติกจริงๆ หรือ พูดเก่งขนาดนี้เนี่ยนะ? ซึ่งแม่เองก็ไม่ว่าจะดีใจหรือว่าจะโกรธดี

การศึกษา ครอบครัวกับการสร้างโอกาสในการพัฒนาตนเองและพัฒนาชีวิต

เมื่อถึงวัยที่ฉันจะต้องเรียนหนังสือ แม่พาฉันไปเรียนที่โรงเรียนผไทอุดมศึกษาในชั้นอนุบาลปีที่ 1 ทางโรงเรียนทราบแล้วว่าฉันเป็นออทิสติก แต่ก็อนุโลมรับฉันไว้ เพราะว่าพี่สาวคนโตเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาที่นี้อยู่ก่อนแล้ว 1 คน การเรียนของฉันที่นี่สร้างความลำบากใจให้ครูผู้สอนเพราะฉันซนมาก ไม่อยู่นิ่ง ไม่เคยนอนกลางวัน ที่โรงเรียน และฉันชอบไปซ่อนตัวอยู่ในห้องน้ำเป็นประจำ บางครั้งก็ไปซ่อนตัวอยู่หลังที่นอนที่ฝังอยู่ข้างฝา เมื่อจบจากชั้นอนุบาลปีที่ 1 แม่ได้พาน้องชายของฉันมาเรียนร่วมด้วยอีกคนหนึ่ง เป็นการฝากเรียนฝากดูแล เมื่อฉันหายออกไปจากห้อง น้องชายจะเป็นคนออกตามหาและเจอเป็นคนแรก เพราะเขารู้ว่าฉันชอบไปอยู่ที่ไหน ทางโรงเรียนได้แจ้งพฤติกรรมของฉันให้แม่รู้อยู่ตลอด เนื่องจากฉันมักจะรบกวนสมาธิเรียนของเพื่อนตลอดเวลา ครูผู้สอนแจ้งแม่ฉัน รวมทั้งเขียนพฤติกรรมของฉันให้แม่ทราบเสมอ ว่าฉันมักจะมุดไปได้ใต้เวลาครูสอนหนังสือ ไปอยู่ตรงกองรองเท้าของเพื่อนหลังห้อง หรืออาจจะไปอยู่บนโต๊ะ ทำท่าบินไปบินมา เวลาครูสอนฉันก็จะหันหลังให้ จะเป็นอยู่อย่างนี้ ครูบอกว่าพฤติกรรมของฉันทำให้เพื่อนเสียสมาธิในการเรียน แต่ก็ให้ความร่วมมือได้ ถ้ามีครูเข้าไปประกบ

การเรียนอนุบาลปีที่ 1 และ 2 เป็นการเรียนแค่ฝึกทักษะของมือ ไม่ได้มีการเรียนการสอนอะไร แต่เมื่อขึ้นชั้นอนุบาลปีที่ 3 การสอนจะเริ่มมีวิชาคณิตศาสตร์ ภาษาอังกฤษ ภาษาไทย ศิลปะ พลศึกษา แม่บอกว่าฉันสับสนมากกับแต่ละวิชาที่เรียน ฉันไม่สามารถให้ความร่วมมือกับการเรียนได้ ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าตอนนี้กำลังเรียนอะไรอยู่ ฉันจะเรียนปนเปกันไปหมด หยิบสมุดวาดเขียนหรือหนังสืออื่นๆ ขึ้นมาอ่านโดยไม่สนใจการสอนของครู เมื่อฉันจบจากชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทางโรงเรียนได้เรียกพ่อ-แม่ไปพบ และประเมินผลการเรียนออกมาว่า ฉันไม่สามารถผ่านขึ้นไปเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้ ทางโรงเรียนขอให้พ่อ-แม่พาฉันไปเรียนที่โรงเรียนเฉพาะทางสำหรับเด็กพิเศษ เช่น โรงเรียนประชานุกูล เป็นต้น พ่อกับแม่ได้ขอร้องและต่อรองกับทางโรงเรียนว่า มีประสงค์จะให้ฉันเรียนต่อที่นี่ เพราะว่าพี่สาวและน้องชายก็เรียนอยู่ที่นี่ ถ้าฉันไปเรียนที่



อื่นจะทำให้แม่ลำบากในเรื่องการเดินทางรับ-ส่งมากยิ่งขึ้น โดยที่พ่อได้รับปากกับทางโรงเรียนว่า จะแก้ไขพฤติกรรมของฉันท่อนเปิดภาคเรียนที่ 1 ทางโรงเรียนได้อนุโลมโดยมีข้อแม้ ขอดูพฤติกรรมของฉันทขณะที่เรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1

ระหว่างปิดภาคเรียน พ่อได้สอนหนังสือให้ฉันท ส่วนแม่ก็ฝึกให้ฉันทอยู่นิ่งให้นานขึ้น แต่ก็ไม่สำเร็จ จนกระทั่งวันหนึ่ง แม่ได้รับข่าวสารว่ามีสถาบันชีวโมเลกุล สามารถรักษาออทิสติกได้ พ่อกับแม่ก็ได้พาฉันทไปรักษาที่สถาบันแห่งนี้ตลอดปิดภาคเรียน ผลที่ได้จากการรักษาด้วยการฉีดยาและกินยา ทำให้ฉันทมีสมาธิมากขึ้น ฉันทจึงเข้ารับการรักษายูที่นี้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และทำงานเป็นจิตอาสาให้กับที่นี่ยในช่วงปิดภาคเรียน ด้วยการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการออกรายการทางโทรทัศน์ช่อง 5 ที่สนามเป้าเป็นระยะๆ

เมื่อกลับไปเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ฉันทต้องเรียนถึง 5 วิชา วิชาละ 50 นาที พ่อ-แม่เป็นกังวลว่าฉันทจะทำตามกฎกติกาของโรงเรียนได้หรือไม่โดยที่ไม่ลุกเดินออกมาจากห้องก่อน ช่วงแรกฉันทเดินออกมาบ้าง แม่คอยเฝ้าดู แล้วพาฉันทกลับไปห้อง และจะทำซ้ำๆ คือ เมื่อเดินออกไปจากห้อง แม่ก็จะพากลับไปที่ห้อง ทำอยู่แบบนี้จนฉันทเข้าใจว่าจะต้องนั่งอยู่จนจบในแต่ละวิชา สิ่งที่น่าทึ่งยิ่งกว่านั้นคือ ฉันทเรียนไม่รู้เรื่องเท่าไรนัก ไม่เก็บการบ้าน ไม่จดหนังสือ ฉันทอ่านออกเขียนได้ แต่ไม่ยอมเขียน พ่อแม่ต้องดูแลการทำการบ้านของฉันท ต้องเปิดดูหนังสือ ดูสมุดของฉันท แล้วไปประสานงานกับครู ว่าวันนี้ฉันทเรียนอะไร แล้วพ่อก็กลับมาสอนที่บ้าน แม่ต้องเป็นคนเก็บ “กระเป๋านักเรียนของฉันท” ทุกครั้งหลังเลิกเรียน คอยดูว่าฉันทมีการบ้านอะไรบ้าง แล้วก็สั่งให้จดการบ้านกลับไป เมื่อถึงบ้าน แม่ก็จะให้ฉันททำการบ้านตามที่จดมา

ลักษณะการเรียนของฉันทคือ ฉันทเรียนแต่ฉันทไม่มีความรับผิดชอบ ฉันทไปนั่งเรียน ฟังครูสอนจนจบวิชา แต่ฉันทก็ไม่จดการบ้าน ไม่จดกระดาน การเริ่มต้นเรียนของฉันทเป็นแบบนี้ แต่เพราะมีแม่นี้แหละที่คอยดูแล ตามการบ้าน โดยไปยืมของเพื่อนบ้าง ไปถามครูบ้าง แล้วก็เอามาให้ฉันททำ ทำแบบนี้โดยตลอด เมื่อมีการทดสอบ ก่อนสอบพ่อจะติวฉันท พ่อจะให้ฉันทคัดไทย โดยการซื้อแบบเรียนคัดไทยมาอีกเล่มหนึ่ง แล้วก็สอนฉันททำการบ้านคณิตศาสตร์ สอนฉันทเรียนภาษาไทย เรียนการผสมคำ โดยพ่อกับแม่จะช่วยกันสอน ในวิชาสอบการเขียนไทยพ่อจะบอกให้ฉันทเขียนตามคำบอก จะค่อยๆ ทำซ้ำไปซ้ำมา ซ้ำไปซ้ำมา ยกตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นเด็กปกติก็จะเอากการบ้านมานั่งทำ จะใช้สมุดไป 1 เล่ม แต่ฉันทจะต้องใช้สมุดมากกว่า 3 เล่มต่อวิชาเพราะพ่อจะให้ฉันทเขียนซ้ำไปซ้ำมา ซ้ำไปซ้ำมา อยู่อย่างนั้น จนแน่ใจว่า ในวันสอบฉันทจะเขียนได้ ฉันทจะตอบคำถามของครูได้ เมื่อจบภาคเรียนที่ 1 ของปีนั้น ผลการสอบของฉันทอยู่ที่ 80%

ตอนเรียนชั้นประถมศึกษา วิชาที่เรียนไม่ได้ยากอะไร วิชาคณิตศาสตร์ก็เป็นแค่การบวกลบคูณหาร ซึ่งใช้ความจำทำได้ โดยการท่องสูตรคูณ ฉันทก็ทำได้ วิชาภาษาไทยก็เป็นเพียงหลักภาษาไทยกับการผสมคำ ฉันทก็ทำได้ วิชาภาษาอังกฤษเป็นวิชาที่ฉันทชอบมากที่สุด ฉันทก็จะเต็มใจเรียนวิชานี้ เพราะฉันทชอบ ฉันทชอบของฉันทเอง ฉันทจะทำได้ดีในวิชานี้ โดยที่พ่อ-แม่แทบไม่ต้องสอน ดังนั้น การเรียนของฉันทก็จะดีขึ้นตามลำดับ ผลการเรียนของฉันทจะอยู่ที่ประมาณ 4 หรือ 80% ขึ้นไป แต่ทั้งนี้ ต้องผ่านการติวเข้ม สอนซ้ำไปซ้ำมา จากพ่อและแม่ของฉันท และการดูแล นำการบ้านมาทำ ฝึกทำการบ้าน การท่องสูตรคูณ การเขียนคัดไทย การทำภาษาไทย...

วิชาเหล่านี้ แท้จริงไม่ได้ยาก เพียงแต่ฉันทไม่มีสมาธิในการทำ มันจึงยากสำหรับฉันท แต่การฝึกและการดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่ของพ่อและแม่ อย่างที่บอกข้างต้นคือการฝึกซ้ำไปซ้ำมา ซ้ำไปซ้ำมา ทำให้ฉันทเรียนหนังสือได้ในแต่ละระดับชั้น จนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

การเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของฉันผ่านไปด้วยดี แต่เมื่อจะขึ้นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พ่ออยากเห็นศักยภาพของฉันที่จบจากโรงเรียนมัธยมศึกษาว่าจะสอบเข้าเรียนที่โรงเรียนอื่นได้หรือไม่ ฉันจึงสมัครเข้าระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มากถึง 5 โรงเรียนด้วยกัน ซึ่งเป็นโรงเรียนที่พ่อ-แม่ช่วยกันจัดหาและให้ฉันไปสอบในวันสอบเข้าของโรงเรียนนั้นๆ โดยตั้งเกณฑ์ตามพื้นฐานความจำเป็นอย่างแรกๆ กับการใช้ชีวิตในระหว่างที่ฉันเรียนอยู่ พื้นฐานต่างๆ ได้แก่

1. ความสะดวกในการเดินทาง รับ-ส่ง
2. ความพร้อมของโรงเรียน เช่น มีลิฟท์ มีห้องน้ำทุกชั้นของอาคาร
3. จำนวนนักเรียนในโรงเรียนนั้นๆ

โรงเรียนที่ฉันไปสมัครสอบ ได้แก่

1. โรงเรียนมัธยมสาธิต วัดพระศรีมหาธาตุ บางเขน (พี่สาวเรียนต่อที่นี่)
2. โรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัย
3. โรงเรียนสตรีวิทยา 2
4. โรงเรียนบดินทรเดชา สิงห์ สิงหเสนี
5. โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ บดินทรเดชา

ปรากฏว่า โรงเรียนที่ไม่พร้อมจะให้ฉันเข้าเรียนได้ คือ โรงเรียนมัธยมสาธิต วัดพระศรีมหาธาตุ บางเขน โดยให้เหตุผลว่า อาคารเรียนปลูกสร้างมานานหลายปี ลักษณะอาคารจึงไม่มีลิฟท์ เกรงว่าฉันจะไม่ได้รับความสะดวกที่จะมาเรียนที่นี่ ถ้าฉันจะเรียนที่นี่ ฉันจะต้องมีพี่เลี้ยงคอยดูแลฉันเต็มเวลา จึงให้พ่อ-แม่ตัดสินใจกันเองว่าจะให้ฉันเรียนที่นี่หรือไม่ โรงเรียนที่ไม่ตรงกับเกณฑ์ที่พ่อ-แม่ฉันตั้งไว้ คือ โรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัยที่อยู่ใกล้บ้านก็มีขนาดกว้างมาก มีหลายอาคาร นักเรียนก็มีจำนวนมาก พ่อเกรงว่าฉันจะสับสนในระหว่างที่เรียน, โรงเรียนสตรีวิทยา 2 ฉันสอบติดแค่เป็นตัวสำรอง, โรงเรียนบดินทรเดชา สิงห์ สิงหเสนี ฉันยื่นคะแนน NT ซึ่งขาดไปเพียง 4 คะแนนนับจากอันดับสุดท้ายที่เข้าเรียนในแผนการเรียน 2 ภาษา โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ บดินทรเดชาเป็นโรงเรียนที่ฉันสามารถสอบเข้ามาในแผนการเรียน 2 ภาษา (Mini English Program/Extra Curricular English Program) และตอบรับฉันโดยไม่คำนึงถึงผลการหรือภาวะออกติสติกเลย คือ โดยผู้อำนวยการโรงเรียนบอกกับพ่อ-แม่มาว่า “เราดูที่มันสมอง อย่างอื่นไม่สนใจ”

เมื่อท่านตอบรับ ฉันก็เริ่มเรียนที่โรงเรียนนี้ ซึ่งตั้งอยู่ที่ ซอยลาดพร้าว 71 แต่บ้านของเราอยู่ที่ลำลูกกา ทุกวัน แม่จะต้องพาฉันไปส่งถึงในเมือง ฉันจึงต้องตื่นเช้ามาก ระหว่างทางที่แม่พาไปส่ง ฉันจะอาศัยหลับอ้อมแรงอยู่ในรถนั่นเอง

หลักสูตร 2 ภาษาที่โรงเรียนเปิดเป็นปีแรกมีครูชาวต่างชาติมาสอนเป็นภาษาอังกฤษในหมวดวิชาภาษาอังกฤษทั้งพื้นฐานและเพิ่มเติม วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ และพลศึกษา วิชานอกเหนือจากนี้จะสอนเป็นภาษาไทยโดยครูคนไทย ฉันต้องปรับตัวทุกอย่างใหม่ทั้งหมด ทั้งเรื่องการเดินทาง เรื่องเพื่อนใหม่ เมื่อเรียนไปได้สักระยะหนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกระทำของฉันทียังปัสสาวะราดอยู่ ไม่ค่อยชอบพูดคุยกสื่อสาร ชอบอยู่ตามลำพัง และยังติดพฤติกรรมการกินข้าวและเล่นน้ำลายอยู่บ้าง ทั้งๆ ที่ฉันอายุ 13 ปีแล้ว เพื่อนใหม่ที่เห็นก็ล้อเลียนและรังเกียจ จึงนำกลับไปเล่าให้พ่อ-แม่ผู้ปกครองของพวกเขาฟัง ผลก็คือ ผู้ปกครองร้องเรียนกับทางโรงเรียนว่าฉันไม่ควรเรียนต่อที่นี้ด้วยเหตุผลว่า ฉันเป็นเด็กออทิสติกและก่อปัญหาให้กับเพื่อนร่วมห้อง ทางผู้อำนวยการได้ชี้แจงให้ผู้ปกครองเหล่านั้น พร้อมกับแม่ ว่า การที่ฉันเข้ามาเรียนโรงเรียน



นี้ได้ เพราะฉันผ่านเกณฑ์การสอบได้ด้วยตนเอง ไม่ใช่การรับเข้ามาด้วยระบบอุปถัมภ์ ดังนั้น ฉันจึงมีสิทธิ์เรียนที่นี้ 100% และให้ฉันออกจากโรงเรียนนี้ไม่ได้ ปัญหาที่ยังเกิดกับครูใหญ่ของแผนการเรียนของที่นี่ เขาคอยพูดกับแม่ว่า อยากให้ฉันไปเรียนในที่ที่เหมาะสมกับความเป็น “เด็กพิเศษ” ของฉัน จนถึงกับขนาดออกปากว่า ดูจากสุขภาพร่างกายแล้ว ก็กลัวว่า “เด็กอาจจะมาล้มตายที่นี่”

ครูใหญ่ไม่ให้สิทธิ์ฉันเดินทางไปร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ โดยครูใหญ่อ้างว่า กลัวว่าจะเกิดปัญหากับฉันระหว่างการทำกิจกรรม ถึงแม้ว่าแม่ได้เสนอตัวเข้ามาดูแลฉันแล้วก็ตาม แต่ก็จำต้องยอมรับเงื่อนไขนั้น และทำให้ฉันไม่ได้ไป

ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ฉันได้เข้าร่วมกิจกรรมงานการประชุมลูกเสือโลกที่ค่ายโฮมพุเตย จังหวัดกาญจนบุรีกับทางโรงเรียน โดยมีแม่ของฉันร่วมเดินทางไปดูแลฉันด้วย ฉันได้รับโอกาสเป็นตัวแทนของโรงเรียนขึ้นกล่าวขอบคุณเป็นภาษาอังกฤษ ต่อมาภายหลัง ไม่ว่าจะมามีกิจกรรมค่ายใดๆ ของแผนการเรียนของฉัน ฉันได้มีส่วนร่วมเสมอมา

ฉันขึ้นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 แล้วเลือกเรียนในสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ฉันตัดสินใจเลือกเรียนในสายนี้ด้วยตัวของฉันเอง ฉันบอกพ่อ-แม่ว่า ฉันชอบวิชาชีววิทยามาก ฉันจะเรียนรู้และค้นหาได้อีกมากมายไม่หมดสิ้นจากศาสตร์แขนงนี้ ซึ่งเป็นวิชาที่ดีกว่าคณิตศาสตร์และภาษาไทยที่เป็นวิชาที่มีคำตอบตายตัว แต่วิทยาศาสตร์มีคำตอบไม่ตายตัวและสามารถค้นหาไปได้เรื่อยๆ ฉันชอบอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับชีววิทยา มันมีรูปเล่มที่สวยงาม และมีเนื้อหาแปลกตาไปจากวิชาอื่นๆ ที่เรียนผ่านมา ฉันจึงสนใจมาเรียนวิทยาศาสตร์ พอเข้ามาเรียนในสายนี้ การเรียนก็หนักขึ้น ทำให้แม่เป็นกังวลมาก เพราะมันต้องมีการวิเคราะห์ ให้เหตุผล และการวิจัย โดยที่ฉันเป็นคนพูดน้อย ให้เหตุผลได้ยาก จึงทำให้พ่อ-แม่กังวล และเข้ามาดูแลฉันเรื่องการเรียนมากขึ้น พวกเขาหาหนังสือมาช่วยประกอบการเรียน และพาฉันไปเรียนพิเศษเพิ่มเติมในวิชาฟิสิกส์ เคมี และชีววิทยา ที่อาคารวรรณสรณ์ พญาไท ซึ่งฉันสามารถเรียนควบคู่ไปกับการเรียนปกติที่โรงเรียนได้

ฉันแทบไม่ได้พักเลย ทำให้พฤติกรรมแย่ๆ ที่มีมาตั้งแต่เด็กๆ ก็ถูกละเลยไปจนเลิกไปเองโดยไม่รู้ตัว แม้แต่ฉันเองก็ลืมไปแล้วว่าหยุดทำตั้งแต่เมื่อไร รู้แต่ว่าฉันมีเริ่มสังคมเพื่อนในสถาบันเรียนพิเศษ และฉันเรียนหนักมาก ในวันธรรมดาฉันต้องตื่นแต่เช้า กลับถึงบ้าน 6 โมงเย็น ในวันหยุดสุดสัปดาห์ฉันยังต้องตื่นแต่เช้าเพื่อไปเรียนพิเศษที่สถาบันฯ อีก ฉันใช้ชีวิตแบบนี้จนจบจากระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ด้วยผลการเรียนเฉลี่ย 3.81 และด้วยผลการเรียนเท่านี้ ฉันตั้งใจจะเลือกเรียนในสายวิทยาศาสตร์ ชีววิทยาที่ฉันชอบ

ด้วยความคิดที่อยากเป็นนักวิทยาศาสตร์ในตอนสอบเข้ามหาวิทยาลัย ทำให้พ่อ-แม่หนักใจมาก เพราะพ่อ-แม่รู้ว่าการเรียนวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะชีววิทยา จะต้องมีการเข้าห้องทดลอง เรียนทฤษฎี เรียนปฏิบัติ เรียนพิสูจน์ ฯลฯ โดยไม่รู้ตัวฉันทำได้หรือไม่ อย่างแรกเลยคือพ่อ-แม่จะพาฉันไปยังมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อให้ฉันได้เห็นสถานที่จริง อีกทั้งถ้าได้พบกับอาจารย์หรือเจ้าหน้าที่ ก็จะได้ถามว่า ฉันจะสามารถเรียนที่นี้ได้หรือไม่

มหาวิทยาลัยที่ฉันเลือกสอบ

1. คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ฉันเลือกสอบโดยใช้โควตาคนพิการ ผ่านการสอบทุกขั้นตอนจนมีสิทธิ์เข้าเรียน ที่นี้มีศูนย์บริการนักศึกษาพิการ หัวหน้าศูนย์ฯ ในขณะนั้น คือนางวิไลวรรณ ซึ่งปรีดา ได้ให้คำแนะนำฉันว่าฉันควรเลือกเรียนในสิ่งที่ฉันชอบ คือชีววิทยา เพราะจะทำให้ฉันเรียนได้อย่างมีความสุขตลอด 4 ปี

2. ทุนพสวท. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ฉันสามารถสอบผ่านข้อเขียน แต่เมื่อถึงการสัมภาษณ์กลับไม่มีชื่อปรากฏในผลการสอบว่าฉันผ่านหรือไม่อย่างไร อีกทั้งชื่อของฉันยังถูกลบออกไปจากรายชื่อผู้เข้าสอบทั้งหมดด้วยโดยไม่มีการชี้แจงเหตุผลให้ทราบ

3. คณะจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ฉันสอบผ่านทุกขั้นตอน ได้รับสิทธิ์เป็นนักศึกษา

4. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ฉันได้เข้าพบกับอาจารย์ณมล ... ท่านได้ตอบรับว่า “เรียนได้... ถ้าเขาสอบได้ เขาเรียนได้แน่”

ในที่สุด ฉันก็เลือกที่จะเรียนที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อเข้ามาเรียนชั้นปีที่ 1 ฉันเรียนอยู่ที่ศาลายา ฉันต้องปรับตัวใหม่อีกครั้ง ตอนนั้น ฉันตื่นเต้นทั้งกับสถานที่ใหม่และเพื่อนใหม่มาก ฉันตั้งใจเรียน และอยากติววิชาชีววิทยาให้เพื่อน ทั้งที่อ่านที่จริงแล้ว คนที่มาเรียนที่นี่เป็นเด็กโอลิมปิกมาก่อนเกือบทั้งหมด (ส่วนฉันเป็นแค่โอเล่) และที่นี่เป็นมหาวิทยาลัยหมายเลข 1 สำหรับคณะวิทยาศาสตร์ เมื่อรู้ ฉันกับแม่ตกใจมาก แต่ไม่ได้ทำให้ฉันเสียกำลังใจเลย กลับกัน ฉันก็พยายามเรียนเพื่อให้ผลการเรียนออกมาทัดเทียมกับเพื่อนๆ ผลการเรียนในภาคการเรียนแรกนั้นคือ 3.37 แต่หลังจากนั้น เมื่อฉันเรียนในภาคการเรียนหลังๆ ผลการเรียนเฉลี่ยออกมาเป็น 3.16

ในชั้นปีที่ 2 ฉันย้ายมาเรียนที่วิทยาเขตพญาไท แล้วเริ่มแยกภาควิชากันเรียน ฉันอยู่ในภาควิชาชีววิทยา และมีเพื่อนอยู่ร่วมภาควิชาประมาณ 60 คน ส่งผลต่อการเรียนของฉันมาก เพราะว่า การเรียนเข้มข้นขึ้น มีการทำปฏิบัติการในห้องทดลองบ่อยขึ้น เริ่มจับกลุ่มทำงาน ฯลฯ ฉันปรับตัวที่พญาไทไม่ค่อยได้ ฟังอาจารย์สอนเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้าง คำถามในข้อสอบเริ่มเป็นแนววิเคราะห์ เชื่อมโยง และต้องมีการพิสูจน์ ซึ่งฉันยอมรับว่าปรับตัวไม่ทันจริงๆ

ฉันปรับตัวเข้ากับการเรียนที่นี่ได้อย่างยากลำบาก ผลการเรียนก็เริ่มตกลงเรื่อยๆ เหลือเพียง 2.xx ทำให้ผลการเรียนเฉลี่ยต่ำลงเรื่อยๆ อาจารย์บอกกับแม่ว่า ฉันตอบคำถามไม่ตรงกับคำสำคัญ (key word) ที่อาจารย์กำหนดไว้เลย วิธีเขียนคำตอบของฉันก็วกวน ทำให้ฉันได้คะแนนน้อย

ระหว่างที่เรียนหนังสือ จะมีเพื่อนกลุ่มหนึ่งคอยรังแกฉันด้วยคำพูดต่างๆ นานา จนถึงขั้นใช้คำพูดที่ส่อไปในทางข่มขู่ลงใน facebook.com ของกลุ่มภาควิชา ว่า จะใช้วิธีศาลเตี้ยกับฉัน เมื่อแม่รู้ แม่ได้นำเรื่องนี้ไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่ธุรการของภาควิชา ให้ช่วยแก้ไข

เมื่อขึ้นชั้นปีที่ 3 อุปสรรคของฉันอยู่ที่หมวดวิชาเลือก โดยที่ไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อนว่า บางวิชาฉันลงเรียนไม่ได้เลย เพราะต้องเรียนและทำงานบนดาดฟ้าของอาคารที่มีแดดจัด และอาคารนั้นไม่มีลิฟท์ รวมทั้งมีการออกภาคสนาม ขึ้นเขาภูกระดึง อาจารย์ประจำวิชายืนยันว่าฉันเรียนวิชานี้ไม่ได้... “ถ้าคุณอยากเรียนจริงๆ ผมว่า คุณไปตายแล้วเกิดใหม่ก่อนก็แล้วกัน”... คำพูดของอาจารย์บั่นทอนความรู้สึก และตอกย้ำ



ว่าฉันเป็นคนพิการ ในทางกลับกัน อาจารย์น่าจะมองเห็นฉันเป็นความท้าทายในฐานะความเป็นครู และเปิดโอกาสให้ฉันได้เรียนในวิชานี้

ปัญหาการเรียนและการสื่อสารส่งผลถึงการทำงานกลุ่มชัดเจนในปีที่ 3 ทำให้สังคมในการมีเพื่อนของฉันแย่ลงไปอย่างมาก ถึงขนาดที่ว่าฉันไม่มีเพื่อนที่อยู่ในภาคเดียวกันเลย

อาจารย์ณัฐพล อ่อนปาน คืออาจารย์ที่ปรึกษาในการทำรายงานขอจบของฉัน ท่านยินดีให้คำปรึกษากับฉันได้ในทุกๆ เรื่อง ท่านสังเกตจากการพูดคุยและตรวจงาน พบว่า ฉันมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร ทั้งการพูดและการเขียน แต่ถ้าเป็นภาษาอังกฤษ งานเขียนของฉันจะสื่อสารได้เข้าใจได้มากกว่า ดังนั้น ผลการเรียนของฉันตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 เป็นต้นมาก็จะดีขึ้นเป็นลำดับ

เมื่อขึ้นชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายตามหลักสูตรปริญญาตรี ฉันตัดสินใจลงวิชาเลือกเป็น “ภาษาญี่ปุ่น” ทั้ง 2 ภาคการเรียน เพราะฉันชอบภาษานี้มาตั้งแต่ยังเด็กแล้ว ฉันเขียนตัวหนังสือภาษานี้ได้ด้วยตัวเองอยู่แล้ว จึงอยากเรียนเพิ่ม

สำหรับรายงานขอจบที่ชื่อ “การศึกษาพฤติกรรมกรรมการหากินของนกปากห่างที่พบในมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา” ฉันเดินทางไปเก็บข้อมูลที่จำเป็นอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งต่อสถานที่ เป็นเวลา 1 ปีเต็ม และจำเป็นต้องมีแม่เป็นผู้ช่วยเพื่อพาฉันไปเก็บข้อมูล สิ่งที่ค้นพบจากงานชิ้นนี้ คือนอกเหนือจากงาน ฉันได้พบว่า ธรรมชาติเป็นสิ่งที่เราบังคับให้เป็นไปตามที่ต้องการไม่ได้ (คือจะบังคับให้นกกินหอยตามที่เรต้องการไม่ได้ การกินหอย จะขึ้นอยู่กับธรรมชาติ คือตัวของนกเอง นกนิเวศวิทยาทำได้แค่เฝ้ามองดูอยู่ห่างๆ เท่านั้น) ทว่าเราต่างหากที่ต้องตามธรรมชาติ และอยู่ร่วมกับธรรมชาติให้ได้ ดังนั้น ฉันที่เป็นออทิสติก (ที่ใครๆ มองว่าไม่มีอนาคต และเป็นเหมือนคนบ้า ไม่ควรใช้ชีวิตร่วมกับสังคม และเป็นความพิการที่น่ารังเกียจ) เมื่อได้รับการฝึกฝนอย่างเข้มข้น (จากครอบครัวและการเรียนหนังสือ) ฉันได้เรียนรู้ไปกับธรรมชาติของตัวเอง แล้วก้าวข้ามขีดจำกัดที่ถูกธรรมชาติของตัวเองกำหนดมาได้ ทำให้ฉันมีอนาคตที่ดีกว่า และอยู่ร่วมกับสังคมได้ตามปกติ

เมื่อรายงานดังกล่าวเสร็จสมบูรณ์ออกมาฉันรู้สึกโล่งใจ เพราะการเก็บข้อมูลของฉันในแต่ละครั้งนั้นทำให้ฉันเหนื่อย ฉันไม่คิดว่าจะมีคนหันมาสนใจวิถีชีวิตของนกปากห่างแบบที่ฉันสนใจมากนักหรอก เพราะความคิดของฉันไม่เคยเหมือนใครและไม่เคยมีใครเหมือนอยู่แล้ว แต่ก็ยังมีคนสนใจไปสเตอร์นาเสนอยู่บ้าง ซึ่งถือว่าน้อยคนนัก ฉันจึงเปิดโอกาสให้เขาซักถามฉันได้ทุกอย่าง สุดท้ายแล้ว ผลการเรียนของฉันในปีนั้นก็ออกมาอยู่ในระดับเฉลี่ยที่ 2.94 และจบการศึกษาได้ภายใน 4 ปี ตามที่ทางคณะวิทยาศาสตร์กำหนด อีกทั้งยังได้รับคัดเลือกให้รับเกียรติบัตรรางวัลพระราชทานระดับสถาบันในการศึกษานั้นเอง

ญาติๆ ที่ไม่เคยพูดส่งเสริมฉันเรื่องการศึกษาเลยก็ได้ตั้งคำถามกับฉันเมื่อมาแสดงความยินดีกับฉันในวันรับปริญญาของฉันว่า “จะเรียนให้ถึงระดับปริญญาเอกเลยหรือไม่?” เท่ากับว่า จากเด็กที่ไม่มีใครมองเห็นอนาคตอย่างฉัน เมื่อได้รับพระราชทานปริญญาบัตร ฉันก็กลายเป็นคนที่มีอนาคตสดใสได้ด้วยแรงสนับสนุนจากทุกฝ่ายรอบตัวฉัน แต่ถึงกระนั้นฉันก็ยังหลงเหลือธรรมชาติของออทิสติกเอาไว้ในส่วนลึกๆ ของจิตใจอยู่ดี

ทุกวันนี้ ฉันกำลังเรียนอยู่ในระดับปริญญาโท ภาควิชาสังคมสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์ ที่มหาวิทยาลัยมหิดลเช่นเดิม พร้อมกับถือทุนครองราชสมบัติ 60 ปี

ฉันว่าในตอนนี้น่าคงไม่มีใครสงสัยแล้วละ ว่าฉันจะเรียนได้หรือไม่ เพราะฉันได้พิสูจน์ให้เขาเห็นมาตลอดอยู่แล้ว

การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของออทิสติก: ความจริงที่ต้องเข้าใจ

จากเดิมที่ที่ฉันพูดไม่ได้เลย หลังจากที่ปรึกษากับทางศูนย์ชีวโมเลกุลฯ ฉันเริ่มพูดได้บ้างเล็กน้อย แต่เป็นการทวนคำพูดของอีกฝ่ายเสียมากกว่า ยกตัวอย่างเช่น ถ้ามีคนถามฉันว่า “กำลังทำอะไรอยู่” ฉันจะตอบกลับไปว่า “ทำอะไรอยู่” และถ้ามีคนถามฉันต่อว่า “หิวมั้ย” ฉันจะตอบว่า “หิวมั้ย” เป็นต้น ฉันไม่เคยพูดก่อน หรือตั้งคำถามใดๆ เพื่อชวนใครคุยเลย นี่คือปัญหาที่เป็นอยู่หลังจากได้รับการบำบัดรักษา และทนายจากศูนย์ชีวโมเลกุล

แม่บอกว่า ฉันโชคดีที่มีน้องชายที่อายุห่างกัน 11 เดือน ทำให้ฉันมีเพื่อนเล่นโดยอัตโนมัติ น้องชายพูดคุยกับฉัน ทำให้เกิดการกระตุ้นจนในที่สุดฉันก็ได้โต้ตอบกับเขาไปบ้าง หลังจากที่ฉันเริ่มพูดได้ฉันชอบพูดเลียนเสียงตัวละครในการ์ตูนที่ดูอยู่ด้วยกันกับน้องชายโดยที่ไม่เข้าใจความหมายและพูดสื่อกออกไปผิดกาลเทศะหรือไม่

บางครั้งครูก็ไม่เข้าใจภาวะออทิสติกของฉันเสียเท่าไรนัก เรื่องมีอยู่ว่า เด็กออทิสติกไม่ควรมานั่งเรียนหลังห้อง แต่ครูก็จัดที่นั่งให้ฉันอยู่หลังห้องอยู่บ่อยๆ ทำให้ฉันไม่มีสมาธิในการเรียนเท่าที่ควร เพราะจะคอยแ่่มองเพื่อนๆ คุยเล่นกันอยู่ตรงหน้าตลอดเวลา

ในช่วงชั้นมัธยมศึกษา พฤติกรรมของฉันคือการทำบ้านไปด้วย เล่นไปด้วย หรือร้องเพลงไปด้วย รวบรวมว่าการบ้านมันน่าเบื่อ ฉันจึงหยุดทำ แล้วหากิจกรรมอย่างอื่นทำ เช่น เล่นเกมบนคอมพิวเตอร์ หรือเปิดเพลงฟังแล้วร้องตามเพลง บางครั้ง อาจารย์ก็มาเล่าให้แม่ฟัง ว่าฉันชอบร้องเพลงขณะที่ย่านหนังสืออยู่ในห้องสมุด โดยที่ร้องอยู่คนเดียวด้วยเสียงดัง เพราะนี่ก็อยากจะทำอะไรก็ร้อง เพลงที่ฉันร้องเป็นเพลงภาษาญี่ปุ่น เพราะฉันชอบประเทศญี่ปุ่น ภาษาญี่ปุ่น สนใจในวัฒนธรรมของประเทศญี่ปุ่น เกมที่เล่นก็เป็นของญี่ปุ่น ฉันจึงอยากเรียนภาษาญี่ปุ่น เพื่อเอาภาษาที่ได้ไปเล่นเกมได้อย่างเข้าอกเข้าใจมัน

ถึงแม้ว่าขณะนั้นฉันจะเรียนอยู่ในช่วงชั้นมัธยมศึกษา การทำงานและทำการบ้านของฉัน พ่อ-แม่จะขอดู ขอดู เพราะพ่อเป็นคนสอนโดยการให้ทำการบ้านชิ้นใดชิ้นหนึ่งไม่ว่าจะเป็นวิชาใดก็ตามให้เสร็จก่อนในสมุดแยกจากสมุดที่ใช้ทำส่งจริง พ่อถึงจะตรวจ ถ้าผิดก็ตอ้งมาแก้การบ้านกับพ่อ แล้วพ่อก็จะดูว่า ฉันไม่เข้าใจจริงๆ หรือแค่เขียนผิด ถ้าไม่เข้าใจจริงๆ พ่อก็จะสอนให้ แล้วก็ทำซ้ำไปซ้ำมาจนกว่าฉันจะเข้าใจ จึงค่อยนำคำตอบที่ถูกต้องไปเขียนลงในสมุดที่ใช้ส่งจริง แต่ก็ยังมีพฤติกรรมที่ต้อง ทำซ้ำไปซ้ำมา แก้การบ้านจนกว่าจะทำได้ถูกต้อง

วิธีที่จะทำให้ฉันรับผิดชอบในสิ่งที่ทำ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหนังสือหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม พ่อ-แม่จะมีเงื่อนไขว่า ถ้าฉันเรียนหนังสือได้ดี จะมีรางวัลให้ รางวัลนี้เป็นการกระตุ้น ไม่ใช่การกดดัน ทำให้ฉันมีกำลังใจ พัฒนาตัวเอง หรือบังคับให้ตัวเองเรียนหนังสืออยู่ได้ โดยที่พ่อ-แม่ไม่ต้องควบคุมมากนัก ช่วงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย แม่เห็นว่า ฉันต้องใช้ความพยายามมาก ดังนั้น การให้รางวัลจะเป็นการให้กำลังใจ พี่กับน้องจะได้เงื่อนไขไปด้วย ถ้าใครสามารถเรียนได้ผลการเรียนระดับ 4 ก็จะได้รางวัลไป

อีกพฤติกรรมหนึ่งที่แม่จำไม่เคยลืม คือพฤติกรรมการหยิบฉวยของของคนอื่นมาเป็นของตนเอง แม่หาวิธีแก้ด้วยการไปซื้อของแบบเดียวกันมาให้ แล้วก็พยายามสอนและบอกฉันบ่อยๆ ให้เลิกทำพฤติกรรมหยิบฉวยของของคนอื่น แล้วก็พยายามสอนฉันอีกว่าการขโมยเป็นสิ่งไม่ดีที่ไม่ควรกระทำอย่างยั้ง



การสร้างความสำเร็จระหว่างแม่กับ “ฉัน” ที่เป็นออทิสติก

ตั้งแต่เล็กมา แม่สังเกตเห็นว่า ฉันมีลักษณะเป็นคนพูดตรงไปตรงมา พูดคำไม่ซับซ้อน เชื่อคนง่าย เชื่อถือในคำพูดอย่างมาก พูดอะไรก็จะเชื่อ เป็นจริงเป็นจังกับสิ่งที่เชื่อ ดังนั้น แม่จึงต้องสอนฉันด้วยสิ่งที่เป็นความจริงและรักษาคำพูดกับฉัน เช่น ผู้ใหญ่มักจะหลอกเด็กว่า “อย่าร้องไห้ นะ ไม่งั้นตำรวจจะมาจับ” “อย่าร้องไห้ นะ ไม่งั้นหมอจะฉีดยา” คำพวกนี้ แม่ไม่เคยพูดกับฉันเลย

ถ้าฉันไปขออะไรแม่แล้ว แม่เห็นว่าให้ได้ แม่จะสัญญาว่าจะให้ แลกกับการให้ฉันทำบางอย่างให้ แม่ก่อนเป็นการแลกเปลี่ยน เช่น เรียนวิชาใดๆ ให้ได้ผลการเรียนระดับ 4 ถ้าฉันทำได้ แม่ก็จะให้ในสิ่งที่ฉันขอไว้ เช่น ฉันอยากไปญี่ปุ่น ฉันขอคอมพิวเตอร์เครื่องใหม่ แม่จะให้ตามสัญญาถ้าฉันทำตามข้อตกลงได้

แม่ค้นพบว่า การพูดความจริงกับการรักษาสัญญาเป็นหัวใจสำคัญทั้ง 2 อย่างที่ต้องรักษาไว้ตลอด ในการเลี้ยงดูลูก ถ้ารักษา 2 อย่างนี้ไว้ได้ ลูกจะเชื่อฟังและศรัทธาในตัวเรา

สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ สิ่งสำคัญที่อยู่คู่กับชีวิตฉัน

ตั้งแต่เข้าเรียนมา อุปสรรคระหว่างที่เรียนอยู่คือปัญหาสุขภาพของฉัน ฉันอ่อนแอและมีสุขภาพแย่มาก เป็นโรคหอบหืด ภูมิแพ้ จนต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยมาก รวากับว่าโรงพยาบาลเป็นบ้านหลังที่ 2 ตอนเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ฉันต้องเข้ารับการผ่าตัดขาที่บิดงอผิดรูป ทำให้ฉันไม่สูงขึ้นอีกเลย หลังจากนั้น เพื่อนๆ เริ่มล้อเลียนว่าฉันเป็นเด็กเตี้ย บางครั้งฉันก็เดินไม่ค่อยไหว ต้องให้แม่อุ้มใส่เอวมาส่งที่ห้องเรียนบ้าง หรือใช้รถเข็นเข็นมาส่งบ้าง เวลากินข้าว ในช่วงแรกๆ ฉันจะฝากให้เพื่อนหรือครูไปตักมาให้กิน เพราะเดินไปโรงอาหารเองไม่สะดวก ช่วงหลังๆ แม่จะจัดปิ่นโตเตรียมไว้ให้ฉันนำไปกินที่โรงเรียนแทน

ฉันต้องไปหาหมอเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง หรือตามที่แพทย์นัดทุกๆ 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง หากสุขภาพของฉันแย่มาก ฉันอาจจะต้องไปหาหมอบ่อยขึ้น หรือเข้าห้องฉุกเฉินไป ฉันต้องกินยาอยู่หลายชนิดที่แพทย์สั่งมา โดยมียาที่ทำให้ฉันง่วงในระหว่างวันร่วมอยู่ด้วย ซึ่งจะทำให้ฉันผล็อยหลับไประหว่างกำลังเรียนหนังสือได้ ซึ่งหากวันไหนฉันไม่ได้ทานยาเลย ฉันจะไม่หลับเลย

การเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ฉันจำเป็นต้องรอคิวเรียกตรวจนานเกินไป และฉันไม่ชอบการรอคอยโดยไม่มีอะไรทำ ถ้าทางโรงพยาบาลสามารถเพิ่มความเร็วในการเรียกตรวจได้ ฉันจะพึงพอใจมากกว่านี้ เพราะจะได้ “ไม่เสียเวลา” ไปกับการรอคิวอันยาวนานอย่างเปล่าประโยชน์และไม่ควรจะเป็นอีกต่อไป

การตีตรา และทัศนคติทางสังคมต่อคนพิการ

ตลอดชีวิตการมีชีวิตที่อยู่กับออทิสติก ฉันต้องประสบกับการล้อเลียน การพูดจาลดทอนกำลังใจ มองฉันอย่าง รังเกียจและหวาดกลัวกัน จนบางคนเห็นฉันเป็นตัวตกของห้อง บางคนถึงกับมองว่าฉันไม่มีตัวตนไปเสีย ปัญหาการล้อเลียนเองก็ยิ่งหนักมากขึ้นเนื่องจากร่างกายของฉันอ่อนแอถึงขนาดกลืนน้ำไม่ได้ ฉันจึงฉีราดพื้นอยู่บ่อยครั้ง ครูเลยจัดหาห้องเรียนที่ใกล้ห้องน้ำที่สุด แต่ฉันก็ยังฉีราดอยู่ดี นอกจากนั้นแล้ว ฉันยังมีพฤติกรรมชอบกิน “จ๊มูก” ทั้งต่อหน้า และลับหลังเพื่อน อีกทั้งยังชอบเล่นน้ำลาย ฉันเลยกลายเป็น “ยัยตัวโสโครก” ของเพื่อนๆ

ฉันถูกล้อเลียน ถูกต่อว่า ถูกแกล้งมามากมาย แต่กระนั้นฉันก็ไม่สามารถโต้ตอบหรือฟ้องอะไรได้ด้วยปัญหาการสื่อสาร ฉันไม่รู้วิธีการสื่อเพื่ออธิบายหรือเรียบเรียงเรื่องราวเป็นคำพูดได้เลย ฉันรู้สึกอึดอัดที่สุดในตอนนั้นฉันพูดแก้ต่างให้ตัวเองไม่ได้เลย วิธีการแสดงออกวิธีเดียวของฉันคือการร้องไห้ ในที่สุด ฉันจึงชอบเล่นอยู่ตามลำพัง

ผลการสอบของฉันทน์ในภาคเรียนแรกที่นวมินทราชินูทิศ บดินทรเดชา คือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ฉันทน์ติดอยู่ในอันดับ 1 ใน 10 ของเด็กเก่งสุดของห้อง ทำให้ครูใหญ่ ผู้อำนวยการ และครูอื่นๆ ยอมรับฉันทน์มากขึ้น แม้ว่าสุขภาพของฉันทน์กลับแย่ลงก็ตาม เมื่อได้ตอบกับการแกล้งของเพื่อนไม่ได้ ฉันทน์จะยังร้องไห้อยู่แบบนั้นเหมือนเดิม... เป็นเพราะฉันทน์รู้สึกกดดันมากที่ได้มาเรียนที่นี่ เพราะว่าไม่มีเพื่อนคนไหนเล่นด้วย ไม่มีใครเข้าใจ แถมยังล้อเลียน+ต่อว่าฉันทน์อย่างร้ายกาจและบ่อยมาก แต่ฉันทน์ไม่เคยรู้สึกว่ายากมีเพื่อนแต่อย่างใด เพราะฉันทน์อยู่ได้เพียงลำพัง ฉันทน์จึงไม่รู้สึกเสียใจกับการไม่มีเพื่อนมากเท่าไรนัก กลับกัน ฉันทน์รู้สึกสบายใจที่จะอยู่คนเดียวมากกว่า ผลการเรียนของฉันทน์ที่นี้ค่อนข้างดี ฉันทน์ได้ผลการเรียนระดับ 4 มาทุกวิชา ยกเว้นพลศึกษา เนื่องจากร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการเล่นกีฬา

ฉันทน์ชอบร้องเพลงในขณะที่กำลังทำงานหรือทำการบ้านอยู่ แต่น้อยคนนักที่จะเข้าใจว่าฉันทน์ทำไปทำไม ฉันทน์ทะเลาะกับแม่บ่อยมากตั้งแต่ฉันทน์เข้าเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา เพราะการร้องเพลงขณะทำการบ้านนี้แหละ บางครั้งก็สลับกับเปิดเกมเล่นไประหว่างทำงานด้วย มันเป็นวิธีรับมือกับความเครียดที่ฉันทน์ใช้หลังจากเข้าเรียนมหาวิทยาลัยในระดับชั้นปริญญาตรี ซึ่งเป็นวิธีแบบฉบับของฉันทน์เอง เพราะเวลาฉันทน์ได้ฟังเพลงหรือเล่นเกมตอนที่เครียดๆ อยู่ ฉันทน์จะรู้สึกผ่อนคลายลงไปได้มาก ทำให้ฉันทน์มีไฟ และพร้อมทำงานต่อไป แต่แม่เกรงว่าการร้องเพลงหรือเล่นเกมแบบนี้จะทำให้ผลการเรียนของฉันทน์แย่ลง ดังนั้น การห้ามไม่ให้ฉันทน์เล่นเกมเลยก็เหมือนกับการตัดวิธีก่เครียดของฉันทน์ไปเลย 1 อย่าง และยังทำให้ฉันทน์เครียดยิ่งกว่าเดิมในทันทีอีกด้วย เพราะฉันทน์รู้สึกเหมือน “ถูกแย่งของเล่นที่เล่นอยู่ไปจากมือ”

ตัวตนและ ความฝันของฉันทน์

ฉันทน์เป็นอะไรตอนนี้ ฉันทน์เป็นนักศึกษาปริญญาโท ชั้นปีที่ 1 ของภาควิชาสังคมสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ที่มีอาการของออสติติกตั้งแต่กำเนิด อีกทั้งยังเป็น Bone Metabolism Disorder อีกด้วย โดยที่สังคมขนานนามฉันทน์ว่า “คนพิการ” และต้องแบกรับความลำบากของการถูกสังคมตีตราด้วยคำว่าพิการมาตลอดชีวิต

ฉันทน์อยากทำอะไร บางครั้งฉันทน์เองก็อยากจะมีชีวิตเป็นอิสระ ไม่ขึ้นกับใครบ้าง อยากจะทำอาหารเอง อยากจะขับรถเอง แต่ตัวสังคมไม่ได้สนับสนุนให้ฉันทน์ทำอะไรเหล่านั้นเลย ทั้งๆ ที่ฉันทน์คิดว่า ตัวเองไม่ได้พิการจนถึงกับไร้ความสามารถขนาดนั้น ฉันทน์เชื่อ และมั่นใจว่า ฉันทน์ทำได้ทุกอย่างที่คนอื่นทำ ถึงแม้ว่าจะช้ากว่าเขาหรือไม่ดีเท่าเขาก็ตาม ฉันทน์เชื่ออีกว่าฉันทน์เป็นคนที่มีความบกพร่องเท่านั้น ไม่ใช่คนไร้ความสามารถแบบคนพิการจริงๆ ฉันทน์จึงอยากทำให้ได้ทุกอย่าง อย่าง จะได้มีชีวิตเป็นอิสระ แม้เล็กน้อยก็ยังดี...

ความฝันของฉันทน์ ในอนาคต ฉันทน์อยากจะทำสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปกครองทุกคนทั่วประเทศ โดยเฉพาะผู้ปกครองที่มีลูกหลานผิดปกติ หรือมีอาการของออสติติก อย่างที่ฉันทน์เป็นอยู่ตอนนี้ ให้พวกเขามีกำลังใจ แล้วก้าวเข้าสู่ระบบการศึกษา และการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทางที่ดีที่ฉันทน์คิดออกในตอนนี้ก็คือ การเขียนหนังสือ หรือวาดรูปประกอบเรื่องราวชีวิตของตนเองออกสู่สังคม

บทเรียน ภาพสะท้อนจากเรื่องเล่า

ความพิการ ทัศนคติของสังคม

การศึกษาเรื่องราวของการตีตรากับความพิการทำให้เห็นภาพของชีวิตและความเป็นอยู่ของคนพิการในสังคม ปฏิสัมพันธ์กับสังคม การประกอบสร้างทางสังคม และความจริงของสังคมเอง โดยใช้แนวคิด



สัญลักษณ์มาวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (การตีตราเป็นการควบคุมทางสังคม และลดทอนคุณค่าของมนุษย์)

ปัจเจกจะต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมเพื่ออาศัยอยู่ในสังคม โดยตัวบรรทัดฐานเป็นสิ่งที่คนอื่นสร้างขึ้นมา หากปฏิบัติไม่ได้จะถูกขนานนามว่า เป็นคน “เบี่ยงเบน” คนพิการเองก็ถูกจัดว่า “เบี่ยงเบน” เช่นกัน (อุบลพรรณ อธิศิลป์)

ครอบครัว พลังการเปลี่ยนชีวิตของคนพิการ

การสร้างตารางเวลา หรือสร้างกิจวัตรประจำวันด้วยวิธีเดียวกับที่แม่ของฉันทา เป็นการอบรมและสั่งสอนให้ลูกที่เป็นออทิสติกประพฤติตัวเองให้เหมาะสม เพราะว่า “การทำซ้ำๆ พูดย้ำๆ จะเป็นการทำให้เกิดความเข้าใจไปโดยอัตโนมัติ” แต่การสอนเด็กที่เป็นออทิสติกจะต้องทำซ้ำๆ ใดๆ หลายครั้ง จนกว่าเด็กจะเข้าใจว่าเขาควรจะทำอย่างไรบ้างในแต่ละวัน

ข้อควรระวัง ไม่มีใครในโลกชอบการบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ ไม่ว่าจะเป็นคนปกติหรือคนที่มีอาการออทิสติกก็ตาม ดังนั้น จะใช้วิธีบังคับสอนเด็กที่เป็นออทิสติกไม่ได้

สิ่งที่เด็กที่มีอาการของออทิสติกต้องการมากที่สุดคือความเข้าใจ ผู้ปกครองของพวกเขาจะต้องเลี้ยงพวกเขาด้วยความรักและความเข้าใจ ถึงแม้ว่าพวกเขาอาจจะไม่ชอบให้แตะต้องเนื้อตัวก็ตาม คำชมเชยและคำยอต่างๆ ก็ถือว่าเป็นการแสดงความรักแบบหนึ่งที่เด็กที่มีอาการของออทิสติกต้องการจากผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวของพวกเขาทุกคนเหมือนกัน

ฉันทเรียนหนังสือ ถึงแม้ว่าจะพบอุปสรรค ไม่ว่าจะเป็นด้วยร่างกายของตนเอง สังคม หรือสิ่งแวดล้อมก็ตาม มันแก้ไขได้ เราแก้ไขเหตุการณ์หรืออุปสรรคไปได้ ถ้ามีความตั้งใจ ทั้งจากตัวฉันทเองและครอบครัว ที่จะแก้ไขมัน ไม่ท้อหรือถอยไปเสียก่อน ทุกอย่างก็จะแก้ไขได้ ปัจจุบันนี้ แม่คิดว่า ที่ฉันทได้เรียนหนังสือจนถึงตรงนี้ได้ ทำให้ฉันทเป็นฉันทอย่างที่เห็นในปัจจุบัน ฉันทรู้สึกภูมิใจในตัวเอง และรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าและทำอะไรได้อีกมากมาย ฉันทมีความสุขกับตัวเองและมอบความสุขให้กับครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวภาคภูมิใจที่ฉันททำได้ ซึ่งทุกคนดีใจไปกับฉันทด้วย

แต่ถ้าแม่ไปนั่งทำงานโดยที่เห็นคล้อยตามกับคนรอบข้างที่ว่า ทำไม่ไปหางานทำ เรียนหนังสือมาก็เยอะ จะอยู่แต่บ้านทำไม แล้วถึงฉันทไว้กับบ้าน จ้างพี่เลี้ยงมาดูแล แม่คิดว่าแม่อาจจะได้ “ระเบิดเวลา” ไว้กับบ้าน... แม่เคยเห็นญาติตัวเองตัดสินใจให้ลูกพิการของตนอยู่กับบ้าน ให้ช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ปัจจุบัน ญาติคนที่ถูกทิ้งเอาไว้กับบ้านเพราะความพิการมีอายุ 42 ปี คิดจะฆ่าแม่ตัวเอง เขากลายเป็น “ระเบิดเวลา” ของบ้าน เขาทะเลาะ และต่อต้านแม่ของเขา เขาไม่มีอิสระ เขาคิดอะไรไม่ได้ เขาถูกกำหนดให้อยู่แต่ในบ้าน เขาจะได้ไปข้างนอกก็ต่อเมื่อแม่พาเขาออกไปแต่จะไปเองไม่ได้ แม้แต่โรงพยาบาล แม่ก็ไม่พาเขาไป แต่ใช้วิธีซื้อยามาให้เขากินเอง เขาไม่เคยพบหมอเลย ปัจจุบันนี้ หลานคนนั้นต่อต้านแม่ของเขาสุดฤทธิ์ ทำให้แม่ของเขาเสียใจมาก แม่ก็เอามาสะท้อนกับเรื่องของฉันท ถ้าฉันทอยู่กับบ้าน ฉันทอาจจะเป็น “ระเบิดเวลา” ลูกหนึ่งของครอบครัว แต่ถ้าฉันทได้เรียนหนังสือ ได้มีวันนี้ ได้มีความสุขภาคภูมิใจ ได้มองเห็นอนาคตของตัวเอง ไม่ใช่เด็กที่ไม่มีอนาคต แต่เป็นคนที่จะมีอนาคต แม่คิดว่า แม่ได้มาถูกทางแล้วมองเห็นอนาคตและความสุขของฉันท และไม่ว่า แม่อาจจะได้พึ่งพาฉันทในอนาคต ฉันทจะได้พึ่งพาตัวเอง ได้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ได้ทำให้คนที่กำลังหาทางออกไม่ได้ ถ้ามาเจอกับเรื่องราวของฉันทก็จะหาทางออกได้บ้าง ได้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คนที่กำลังกลุ้มใจ ที่มีลูกเป็นออทิสติกหรือพิการอื่นๆ ให้เขาได้มองในมุมของแม่ของฉันทบ้าง ว่า ถึงแม้ว่าเราจะมีลูกพิการ แต่ถ้าเราตั้งใจเลี้ยงดูเขา สร้างเขาด้วยความรักอย่างที่เรากำลัง

ทุ่มเทให้เขา เพราะเด็กพิการไม่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคได้ด้วยตัวเอง 100% เขาต้องมีพ่อ แม่ และคนใกล้ชิด คอยช่วยเหลือผลักดัน นำพาเขา สร้างหนทางให้เขา สักวันหนึ่ง เขาก็จะประสบความสำเร็จ แม้เชื่อย่างนั้น และแม่ก็ได้อย่างนั้นจริงๆ

การเข้าถึงระบบบริการ สิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการ

รัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ปี 2540 มาตรา 55 กล่าวว่า ผู้พิการ หรือทุพพลภาพมีสิทธิได้รับ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกซึ่งเป็นของสาธารณะ และความช่วยเหลือจากรัฐ และมาตรา 80 กล่าวว่า รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึงพาตนเองได้(http://www.mol.go.th/employee/low_disabilitie)

สิ่งที่อยากจะบอกสังคม และรัฐบาล

ในชีวิตของฉัน ฉันย้ายสถานที่เรียนมา 4 แห่งแล้ว ฉันได้เจอกับสังคมใหม่ๆ สิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ทำให้เกิดอารมณ์และความคิดใหม่ๆ และเกิดการพัฒนาเพื่อแสดงพฤติกรรมที่ดีกว่า เป็นการปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ซึ่งนับเป็นข้อดีของการย้ายสถานที่เรียนในระหว่างช่วงชั้นปี แต่ถ้าเทียบกันแล้ว เด็กที่มีอาการของออทิสติกที่ถูกทอดทิ้งไว้กับบ้านจะไม่มีโอกาสได้พัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้นเลย

คนที่มีอาการของออทิสติก แรกๆ อาจจะเข้าร่วมกับสังคมไม่ได้เลย แต่หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากทั้งทางครอบครัวและโรงเรียน พวกเขาก็จะสามารถแสดงศักยภาพได้เต็มที่ พวกเขาทำได้ทุกอย่างเหมือนคนปกติทั่วไป แต่ต้องผ่านการฝึกฝนและต้องใช้เวลา ความรัก และความเข้าใจ อาจจะตลอดชีวิตของพวกเขา แต่ฉันอยากจะบอกว่า “คนที่มีอาการของออทิสติก ไม่ใช่ภาระของสังคม พวกเขามีศักยภาพมากกว่าที่สังคมรับรู้เพียงแต่ยังขาดโอกาสและยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสังคม จึงไม่เคยได้แสดงศักยภาพที่พวกเขามี”

โอกาสคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุด ฉันจึงอยากให้ทุกคนได้มีโอกาส และเมื่อมีโอกาสแล้ว ขอให้ทุกคนคว้าไว้ อย่าปล่อยให้หลุดลอยไป งานชิ้นนี้ก็เป็นโอกาสในการแสดงตัวตนของฉันออกไปสู่สังคม ฉันจึงคว้าโอกาสนี้เอาไว้ให้มัน

ทว่า สิ่งที่เราเรียกว่า “เกณฑ์มาตรฐานของสังคม” มักจะเป็นสิ่งที่กีดขวางโอกาสออกไปจากเรา เพราะเมื่อพูดถึงมาตรฐาน ผู้ที่ทำได้ตามนั้นเท่านั้นจะถือว่าผ่าน แต่สำหรับฉันแล้ว มันเหมือนกับการ “เอาลิงไปว่ายน้ำ เอาปลาไปปีนต้นไม้” เพราะถึงแม้ว่าลิงจะพวยว่ายน้ำได้บ้าง แต่ว่าถ้าขาดน้ำ ปลาจะขาดอากาศหายใจจนตาย (ยกเว้นปลาบางชนิดที่มีปอดไว้หายใจบนบกและอาศัยอยู่ในโคลนตม) ดังนั้น ลิงกับปลาจึงมีความสามารถเฉพาะที่ใช้แทนกันไม่ได้ และถ้านำมาตรฐานของลิงมาวัดกับการปีนต้นไม้ของปลา ปลาก็จะสอบไม่ผ่าน หรือถ้าเอามาตรฐานของปลามาวัดกับการว่ายน้ำของลิง ลิงก็อาจจะสอบไม่ผ่านเช่นกัน ฉันจึงไม่อยากจะให้มีการใช้คำว่าเกณฑ์มาตรฐานของสังคมอีกเลย

บทสรุปของแม่

ถ้ามีคนมาถามแม่ว่า พอใจในสิ่งที่ฉันเป็นอยู่ในปัจจุบันนี้หรือไม่? แม่บอกกับฉันว่า...

“จุดเริ่มต้นของลูกมาจากคนที่ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตัวเองได้ เป็นลูกคนกลางที่แม่เป็นห่วงถึงอนาคตที่แม่มองไม่เห็น แต่ในปัจจุบันนี้ ลูกห่างไกลจากความคาดหวังที่แม่ต้องการ เพียงแค่สามารถบอกความต้องการในการอึถ่าย หรือพูดได้บ้าง ลูกมาไกลเกินกว่าเด็กออทิสติกที่มีอายุรุ่นราวคราว



เดียวกัน แต่ยังคงด้อยพัฒนาการ แม่มองเห็นอนาคตของลูก ถึงแม้ว่าลูกจะยังคงเป็นออทิสติก ยังมีธรรมชาติของออทิสติก ยังมีข้อบกพร่องหลงเหลืออยู่ ยังต้องมีหลายสิ่งหลายอย่างที่ต้องปรับปรุง เช่นการควบคุมอารมณ์ของลูกนั้นยังแก้ไขไม่ได้ ถ้าใครมาพูดให้ลูกเสียใจ หรือโมโห ลูกจะร้องไห้ ภาวะสมาธิสั้น ลูกยังตั้งใจจดจ่อกับการทำงานได้อย่างไม่เต็มที่ แต่ก็ดีกว่าแต่ก่อนมาก งานเขียนชิ้นนี้ยังต้องผ่านการแก้ไขอยู่หลายเที่ยว ถึงแม้จะพยายามทำให้ดีที่สุดตั้งแต่แรก แต่แม่ยังเจอข้อผิดพลาดอยู่ จึงต้องแก้ไขไป แก้ไขมาอยู่เรื่อยๆ จนกว่างานชิ้นนี้จะออกมาดีที่สุด แต่มันไม่ต้องรีบ มันเป็นข้อบกพร่องที่คนทั่วไปก็เป็น... คนเรา ถ้าไม่หยุดอยู่กับที่ ปรับปรุง และแก้ไขตนเองไปเรื่อยๆ... แม่คิดว่า คนคนนั้นย่อมสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมไม่ว่าจะเป็นคนกลุ่มใด องค์กรใด หรืออยู่ที่ใดในโลก เพราะว่าพวกเขาจะไปอยู่ที่ไหน ทุกคนย่อมปรับตัวแก้ไขเพื่อให้ตัวเองสามารถอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ ส่วนลูกเป็นคนที่พร้อมที่จะปรับตัว พร้อมที่จะรับฟัง พร้อมที่จะยอมรับข้อบกพร่องของตัวเอง และพร้อมที่จะแก้ไขข้อบกพร่องนั้น แม่คิดว่า ลักษณะที่จะเป็นแบบนี้ ถูกฝึกให้เป็นแบบนี้ ย่อมสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ และสามารถใช้ชีวิตต่อไปด้วยการพึ่งพาตัวเองได้แน่นอน”

บรรณานุกรม

“Sensing the World: Meaning, Sensory, Experience, and Contestation of Family with Autistic Children” by Ubophon Theerasilp

ความพิการ แนวคิดทางสังคมศาสตร์สุขภาพ โดย พ.ต. หญิง อุบลพันธ์ ธีระศิลป์ และ ดร. เพ็ญจันทร์ เชอเรอร์

http://archieve.lib.cmu.ac.th/full/T/2551/agext0951pk_ch2.pdf

http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters/%E0%B8%9D%E0%B8%AA%E0%B8%AA/research/2nd/FullPaper/SCI/Oral/O-ST%20010%20%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%98%E0%B8%87%E0%B8%8A%E0%B8%B1%E0%B8%A2%20%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%B2.pdf

<https://www.gotoknow.org/posts/364447>

<http://www.med.cmu.ac.th/secret/meded/MEDE5/MEDE5PDF/Chapter04%20MEDE05.pdf>

http://www.pt.mahidol.ac.th/ptclinic/index.php?option=com_content&view=article&id=291%3A2012-03-28-08-19-37&catid=52%3A2009-03-13-03-22-32&Itemid=108&showall=1

http://disabilities.nfe.go.th/popup.php?name=knowledge&file=p_readknowledge&id=32

http://www.mol.go.th/employee/low_disabilitie

<https://www.gotoknow.org/posts/480617>

สังคมวัฒนธรรมความพิการ ความหมาย และประสบการณ์ของชาวปกาเกอะญอ
ภาคเหนือของประเทศไทย
Social and Cultural Dimensions of Disability, its Meaning and Experience
among “Pakakayor” Ethnic Group in the North of Thailand

กมลวรรณ เจียวนิล

jaau.kamonwan@gmail.com

ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Objectives of this study were to understand social and cultural dimensions of disability in terms of meaning of disability, management on disability of Pakakayor community, an ethnic group in Northern Thailand, and experiences of disable people and their family. This study focused on beliefs and behaviors related to disability and interaction among disabled people, their family and community. Ethnographic study was conducted in Huai Yao village in Chiangmai Province. The data was collected over four months as who was embed in community, using several techniques such as in-depth interview, key informants interview, participatory observation and non-participatory observation.

The research found that meaning of disability of Pakakayor is obviously physical impairment, which made people unable to work and take care of themselves in the daily lives. Working is a very crucial matter for the Pakakayor to survive. Thus, people who can work, though person with having impairment, is not considered as disability. Pakakayor's meaning of the disabled, someone who needs caretakers particular from their family. Caretakers were expected to be female as mother, grandmother or sister. The Pakakayor constructed meaning of disability by their traditional beliefs together with medical knowledge. They expected to have medical treatment and rehabilitation. However, this study found that they cannot access to health care effectively due to the lack of transportation and money including fear of rejection and stigma.

Recommendations from this research are suggested to medical staff, who work with disabled people especially those from ethnic groups by taking to account in traditional beliefs, as well as the social and cultural context in order to achieve an effective health service.

Keywords: The Disabled/Karen/Ethnicity/Disability and Culture/Living with Disability



บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามิติทางสังคมวัฒนธรรมความพิการ การให้ความหมายต่อความพิการ และการอยู่ร่วมกับคนพิการของชุมชนชาวปกาเกอะญอ รวมไปถึงประสบการณ์ของคนพิการและครอบครัว ขอบเขตในการศึกษาวิจัยมุ่งเน้นประเด็นการอธิบายความเชื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพิการ และการอยู่ร่วมกันของคนพิการ ครอบครัว และชุมชนชาวปกาเกอะญอ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) โดยการฝังตัวอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลาประมาณ 4 เดือน เพื่อเก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ในหมู่บ้านห้วยยาว ตำบลแม่วิน อ.แม่วาง จ.เชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ชาวปกาเกอะญอมีการให้ความหมายต่อความพิการว่า ความพิการเป็นความบกพร่องที่ปรากฏชัดทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองและทำงานได้ การทำงานเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการดำรงชีวิตของชาวปกาเกอะญอ คนป่วย คนบ้า คนปัญญาอ่อน รวมไปถึงคนที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่สามารถทำงานได้ไม่ใช่คนพิการ คนพิการต้องการคนดูแลซึ่งครอบครัวโดยเฉพาะเพศหญิงคือ แม่ ยาย พี่สาวหรือน้องสาวเหมาะสมที่สุด อย่างไรก็ตามปัจจุบันชาวปกาเกอะญอมีการประกอบสร้างความหมายของความพิการผ่านความคิดความเชื่อดั้งเดิม ที่ยังคงดำรงอยู่จนถึงปัจจุบันร่วมกับความรู้ทางการแพทย์ ทำให้เกิดการแสวงหา การรักษาและฟื้นฟูตามแนวทางการแพทย์ แต่พวกเขาไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีข้อจำกัดจากบริบทสังคมอันได้แก่ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการคมนาคม

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ แนะนำให้บุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการที่มาจากกลุ่มชาติพันธุ์ ควรคำนึงถึงความคิดความเชื่อที่กลุ่มชาติพันธุ์มีอยู่เดิม รวมไปถึงบริบทสังคมและวัฒนธรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คนพิการ/ปกาเกอะญอ/ชาติพันธุ์/สังคมวัฒนธรรม

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันจำนวนคนพิการเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2550 มีจำนวนคนพิการเพิ่มมากขึ้นจาก ปี พ.ศ.2545 ถึง 6.5 แสนคน โดยพบว่ามีความหลากหลายปัจจัย ทั้งโครงสร้างประชากรที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แบบแผนความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง การเติบโตทางเศรษฐกิจมักทำให้เกิดอุบัติเหตุมากขึ้น และชีวิตที่รีบเร่งและการแข่งขันสูง ทั้งหมดนี้นำมาสู่จำนวนความพิการที่เพิ่มมากขึ้น (ภูสิต ประคองสาย และคณะ, 2556) และด้วยเหตุผลดังกล่าวการศึกษาเรื่องความพิการจึงมีอยู่มาก แต่มักจะเป็นการศึกษาความพิการในภาพกว้าง เช่นการศึกษาสถานการณ์ความพิการของกลุ่มแรงงาน การศึกษาการได้รับความช่วยเหลือของคนพิการแต่ละประเภท การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความพิการ การศึกษาเรื่องความรุนแรงกับคนพิการ และการศึกษาเกี่ยวกับสตรีพิการ เป็นต้น แต่มักไม่ค่อยพบการศึกษาความพิการในประเด็นเรื่องความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ทั้งที่ประเทศไทยเป็นที่ซึ่งมีความหลากหลายของเชื้อชาติ ศาสนา และชาติพันธุ์ ในขณะที่มีการศึกษาหลายงานที่แสดงให้เห็นว่าความเป็นชาตินั้นส่งผลต่อการ

ได้รับบริการทางสุขภาพของคนพิการ อย่างงานของ de Zulueta (de Zulueta ,1990 อ้างใน O'Hara,2003) กล่าวว่าแม้ในปัจจุบันจะมีองค์กรต่างๆมากมายทำงานเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือมีบริการต่างๆให้สิทธิที่เท่าเทียมแก่คนพิการที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ แต่ความช่วยเหลือเหล่านั้นยังไม่ได้อยู่บนความเข้าใจในวัฒนธรรมและบริบทในชีวิตของพวกเขาซึ่งมันเป็นสิ่งสำคัญ เห็นได้ชัดในเรื่องของภาษาซึ่งไม่ค่อยถูกให้ความสำคัญมากนักคือ เจ้าหน้าที่ก็จะใช้คำที่เป็นมาตรฐานในการสื่อสาร ใช้แบบเดียวกันกับทุกๆ คนแต่ภาษาเป็นปัจจัยสำคัญต่อรูปแบบการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ จึงทำให้การสื่อสารกับกลุ่มชาติพันธุ์มีความคลาดเคลื่อนไป นอกจากนี้แล้วการให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมที่แตกต่างก็เป็นเรื่องสำคัญเช่นกัน

ความพิการนั้นมักถูกอธิบายด้วยแนวคิดทางการแพทย์ ซึ่งมองว่าความพิการคือการเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของความเป็นปกติ โดยการวัดระดับเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ได้ถูกกำหนดว่าความผิดปกติ ผู้ที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานนั้นก็คือ คนพิการ และแนวคิดเช่นนี้นำมาซึ่งการแทรกแซงทางการแพทย์ เพื่อให้ร่างกายนั้นก้าวผ่านความพิการไปได้ คนพิการจึงเป็นวัตถุที่ต้องการการแทรกแซงจึงจะก้าวข้ามผ่านความพิการไปได้ แต่ความพิการมีความหมายที่มากกว่าความหมายทางการแพทย์ (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2556)แนวคิดทางสังคมศาสตร์มองว่า ความพิการเป็นการประกอบสร้างทางวัฒนธรรม (เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์, 2555) การศึกษานี้จึงต้องการแสดงให้เห็นว่าความพิการไม่ใช่สิ่งที่จะอธิบายและปฏิบัติในแนวทางตามการแพทย์เพียงอย่างเดียวแต่ต้องให้ความสำคัญมิติด้านสังคมวัฒนธรรมด้วย ทั้งการตีความว่าอะไรคือความพิการ หรือไม่พิการ ชุดคำอธิบายถึงสาเหตุของความพิการ และการจัดการที่อาจจะต่างออกไปจากแนวคิดทางการแพทย์เนื่องจากการให้ความหมายความพิการ และชุดคำอธิบายความพิการที่ต่างกัน การพยายามเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมจะสามารถพัฒนาคุณภาพบริการของระบบสุขภาพให้ดีขึ้นอีกด้วย งานนี้จึงเลือกศึกษาในกลุ่มชาวปกาเกอญอ ซึ่งเป็นกะเหรี่ยงกลุ่มหนึ่งที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือโดยชาวกะเหรี่ยงนั้นเป็นชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุด ราวสี่แสนคน คิดเป็นร้อยละ 47.54 ของประชากรชาวเขา (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2545)

งานวิจัยนี้ต้องการให้เป็นงานหนึ่งที่ริเริ่มที่จะทำความเข้าใจในสังคมวัฒนธรรมที่แท้จริงของกลุ่มชาติพันธุ์เพื่อทำความเข้าใจระบบวิธีคิด การอธิบาย การนิยามความพิการของชนเผ่า การมีชีวิตอยู่กับความพิการ การแก้ไขปัญหา และการอยู่ร่วมกันของคนพิการ และคนไม่พิการ และเชื่อว่าความรู้เหล่านี้จะช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในกลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย และมุ่งหวังให้ความช่วยเหลือที่มีให้กับคนพิการมีความเหมาะสมและอ่อนไหวต่อวัฒนธรรมที่หลากหลายมากขึ้น

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษามิติสังคมวัฒนธรรมความพิการของชาวปกาเกอญอ
- 2) เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อความพิการของชาวปกาเกอญอ
- 3) เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับความพิการของชาวปกาเกอญอ
- 4) เพื่อศึกษาการอยู่ร่วมกับความพิการของชุมชนชาวปกาเกอญอ



แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มุมมองทางการแพทย์มองว่าความพิการเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เนื่องจากความพิการก่อให้เกิดการยับยั้งความสามารถบางอย่างของปัจเจกบุคคล เป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาได้ แต่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (Ingstad and Whyte, 1995) ความพิการต้องการการแทรกแซงทางการแพทย์เพื่อให้คนพิการก้าวข้ามขีดจำกัดในความสามารถไปได้ ในขณะที่มิติทางสังคมและวัฒนธรรมมองว่าความพิการเป็นการประกอบสร้างทางสังคม (Socially Constructed) และเป็นการให้ความหมายทางสังคม (social meanings) หรืออีกนัยหนึ่ง คือถูกสร้างความหมายขึ้นมาโดยสังคม แต่ความหมายที่ถูกสร้างขึ้นมานั้น ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของเหตุผล อย่างตรงไปตรงมา แต่เป็นการกำหนดผ่าน อัตวิสัยของคน (subjective) ในสังคมนั้นๆ ผ่านระบบอำนาจความรู้ แบบแผนทางสังคม และคุณค่าทางสังคม ความพิการจึงมีการตีความ การให้ความหมายที่หลากหลาย แตกต่างไปตามท้องถิ่น หรือกลุ่มคนที่ใช้ หรือห้วงเวลาที่แตกต่างกัน (เพ็ญจันทร์เชอร์เรอร์, 2555) ในการที่จะเข้าใจความพิการนั้นจึงควรที่จะคำนึงถึงการให้ความหมายในระดับชุมชนด้วย เพราะวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนย่อมทำให้การให้ความหมายและการปฏิบัติต่อคนพิการมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพิการในแต่ละวัฒนธรรมนับเป็นสิ่งจำเป็นต่อการศึกษารื่องความพิการ

แนวคิดการอธิบายความเชื่อและพฤติกรรม (Explanatory Model(EM)) คือแบบจำลองการอธิบายความหมายเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรม โดยที่แต่ละบุคคล แต่ละกลุ่มมีการให้ความหมายของความเจ็บป่วยและคำว่าสุขภาพที่แตกต่างกัน Explanatory Model เป็นการให้ความหมายตามแนวคิดเฉพาะบุคคล สังคม ถึงแม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่เหมือนกัน แต่บุคคลที่ต่างกันก็จะมีประสบการณ์ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมและวัฒนธรรม และนำมาซึ่งพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (Klienman, 1980) แนวคิดนี้ถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้างความเป็นจริง ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกันและเป็นโลกแห่งความเป็นจริงคนละแบบ การมองโลกที่แตกต่างกันของผู้คนก็เนื่องจากการให้ความหมายและการตีความสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ไม่เหมือนกันนั่นเอง ซึ่งแยกไม่ออกจากมุมมองของเขาที่กำกับการตีความนั้นอยู่ ในแง่ของคนที่มีวิถีคิดหรืออยู่ในโลกของการให้ความหมายต่อความเป็นจริงที่ต่างกัน จึงให้ความหมายที่ต่างกัน (Klienman, 1980) การเข้าใจความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังนั้นจะทำให้เข้าใจพฤติกรรมและปรากฏการณ์เกี่ยวกับความพิการที่เกิดขึ้นได้อย่างดี และนำไปสู่แนวทางในการช่วยเหลือและสนับสนุนที่เหมาะสม ลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และการถูกแบ่งแยกกีดกันลงได้ ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่า แนวคิดการอธิบายความเชื่อและพฤติกรรม (Explanatory Model(EM)) จะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในวัฒนธรรมความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการอยู่ร่วมกับความพิการได้เป็นอย่างดี

Bernhard Helander (Helander, 1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพิการใน Somalia ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นที่ชายฝั่งในโซมาเลียใต้ เป็นชาว Hubeer มีประชากรประมาณ 15,000 คน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความเชื่อว่าสืบทอดมาจากรุ่นบรรพบุรุษคนเดียวกัน ความพิการในประเทศโซมาเลียนั้นไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนระหว่างโรคกับความพิการ Bernhard Helander จึงต้องการศึกษาว่าการที่แยกได้ไม่ชัดเจนนี้มีผลต่อการรักษาแตกต่างกันอย่างไร การศึกษาระบบการที่มีผลการปรับเปลี่ยนชีวิตของคนพิการ 3 ลักษณะคือ 1. ศึกษาความพิการในบริบทของทฤษฎีความเป็นบุคคล 2. ความเป็นบุคคลที่เกิดขึ้น

ทำให้คนพิการแสวงหาการรักษาในรูปแบบใด และ 3. การให้คำนิยามว่าความพิการเป็นโรคมีการประกอบสร้างผ่านกระบวนการแสวงหาการรักษาอย่างไร คำว่าพิการ ของชาวโซมาเลียเรียกว่า “naafo” ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) แต่โดยทั่วไปมักใช้เรียกคนพิการทางกาย ส่วนคนพิการทางตาและการได้ยินไม่ได้เรียกว่า “naafo” แต่จะถูกเรียกว่าเป็นใบ้ หรือตาบอด การเรียกคนพิการที่จะเรียกตามอวัยวะที่ขาดหายไป แต่บางครั้งก็เรียกตามความเชื่อทางศาสนา การวินิจฉัยว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพที่ไม่ดีจะเริ่มจากในครอบครัว จะมีการนิยามอาการนั้นและแสวงหาการรักษาตนเอง ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะมีอาการกำเริบขึ้นในบ้านถึงการไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การรักษาความเจ็บป่วยของชาวโซมาเลียนั้น แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ dawo Soomaali ยาโซมาเลีย, dawo casriga ยาสมัยใหม่ และ din คือการแสวงหาการรักษา ซึ่งการแสวงหาการรักษานั้นต้องใช้จ่ายเงินค่อนข้างมาก ทั้งค่าอาหาร และค่าเดินทาง เงินจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการแสวงหาการรักษา แม้ว่าคำอธิบายอาการเจ็บป่วยหลายอย่างจะสอดคล้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่ความหมายของอาการเจ็บป่วยก็มีความแตกต่างกัน สาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากตาปิศาจ ที่มีพลังมาก หากจ้องมองที่ใครก็จะทำให้บุคคลนั้นป่วย มีเรื่องเล่ามากมายเกี่ยวกับความตายและความพิการ เนื่องจากความอิจฉา อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการป่วยก็คือคำสาปซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรคต่างๆมากมาย รวมทั้งความพิการ คำสาปก็เหมือนตาของปิศาจคือมันเป็นเรื่องของสังคมแต่ คำสาปจะต่างตรงที่มันจะเกิดกับญาติพี่น้อง บุคคลที่ต้องสาปจะรักษาไม่หาย

อีกการศึกษาหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความพิการเป็นการประกอบสร้างทางสังคมได้อย่างชัดเจนนั้น คือการศึกษาเรื่อง Person and Nonperson: Disability and Personhood among the Punan Bah of Central Borneo ของ Ida Nicolaisen เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประกอบสร้างความพิการทางสังคม วัฒนธรรมของชาว Punan Bah ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เล็กๆ ในประเทศมาเลเซีย มีประชากรเพียง 1500 คนเท่านั้น พวกเขาจะปลูกบ้านติดๆ กันยาวประมาณ 8 ไร่ และเลี้ยงชีพด้วยการทำเกษตรกรรม และหาของป่าขาย ชาว Punan Bah มีความเชื่อเกี่ยวกับการกำเนิดของเด็กทารกว่าตัวอ่อนนั้นกำเนิดขึ้นมาจากของเหลวในร่างกายมนุษย์ที่เรียกว่า “ileang” ซึ่งก็คือสุจิของพ่อและเลือดจากแม่ ซึ่งเป็นเหตุให้เข้าใจว่าผู้ชายเป็นผู้สร้างและผู้หญิงเป็นผู้เลี้ยงดู ดังนั้นถ้าลูกเกิดมาพิการก็จะเป็นความรับผิดชอบของทั้งพ่อและแม่ ยกเว้นในกรณีที่ลูกเกิดมาตาบอด จะเป็นความผิดของแม่แต่เพียงผู้เดียวเพราะเชื่อว่าแม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับพ่อหรือผู้ชายอื่นขณะตั้งครรภ์ จึงเหมือนลูกดาบจึงทำให้ลูกตาบอด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความพิการในชนเผ่านี้ไม่ได้ก่อให้เกิดการประณามคนพิการแต่เป็นการประณามพ่อแม่แทน ชาว Punan Bah เชื่อเรื่องการกลับมาเกิดใหม่ของบรรพบุรุษโดยวิญญาณนั้นจะกลับมาสิงในเด็กทารกที่เกิดมาใหม่ในครอบครัว โดยเด็กจะมีร่างกายที่พร้อมให้วิญญาณเข้าไปสิงได้เมื่อมีอายุ 6 เดือนหรือเมื่อฟันซี่แรกขึ้น เวลานั้นจึงเป็นเวลาที่จะถูกนิยามได้ว่าทารกนั้นมีความเป็นมนุษย์หรือเป็นบุคคลที่แท้จริง โดยก่อนถึงเวลานี้เด็กจะไม่มีชื่อโดยจะเรียกในลักษณะลูกของพ่อแม่ จนกว่าเขาจะมีความเป็นบุคคลที่แท้จริงจึงจะได้รับการตั้งชื่อตามปู่ย่าตายาย สำหรับการปฏิบัติต่อคนพิการนั้น ชาว Punan Bah ไม่ได้ปฏิบัติต่อคนพิการราวกับเขาไม่ใช่มนุษย์ คนพิการที่นี้จึงไม่ได้รับความทุกข์จากสังคมในลักษณะนี้ และด้วยสภาพแวดล้อมในสังคมนี้เป็นบ้านที่ติดๆ กัน ทำให้กิจกรรมต่างๆ ของคนพิการและคนปกติไม่ได้ถูกแยกออกจากกัน คนพิการจึงไม่ได้ถูกแยกออกจากสังคม พวกเขาจะปฏิบัติต่อเด็กพิการเหมือนเด็กปกติคนอื่นๆ เพราะพวกเขาเป็นบุคคลที่มีจิตวิญญาณของบรรพบุรุษกลับมาเกิดใหม่ ความพิการไม่ใช่เรื่องที่ห้ามพูดและไม่มีสัญลักษณ์ที่สื่อถึงการแยกกลุ่มหรือการตีตรา แต่การปฏิบัติต่อ



คนพิการในชุมชน Punan Bah กำลังจะเปลี่ยนไปเนื่องจากอาชีพของพวกเขา กำลังจะเปลี่ยนไปเป็นอุตสาหกรรม ครอบครัวจะกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวและคนพิการกำลังจะถูกลดคุณค่าลงจากการที่ไม่ได้ทำงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดสถานการณ์ที่ลำบากและยากที่จะมีความเป็นบุคคลสมบูรณ์ดังเดิม (Nicolaisen, 1995)

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกใช้การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Research) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ที่สามารถแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ความพิการในบริบทชุมชนชาวปกากะญอได้ โดยผู้วิจัยเข้าไปอาศัยในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล ในหมู่บ้านห้วยยาว ตำบลแม่วิน อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นระยะเวลานาน 4 เดือน ในช่วงแรกของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำความรู้จักพื้นที่และสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนด้วยการแนะนำตัวเองต่อชุมชนอย่างเปิดเผย จริงใจ และตรงไปตรงมา เมื่อสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนได้ระดับหนึ่งแล้วผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับประเด็นจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างมากโดยคำนึงถึงความสะดวกใจของผู้ให้ข้อมูลเสมอ ก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้งผู้วิจัยได้รับการยินยอมด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษรในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีที่หลากหลายทั้งการสังเกตอย่างมีและไม่มีส่วนร่วม การทำสนทนากลุ่มกับชาวบ้านในชุมชนซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากล่ามแปลภาษาโดยล่ามเป็นผู้ที่ผู้วิจัยสามารถพูดคุย สร้างความไว้วางใจและสนิทสนมอีกทั้งเป็นผู้ที่ภาษาไทยได้อย่างดีอาจเป็นคนที่เคยเรียนหนังสือจนอ่านออกเขียนได้อย่างดี ในการนี้ผู้วิจัยจะมีความเข้าใจเรื่องจริยธรรมการวิจัยกับล่ามแปลภาษา ล่ามแปลภาษาจะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล เหมือนกับผู้วิจัยและผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึงเรื่องจริยธรรมทุกครั้งกับผู้วิจัยปรึกษาเรื่องภาษากับล่ามแปลภาษา และมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์นั้นได้แก่ คนพิการ, ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนพิการ, ชาวบ้านในชุมชน, ผู้นำชุมชน และผู้อาวุโสในชุมชน โดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมีการอัดเทปซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจ ไม่มีการระบุชื่อในเทป ในส่วนของการถอดเทปไม่มีการระบุชื่อจริง และข้อมูลทั้งหมดจะทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ในกรณีที่มีการให้ล่ามแปลภาษาช่วยเก็บข้อมูลในส่วนของการทำสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยมีการทำข้อตกลงกับล่ามแปลภาษาในเรื่องของการรักษาความลับประหนึ่งล่ามแปลภาษาเป็นผู้ช่วยวิจัยคนหนึ่ง ล่ามแปลภาษาจะไม่นำความลับของผู้ให้ข้อมูลไปเปิดเผย ทั้งข้อมูลในส่วนที่มีการพูดคุยระหว่างล่ามแปลภาษากับผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูล หรือระหว่างล่าม แปลภาษากับผู้วิจัยที่อาจนำข้อความบางช่วงบางตอนที่ไม่เข้าใจจากการสัมภาษณ์และการสังเกตมาสอบถามภายหลัง ข้อมูลในส่วนนี้ไม่ว่าจะบันทึกในรูปแบบของการอัดเทปเสียง หรือ การบันทึกข้อความ จะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายทิ้งเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) โดยหลังจากบันทึกข้อมูลแล้วมีการจัดระเบียบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งเป็นแฟ้มข้อมูลต่าง ที่ได้ข้อมูลมาจากการถอดเทป และอ่านบททวนบันทึกสนาม บันทึกจากการสังเกต จากนั้นให้รหัสข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลย่อยที่ได้จากการให้รหัสข้อมูล โดยใช้ความหมายที่เกี่ยวข้องกัน เพื่อให้ได้กลุ่มความหมายเมื่อได้กลุ่มความหมายแล้ว จึงเชื่อมโยงเพื่อตีความและให้ความหมาย เชื่อมโยงเรื่องราวที่ได้จากการตีความและการให้ความหมายทั้งหมดให้เป็นเรื่องเดียวกัน ตามแนวคิดที่สัมพันธ์กันและวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย งานวิจัยนี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือสองส่วนด้วยกันคือ การตรวจสอบภายในและการตรวจสอบภายนอก

โดยการตรวจสอบภายในนั้น เป็นการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล รวมถึงตรวจสอบของตัวนักวิจัยเอง เกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูลที่ได้มา และการตรวจสอบภายนอกด้วยเทคนิค Triangulation

ข้อค้นพบ

บริบท: หมู่บ้านห้วยยาว เป็นหมู่บ้านปกากะญอ ตั้งอยู่ในเขตตำบลแม่วิน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัด เชียงใหม่ เป็นหมู่บ้านขนาดเล็กนี้มีเพียง 47 หลังคาเรือนผู้วิจัยจึงเลือกหมู่บ้านนี้เพราะมั่นใจว่าสามารถ เข้าใจบริบทชุมชนได้ในเวลาที่จำกัด อีกทั้งข้อมูลจากศูนย์พัฒนาสังคมหน่วยที่ 13 จังหวัดเชียงใหม่พบว่า หมู่บ้านนี้มีจำนวนคนพิการมากถึงร้อยละ 2.65 ต่อประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัย พักในบ้านของผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ภายในหมู่บ้านห้วยยาวอยู่ร่วมกับครอบครัวของผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านซึ่งจะอยู่กัน สองคนสามีภรรยา ส่วนลูกๆของพวกเขาก็กลับมาจากโรงเรียนในช่วงวันหยุดเสาร์อาทิตย์ หรือวันหยุดยาว เท่านั้น ชาวบ้านในหมู่บ้านนี้รู้ภาษาไทยในระดับดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเบื้องต้นได้ ถึงแม้เมื่อสื่อสาร กันเองเขาจะใช้ภาษาปกากะญอเป็นส่วนใหญ่ แต่การพูดคุยกับผู้วิจัยซึ่งไม่มีความรู้เรื่องภาษาปกากะญอ แทบจะไม่มีปัญหาในการสื่อสาร บ้านเรือนแต่ละหลังคาเรือนตั้งอยู่ใกล้ๆกัน ไม่มีแนวรั้วกันมิดชิดระหว่างแต่ ละบ้าน หมู่บ้านนี้อยู่ท่ามกลางป่าร้อนชื้นบนภูเขาสูงในเขตดอยขุนวาง ภายใต้การดูแลของโครงการหลวงขุน วาง เริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ.2523 โดยย้ายมาจากอีกด้านหนึ่งของเขาลูกเดียวกัน ในครั้งแรกที่เริ่มก่อตั้ง หมู่บ้าน มีทั้งหมด 7 หลังคาเรือน ในเวลาต่อมาจำนวนประชากร และหลังคาเรือนได้เพิ่มมากขึ้นพร้อมๆกับ การเข้าถึงสาธารณูปโภคที่สำคัญอย่างไฟฟ้า น้ำประปา และถนน แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องการทำมาหากินที่ไม่ แน่นนอน กระทั่งราว 5 ปีมานี้ ที่โครงการหลวงสนับสนุนให้ปลูกผักโดยมีเจ้าหน้าที่แนะนำพันธุ์ผัก ให้ความรู้ เรื่องการปลูกผักแบบปลอดสารพิษที่เป็นที่ต้องการของตลาดและ รับซื้อผลิตภัณฑ์เหล่านั้น ชาวบ้านจึงมีงาน ทำที่แน่นอนและกลับมาอยู่บ้านกันมากขึ้น

อาชีพหลักของชาวบ้านคือ เกษตรกรรม ประกอบไปด้วย ปลูกข้าวซึ่งส่วนมากจะปลูกไว้กินเอง บางบ้านปลูกข้าวได้เยอะก็มีการแบ่งขายให้กับคนที่มาขอซื้อบ้าง คนที่มาซื้อส่วนใหญ่จะเป็นชาวม้ง เนื่องจาก ชาวม้งไม่ปลูกข้าวกิน จะซื้อเป็นข้าวเปลือกในราคาประมาณปี๊บละ 120 บาท ปลูกผักส่งขายให้กับโครงการ หลวง ปลูกผลไม้ขายให้กับพ่อค้าที่มารับซื้อส่วนมากเป็นลูกพลับและเสาวรส เลี้ยงสัตว์ ได้แก่ หมู,วัว,ควาย ขายให้กับพ่อค้าที่มารับซื้อ ซึ่งไม่ได้มีมาอย่างต่อเนื่อง และนอกจากทำเกษตรกรรมแล้วยังมี รับจ้างทั่วไป เช่น เก็บลำไย เป็นต้น

ในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากพื้นที่หมู่บ้านนั้นค่อนข้างห่างไกลจากสถานพยาบาล การดูแล ตนเองจึงเป็นวิธีแรกที่พวกเขาทำ อย่างไรก็ตามเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจำเป็นต้องไปรับการรักษาจากบุคลากรทาง การแพทย์ ก็มีให้เลือกระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ห่างจากหมู่บ้านไป ราว 15 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 20 นาทีหรือ โรงพยาบาลชุมชนที่ต้องใช้เวลาเดินทางราวชั่วโมงครึ่ง เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ชาวบ้านมักเชื่อและปฏิบัติตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ชาวปกากะญอ มีความรู้เรื่อง สมุนไพรอย่างดีมาก หลายคนมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการกินยาแผนปัจจุบันไปด้วย การใช้สมุนไพรของ ชาวบ้านนั้น มีหลากหลายวิธี และใช้รักษาหลากหลายอาการด้วยกัน ในขณะที่บางครอบครัวในหมู่บ้านนั้นนับ ถือผีและมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากการที่ขวัญหายไป การทำผี หรือการทำให้ผีไม่พอใจ ดังนั้นนอกจากจะปฏิบัติตามแพทย์แผนปัจจุบันและการใช้สมุนไพร แล้วถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นเวลานาน



หรือว่าเป็นๆหายๆ ก็จะทำพิธีไหว้ผี ขอขมาผี หรือมัดมือเรียกขวัญ โดยพิธีกรรมต่างๆจะแตกต่างกันไปตามแต่อาการที่เป็น หรือหากไปหาหมอทรง ก็จะจัดพิธีตามที่หมอทรง ได้แนะนำมา

ความหมายความพิการ: ความพิการในความหมายของชาวปกาเกอะญอนั้นคือ สิ่งที่ปรากฏชัดเจนทางด้านร่างกายมาแต่กำเนิด เช่น เดินไม่ได้ หูไม่ได้ยิน หรือตามองไม่เห็น ซึ่งลักษณะเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคล ไม่สามารถทำงานได้ กล่าวคือคนพิการสำหรับพวกเขา คือคนที่เกิดมาแล้วมีความบกพร่องที่ร่างกายจนไม่สามารถเติบโตมาและดูแลตนเองรวมถึงทำงานได้แบบเดียวกับคนทั่วไป ดังนั้นคนที่มีร่างกายเหมือนคนอื่นแต่อาจมีบางลักษณะที่ไม่เหมือน แต่สามารถทำงานได้ พวกเขาไม่ใช่คนพิการ ตัวอย่างเช่น ชาวปกาเกอะญอบอกว่า คนบ้า หรือคนไม่เต็ม รวมไปถึงคนป่วยไม่ใช่คนพิการ ในกรณีของคนพิการในภายหลัง อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ แม้จะมีลักษณะทั่วไปเหมือนกันกับคนพิการคือเดินไม่ได้ ตาบอด จนทำให้ทำงานไม่ได้ แต่พวกเขามักไม่นับรวมว่าเป็นคนพิการแต่จะดูที่สาเหตุที่ทำให้เป็นแบบนั้นมากกว่า เช่น ถ้าเดินไม่ได้เพราะป่วย เขาก็เป็นคนป่วยที่เดินไม่ได้ หรือเดินไม่ได้เพราะเกิดอุบัติเหตุ เขาก็คือคนที่เกิดอุบัติเหตุจนเดินไม่ได้ ไม่ใช่คนพิการ

คนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย แต่สามารถทำงานได้เหมือนเช่นคนทั่วไป ไม่ใช่คนพิการ อีกทั้งความพิการในความหมายของชาวปกาเกอะญอต้องมีลักษณะเช่นนั้นมาตั้งแต่กำเนิดอีกด้วย ภาษาปกาเกอะญอที่ใช้เรียกลักษณะดังกล่าว แสดงให้เห็นชัดเจนถึงความต่างกันของลักษณะเหล่านี้โดย คนพิการเรียกว่า “ปา สะพ้อ” คนหูพิการคือไม่ได้ยินมาตั้งแต่เกิดเรียกว่า “หน้า สะพ้อ” แต่คนที่หูหนวกในภายหลัง อย่างเช่นมาหูหนวกตอนอายุมากเรียกว่า “หน้า เตอะ เออ” ส่วนคนหูตึงนั้นเรียกว่า “หน้า ลอเฉ่อ” คนปัญญาอ่อน เรียกว่า “ปา ทือซพ้อ” คนบ้า เรียกว่า “ปา ปลือ” คนตาบอดข้างเดียว เรียกว่า “แหมะ เตอเพ้บ่า” ในขณะที่ตาบอดทั้งสองข้างเรียกว่า “แหมะ เบลาะ” เดินได้ไม่ดี หรือมาเดินไม่ได้ในภายหลังด้วยอาการป่วยหรืออุบัติเหตุ เรียกว่า “จ๊วะ เตอเพ้บ่า” คนป่วย เรียกว่า “โซเก๊ะ” และเกิดอุบัติเหตุคือ “ต้า บะโด” ในส่วนของการออกเสียงคำภาษาปกาเกอะญอนั้นผู้วิจัยได้ปรึกษาลำแปลภาษาในขณะที่อยู่ในพื้นที่ อีกทั้งตรวจสอบวิธีเขียนกับพจนานุกรมภาษาไทย-กะเหรี่ยงสะกอ (สุริยา รัตนกุล, 2529) เพื่อความถูกต้องแม่นยำ

ความเชื่อดั้งเดิมของชาวปกาเกอะญอเชื่อว่าความพิการรักษาไม่หาย ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ และเมื่อก้าวถึงการรักษา คนป่วยเท่านั้นที่ต้องการรักษา เพราะเมื่อเขาหายป่วยเขาก็จะทำงานได้ตามปกติ แต่คนพิการไม่จำเป็นต้องรักษา เขาไม่ได้ป่วย แต่เขาเป็นแบบนั้นเอง ธรรมชาติของคนพิการก็เป็นแบบนั้น ส่วนคนที่ไม่เหมือนคนทั่วไปอย่างคนไม่เต็ม เขาทำงานได้ ดังนั้นเขาไม่ใช่คนป่วยและไม่ใช่คนพิการอยู่แล้วจึงไม่ต้องการการรักษาอาการใดใด

สาเหตุ: ชาวปกาเกอะญอในปัจจุบันมีความรู้ทางการแพทย์มากขึ้นหลายคนจึงเชื่อว่าความพิการเกิดจากกรรมพันธุ์หรือการที่แม่ตั้งครรภ์ได้รับยาหรือสิ่งผิดปกติขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามชาวปกาเกอะญอมีการป้องกันความพิการที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อดั้งเดิมว่าเกิดจากการผิผี โดยพวกเขาปฏิบัติตามข้อห้ามข้อควรระวังที่เชื่อว่าเป็นการลบหลู่ผีแล้วจะทำให้เกิดความพิการอย่างเคร่งครัด ข้อห้ามปฏิบัติในช่วงเวลาที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ นั้นก็มีอยู่มาก ซึ่งมีทั้งข้อห้ามของหญิงตั้งครรภ์ และข้อห้ามปฏิบัติของสามี โดยหญิงตั้งครรภ์นั้นห้ามตึง เพราะเชื่อว่าถ้าตึงตึงท้อง ลูกเกิดมาจะพูดไม่ได้ ส่วนข้อห้ามสำหรับสามีนั้น ได้แก่ ในขณะที่ภรรยาท้อง ห้ามไปยิงนกตามต้นไม้ ไถไร่ ห้ามไปเอาปืนที่มีประวัติไม่ดีไปยิงสัตว์ ปืนที่มีประวัติ

ไม่ได้นั้นก็แค่เป็นที่เคยไปทำร้ายคนหรือยิงสัตว์ร้ายเช่นเสือ มาก่อน หากไม่ทำตาม ลูกคลอดออกมาอาจจะไม่สบาย หรือพิการได้

สำหรับความเชื่อเรื่องกรรมพันธุ์ คำว่ากรรมพันธุ์ของชาวปาเกะญอนั้นหมายถึงการที่บรรพบุรุษของพวกเขา มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือความพิการซึ่งอาจจะทำให้ความพิการมาเกิดในรุ่นลูกหรือรุ่นหลานได้อย่างไม่มีทางป้องกันได้ ในบางครั้งเขาจึงใช้คำว่า กรรมพันธุ์เป็นคำตอบของสาเหตุความพิการที่พวกเขาเองก็ไม่ทราบแน่ชัด หรือแม้กระทั่งแพทย์ก็ไม่สามารถตรวจพบสาเหตุความพิการนั้นได้ กรรมพันธุ์จึงเป็นคำตอบที่ดีที่สุด เพราะไม่ใช่ความผิดของใครคนใดคนหนึ่ง และไม่จำเป็นต้องหาทางรักษาหรือแก้ไขอะไร เพราะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขได้

การจัดการและการอยู่กับความพิการ: คนพิการเป็นคนที่ต้องการการดูแล และครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุดในการดูแลคนพิการ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดคนพิการมากที่สุด เป็นหน่วยแรกที่รับรู้ถึงปัญหาของคนพิการ และก้าวผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ไปพร้อมกับคนพิการ ในขณะที่บางครั้งคนอื่นๆ ในชุมชนอาจไม่ได้รับรู้เรื่องราวเหล่านั้นไปด้วย คนในครอบครัวเป็นความหวัง เป็นที่พึ่งพิงของกันและกัน เมื่อเกิดความพิการขึ้นสิ่งนั้นจึงไม่ได้ส่งผลต่อตัวคนพิการเพียงคนเดียว ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ประสบกับความรู้สึกต่าง ๆ นานา ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบที่มากขึ้น ไปพร้อมกับคนพิการ หรือในบางกรณีมากกว่าคนพิการ โดยสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้หญิง เช่น แม่ ยาย พี่สาว หรือ น้องสาวของคนพิการถูกมองว่าเป็นคนที่เหมาะสมที่สุดที่จะเป็นผู้ดูแลคนพิการ

ประสบการณ์ความพิการของคนพิการและครอบครัวชาวปาเกะญอน

1) ฉันทน์ไม่เหมือนคนอื่น ฉันทน์จึงพิการ

จรินทร์ผู้ที่ตาบอดสนิท 1 ข้าง เธอคือหญิงวัยทำงานคนหนึ่ง ในหมู่บ้าน มีรูปร่างอวบ ผอมยาว ประบาศีดำ แต่ค่อนข้างบาง ผิวตัวค่อนข้างขาว แต่ผิวหน้าคล้ำแดด บริเวณหน้าผากด้านซ้ายมีรอยแผลเป็นยาวมาถึงบริเวณดวงตาข้างซ้าย ฉันทน์ตาข้างซ้ายเป็นสีขาวขุ่น ในขณะที่ตาข้างขวาสีดำใส เธออายุ 34 ปี แต่งงานอยู่กับสามีมาราว 17 ปี มีบุตรสาวด้วยกัน 2 คน คนโตอายุ 16 ปี เรียนอยู่ชั้น ม. 4 คนเล็กอายุ 11 ปี เรียนชั้น ป.5 เธอและสามีประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ปลูปลูกผัก และเลี้ยงควาย การปลูปลูกผักแม่เป็นรายได้หลัก แต่ก็ไม่ได้ทำเงินให้กับครอบครัวของเธอมานัก เนื่องจากเธอไม่มีรถยนต์ในการจะไปส่งผักขายและรับผักมาปลูกต้องเช่ารถไป เมื่อหักเงินค่าผักไปแล้วบางครั้งก็เหลือแค่ 500 บาทเท่านั้น

จรินทร์ทำงานทุกอย่าง อย่างเป็นปกติ ไม่ว่าจะเป็นงานเกษตรกรรม งานบ้าน หรืองานฝีมืออย่างการทอผ้าชาวบ้านทุกคนล้วนรู้ว่าเธอนั้นตาบอด 1 ข้าง แต่ไม่เคยนับรวมว่าเธอเป็นคนพิการ เพราะเธอทำงานทุกอย่างได้แต่สำหรับเธอมันไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ ที่จะคิดแบบนั้น ประสบการณ์ในวัยเด็กของเธอยังคงมีผลกับเธอเสมอมา เธอเล่าว่า ตอนเด็กๆ เพื่อนๆ มักจะล้อเลียนเธอว่า “แม่คลีเบาะ” ซึ่งแปลว่าคนตาบอด เธอยังจำได้ดี ว่าเธอถูกล้อเลียน และแผลเป็นและดวงตาที่มองไม่เห็นอีกข้างหนึ่งของเธอยังคงตอกย้ำว่าเธอไม่เหมือนคนอื่น

เธอคิดว่าตัวเองพิการ ครั้งหนึ่งสามีก็ อวด. แนะนำให้เธอไปขอบัตรคนพิการ เพื่อที่เธอจะได้รับสิทธิคนพิการซึ่งเธอทราบเพียงว่าจะได้เงินเดือนละ 500 บาท โดยต้องไปขอใบรับรองแพทย์ก่อน ในตอนนั้นเธอจึงไปพบแพทย์เพื่อขอใบรับรองความพิการ แต่เมื่อแพทย์ตรวจเธอแล้ว ก็บอกว่าเธอไม่ใช่คนพิการเนื่องจากเธอตาบอดเพียงข้างเดียว ตาอีกข้างสามารถมองเห็นและส่งผลให้เธอทำกิจกรรมทุกอย่างได้ จึงไม่



สามารถออกไปรับรองความพิการให้เธอได้ เธอจึงไม่ได้บัตรคนพิการ แต่สำหรับความรู้สึกเธอนั้นคำยืนยันจากแพทย์ไม่ได้ทำให้เธอสบายใจหรือรู้สึกดีขึ้นว่าเธอนั้นไม่ใช่คนพิการ

“หมอเขาไม่ออกให้ก็ไม่เป็นไร เราก็กลับไม่รู้จะทำไมหมอมไม่ให้เราเป็นคนพิการ เพราะเรายังคิดว่าเราพิการอยู่ดีเพราะตาเป็นแบบนี้ข้างหนึ่ง ที่ทำงานทุกอย่างได้นี้ ก็ไม่รู้ที่เราปกติหรือเพราะว่าเราชินแล้ว” (จรินทร์)

2) แม่ลูกของฉันทปาสะวอ (พิการ) แต่ฉันทก็จะทำทุกวันให้ดีที่สุด

วาวา เป็นเด็กหญิงอายุ 11 ปี สูงราว 140 เซนติเมตรนิ้วมือและนิ้วเท้าด้านทั้งสองข้าง ข้อเท้ามีลักษณะบิดเล็กน้อย ทำให้ฝ่าเท้าไม่ราบไปกับพื้น แต่เธอก็ยังสามารถยืนเดินและได้ ตาเหลือทั้ง 2 ข้างสามารถแปลงเสียงพูดเป็นคำๆได้ แต่ไม่เป็นประโยค และได้ยินชัดเจนดี ทำตามคำสั่งง่ายๆได้ เช่น นั่งลงหรือเดินมา น้องอาศัยอยู่กับครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ น้องชาย 2 คน คนกลางอายุ 7 ปี คนเล็กอายุ 2 ปีภายในบ้านสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้ด้านล่างเป็นปูน ห้องน้ำ แยกออกไปนอกตัวบ้าน ประมาณ 5 เมตร บ้านของพวกเขาอยู่บริเวณริมของหมู่บ้าน ห่างจากบ้านอื่นๆ ราวหนึ่งถึงสองร้อยเมตร ในขณะที่บ้านอื่นๆ ในหมู่บ้านบ้านที่ใกล้ๆ กันจะห่างกันไม่เกิน 10 เมตร

พ่อและแม่ของน้องไม่เคยรู้ว่าก่อนว่าลูกที่อยู่ในท้องจะเกิดมาพิการ จนกระทั่งวันที่แม่คลอดน้องออกมา ทันทีที่เห็นลูกเธอและสามีรู้สึกช็อกและร้องไห้ แพทย์ไม่สามารถบอกสาเหตุว่าลูกเธอเป็นแบบนี้ได้อย่างไรและตั้งคำถามเสมือนโยนความผิดให้กับเธอ เธอได้เล่าถึงเหตุการณ์ในตอนนั้นว่า “ตอนที่คลอดออกมา หมอก็ถามว่าได้กินยาอะไรมัย ก็บอกว่าไม่ได้กิน เพราะว่ามันผิดปกติ ตอนแรกมันเห็นเล็บเท้า ไม่มี แล้วก็เล็บมือไม่มี หมอก็บอกว่าลูกพิการ หมอก็ไม่รู้สาเหตุเหมือนกัน ก็บอกไม่ถูก ร้องไห้เลยก็คิดว่า ออกมาแล้วต้องเลี้ยงให้ดีที่สุด พ่อเขาก็เป็นเหมือนกัน ก็ว่าเกิดมาแล้วก็เลี้ยงให้ดี” (แม่ของวาวา)

“ก็ร้องไห้ พ่อก็ร้องไห้ แม่ก็ร้องไห้ ปวดหัวไปหมด ลำบากมาก ไปหาหมอสวนดอกตลอด กลับมาบ้านก็ไม่มีน้ำนม ก็ต้องซื้อนมอีก ก็เตรียมประมาณ สองปี สามปี ถึงรู้สึกดีขึ้น ตอนเขาเริ่มเดินได้ก็รู้สึกดีขึ้นแล้วมันก็ชักด้วย โอ้ย ถ้าน้องมันไม่สบาย พ่อก็นอนไม่หลับแล้ว กลัวมันจะชัก เวลาร้อนก็จะชัก หนาวก็จะชัก เป็นแบบนี้เรื่อย สอง สาม ปี ตอนนี้อายุห้าขวบแล้ว” (พ่อของวาวา)

แพทย์ไม่สามารถชี้ชัดถึงสาเหตุของความพิการในครั้งนี้ได้ แต่สำหรับพ่อกับแม่แล้วพวกเขาเชื่อเรื่องกรรมพันธุ์ เพราะอาของแม่วาวาเป็นคนพิการพูดไม่ได้ ในขณะที่บรรดาญาติโดยเฉพาะทางฝ่ายแม่เชื่อว่าอาจเกิดข้อผิดพลาดในขณะเตรียมพิธีแต่งงาน เนื่องจากการแต่งงานต้องใช้หมู ในการทำพิธี ต้องเป็นหมูที่มีทั้งเพศผู้และเพศเมีย หากไม่สามารถเตรียมได้แบบนั้นอาจทำให้ลูกเกิดมาพิการได้ “ตอนแรกยายก็บอกว่าตอนที่แต่งงานทำพิธีผิดริบาว ตอนแต่งงานไปซื้อหมู ตอนที่เราไปซื้อ ไม่รู้ว่าเขาขายหมูให้เราแค่ตัวแม่อย่างเดียวยังริบาว มันต้องมี ตัวผู้ตัวเมีย ผสมกัน สามหรือ สี่ตัวก็ได้” (แม่ของวาวา)

แม้ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่ครอบครัวของวาวาพยายามแสวงหาการรักษาอย่างดีที่สุด ไปตามโรงพยาบาลที่แพทย์แนะนำ ไปพบแพทย์เฉพาะทาง รับการรักษา ฟันฟุสมรรถภาพ และฝึกพัฒนาการ แต่ปัญหาของคือ ค่าเดินทาง แม้จะได้รับการรักษาฟรี สามารถไปฝึกได้บ่อยที่สุดสัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่พวกเขาก็ไม่สามารถพาลูกไปได้ เพราะการเดินทางแต่ละครั้งนั้นลำบาก ต้องเสียเงินค่าเดินทางมาก จึงทำให้ไม่สะดวก ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือพยายามฝึกพัฒนาการให้ลูกเองที่บ้าน แต่งานในนา ในไร่ ไม่ใช่งานที่กำหนดเวลาเริ่มงานและเลิกงานได้แน่นอน อีกทั้งงานยังหนักมาก หลังเลิกงานแม็กก็แทบจะหมดแรงแล้วจะให้ฝึกพัฒนาการนั้นแทบเป็นไปไม่ได้เลย

“มันก็เหนื่อยนะ มีบางครั้งที่เราทำงานหนักแล้ว ก็ยังต้องมาอาบน้ำให้เขาด้วยแต่ที่ศูนย์ก็บอกให้ฝึก เราก็ฝึกนะ ฝึกบ้าง ไม่ฝึกบ้าง ไม่ค่อยต่อเนื่อง” (แม่ของวาวา)

ชาวปากาเกะญอเชื่อว่าคนพิการไม่สามารถรักษาให้หายได้และต้องการคนดูแลซึ่งครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่เหมาะสมที่สุด ครอบครัวของวาวาก็คิดเช่นเดียวกัน ทั้งพ่อและแม่พยายามดูแลวาวาอย่างดีที่สุดและคิดว่าเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ที่ต้องดูแลลูกให้ดี การดูแลของพวกเขาก็ไม่ได้หมายถึงต้องหยุดงาน หยุดทำทุกสิ่งเพื่อมาอยู่ด้วยตลอดเวลาแต่กลับกันคือเขาต้องทำงานหนักเหมือนคนอื่นๆ แต่ก็ต้องดูแลวาวาด้วยเช่นกันในบางครั้งไปทำนา ก็เอาลูกไปไว้ในกระท่อม วาวาสามารถอยู่คนเดียวได้ แต่ก็ยังอยู่ในสายตาพ่อหรือแม่เสมอ เขาไม่เคยคิดจะละทิ้งหรือมองว่าลูกพิการคนนี้ไม่มีความสำคัญ ในแต่ละสิ่งที่เขาตัดสินใจทำมีความคำนึงถึงวาวาอยู่ในนั้นเสมอ การมีลูกอีก 2 คนก็เช่นกัน ไม่ใช่เพียงแค่เขาอยากมีลูก แท้จริงแล้วเขาอยากมีลูกสาวเพื่อที่ว่าถ้าพ่อแม่ แก่ หรือไม่อยู่บนโลกนี้น้องสาวจะดูแลพี่สาวที่พิการได้ เพราะเชื่อว่าเพศหญิงจะดูแลคนพิการได้ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการที่เป็นผู้หญิง แต่ก็ไม่ใช่อย่างที่หวัง เพราะน้องของวาวาทั้ง 2 คนเป็นผู้ชาย ความเป็นห่วงกังวลเรื่องคนที่ดูแลวาวา ไม่ได้คลายลงไปแม้แต่น้อย แต่พวกเขายังคงตั้งใจดูแลลูกอย่างเต็มความสามารถต่อไป พ่อของวาวากล่าวว่า

“ก็ เขามีน้องชายสองคน เราแกไปก็คงช่วยดูพี่ แต่ตอนแรกเอาลูกนี้อยากได้เป็นผู้หญิง จะได้ดูพี่ด้วย ลูกชายถ้ามันโตมานิดหน่อยก็จะมีปัญหาแหละ เรื่องขึ้นนี้ดูไหว แต่สุมาเตอะ ถ้าโตมาประจำเดือนมาผู้ชายก็ทำไม่ได้ ตอนแรกจะเอาลูกผู้หญิง แต่ได้แต่ผู้ชาย โตมาเขาก็จะไม่สะดวกใจ ก็ต้องเป็นพ่อเป็นแม่นี่แหละดูแลตลอดไป”

3) เขาไม่เต็ม แต่เขาไม่ใช่คนพิการ

คำว่า “ไม่เต็ม” กับ “พิการ” ในความหมายของชาวปากาเกะญอนั้น แตกต่างกัน คนไม่เต็มเรียกว่า “ปะตีเกวบะ” ในขณะที่ คนพิการนั้นเรียกว่า “ปา ฮะ วอ” ภาษาเรียกที่ต่างกันแสดงให้เห็นถึงความหมายที่ต่างกัน คนไม่เต็ม หรือ ปะตีเกวบะ ไม่ต้องรักษาอีกทั้งไม่ใช่คนที่ต้องการการดูแล เพราะคนไม่เต็มดูแลตนเองได้ คนไม่เต็มทำงานได้ แม้ว่าในความหมายทางการแพทย์ภาวะปัญญาอ่อนหรือคนไม่เต็มนั้นก็คือความพิการประเภทหนึ่งก็ตาม แต่สำหรับชาวปากาเกะญอแล้วคนไม่เต็มหรือคนปัญญาอ่อนนั้นไม่ใช่คนพิการ

ใจเป็นบุคคลในหมู่บ้านที่ถือบัตรคนพิการประเภทปัญญาอ่อน เธอเป็นผู้หญิงตัวเตี้ยสูงประมาณ 140 เซนติเมตร รูปร่างผอม หลังค่อมเล็กน้อย ผิวคล้ำ ผมสีดำยาวประบ่า อาศัยอยู่กับพ่อและสามี บ้านของเธอปลูกอยู่ติดๆกับบ้านของน้องชาย บางครั้ง 2 หลังนี้จะทำกับข้าวกินด้วยกันอยู่เป็นประจำ เมื่อใจอยู่บ้านเธอมีหน้าที่ไม่แตกต่างจากผู้หญิงทั่วไปในหมู่บ้าน คือเธอทำอาหาร ซักผ้า และดูแลบ้าน นอกจากนี้นางานนอกบ้านอย่างเกี่ยวข้าว ปลูกผัก หรือรับจ้างเก็บลำไย เธอก็สามารถทำได้อย่างคล่องแคล่ว ชาวบ้านไม่คิดว่าเธอเป็นคนพิการ แต่เธอก็ไม่คิดว่าเธอเหมือนกับคนอื่นๆไป เพราะว่าเธอไม่สามารถตอบคำถามที่ซับซ้อนมากได้ เธอก็พูดคุยแต่เรื่องทั่วไป เรื่องในชีวิตประจำวันสำหรับเรื่องที่ซับซ้อนขึ้นมา เธอจะฟังนิ่งๆ แล้วก็ยิ้ม ส่วนเรื่องสำคัญต้องให้ครอบครัวช่วยดูแล และเรื่องเงินเธอไม่สามารถใช้เงินได้แต่ในปัจจุบัน ถ้าเป็นเงินจำนวนน้อยหรือเงินเหรียญเธอสามารถใช้ได้แล้วจากการสอนของครอบครัวของเธอ อีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านมองว่าเธอไม่ปกติเหมือนคนทั่วไป ก็คือการมีสามีคนที่ 2 ของเธอ ชาวปากาเกะญอให้ความสำคัญกับแต่งงานครั้งเดียวมาก



“คนไม่เต็ม ก็แบบว่าถ้าคนที่เขาเต็มเขาก็จะคิดได้ไกล แต่ถ้าคนไม่เต็มก็จะคิดได้ครึ่งหนึ่งของคนปกติ อย่างพี่ใจ ในปกาเกอะญอ เขาก็เรียกว่าไม่ค่อยเต็มเหมือนกันนะ เป็นคนที่คิดอะไรไม่ค่อยไกล อย่างถ้าพูดถึง เขามีแฟน 2 คนนะ แฟนเขาก็ไม่เลิกละ ขอให้เป็นผู้ชาย กับคนปกติเราก็ต้องเลือกหน่อยนะ ถึงไม่หล่อ ถึงไม่รวยก็ขอให้ทำงานเลี้ยงครอบครัวหน่อย แต่ว่าเขาไม่เลือก กินเหล้าก็กินไปเหอะ กินยา ก็กินไปเหอะ” ดร.ณิ(ชาวบ้านในหมู่บ้าน)

4) รู้ปัญหาแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร

นิก เป็นเด็กชายวัย 6 ขวบ ผิวคล้ำ ความสูงไล่เลี่ยกับเด็กวัยเดียวกัน ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้ข้อมูลว่าเด็กคนนี้เป็นเด็กพัฒนาการช้า จากการที่ครูประเมินพัฒนาการและการสังเกตในชั้นเรียน ดังนั้นการปฏิบัติที่ครูมีต่อเด็กคนนี้จะป็นลักษณะเดียวกันกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่าเขา เช่น แบบฝึกหัด หรือการบ้าน เขาจะทำในระดับเดียวกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ในส่วนของครอบครัวทั้งพ่อและแม่ซึ่งทราบจากครูว่าน้องมีพัฒนาการช้า อีกทั้งเมื่อเขาเปรียบเทียบกับพัฒนาการของนิกกับน้องชายของนิกซึ่งอายุ 2 ขวบและเด็กวัยเดียวกันในหมู่บ้าน หลายครั้งพวกเขาแสดงความกังวลต่อเรื่องดังกล่าว แต่ก็ไม่มีแนวทางแก้ปัญหาใดใด

แม่ของนิกเป็นผู้หญิงวัยสาว ผอมมาก สูง ผิวคล้ำ อายุ 28 ปี เธอเล่าว่า กว่าจะมีลูกคนนี้สำหรับเธอเป็นเรื่องยาก เธอรู้ตัวว่ามดลูกไม่ดี แต่งงาน ได้ 2 ปีก็ยังไม่มูก จึงไปหาหมอพื้นบ้านเพื่อนวดมดลูกและกินยาสมุนไพร หลังจากนั้นราว 2-3 เดือนจึงจะมีลูก วันที่เธอไปคลอดเธอไม่มีแรงเบ่งคลอดเอง แพทย์จึงตัดสินใจใช้เครื่องดูดหัวเด็กออกมา เด็กคลอดมาสมบูรณ์แข็งแรง แต่มีภาวะตัวเหลืองซึ่งแพทย์ให้ข้อมูลกับญาติว่าเป็นอาการทั่วไปหลังจากได้ดื่มนมแม่แล้ว เขาก็จะปกติดี

“คลอดที่โรงพยาบาล ตอนลงไปคลอดรู้สึกเจ็บเอวก่อน เป็นนัด 21 แต่เจ็บท้องวันที่ 4 มีนา นิกนี้หมอดูแล เพราะไม่มีแรงเบ่ง เพราะไม่ได้กิน ตอนที่เจ็บท้องเนี่ย บ่ได้กินหยั่งซักอย่าง ตอนคลอดออกมาก็มีตัวเหลือง หมอบอกให้กินนมจะหาย 3-4 วัน ก็ดีขึ้น” แม่ของนิก

ด้วยความที่เธอเป็นคนมีลูกยาก และแม่สามีเป็นหมอด่าแยะ เธอเลี้ยงลูกด้วยความเคร่งครัดในข้อปฏิบัติดั้งเดิมของชาวปกาเกอะญออย่างมาก เธอฟังแม่สามีมากเป็นพิเศษ จนในครั้งหนึ่งเมื่อนิกอายุได้ 2 ขวบครึ่ง เขามีไข้ ตัวร้อนมาก แม่พยายามจะเช็ดตัวให้ แต่สามีและแม่สามีบอกว่าไม่ให้เช็ดเพราะกลัวว่าจะหนาว หลังจากนั้นนิกมีอาการชัก จึงต้องรีบพาส่งโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อถึงโรงพยาบาล แม่โยธินก็ถูกตำหนิว่าทำไมไม่เช็ดตัวให้ลูก เมื่อรู้ว่าลูกตัวร้อน ซึ่งตอนนั้นเธอเองรู้สึกสับสนและตกใจกลัวกับอาการชักของลูก ประสบการณ์ครั้งนั้นยังคงฝังใจเธอและทำให้เธอกังวลอยู่ทุกวันนี้ว่าถ้าเขาตัวร้อน จะชักอีกหรือไม่

“นิก นี่เคยชักตัวกระตุก ลื่นออกปาก ตอนนั้นไข้ขึ้นสูง แม่นี่ก็จะเช็ดตัวหือมันนะ แต่พ่อมันกะแม่ฮู้ยกแล้วหนาวบ่หือเช็ดแมื่บ่กล้าเช็ด ถ้าบ่เช็ดหมอก็คิด่า ทุกวันนี้กลัวขนาด เวลามันตัวฮ้อน กลัวมันจะชักแหลม” แม่ของนิก

ครอบครัวของนิก แสดงให้เห็นชัดเจนว่าพวกเขาไม่รู้ปัญหาดี อย่างไรก็ดีแม้พวกเขาจะเป็นปัญหาแต่ไม่รู้ว่ามีทางแก้ แม้ในบางครั้งเขาพอรู้แนวทางแก้ปัญหาบ้าง แต่บริบทในชีวิตของพวกเขาไม่ได้เอื้ออำนวยให้เขาแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา และพวกเขาเลือกที่จะอยู่กับปัญหานั้นไปด้วยความหวังว่าเวลาจะทำให้ทุกอย่างค่อยๆดีขึ้นเอง ลูกพวกเขาอาจทำได้ช้ากว่าลูกคนอื่น แต่ในวันหนึ่งลูกของพวกเขาจะทำได้ดีเช่นเดียวกัน

ข้ออภิปราย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความพิการเป็นการประกอบสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ชาวปากาเกอะญอมีการประกอบสร้างความหมายของความพิการผ่านความคิดความเชื่อดั้งเดิม ที่ยังคงดำรงอยู่จนถึงปัจจุบันร่วมกับความรู้ทางการแพทย์ โดยพวกเขาปรับและยินยอมตามเหตุผลคำอธิบายความพิการตามแนวคิดทางการแพทย์ หากแต่ตัดสินความพิการด้วยลักษณะร่างกายภายนอกและความสามารถในการทำงาน

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดการอธิบายความเชื่อและพฤติกรรม (Explanatory Model(EM)) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา พบว่าการจัดการความพิการของคนพิการ ครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับความคิดความเชื่อที่ใช้ในการอธิบายสาเหตุของความพิการร่วมกับประสบการณ์ของบุคคลที่อาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นแม้ความคิด ความเชื่อซึ่งใช้อธิบายสาเหตุของความพิการเหมือนกันแต่ประสบการณ์ที่พวกเขาได้รับต่างกัน การจัดการความพิการของบุคคลเหล่านั้นย่อมต่างกันไปด้วย คำอธิบายดั้งเดิมซึ่งให้ความสำคัญกับความสามารถในการทำงานของบุคคลว่า หากทำงานได้บุคคลนั้นไม่ใช่คนพิการยังคงเป็นคำอธิบายสำคัญต่อการแสวงหาการรักษา ส่วนในกรณีที่เป็นคนพิการนั้น การแสวงหาการรักษาเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ในชุมชนปากาเกอะญอแห่งนี้ กล่าวคือหากเขาเป็นคนที่ไม่สามารถทำงานได้และคำอธิบายทางการแพทย์ก็ยืนยันว่าเขาเป็นคนพิการ บุคคลนั้นและครอบครัวก็จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาและฟื้นฟูอย่างเต็มที่กำลัง อย่างไรก็ตามบริบทสังคมทั้งด้านของเศรษฐกิจ และการคมนาคมมีผลให้การแสวงหาการรักษาไม่เป็นไปตามที่พวกเขาต้องการ แม้ว่าจะยอมรับแนวคิดทางการแพทย์และปฏิบัติตามเพียงไร แต่บริบทสังคมเหล่านั้นเป็นข้อจำกัดที่ยิ่งใหญ่ที่ทำให้เขาไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในทางการแพทย์ได้ ดังที่กล่าวแล้วว่าคำอธิบายความพิการของชาวปากาเกอะญอเป็นการใช้คำอธิบายดั้งเดิมร่วมกับคำอธิบายทางการแพทย์ ซึ่งคำอธิบายทางการแพทย์ทำให้เกิดการแสวงหาการรักษาและฟื้นฟู ส่วนคำอธิบายดั้งเดิมนำมาซึ่งการอยู่ร่วมกับคนพิการอย่างเรียบง่าย ภายใต้การดูแลของครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นเมื่ออยู่ในบริบทของวัฒนธรรมปากาเกอะญอ พวกเขาจึงไม่เกิดความรู้สึกผิด หรือรู้สึกขาด เมื่อไม่สามารถบรรลุเป้าหมายทางการแพทย์ได้

ข้อเสนอแนะ

ความรู้ทางการแพทย์ไม่ใช่เพียงหนึ่งเดียวในการอธิบายปัญหาทางสุขภาพทุกปัญหา ชุมชนแต่ละแห่งมีความคิด ความเชื่อต่อปัญหาสุขภาพของตนอยู่เดิม ในหลายครั้งแนวทางการปฏิบัติตนในเรื่องของสุขภาพจึงไม่ได้ตรงตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุขเสมอไป ดังเช่นการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการดำรงอยู่ของความเชื่อดั้งเดิมและการพยายามเข้าใจ ยอมรับและปฏิบัติตามแนวคิดทางการแพทย์ หากแต่ยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดของบริบทสังคมที่พวกเขาดำรงชีวิตอยู่ ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการที่มาจากกลุ่มชาติพันธุ์ จึงควรคำนึงถึงความคิดความเชื่อที่กลุ่มชาติพันธุ์มีอยู่เดิม รวมไปถึงบริบทสังคมและวัฒนธรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการทำความเข้าใจที่จะนำไปสู่รูปแบบบริการที่อ่อนไหวต่อวัฒนธรรมและบริบทสังคม เพื่อก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายของทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข คนพิการและครอบครัว และเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการและครอบครัว



บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2545). **ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดในประเทศไทย พ.ศ.2545**. กรุงเทพมหานคร: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. (2556). **ความหลากหลายของแนวคิดเกี่ยวกับความพิการบทสำรวจเบื้องต้น: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**.
- เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์. (2555). **รายงานฉบับสมบูรณ์เพศวิถีและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ: ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- ภูสิต ประคองสาย, ขวัญประชา เชียงสกุลไทย, นารีรัตน์ ผุดผ่อง, กัญจนา ดิษยาธิคม, และ ภูมิสุข ออหคณนุรักษ์. (2556). **รายงานฉบับสมบูรณ์ สถานการณ์คนพิการในไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและคุณภาพ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 และ 2550**. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุริยา รัตนกุล. (2529). **พจนานุกรมภาษาไทย-สะหะเรียงสะกอ**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Helander, Bernhard. (1995). **Disability as Incurable Illness: Health, Process, and Personhood in Southern Somalia**. In B. Ingstad & S. R. Whyte (Eds.), *Disability and Culture*. the United States of America, 73-93.
- Ingstad, Benedicte, Whyte, Susan Reynolds. (1995). **Disability and Culture: An Overview**. In B. Ingstad & S. R. Whyte (Eds.), *Disability and Culture*. England: University of California Press, 3-32.
- Kleinman, Arthur. (1980). **Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry**. The United States of America.
- Nicolaisen, Ida. (1995). **Persons and Nonpersons: Disability and Personhood among the Punan Bah of Central Borneo**. In B. Ingstad & S. R. Whyte (Eds.), *Disability and culture*. The United States of America, 38-55.
- O'Hara Jean. (2013). **Learning disabilities and ethnicity: achieving cultural competence**. Journal of Continuing professional development.

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง The Family Potential in Dementia Ageing's Care in Urban Community

ดวงตา โสมาบุตร

aom140917@gmail.com

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The qualitative research on Family Potential for Taking Care of the Elderly with Dementia in the urban community aimed to study valuing carers' roles and family roles in taking care of the elderly with dementia in the urban community. Data were collected by the interview, observation, and storytelling of carers of eight families consisting of four wives, three daughters, and an elder sister.

The research results showed that valuing carers' roles depended on three models of relationship. Most people valued socialized roles which were mostly female roles according to expectation and social norm. Valuing wife's role which was mutual care indicated mutual love, concern, and trust. As for valuing children's roles, children had to take care of their parents to express gratitude. This indicated tight bonds and love. Valuing roles of elder sisters expressed close relationships, bonds, concerns, and assistance based on sympathy.

As for family potential, a family had to 1) adjust themselves, 2) achieve the specified goals, 3) create mutual relationship, and 4) maintain patterns. The research results showed that family relationship was important for family potential rather than family models.

Research recommendations were as follows: 1) As family had to rely considerably more on carers who were both family members and employed carers and had to take care of the elderly with dementia, it was important to prepare carers' readiness because carers had to understand disease condition, have skills, and be patient. 2) Use of IADL Assessment Form should be widely disseminated for initial triage. University hospitals and local hospital should cooperate and disseminate knowledge on taking care of patients with dementia.

Keywords: Potential/Family/The Elderly with Dementia/Carers



บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต และการเล่าเรื่องราวจากผู้ดูแลจำนวน 8 ครอบครัว โดยผู้ดูแลมีสถานภาพเป็นภรรยา 4 ราย บุตรสาว 3 ราย และพี่สาว 1 ราย

ผลการศึกษาพบว่า การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลขึ้นกับความสัมพันธ์ 3 รูปแบบ ส่วนใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังและบรรทัดฐานของสังคม ต่อบทบาทที่ได้รับการอบรมขัดเกลา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของผู้หญิง การให้คุณค่าในฐานะการเป็นภรรยา คือ การดูแลกันและกัน เป็นการแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าในฐานะการเป็นลูก คือ ลูกมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ เพื่อตอบแทนบุญคุณ เป็นความผูกพันทางสายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด ที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน การให้คุณค่าในฐานะการเป็นพี่ เป็นการแสดงออกถึงความใกล้ชิดผูกพัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน และเป็นความเกื้อกูลกันบนพื้นฐานของความสงสาร

ศักยภาพครอบครัว คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ ได้แก่ 1) การปรับตัว 2) การบรรลุปเป้าหมายที่วางไว้ 3) การเชื่อมประสานความสัมพันธ์ 4) การธำรงรักษาแบบแผน จากผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสำคัญต่อศักยภาพครอบครัวมากกว่ารูปแบบของครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา 1) จากแนวโน้มที่ครอบครัวต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลในระบบจ้างงาน ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความเข้าใจในภาวะของโรค มีทักษะ รวมถึงต้องมีความอดทน 2) การประชาสัมพันธ์ให้มีการนำแบบประเมิน IADL มาใช้อย่างแพร่หลาย ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงมีการเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่างโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยกับโรงพยาบาลท้องถิ่น

คำสำคัญ: ศักยภาพ/ครอบครัว/ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้ประชากรมีความเป็นอยู่ที่ดีและอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ปีพ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่หมายรวมกลุ่มประชากร ที่เป็นทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง และผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งนับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 30 ล้านคนทั่วโลก และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในทุกๆ 20 ปี ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังกระทบกับผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนสังคม

และประเทศชาติ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อน จึงต้องการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการตั้งรับปัญหาทั้งในด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤต สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจ เป็นการดูแลที่ใช้เวลานาน มีความซับซ้อน เพราะผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนานตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วย คือประมาณ 8-10 ปี ครอบครัวจำเป็นต้องมีศักยภาพในการดูแลคือ มีการทำหน้าที่ 4 ประการคือ 1) การปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกเหนือไปจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และปรับสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล 2) การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว 3) การบรรลุเป้าหมายในการกำหนดแนวทางการดูแลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 4) การดำรงรักษาแบบแผนการดูแลในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกให้ดำรงอยู่ และไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

ภาวะสมองเสื่อมนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อศักยภาพครอบครัว ที่ต้องรับภาระหน้าที่ทั้งในด้านการปรับตัว การประสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว การดำรงรักษาแบบแผน ความแตกต่างของรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับภรรยา บุตร กับบิดามารดา หรือพี่กับน้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำพาครอบครัวไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคน อย่างไรก็ตามการดำรงอยู่ของศักยภาพครอบครัว ยังขึ้นอยู่กับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัว ที่จะทำหน้าที่บูรณาการและประคับประคองให้ครอบครัวดำรงอยู่ซึ่งความผูกพัน ความเอื้ออาทร และการสืบทอดผ่านความเป็นเครือญาติทางสายโลหิต เพื่อให้ครอบครัวสามารถรับมือกับทุกปัญหาได้ จึงเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีของพาร์สันส์ (สฤงศ์ จันทวนิช, 2554) ในเรื่องการทำหน้าที่พื้นฐานสี่ประการ ในชื่อย่อว่า AGIL ซึ่งประกอบด้วย การปรับตัว (Adaptation) การบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) การบูรณาการ (Integration) และการรักษาแบบแผน (Latency) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การปรับตัว (Adaptation) คือ การทำหน้าที่ของทั้งระบบและผู้กระทำ ให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดและการกระทำของสมาชิกให้เข้ากับทุกสถานการณ์ และสภาพแวดล้อม รวมถึงความต้องการของระบบ หากความคิดและการกระทำใดๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคมไม่ตรงกับความต้องการของระบบก็จะต้องมีการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลง ซึ่งการปรับตัวเป็นหน้าที่พื้นฐานที่จะทำให้ระบบสังคมทำหน้าที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ ดังเช่น การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแล



ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ครอบคลุมไว้ เช่น การปรับเปลี่ยนเลือกสรรสมาชิกให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การสื่อสารพูดคุย สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น และการเข้าใจความเจ็บป่วยที่ถาวร รวมถึงการสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นกุญแจสำคัญแห่งความสำเร็จ โดยหากไม่สามารถจัดการปัญหาด้วยวิธีหนึ่ง ก็อาจปรับเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่น ที่ไม่ก่อให้เกิดการเสียสมดุลของครอบครัว

2. การบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) หน้าที่ครอบครัวคือ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น เป้าหมายของครอบครัว คือ ทุกคนให้ความร่วมมือร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อประคับประคองไม่ให้โรคพัฒนาไปสู่ระยะที่รุนแรง

3. การบูรณาการ (Integration) คือ หน้าที่ในการทำให้กิจกรรมดำเนินต่อไป โดยให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องดำเนินไปร่วมกัน เนื่องจากระบบสังคมประกอบไปด้วยระบบย่อยที่มีความแตกต่างกัน เช่น การแบ่งหน้าที่ดูแลด้านการเงิน ได้แก่ ค่าตอบแทนผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย การประสานและการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน การสื่อสารปรึกษาพูดคุย ร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความไว้วางใจ การหาข้อมูล การพาไปพบแพทย์ การคำนวณค่าใช้จ่าย การเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในอนาคต การมีกลุ่มกิจกรรมเฉพาะของตน จำเป็นจะต้องมีการดูแลให้เกิดการประสานสอดคล้องระหว่างระบบย่อยต่างๆ จึงต้องบูรณาการเข้าหากันและกัน การมองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบคือ การไม่ประสานกันของระบบย่อย

4. การดำรงรักษาแบบแผน (Latency) เป็นหน้าที่ที่ทำให้ครอบครัวจรรโลงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกครอบครัว ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งที่จะนำไปสู่การหย่าร้าง มีการวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการเตรียมตัวเพื่อการปรับเปลี่ยน เช่น การลดทอนความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลด้วยการให้พักผ่อน หรือเปลี่ยนให้สมาชิกคนอื่นๆ ช่วยดูแลแทน

หากระบบครอบครัวมีศักยภาพเพียงพอ หรือมีหน้าที่ตาม AGIL กล่าวคือ A G ทำหน้าที่เป็น Instrumental function ในการจัดสรรทรัพยากร เช่น ปัจจัย 4 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่กำหนด ขณะที่ I L ทำหน้าที่เป็น Expressive function ในการผนึกพลังกายและใจ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในครอบครัว ย่อมแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวที่ดี ผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็จะได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากงานวิจัยของ วรณนิภา บุญระยอง (2543) เรื่อง ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การดูแลที่เป็นภาระมากที่สุด คือการสื่อสาร การขับถ่าย การทำความสะอาด การรับประทานอาหาร ส่วนปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมนั้น พบว่าการรับภาระเป็นผู้ดูแล มีได้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นกับผู้ดูแลนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลรักษา

จากงานวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Rosamund M Bryar BNur และ Andrew J. Newens (2543) เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย พบว่า ภาวะเครียดของผู้ดูแลที่สูงขึ้น แปรผกผันกับสภาพสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ลดลง ในขณะที่เดียวกันจะแปรผันตรงกับระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือระดับการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง

จากงานวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2546) เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านร่างกาย เช่น

เครียด ปวดหลัง ปวดต้นคอ นอนไม่พอ อ่อนเพลีย ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดจากการขาดความรู้ในการดูแล พฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนบทบาทของตนองขาดอิสระ รวมถึงรูปแบบการดูแลในกิจวัตรประจำวันต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีแนวคิดทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแล ศึกษาผลกระทบและความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการบริการด้านการพยาบาล

จากงานวิจัยของ นิษฐา โมราถบ และคณะ (2555) เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ให้การดูแลหลักแก่ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์คือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส หลาน และญาติพี่น้อง ตามลำดับ เหตุผลในการดูแล เนื่องจากไม่มีบุคคลอื่น ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการแสดงถึงความกตัญญูต่ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ รวมทั้งอาสาดูแลด้วยความเต็มใจ ส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นในด้านการเงินและบริการ ส่วนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ครอบคลุมใน 4 ด้านสำคัญได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการรักษา ด้วยการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ชวนพูดคุย อยู่เป็นเพื่อน ส่งเสริมการพักผ่อนหย่อนใจ การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ รวมไปถึงการให้ยา และพบแพทย์ตามนัด

จากงานวิจัยของ รัชฎา รักขนาม (2543) เรื่อง สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาถึงสภาวะในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม แหล่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว และความต้องการการช่วยเหลือบริการทางสังคมของครอบครัว ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้ให้การดูแลทุกรายเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 3-10 ปี เหตุที่ดูแลเพราะมีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ และด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลทุกรายมีความเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนัก และสร้างความเครียดแก่ผู้ดูแล แต่ละครอบครัวได้พยายามสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพยายามทำความเข้าใจในอาการป่วย เพื่อยอมรับและปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ระลึกถึงการตอบแทนบุญคุณเพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และลดปัญหาด้านความเครียด

การศึกษาสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรมไทยในเขตเมืองของ ปิยาภรณ์ จันทรโพธิ์ (2547) พบว่าครอบครัวเป็นหน่วยแรก และได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากจากการมีผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ขนาดและองค์ประกอบของครอบครัวไทยในสังคมปัจจุบัน ได้ถูกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากระบบทุนนิยมที่เน้นการเจริญเติบโตทางด้านวัตถุ มีการแข่งขันกันทางด้านเศรษฐกิจ การเพิ่มจำนวนของครอบครัวเดี่ยวจึงกลายเป็นรูปแบบหลักของครอบครัวไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ยิ่งก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเครียด ซึ่งเป็นที่มาของโรคต่างๆมากมาย รวมถึงภาวะสมองเสื่อมด้วย ใน



ปัจจุบันขอบเขตของการดูแลผู้ป่วยได้ขยายวงกว้างออกไป จากการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ไปสู่การว่าจ้างผู้อื่นมาดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีแนวคิดทางสังคมศาสตร์ เช่น จิตวิทยา จะศึกษาความรู้สึกของผู้ดูแล โดยเน้นการศึกษาทัศนคติในระดับบุคคล ส่วนแนวคิดทางด้านสังคมวิทยา เป็นการศึกษารูปแบบหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ภายใต้ทรัพยากรโครงสร้างหน้าที่ เช่น การดูแลควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง และบุตรควรต้องดูแลบิดา มารดา เพราะเป็นหน้าที่ที่สังคมคาดหวังไว้ นอกจากนั้นยังเป็นการศึกษาประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลโดยใช้มุมมองปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคิดศักยภาพมนุษย์ แนวคิดทุนทางสังคม และแนวคิดระบบสังคม เพื่อตอบคำถามว่า ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมืองเป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2557 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครัว กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติ เป็นต้น ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาดังกล่าวนี้นี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม และสามารถบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งก่อนและหลังจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้

3. ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาดังกล่าวนี้นี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแล ที่ผ่านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งคาดว่าจะช่วงระยะเวลาดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลสามารถบอกถึงข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างแท้จริง

4. มีภูมิลำเนาที่สามารถติดตามไปเยี่ยมบ้านได้สะดวก และปลอดภัย

5. สม่ครใจและเต็มใจเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลและ/หรือผู้สูงอายุสมองเสื่อม แจ้งความประสงค์ ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย

2. ผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือดูแลโดยการว่าจ้างหรือรับ

ค่าตอบแทน

3. ผู้ดูแลไม่ได้อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือพักอาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่น้อยกว่า 6 เดือน

4. ถิ่นพำนักของครอบครัวไม่ได้อยู่ในชุมชนเมือง
5. สุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่อยู่ในภาวะปกติ เช่น มีภาวะซึมเศร้า
6. ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาด้านสมองเสื่อมมาจากโรงพยาบาลอื่นก่อนหน้าที่จะ

มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์ยุติการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว หรือขอยุติการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้ขออนุญาตการเข้าเก็บ ข้อมูล จากหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช ภายหลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึง เข้าแนะนำตัวกับหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกที่รับผิดชอบดูแลคลินิกความจำ แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ รวมถึงใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม มีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง 45-60 นาที โดยการสัมภาษณ์และเก็บ ข้อมูลจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงยุติการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาจัดหัวข้อให้ตรงตาม วัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ประเด็นแรกวิเคราะห์การให้คุณค่าการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในฐานะลูก ภรรยา และพี่สาว ประเด็นที่ 2 วิเคราะห์ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยจำแนกออกเป็น 4 หน้าก็คือ การปรับตัว การวางแผนเป้าหมาย การบูรณาการ และการดำรงรักษาแบบ แผน

ข้อค้นพบ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครัว ญาติผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี 6 ราย อายุ 53 ปี 1 ราย และอายุ 38 ปี 1 ราย การศึกษาระดับประถมศึกษา 4 ราย ระดับปริญญาตรี 2 ราย ระดับมัธยมศึกษาและระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง อย่างละ 1 ราย ผู้ดูแลประกอบอาชีพ 4 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 4 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษา เบิกได้ 3 ราย เบิกไม่ได้ 5 ราย เมื่อพิจารณาสภาพทาง เศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลโดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่จะมีการเกื้อหนุนเงินจากสมาชิกคนอื่นๆภายใน ครอบครัวคือ ถึงแม้ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลจะไม่มีรายได้ ก็จะได้รับดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆทั้งค่า รักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจากบุตร จะมีเพียง 3 ครอบครัวเท่านั้น ที่มีแหล่งรายได้มา จากตัวผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว



สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีตั้งแต่ -7 คน เป็นครอบครัวขยาย 3 ราย นอกจากนั้นมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และในจำนวนดังกล่าวมี 1 รายที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียงลำพัง ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรส คู่ 5 ราย โสด 2 ราย และหย่า 1 ราย

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ พบว่าเป็นภรรยา 4 ราย เป็นบุตรสาว 3 รายและเป็นพี่สาวของผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ราย ผู้ดูแล 6 ใน 8 รายเป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง 4 ราย และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ อีก 4 ราย ซึ่งส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยอยู่ก่อนที่จะให้การดูแล มีเพียงรายเดียวที่ให้ประวัติว่ามีความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมองตีบจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลให้อาการของโรคกำเริบ

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า 5 ราย ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นระยะเวลา 2 ปี อีก 2 ราย ดูแลเป็นระยะเวลา 3 ปี และมี 1 รายที่ดูแลมานานกว่า 5 ปี โดย 7 ใน 8 ราย ให้ประวัติว่าอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาตลอดตั้งแต่ก่อนจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการสมองเสื่อม มีเพียงรายเดียวที่เพิ่งรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาอยู่ด้วย หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย

ผู้ดูแล 7 ใน 8 รายให้ประวัติว่าดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง โดยมีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆบ้างตามความเหมาะสม มีเพียงครอบครัวเดียวที่มีเด็กได้รับใช้ภายในบ้านคอยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันให้ โดยผู้ดูแลจะคอยกำกับดูแลอยู่ใกล้ๆ มี 1 รายที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่บ้านเพียงลำพัง และมี 1 รายที่ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทำงานด้วย โดยให้ทำงานในส่วนที่ยังสามารถทำได้ ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 68 ถึง 92 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ถึง 5 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ส่วนใหญ่มักจะหลงลืม ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนการทำกิจกรรมต่างๆอย่างใกล้ชิด และมี 6 ใน 8 รายที่มีลักษณะนิสัยเปลี่ยนไปจากเดิม

3. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป(Basic Activity of Daily Living: ADL) พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย อยู่ในกลุ่มที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย แต่จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรือใช้ทักษะ(Instrumental Activity of Daily Living: IADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การเลือกซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการเรื่องการเงิน พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะดังกล่าวได้ จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียทักษะในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะก่อน และหลังจากนั้นจึงจะสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปในภายหลัง

4. การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะลูก ส่วนใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังของสังคม ที่ผ่านการอบรมขัดเกลา ว่าลูกต้องมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย รวมทั้งยังเป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณเนื่องจากในสังคมไทยมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญูทดแทนที่ต่อบิดามารดา ซึ่งความสัมพันธ์แบบแม่ลูกนี้เป็นความผูกพันทางสายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด รวมทั้งยังเป็นสายใยที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะภรรยา ในสถานภาพของผู้หญิงในครอบครัวที่สังคมคาดหวังว่า จะต้องช่วยเหลือเกื้อหนุนกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย สามหรือภรรยาก็ต้องดูแลกันและกัน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานของสังคม โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยาทุกครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการดูแลสามีในยามเจ็บป่วย เป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความผูกพันที่มีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ถึงแม้ตนเองจะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง แต่ความเจ็บป่วยก็ไม่ใช่อุปสรรค ภรรยายังคงทำหน้าที่และจรรโลงบทบาทของตัวเองต่อไป

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะพี่สาว แสดงให้เห็นถึงความรักความผูกพันในครอบครัว ที่คล้อยคล้าไปด้วยความสงสาร เมื่อคนใดคนหนึ่งป่วย อีกคนก็ต้องให้การช่วยเหลือดูแล ซึ่งนอกจากความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา และความสัมพันธ์แบบบิดามารดาและบุตรแล้ว ความสัมพันธ์แบบเครือญาติก็มีส่วนจรรโลงความเป็นครอบครัวให้ดำรงอยู่

5. ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการดังนี้

การปรับตัว จากผลการศึกษาพบว่าทุกครอบครัวต้องมีการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยดี การปรับตัวแบ่งออกเป็น ก) การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ของการเป็นผู้ดูแล ข) ความพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมรู้จักปรับตัว ค) การปรับสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว ง) การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ไม่คาดหวัง

การวางแผนเป้าหมาย หรือการบรรลุเป้าหมาย จากการวิจัยพบว่าทุกครอบครัวมีเป้าหมายในการดูแลที่ไม่แตกต่างกันคือ ต้องการให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว เพื่อให้อยู่ด้วยกันต่อไปอีกนานๆ ขอให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมช่วยเหลือตัวเองได้ ยังจำกันได้ หรือขอแค่นี้ไม่ให้อาการทรุดลงไปกว่านี้ โดยแต่ละครอบครัวมีวิธีดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวแตกต่างกัน เช่น การให้ดูรูปเก่าๆเพื่อช่วยฟื้นความจำ การฝึกให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การฝึกให้เล่นเกมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง การพาไปพบแพทย์และดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่พวกเขาจะทำได้

การบูรณาการคือ หน้าที่ในการเชื่อมประสาน ศักยภาพของครอบครัวจะแข็งแกร่งได้ ขึ้นอยู่กับการประสานและการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน มีการสื่อสารปรึกษาพูดคุยกัน การมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว การมีกลุ่มกิจกรรมร่วมกัน ในฐานะผู้ดูแล การเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับแพทย์ กับสมาชิกในครอบครัว และกับบุคคลรอบข้าง จะเห็นได้ว่าทุกครอบครัวในการศึกษาคครั้งนี้ ผู้ดูแลจะทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ในทุกมิติของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนี้ ก) การ



เชื่อมประสานความสัมพันธ์ และความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัว ข) การเชื่อมประสานสถานะทางการเงิน ค) ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจ

การดำรงรักษาแบบแผน เป็นหน้าที่ ที่ช่วยจรรโลงบทบาทผู้ดูแล ซึ่งสัมพันธ์กับแรงจูงใจ การให้กำลังใจ เพื่อสร้างคุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล ให้การดูแลนั้นเกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัว แทนการว่าจ้างบุคคลอื่นเข้ามาดูแล ในการดำรงรักษาแบบแผนนี้ การเป็นภรรยา ลูกสาว พี่สาว ซึ่งแต่ละครอบครัวก็ได้มีการปรับทั้งสภาพแวดล้อม การเตรียมการด้านการเงิน ขณะเดียวกันก็มีการวางแผนเป้าหมายและการเชื่อมประสาน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงรักษาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป ในการศึกษาพบการดำรงรักษาแบบแผน 2 รูปแบบคือ ก) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ข) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่าศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของครอบครัว แต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว เห็นได้ชัดเจนว่าหากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่โยงใยกันอย่างเหนียวแน่น ย่อมส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับที่ติดบนพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ การร่วมแรงร่วมใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

ข้ออภิปราย

บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้หญิง ถึงแม้สถานการณ์และบทบาทของผู้หญิงในสังคมปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่การรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวก็ยังคงเป็นบทบาทที่ผู้หญิงพึงกระทำ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นบุตร ภรรยา และพี่สาวของผู้สูงอายุสมองเสื่อม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ที่ไม่พบบทบาทของสามี หรือบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากบุตรชายส่วนใหญ่จะแต่งงานแล้วแยกครอบครัวออกไป ในส่วนนี้สามารถอธิบายได้ว่า สังคมไทยยังคงคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวที่ว่า การดูแลครอบครัวควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง บุตรควรต้องดูแลบิดา มารดา ภรรยาควรต้องดูแลสามี เพราะเป็นหน้าที่ ที่สังคมคาดหวังไว้

จากการนำแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) มาใช้ประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะต้นพบว่าแบบประเมินนี้ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต้นกับผู้สูงอายุทั่วไปมากนัก เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะนี้ จะยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานทั่วไปได้ เพียงแต่อาจมีความหลงลืม ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนในการทำกิจวัตรประจำวัน เพราะฉะนั้นหากต้องการประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต้น ต้องการทราบถึงความยากลำบากในการดูแล รวมถึงการที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังความปลอดภัย และความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้วิจัยเห็นว่าแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรือทักษะร่วมด้วย (The Lowton Instrumental Activity of Daily Living Scale: IADL) น่าจะเหมาะสม ในการประเมินภาวะพึ่งพิงและทำให้รับทราบปัญหาต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต้น ได้ชัดเจนกว่าแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป เนื่องจากแบบ

ประเมิน IADL ถ้าผู้ถูกประเมินมีความบกพร่องด้านความจำแล้ว ทักษะในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่ยุ่งยากมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถทำได้ ถึงแม้การเจ็บป่วยจะดำเนินอยู่ในระยะต้นก็ตาม ซึ่งหากผู้ดูแลรับทราบถึงภาวะพึ่งพิงและความต้องการ การดูแลในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ย่อมก่อให้เกิดความตระหนักในการดูแล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการนำรูปแบบของครอบครัว จำนวนสมาชิก และความสัมพันธ์ในครอบครัว มาเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 4 ประการ เพื่อหาข้อสรุปว่า อะไรคือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุด ผลออกมาว่าศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของครอบครัว แต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว เห็นได้ชัดเจนว่าหากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่โยงใยกันอย่างเหนียวแน่น ย่อมส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับที่ดี บนพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ การร่วมแรงร่วมใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

การนำแนวคิดของ Parsons เรื่อง การทำหน้าที่พื้นฐานทั้ง 4 ประการมาใช้ในประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ อาจสะท้อนให้เห็นภาพของการแตกประเด็นหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากบางหน้าที่ก็มีความทับซ้อนกันอยู่ ทำให้ไม่สามารถแยกหน้าที่แต่ละตัวได้อย่างชัดเจน ในบางสถานการณ์การปรับตัวอาจทับซ้อนอยู่ในการเชื่อมประสาน เพราะสถานการณ์ในแต่ละครอบครัวมักมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการดำเนินของโรคได้เสมอ จึงส่งผลให้การทำหน้าที่ทั้ง 4 ประการ มักมีความผันแปรและไม่อยู่นิ่ง ในทางกลับกันหากนำแนวคิดหน้าที่ของระบบทั้ง 4 ประการของ Parsons นี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแล หรือครอบครัว ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน อาจตอบโต้หยาบและเห็นประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจนมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะการวางเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย ที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันจะชัดเจน การดำเนินเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้จะแน่นอน และมันคงกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ความเจ็บป่วยมักจะยาวนาน และการดำเนินของโรคมักจะแยบยล แต่อย่างไรก็ตามเมื่อนำ แนวคิดของ Parsons เรื่อง การทำหน้าที่พื้นฐานทั้ง 4 ประการ มาประยุกต์ใช้กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยมองว่า หน้าที่ด้านการปรับตัว และการบูรณาการ หรือการเชื่อมประสาน มีความสำคัญต่อศักยภาพครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากเป็นตัวแปรสำคัญที่นำไปสู่การทำให้หน้าที่ของครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เนื่องด้วยในปัจจุบันสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มที่ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมจะมีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลในระบบจ้างงาน ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์และพฤติกรรม รวมถึงมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การดูแลจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ผู้ดูแลต้องมีความอดทน การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในอาการและการดำเนินของโรค เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแล



2. ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้สังคมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะสมองเสื่อมกับความชรามากขึ้น รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้ เนื่องจากในปัจจุบันพบว่า ประชาชนทั่วไปยังมีความสับสนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับความแก่ชรา โดยส่วนมากเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องธรรมดาทั่วไปของคนชรา ส่งผลให้ไม่เกิดความตระหนัก และไม่พาผู้ป่วยมาได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า การดำเนินของโรคจึงรุนแรงและรวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ควรมีการกระจายความรู้สู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

3. ควรมีการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากองค์กรภาครัฐ ในการนำแบบประเมินที่เหมาะสม มาใช้ในการประเมินและวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การนำแบบประเมิน The Thai ADL Scale มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น นอกจากนี้ควรมีการเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ จากโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไปสู่โรงพยาบาลท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำไปพัฒนาตามขีดความสามารถ

บรรณานุกรม

- นิชภา โมราถบ และคณะ. (2555). บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์. Journal of Nursing and Health Sciences Vol.6 No.2 May-August, 2012.
- ปิยาภรณ์ จันทรโพธิ์. (2547). สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.ปีที่ 1 (1):น.11-18.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2546). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (The Caring Model for the Demented Elder). วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.ปีที่ 4 (1):น.10-20.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์, Rosamund M Bryar Bnurs และ Andrew J. Newens. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม โดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนา ในประเทศไทย. วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.ปีที่ 1 (4):น. 15-24.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2554). ทฤษฎีสังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพศภาวะและประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหญิงและชาย Gender and Illness Experience of Female and Male Patients with Cerebrovascular Disease

รัตน์ธีรา ดิษฐวิชัยรัตน์

applepjdit@hotmail.com

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the gender condition, self perceptions, expression of illness problem facing, management and self-adaption after an illness. The methodological approach of this finding was that of qualitative study which indicated by in-depth interview of 10 patients ,5 males and 5 females who have been suffered from Cerebrovascular disease at least 6 months without cognitive, perceptual and communication problems.

The results were divided into 3 parts: The first one, which studied about gender perception of Pre-stroke and post-stroke. Found that patients gave the meaning of gender perception related with gender characteristic as social expected. About gender relation. Both male and female perceived gender relation in different ways. Secondly, this studied about expressions of illness. Both of male and female gave the definitions of illness as physical deficits, stress and suffering which were derived by the bad consumed behaviors and improper health behaviors. Thirdly, problem facing and self-adaption. Found that the problem facing related with the gender role as females had more difficulties than males in the term of adaptation and encouragement. For self-adaption. There were two methods of self-adaption; improving health care conditions for recovering themselves to normal as most as possible and Adjusted themselves by changing the role according to their situations and capabilities.

The suggestion of this study is that it gives an awareness and understanding about the difference of gender that led to plan the rehabilitation programs, adjusted the gender power and encouraged the quality of life of the patients.

Keywords: Gender/Experience/Cerebrovascular Patients



บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นเพศภาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิงและชาย การรับรู้ตัวตน การให้ความหมายโรค ความเจ็บป่วย/พิการ การเผชิญปัญหาการจัดการปัญหา และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตภายหลังจากภาวะความเจ็บป่วยของหญิงและชายโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 10 คน เป็นผู้ป่วยชาย 5 คน ผู้ป่วยหญิง 5 คน ที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่รวมผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางด้านการคิดและการจำ ความเข้าใจเชิงเหตุผล และผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

ผลการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. ส่วนของการรับรู้เพศภาวะก่อนการเจ็บป่วยและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีการให้ความหมายการรับรู้ความหญิงและชายสอดคล้องกับคุณลักษณะความเป็นหญิงและชายที่สังคมคาดหวังไว้ ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเพศ พบว่าผู้ป่วยทั้งชายและหญิงมีการรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเพศหลากหลายรูปแบบ ส่วนที่ 2 คือการให้ความหมายด้านความเจ็บป่วย/พิการ เราพบว่าผู้ป่วยทั้งหญิงและชายมีการให้ความหมายในเชิงข้อจำกัดทางด้านการร่างกายที่ส่งผลต่อความเครียด ความทุกข์ใจ โดยสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ทั้งหญิงและชายเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของตนเอง ส่วนที่ 3 การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ความยากลำบากและปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหญิงชายจะสอดคล้องกับบทบาทและกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งเราพบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะท้อแท้และสิ้นหวัง มีภาวะพึ่งพิงและต้องการความรักและกำลังใจจากคนใกล้ชิดมากกว่าผู้ชาย ในขณะที่ผู้ชายจะสร้างกำลังใจด้วยตัวเองได้ดีกว่าและสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็วกว่าผู้หญิง อย่างไรก็ตามบทบาทความสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัวและคนรอบข้างจะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้หญิงและผู้ชายผ่านพ้นช่วงวิกฤติของชีวิตไปได้ สำหรับการปรับตัว เราพบว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีการปรับตัวอยู่ด้วยกัน 2 รูปแบบคือ 1. การพยายามดูแลตนเองหรือหาวิธีออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายกลับมาใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด 2. มีการปรับเปลี่ยน งานหรือบทบาทให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความสามารถของตน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ คือการตระหนักรู้และเข้าใจถึงความแตกต่างเชิงเพศภาวะของผู้หญิงและชายนี้จะนำไปสู่การวางแผนการจัดโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูที่ส่งเสริมความสามารถทางบทบาทเพศ การปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศหญิงและชาย และการเสริมพลังหรือให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ตรงกับความต้องการของผู้หญิงและผู้ชายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: เพศภาวะ/ประสบการณ์ชีวิต/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทสรุปงานวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคนในปัจจุบันล้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วยได้ทั้งชายและหญิงโดยเฉพาะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มีความเปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่ความทันสมัย ทำให้วิถีการผลิตทั้งในด้านการบริโภค ความเป็นอยู่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งหญิงและชาย ในปัจจุบันโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2551 ประชากรกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ในจำนวนนี้ 9.1 ล้านคนอายุต่ำกว่า 60 ปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากอันดับแรก พบร้อยละ 48 (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, ภาควิชา จงพริยะอนันต์ และธนวันต์ กาบภิรมย์, 2554) โดยผู้หญิงมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากกว่าผู้ชายเนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (CDC, 2012) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปี พ.ศ.2552 พบว่า การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นำขึ้นมาอยู่ในลำดับ 1 ทั้งในประชากรเพศชายและเพศหญิง (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2555) โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้ง เนื่องจากพยาธิสภาพทำให้เกิดความลำบากในการเคลื่อนไหว การทรงตัว การพูด ส่งผลในเรื่องการปรับตัวในทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน สภาพจิตใจและการดำรงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยในสังคม (พิศักดิ์ ชินชัยและทศพร บรรยมา, 2548) ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อมนุษย์หญิงและชายที่มีตัวตนและการดำเนินบทบาทแตกต่างกันไปตามโครงสร้างของความเป็นหญิงและความเป็นชาย

โครงสร้างความเป็นชาย (Masculinity) นั้น เกี่ยวข้องกับ พลังอำนาจความเป็นชาย (Hegemonic Masculinity) ที่แสดงออกถึงความมองอาจ แข็งแรง และมีพลังเหนือกว่าผู้หญิง (Connell, 1995) ดังนั้นบทบาทของผู้ชายตามลักษณะที่สังคมกำหนดจึงต้องเข้มแข็ง อดทน มีพลัง มีการตัดสินใจที่ดี รวมถึงบทบาทของหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้ชายเกิดความเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อโครงสร้างอำนาจความเป็นชาย มีรายงานการศึกษาของ Charmaz (1995) อ้างใน Lofmark (2007) พบว่าผู้ชายมักจะปกปิดความเจ็บป่วยของตนเองไว้ เนื่องจากกลัวที่จะเป็นบุคคลชายขอบในลำดับเพศภาวะ ความเสี่ยงนี้สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพในทางลบซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโครงสร้างความเป็นชาย สำหรับผู้หญิงนั้น ความเป็นหญิง (Femininity) เป็นโครงสร้างที่ไม่มีพลังอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกลับมีกระบวนการยอมจำนนที่ผู้หญิงซึ่งได้รับมาจากวัฒนธรรมและการสนับสนุนทางมโนคติ (Connell, 1987 cite in Lofmark, 2007) ผู้หญิงจะถูกกล่อมเกลารับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของความเป็นลูกผู้หญิง ที่มีความอ่อนโยน, มีความเป็นแม่ ภรรยาที่ดี และให้คุณค่ากับร่างกายซึ่งเป็นสิ่งที่สวยงามและเชื่อมโยงกับแรงเสริมทางสังคม (วารุณี ฤทธิสินลธิ์, ม.ป.ป.) ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้หญิงและผู้ชายนั้น จึงอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ตัวตนทางสังคมที่แตกต่างกันอีกด้วย ดังเช่น การเป็นหญิงและชายพิการมีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของตน มีการศึกษาที่พบว่า เป้าหมายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเชื่อมโยงกับบทบาทที่เคยเป็นในอดีต โดยผู้ชายจะมีเป้าหมายในการทำงานนอกบ้าน กิจกรรมยามว่าง



ส่วนเพศหญิงจะมีเป้าหมายเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับบ้าน เช่น การจัดการงานบ้าน การทำกับข้าว (Andersson and Hansebo, 2009) หรือการศึกษาที่กล่าวถึงผลกระทบจากการมองตัวตนของชายพิการว่าชายผู้ที่มีความพิการ ต้องเผชิญกับข้อผูกมัดทางสังคมเป็น 2 เท่า นั่นคือจากความต้องการอำนาจความเป็นชายและจากการถูกตีตราว่าเป็นผู้ไร้ซึ่งความสามารถ (Gerschick and Milleer 1994) และชายพิการนั้นมีการบ่งชี้ตัวตนว่า ตนเป็น ผู้ไร้ความสามารถ ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากร่างกายและพลังอำนาจแห่งความเป็นชายได้ และมักถูกปฏิบัติในสถานะคล้ายคลึงกับความเป็นผู้หญิง (Desires ,Shakespeare, Gillespie-Sells and Davies, 1996) สำหรับความพิการของผู้หญิงนั้นมีการศึกษาจำนวนมากที่ในสังคมตะวันตกที่เปิดเผยถึงความเจ็บป่วยเรื้อรังของหญิงพิการว่ามีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายที่มีความทุพพลภาพซึ่งสัดส่วนโดยส่วนใหญ่เป็นหญิงชรา, ในขณะที่ผู้พิการส่วนใหญ่พบเจอกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเรพว่าผู้หญิงพิการจะเผชิญปัญหานี้มากกว่าผู้ชายพิการ นอกจากนี้ความเป็นหญิงและความเป็นชายนั้นยังมีความแตกต่างกัน โดยเพศชายจะมองว่าตนเองมีพลังกำลังมีความแข็งแรง เป็นผู้นำ และร่างกายเป็นร่างกายที่น่าบูชา ส่วนเพศหญิงจะมองว่าตนเองเป็นผู้ตาม ร่างกายจะเชื่อมโยงกับความสวยงาม และเป็นร่างกายที่น่าหลงใหล (Kvigne and Kiekevold, 2002) จากการศึกษาผู้หญิงอายุน้อยที่เจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองและความพิการ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับร่างกายและความสวยงาม ทำให้มองร่างกายตนเองไปในทางลบ (Kvigne and Kiekevold, 2003)

จะเห็นได้ว่าประเด็นเรื่องเพศภาวะนั้นเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากสังคมกำหนดวิถีชีวิตของหญิงชายต่างกันทั้งในด้านความแตกต่างของความเป็นหญิงเป็นชาย บทบาทหน้าที่ของหญิงชาย และความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ปัจจุบันงานวิจัยที่ศึกษาทางด้านเพศภาวะในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มาก โดยการศึกษาส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่แค่การรักษาในระยะฟื้นฟูเท่านั้น หรือใช้มุมมองทางด้านการแพทย์ทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพ หรือหากเป็นการศึกษาด้านเพศภาวะ ส่วนใหญ่ก็ยังเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ โดยยังขาดการมองปัญหาที่มาจากบริบทของคนในจากการศึกษาในลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศภาวะ ดังนั้น การศึกษาผ่านเรื่องเล่าการเจ็บป่วยจะเป็นการช่วยสำรวจตัวตนที่หายไปของผู้ป่วย สร้างความเข้มแข็งให้กับตัวตนเดิมที่สูญหายไป และจะช่วยให้เราเข้าใจถึงความเป็นหญิง ความเป็นชาย บทบาททางเพศของหญิงชายที่มีความแตกต่างกัน เข้าใจถึงความต้องการและความคาดหวังของหญิงชายที่มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุข และนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการจัดโปรแกรมหรือนโยบายต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามเพศภาวะของตน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตเชิงเพศภาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิงและชาย
2. เพื่อศึกษาการให้ความหมาย และการตีความด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิงและชาย
3. เพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิงและชาย

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular Disease (CVD) หรือ Stroke เกิดจากความผิดปกติ ของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่สมอง หรือมีเลือดออกที่โพรงกะโหลกศีรษะ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจน และทำให้เกิดความผิดปกติ ทางระบบประสาท เช่น อาการอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต (พิศักดิ์ ชินชัยและทศพร บรรยมา, 2548) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง กรรมพันธุ์สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนักตัว เป็นต้น (กัญญารัตน์ มาเกตุ, 2551) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต อันเป็นผลจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป นับตั้งแต่นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการทำงาน

โรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับเพศภาวะ คำว่า เพศภาวะ (Gender) นั้น หมายถึง ภาวะความเป็นหญิง เป็นชายที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคม และอื่นๆทำให้สังคมเกิดความคาดหวังต่อความเป็นหญิงและชายในแง่มุมเฉพาะต่างๆและมีส่วนกำหนดความเชื่อ ทศนคติ มายาคติ รวมทั้งประเพณีปฏิบัติต่างๆ ที่ถูกทำให้กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคมในเรื่องของความเป็นหญิงเป็นชายเพศภาวะเป็นสิ่งที่แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา (Lektakraw, 2555) เนื่องจากเพศภาวะ คือความแตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายซึ่งมนุษย์ (สังคม) เป็นผู้กำหนด เป็นคุณสมบัติที่แปรผันไปตามบริบททางวัฒนธรรมและเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ ซึ่งเราสามารถเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางเพศภาวะได้ (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2547) โครงสร้างความแตกต่างของความเป็นหญิงและความเป็นชายมีดังนี้ ความเป็นชาย (masculinity) เป็นคุณลักษณะความเป็นเพศชายซึ่งมีรากฐานมาจากโครงสร้างทางสังคมซึ่งขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมและบริบทในพื้นที่ โดยมีความสัมพันธ์กับบทบาทเพศ อำนาจความเป็นชาย ที่มีความเกี่ยวข้องกับการครอบครอง อำนาจ การควบคุมร่างกายและอารมณ์ และอำนาจความเป็นชายนี้มีความสัมพันธ์กับการจัดลำดับการปกครองทางสังคม ซึ่งทำให้ผู้ชายถูกจัดให้อยู่เหนือกว่าผู้หญิง ส่วนความเป็นหญิง (Femininity) คือคุณลักษณะของเพศหญิงที่ถูกหล่อหลอมขัดเกลามาจากสังคมให้มีวิธีคิดและปฏิบัติแบบหญิงและมีความสัมพันธ์กับบทบาทเพศ ซึ่งโครงสร้างความเป็นหญิงนั้นไม่มีพลังอำนาจหรือการครอบครองเพศอื่นในโครงสร้าง แต่มีกระบวนการยอมจำนนหรือต่อต้านการครอบงำ (Connell, 1987)

ซึ่งหากผู้หญิงและผู้ชายเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อรูปแบบการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่แตกต่างกัน ทฤษฎี De Behavior's feminist theory (1974) อ้างใน Kvigne and Kiekevold (2002) กล่าวว่าในผู้หญิงความรู้สึกแปลกแยกและถูกกดทับจะมีอิทธิพลเป็นรากฐานสำคัญส่งผลให้เกิดอัตลักษณ์ตัวตนของผู้หญิงแบบ immanence และพัฒนาบทบาทแบบยอมตาม (Passive Role) และส่งผลต่อปฏิกริยาการฟื้นฟูรักษา ทำให้แนวโน้มการฟื้นตัวช้ากว่าผู้ชายที่มักจะมีบทบาทแบบผู้ปฏิบัติ (Active Role) คือมีความใส่ใจและชวนช่วยทางการรักษามากกว่า

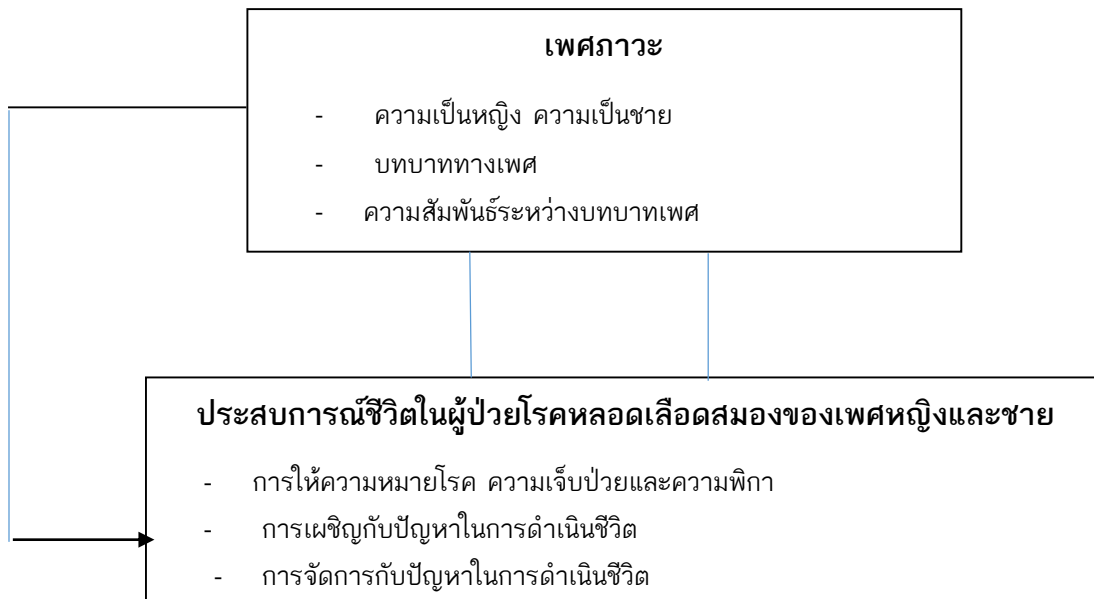
สำหรับผู้ชายการหล่อหลอมของบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมสังคมคาดหวังให้ผู้ชายเป็นผู้ชนะเป็นผู้นำ ดังนั้นเมื่อเข้ามาสู่บทบาทของผู้ป่วยผู้พิการ ผู้ชายจะถูกผลิตซ้ำเป็นสองเท่าจากความรู้สึกที่ว่าตนเองล้มเหลวในการมีพลังอำนาจและบทบาทที่เคยดำรงอยู่ ดังที่มีผู้ชายพิการจำนวนมากที่มีการบ่งชี้อัตลักษณ์ตัวตนของตนเองว่า เป็นผู้ไร้ความสามารถ ไม่สามารถจะผลิตผลิตกับพลังอำนาจและไม่มีความเห็นอกว่า



ผู้ชายธรรมดา ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากร่างกายและมักเชื่อว่าตน ถูกปฏิบัติในสถานะคล้ายคลึงกับผู้หญิง (Desires, Shakespeare, Gillespie-Sells and Davies, 1996)

มีตัวอย่างงานวิจัยที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ของโรคกับเพศภาวะคือ รายงานเชิงคุณภาพของ Andersson and Hansebo (2009) กล่าวว่าผู้ป่วยหญิงต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าผู้ชายและทัศนคติของผู้หญิงและผู้ชายที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน โดยผู้หญิง มีแนวโน้มที่จะเชื่อและยอมรับการรักษา มากกว่าชาย ในขณะที่ผู้ชายมักให้อำนาจในการต่อรองและตั้งคำถามกับการรักษา

กรอบแนวคิด



ความเป็นเพศภาวะซึ่งได้รับอิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมนั้นประกอบไปด้วย ความเป็นหญิง ความเป็นชาย และบทบาททางเพศนั้น มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ชีวิตด้านการให้ความหมายของ ความพิการ การเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน ซึ่งนั่นคือความเป็นเพศ ภาวะ มีอิทธิพลนำไปสู่ประสบการณ์ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของที่ต่างกันทั้งในการให้ ความหมายโรคความเจ็บป่วยและความพิการ การเผชิญกับปัญหาและการจัดการกับปัญหาในการดำเนิน ชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยมีแนวคำถาม (Interview Guide) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน แบ่งเป็นผู้ชาย 5 คน ผู้หญิง 5 คน ที่มีความเจ็บป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปโดยไม่รวมผู้ป่วย ที่มีปัญหาด้านการตีความทางภาษาและการสื่อสาร ที่มาเข้ารับบริการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายแห่งชาติ แนวคำถามนี้เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended) ที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ที่ ต้องการศึกษา ได้แก่ ตัวตนด้านเพศภาวะ การให้ความหมายความเจ็บป่วยพิการ การเผชิญปัญหาและการ

ปรับตัวหลังความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และมีการสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้งเพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ 1. การรวบรวมข้อมูล อ่านและจับประเด็น 2. การให้รหัสข้อมูล การจัดหมวดหมู่ข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูล 3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงตรวจสอบข้อมูลนั้นกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จนมั่นใจว่าข้อค้นพบนั้นสามารถเป็นข้อสรุปได้ หลังจากนั้นจะมีการแปลผลและนำเสนอผลการให้ความหมายด้านประสบการณ์ชีวิตเชิงเพศภาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิงและชาย โดยใช้แนวคิดเรื่องเพศภาวะ ตัวตน มาอธิบายการให้ความหมายกับสิ่งสำคัญในชีวิตที่แตกต่างกันของหญิงชาย โดยนำเสนอผ่านการเล่าเรื่องที่เป็นประสบการณ์ของแต่ละคนโดยวิเคราะห์ตีความตามแนวคิดทฤษฎี กรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อให้เห็นถึงการรับรู้ถึงตัวตน วิธีคิด ของหญิงและชายที่ได้รับอิทธิพลจากบริบทและความคาดหวังทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ด้านการให้ความหมายต่อโรค/ความพิการ การเผชิญและการจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกัน

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยไม่ได้เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูลในการตีพิมพ์ จะใช้เป็นนามสมมติในการนำเสนอข้อมูลทั้งหมด

ผลการศึกษา

1. เพศภาวะกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 เพศภาวะก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

การให้คำนิยามตัวตนความเป็นหญิงและความเป็นชายจากการรับรู้ความเป็นผู้หญิงและความเป็นชายจากข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยทั้งหญิงและชายมีการให้ความหมายคุณลักษณะความเป็นหญิงชายแตกต่างกันไป มีทั้งการเชื่อมโยงและให้ความหมายกับทางด้านร่างกายหรือเน้นการให้ความหมายคุณลักษณะเฉพาะของผู้ชายและผู้หญิงตามความคาดหวังทางสังคม เช่นผู้ชายต้องมีความเป็นผู้ชาย มีความแข็งแรง อดทน ผู้หญิงต้องมีความสวยงาม อ่อนหวาน นุ่มนวล เป็นแม่บ้านแม่เรือน การให้คำนิยามตัวตนความเป็นชายและความเป็นหญิงนั้นสามารถแบ่งการนิยามได้ ลักษณะดังนี้คือ

1.1.1 การรับรู้ความเป็นหญิง ความเป็นชาย

1. ความเป็นชายคือ ความเป็นผู้นำ อดทน รับผิดชอบต่อหน้าที่

ผู้ชายส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีการให้ความหมายความเป็นชายสอดคล้องและเป็นไปตามความคาดหวังทางสังคม โดยคุณลักษณะที่ผู้ชายทุกคนกล่าวถึง ว่าเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ผู้ชายต้องมี นั่นคือความเป็นผู้นำ อดทน กล้าหาญ เด็ดเดี่ยว มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่และครอบครัว เป็นต้น

“เป็นผู้ชายต้องมีความอดทน กล้าหาญ จริ่งจ๋าง มีอวัยวะเพศชาย เป็นผู้นำผู้หญิง หารายได้ให้ครอบครัว เลี้ยงดูลูก เลี้ยงดูภรรยา” (อำพล อายุ 48 ปี)



2. ความเป็นหญิงคือ ความเป็นแม่ แม่บ้าน เป็นภรรยา เรียบร้อย อ่อนหวาน

ชื่อสัตย์

ผู้ป่วยหญิงกล่าวถึงการให้ความหมายความเป็นผู้หญิง จากประสบการณ์การรับรู้ที่ได้จากแบบแผนทางสังคม โดยให้ความสำคัญกับความเป็นหญิงทั้งทางด้านรูปร่างหน้าตา กิริยามารยาท บทบาทความเป็นแม่บ้าน และบทบาทของความเป็นแม่

“ก็คือความเป็นแม่ เป็นแม่บ้าน ความเป็นภรรยา ลักษณะเพศหญิงต้องมีความอ่อนหวานอยู่ในตัวอยู่แล้ว รักสวयरักงาม มีความอ่อนน้อม ซื่ออ่อน” (นภา อายุ 56 ปี)

1.1.2 การรับรู้บทบาททางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเพศในครอบครัวก่อนเจ็บป่วย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงบทบาทและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่สามี ภรรยาที่ต่างมีภาระหน้าที่ตามบทบาทเพศของตน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทเพศของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีความหลากหลาย ผู้หญิงและผู้ชายในสมัยก่อนอาจมีการแบ่งแยกบทบาทหน้าที่การทำงานกันอย่างชัดเจน ส่วนผู้หญิงและผู้ชายในปัจจุบันต่างก็มีภาระหน้าที่การทำงานนอกบ้านเหมือนกัน ซึ่งจะมีประเด็นที่แตกต่างกันในรายละเอียด

1. ผู้ชายทำงานนอกบ้าน ผู้หญิงเป็นแม่บ้านแม่เรือน

สำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายในการศึกษานี้ซึ่งเป็นผู้สูงอายุหญิง ได้ให้ข้อมูลถึงบทบาทเพศในครอบครัว ว่ามีการแบ่งหน้าที่หญิงชายกันอย่างชัดเจน โดยผู้ชายจะเป็นฝ่ายออกไปทำงานนอกบ้าน และผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลลูก หรือปรนนิบัติรับใช้สามี

“เป็นแม่บ้าน ทำงานบ้านเองทุกอย่าง เลี้ยงลูกเอง กับสามีทุกอย่างเราก็ทำให้เค้า หาข้าหาปลา รีดเสื้อผ้าให้เค้า ดูแลเค้าอย่างดี สามีเป็นคนดีมาก เค้าไม่ได้ทำงานบ้านแต่ทำงานหาเลี้ยงเรา เก็บเงินให้เรา” (ปานวล อายุ 75 ปี)

2. ผู้หญิงทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน แต่ผู้ชายทำงานนอกบ้านเพียงอย่างเดียว

ด้วยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ผู้ชายจะมีบทบาทเป็นผู้ทำงานนอกบ้านเพียงคนเดียว ในยุคปัจจุบัน ผู้หญิงมีโอกาสดูแลออกมาแสดงบทบาทการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ผู้หญิงในยุคปัจจุบัน นอกจากบทบาทที่ต้องทำงานนอกบ้านแล้วยังต้องมีบทบาทการทำงานภายในบ้านด้วย

“เรามีหน้าที่ทำงาน ดูแลลูกซักผ้ารีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน อาหารบางวันแม่สามีทำให้กิน แต่บางวันเราก็ซื้อหัวใส่ถุงพลาสติกไป ตอนเช้าไปส่งลูกที่โรงเรียนพร้อมกันแล้วแยกย้ายกันไปทำงาน สามีไม่ได้ทำงานบ้าน เค้าทำงานกลับมาก็พักผ่อน” (สุดา อายุ 48 ปี)

3. ผู้หญิงต้องยอมทนเพราะผู้ชายมีเมียน้อย

ความสัมพันธ์ในบทบาทเพศของหญิงชายสะท้อนให้เห็นเรื่อง การที่ผู้ชายมีค่านิยมของการยอมรับการมีคู่มากกว่า 1 คน ปัญหาการนอกใจจากคู่ครองเป็นผลที่สะท้อนให้เห็นถึงการถูกอิทธิพลชายเป็นใหญ่ในสังคมครอบงำและการที่สังคมหล่อหลอมให้ผู้หญิงเป็นผู้ยอมตาม ซึ่งจากข้อมูล มีผู้หญิง 1 คนที่ต้องเผชิญความทุกข์ยากจากการที่สามีมีผู้หญิงคนอื่น นั่นคือ สุดา

สุดา อายุ 48 ปี เป็นผู้หญิงคนหนึ่งที่มีภาระและบทบาทในชีวิตของเธอมิทั้งการทำงานนอกบ้าน การเป็นแม่บ้าน เลี้ยงดูลูก ต้องเผชิญปัญหานอกจากความเครียดจากการทำงานแล้วเธอยังต้อง

เผชิญความเครียดจากการที่สามีไปมีภรรยาน้อย ถึงแม้ว่าจะรู้ว่าสามีมีภรรยาน้อยมานานแล้วแต่สุดท้ายทำอะไรไปไม่ได้มากกว่าการเก็บเอาความคับแค้นใจไว้คนเดียวและเป็นทุกข์ทั้งทางจิตใจและร่างกาย

“เรื่องครอบครัวด้วย เราปล่อยวางไม่ได้ มันมีภัยแฝง ตัวสามีมีภรรยาอีกคนมานานแล้ว เราเก็บเอามาเป็นทุกข์ ทุกข์ใจ ไม่มีความสุขเลย นอนไม่ค่อยหลับ” (สุดา อายุ 48 ปี)

การได้รับอิทธิพลทางสังคมชายเป็นใหญ่ เป็นสิ่งที่บีบเค้นให้ผู้หญิงเป็นผู้ไม่มีสิทธิ์ ไม่มีเสียงหรืออำนาจมาก พอที่จะต่อรองหรือสร้างความสัมพันธ์ที่เหนือกว่าผู้ชายในสังคมได้ นั่นอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอาจเป็นปัจจัยเสริมหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงมีสุขภาพที่ย่ำแย่และเจ็บป่วยในที่สุด

1.2 เพศภาวะหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1 การรับรู้ด้านภาพลักษณ์กับเพศภาวะ

การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม ทำให้บุคคลทั้งผู้หญิงและผู้ชาย รับรู้ถึงการวางตัวและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่ตนเองเพื่อให้คนในสังคมรับรู้และมองตนเองไปในทางที่มีความชื่นชมยินดี ผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับการมองร่างกายของตนด้วยความสวยงาม เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลิกภาพและความสวยงามถูกลดทอนคุณค่าลงไป ส่งผลต่อบุคลิกภาพและทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในตนเอง ในขณะที่ผู้ชายจะให้ความสำคัญกับบุคลิกภาพ ความดูภูมิฐาน ความสามารถของร่างกาย

ผู้หญิง ความสวยงามของเรือนร่าง บุคลิกภาพ

ความเป็นหญิงกับความพิการส่งผลต่อการรับรู้ถึงความสวยงามของร่างกาย บุคลิกภาพ รูปร่างหน้าตา ผู้หญิงทุกคนที่ยังอยู่ในวัยกลางคน ได้บอกถึงผลกระทบที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เชื่อมโยงกับความสวยงามของรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ และความเชื่อมั่นในตนเอง

“บุคลิก รูปร่างหน้าตา ความสวยงาม อยากกลับไปใส่ส้นสูงแต่ตอนนี้ใส่ไม่ได้ ข้อเท้าไม่แข็งแรง นิ้วเท้าซ้ายจะจิกออกไม่กลับเข้ามา พอรู้ตัวก็พยายามสั่งให้มันเข้ามาแต่พอเผลอมันก็ออกไปอีก เสียบุคลิกมากเวลาปากเบี้ยว นั่งตัวเอียง เราขาดความมั่นใจไปเลย” (สุดา อายุ 48 ปี)

ผู้ชาย บุคลิกภาพ ความสามารถ รูปร่าง

ผู้ชายได้กล่าวถึงผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองว่าทำให้การมองภาพลักษณ์ตนเองของผู้ชายเสียไปในแง่ของการมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง รูปร่างที่สมส่วน และการมีบุคลิกภาพที่ดี

“...บุคลิกเสียไป การเดินแอ่นๆ ไม่สมส่วน เราอยากหุ่นดี เราอยากมีกล้ามเนื้อ ไม่อยากให้อ้วน ไม่อยากให้อ่อนแอ เคยผมแล้วดูไม่ดีเลย...” (โอ อายุ 41 ปี)

1.2.2 การรับรู้ด้านบทบาททางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเพศในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงกล่าวถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อการรับรู้ตนเองในด้านการดำรงบทบาท ภาระหน้าที่ ความเป็นหญิงและความเป็นชายมีรายละเอียดความแตกต่างกันนั้นคือ ความเป็นผู้ชายที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและการช่วยเหลือตนเองได้ลดลงส่งผลต่อความเป็นผู้นำทั้งในครอบครัวและการทำงาน ความสามารถในการดูแลครอบครัวลดลง ในผู้หญิง การต้องเผชิญความเจ็บป่วยนี้ทำให้ส่งผลต่อบทบาทการเป็นแม่บ้าน การดูแลสามีและลูก



1. ผู้ชาย บทบาทความเป็นผู้นำดดถอย การดูแลครอบครัวน้อยลง

ผู้ป่วยชายได้กล่าวถึงภาวะความเจ็บป่วยส่งผลให้มีความมีภาวะผู้นำดดถอยความสามารถในการทำงาน การหารายได้หรือการดูแลครอบครัวได้ลดลงซึ่งภาระหน้าที่ทั้งหมดจะต้องตกไปอยู่ที่ภรรยา

“เปลี่ยนแปลงเยอะเลย ภาวะผู้นำดดถอย การดูแลภรรยาไม่ได้เหมือนเดิม ภรรยาต้องทำงานแทนเรา ดูแลเรา เราทำอะไรไม่ได้จากที่เคยทำ เคยสั่งคน...” (ยุทธ อายุ 61 ปี)

2. ผู้หญิง สูญเสียบทบาทความเป็นแม่บ้าน

ผู้หญิงได้กล่าวถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยว่าทำให้ต้องสูญเสียบทบาทภาระหน้าที่การทำงานในบ้านไปซึ่งทำให้สามีต้องเข้ามาดูแลและรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น

“ล้างจาน กวาดบ้าน ทำกับข้าวดูแลลูกทำเองไม่ได้เลย เปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง ตอนนี้สามีดูแลให้หมดเลย เค้าต้องอดทน เพื่อให้เราดีขึ้น เราก็ต้องทำตัวเองให้ดีขึ้น เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของเค้า (อร อายุ 43 ปี)

2. โรคหลอดเลือดสมอง: การรับรู้ความหมายและการตีความด้านความเจ็บป่วย/ความพิการ

2.1 การรับรู้ความหมายต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหญิงและชายจะให้ความหมายโรคและความพิการโดยประเมินจากการรับรู้ลักษณะอาการและประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนได้รับ โดยส่วนหนึ่งมีการให้ความหมายตัวโรคจากการได้รับความรู้และข้อมูลจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยจะนำความรู้ที่ได้รับมาประเมินร่วมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญ การให้คำนิยามความหมายของการเจ็บป่วยและความพิการของทั้งผู้หญิงและผู้ชายอาจไม่ได้มีความแตกต่างกันในด้านการให้ความหมายอย่างชัดเจน แต่อาจเห็นบางประเด็นในแง่ของการให้ความสำคัญกับภาวะความเป็นผู้นำและการมีความรู้สึกไม่ดีที่ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวของผู้ชาย หรือการให้ความหมายในเชิงความรู้สึกเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวังในผู้หญิงจะพบได้มากกว่าผู้ชาย

1. โรคที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยน เกิดความเครียด ความทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่

ผู้ป่วยให้ความหมายโรคว่ามีผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความซึมเศร้า อ่อนเพลีย เครียด เกิดความท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ซึ่งเป็นความทุกข์ที่ทำให้ความหวังทุกอย่างพังทลาย

“คนที่เป็โรคนี้ จะทำให้เกิดความท้อแท้ได้ง่าย หดหู่ เศร้าหมอง ทำให้เครียด เป็นความทุกข์ที่ทำลายทุกอย่าง” (สุดา อายุ 48 ปี)

2. เป็นโรคที่รุนแรง เลวร้าย หายช้า หายยาก

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง เป็นความเรื้อรังที่ทำให้ต้องเผชิญความทุกข์ยากลำบากยาวนาน รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ทำให้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นความรุนแรงและเลวร้ายในชีวิต

“คือโรคชนิดหนึ่งซึ่งเลวร้ายสำหรับคนมาก การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเป็นอะไรที่คนไม่อยากเป็นให้เป็นโรคหัวใจแล้วใส่หลอดเลือดเทียมยังจะดีกว่าเป็นโรคที่รักษายากถ้าไม่มีเงิน ต้องรักษาตลอดคนไม่มีเงินก็แย่ ไม่มีกำลังใจก็แย่ กำลังใจสำคัญที่สุดแต่ผมมีกำลังใจดี จากตอนนั้นถึงตอนนี้ ผมเดินโดยไม่ใช้ไม้เท้าได้ นี่ถือว่าสุดยอดแล้ว” (ก้อง อายุ 39 ปี)

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 สาเหตุของความเจ็บป่วย

ในประเด็นนี้ได้กล่าวถึงการศึกษาการรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยชายหญิง ซึ่งการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นมีหลายสาเหตุทั้งจากปัจจัยด้านการใช้ชีวิต วิถีความเป็นอยู่และการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ปัจจัยด้านความเครียดจากภาระหน้าที่และการทำงาน โดยจะเห็นได้ว่าผู้ชายที่มีความเครียดในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่จะความเครียดจะมาจากการทำงานทั้งหมด แต่ผู้หญิงที่มีความเครียดในการศึกษานี้ ความเครียดจะมาจากหลายสาเหตุและปัจจัยดังเช่น เครียดจากภาระการทำงานและความเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่หรือกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน หรือความเครียดจากภาระการทำงานและปัญหาครอบครัวซึ่งเกิดจากสามี การแบ่งการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยสามารถแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1. เกิดจากความเครียดจากการทำงานและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของตนเอง

ทั้งหญิงและชายรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยว่ามาจากความเครียดจากการทำงานและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของตนเอง เช่น การมีความเครียด นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอหรือมีกิจกรรมยามว่างที่ไม่เหมาะสม

กรณีผู้ชาย ที่มีความเครียดจากการทำงานคือ อำพล

“ความดันสูงและเครียดงาน เลยเส้นเลือดแตก ช่วงก่อนป่วยเครียด คิดมาก ซาหัวซุ่เลย...”
(อำพล อายุ 48 ปี)

กรณีผู้หญิง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นผู้ป่วยประเมินว่าเกิดจากความเครียดสะสมในหลายๆเรื่องจากภาระการทำงานหรือความเร่งรีบจากบทบาทในชีวิตประจำวันและผู้ป่วยยังมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วยแต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอีกทั้งการนอนหลับไม่เพียงพอจากการทำกิจกรรมยามว่างที่ไม่สมดุล

“น่าจะเกิดจากเครียดสะสม เหนื่อยหลายเรื่อง ทำอะไรดูมันเร่งรีบไปหมดตอนนั้น ก่อนเป็นต้องไปรับลูกจากที่เรียนพิเศษ เดี๋ยวยังไม่ถึงไหนเลย ไปไม่ไหว อ่อนแรงแขนขาไปเลย ก่อนป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอด้วย ไม่ตรงตามที่หมอสั่ง ช่วงนั้นนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนดิ๊กติดกัน มีอยู่ช่วงนึงเพราะติดโทรศัพท์ติดเฟสบุ๊คด้วย” (หัวเราะ) (อร อายุ 48 ปี)

2. ความเครียดจากบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของตนเอง

ทั้งหญิงและชาย ที่ป่วย มีความเครียดจากครอบครัว โดยผู้ชายเกี่ยวข้องกับภาระหน้าที่ ส่วนผู้หญิงเป็นเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว กรณีผู้ชายล้วนเป็นผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภาระหน้าที่ต้องเลี้ยงดูครอบครัวคือลูกและภรรยา ความเครียดของผู้ชายในกลุ่มนี้ เกิดจากการแบกรับหน้าที่และปัญหาในการทำงาน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการพักผ่อนน้อย

“ที่เป็นเพราะความเครียดที่ถูกโกง ความดันขึ้น ไม่ค่อยได้ทานยา นอนไม่หลับ คิดมาก ต้องไปขึ้นโรงขึ้นศาล เสียเงินเสียทอง ...” (ลุงสิน อายุ 73 ปี)



กรณีหญิงที่นอกจากจะมีความเครียดจากภาระการทำงานนอกบ้านแล้ว การที่ผู้ชายคนรักนอกใจไปมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์และทรมานจิตใจเป็นอย่างมาก และยังเป็นการตอกย้ำซ้ำเติมผู้หญิงให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิตและคิดว่านี่คือสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย

“คิดว่าเกิดจากความเครียด ความโกรธ แค้นที่สามีไปมีภรรยาอีกคน มันปล่อยวางไม่ได้” (สุดา อายุ 48 ปี) “...ที่จริงความเครียดมันก็มีหลายเรื่อง เรื่องงานก็เครียดแต่ที่ทำให้เราคิดมากที่สุดก็คือเรื่องสามี ทุกข์ใจ ไม่มีความสุขเลย” (สุดา อายุ 48 ปี)

3. เพศภาวะกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในการจัดการกับปัญหา

3.1 ประสบการณ์ด้านการเผชิญปัญหา

เมื่อบุคคลต้องเผชิญความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นย่อมนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงและความพลิกผันหลายอย่างในชีวิต ความเป็นผู้หญิงและความเป็นผู้ชายที่มีบทบาทหน้าที่ต่างกันย่อมจะส่งผลถึงความเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น ด้านการทำงาน การยอมรับของคนในสังคม สภาพจิตใจ เศรษฐกิจ ซึ่งการเผชิญกับความเจ็บป่วย ผลกระทบกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปเหล่านี้ จะมีความท้าทายในการที่ผู้ป่วยจะหาทางจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาให้ได้ การเผชิญปัญหาสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

3.1.1 การเผชิญปัญหาด้านการจิตใจกับเพศภาวะ

ผู้ป่วยทั้งหญิงและชายเมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบทางด้านจิตใจซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เศร้าใจแต่ประเด็นความแตกต่างของผู้หญิงและผู้ชายในการศึกษานี้ คือผู้หญิงมีความคิดที่มีความอ่อนไหวกว่าผู้ชาย บางครั้งการร้องไห้ง่ายและบ่อยกว่าผู้ชาย มีความซึมเศร้าที่ยาวนาน และสะท้อนอารมณ์ได้ง่ายกว่าผู้ชาย บางอย่างแสดงออกถึงความต้องการมีที่ยึดเหนี่ยว การมีที่พึ่งพิง ขณะที่ผู้ชายมีความเป็นอิสระ ไม่ค่อยยึดติดกับคู่ชีวิตผู้หญิง ผู้ชายพยายามสร้างความแข็งแกร่งด้วยตัวเอง อาจด้วยความคิดว่าผู้ชายนั้นมีความเป็นผู้้น่า ต้องมีความแข็งแรง อดทน

ผู้หญิง อ่อนไหว ร้องไห้ง่าย ต้องการที่พึ่งพิง

“เมื่อก่อนทำใจไม่ได้เลย อยากกลืนใจตายไปเลย อยู่บ้านแรกกๆ ฟุ้งซ่าน อยู่คนเดียว คิดมาก ร้องไห้ตลอด เครียด ฟุ้งซ่าน หดหู่ ซึมเศร้า พอได้ไปทำงานก็ดีขึ้นนะ สึกก็คิดเรื่องอื่นไป ตอนนี้พอทำใจได้บ้างแล้วแต่ก็มีบ้างนะ อยากให้ตัวเองดีกว่านี้ (ร้องไห้)” (อร อายุ 43 ปี)

“อยากได้กำลังใจจากสามี อยากให้สามีกลับมาดูแลเอาใจใส่เหมือนเดิม” (สุดา อายุ 48 ปี)

ผู้ชาย เข้มแข็ง กำลังใจมาจากตนเอง

“ช่วงแรกๆก็คิดมาก คนเราเคยทำงานนะ แต่ไม่ร้องไห้เลย จะไปร้องทำไม ไม่มีประโยชน์ ค่อยๆ ปรับ ใหม่ๆ เราทำใจไม่ได้ก็คิดมาก วางแผนมาแล้วล้ม เราก็หงุดหงิด ตอนนี้เราต้องใจเย็นแล้ว ช่วง 4 เดือนไปแล้วเริ่มปรับอารมณ์ได้ไม่ค่อยหงุดหงิด กำลังใจต้องสร้างให้ตัวเองก่อน ถ้าเราไม่สู้เอง ใครจะมาทำให้เรา” (ยุทธ อายุ 61 ปี)

อย่างไรก็ดีมีผู้ชายที่มีแนวโน้ม มีความซึมเศร้าและต้องการกำลังใจจากผู้อื่นโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว



“หญิงหญิงด้ายเชื่องซึ่มหมดหวัง ท้อแท้ ซึ่มเศร้า ว่าเราจะกลับไปทำงานได้หรือไม่ หามอ กินยาแก้ซึมเศร้า แก้เครียด เราจับไม่ได้ เหมือนอยากตาย มีกำลังใจได้เพราะคิดถึงลูก ภรรยา...” (อำพล อายุ 48 ปี)

3.2 เพศภาวะกับการจัดการปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองกับ

3.2.1 การปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยและความพิการ

ความแตกต่างของผู้หญิงและผู้ชายยังมีในเรื่องของระยะเวลาในการช่วยเหลือตนเองได้ของผู้หญิงและผู้ชาย โดยผู้ชายมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือตนเองได้เร็วกว่าผู้หญิง ส่วนผู้หญิงนั้นมีแนวโน้มจะต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้ชาย

บ้านวล หญิงสูงอายุ ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 2 ปี แต่การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันก็ยังคงต้องการผู้ช่วยเหลืออยู่

“ไม่ถึง 50 % เพราะมันใช้มือเดียว ตอนนี้พี่เลี้ยงช่วยดูแลเรา อาบน้ำยังต้องการคนช่วยอยู่ เท้าก็ยกได้ช้า ถ้าอาบน้ำก็อาบได้ ก็มีแต่มือขวา คั้นหลังก็เกาะไม่ได้” (บ้านวล อายุ 75 ปี)

กรณี ลุงสินซึ่งมีอายุ 73 ปี ได้เล่าถึงการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตั้งแต่ช่วง 6 เดือนแรกของการเจ็บป่วย

“ช่วยเหลือตัวเองได้ช่วงห้าหกเดือน พยายามใส่เสื้อผ้าเอง มือขวาช่วยประคอง พยายามควบคุมเอง คิดว่าต้องทำให้ได้สิ ไม่อยากเป็นภาระของแฟน ไม่อย่างนั้นเค้าต้องช่วยเราตลอด” (ลุงสิน อายุ 73 ปี)

อย่างไรก็ดีในผู้หญิงที่มีการศึกษาดี มีหน้าที่การงานในตำแหน่งสูง ก็มีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือตนเองได้ดีพอๆกับผู้ชาย

“ระยะเวลาระหว่าง 1 ปี พอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1-3 เดือนแรกจะพยายามช่วยเหลือตนเองพอทำได้ แต่ไม่ค่อยมั่นคง แต่ถ้ามั่นคงขึ้นนี้ 1 ปี ตอนนี้ช่วยเหลือตัวเองได้หมด ซักผ้า ตากผ้าได้ ทำงานบ้านเบาๆได้ ล้างจาน ซักผ้าเอง ก่อนหน้านี้ให้สามีทำให้ตลอด” (นภา อายุ 56 ปี)

3.2.2 การปรับตัวต่อความสูญเสีย

เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความทุกข์ยากลำบากจากความเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมีกระบวนการปรับตัว โดยจะมีการประเมินจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดในการต่อสู้เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ได้ในสังคม การปรับตัวของผู้ป่วยทั้งหญิงและชายในการศึกษานี้มีการปรับตัวดังนี้คือ มีทั้งการพยายามปรับตัวให้กลับมาเหมือนเดิมและปรับตัวใหม่ให้อยู่กับสถานะในปัจจุบันให้ได้เมื่อประเมินแล้วว่าจะสามารถทำให้ตนเองมีความสุข

การปรับตัวด้านภาพลักษณ์

ผู้ป่วยทั้งผู้ชาย(ก้อง)และผู้หญิง(นภา)ต่างมีการปรับตัวเพื่อให้ภาพลักษณ์เดิมของตนกลับคืนมาอีกครั้งด้วยวิธีการที่ต่างกันตามการให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ของตน ก้องใช้วิธีการฝึกออกกำลังกายบ่งบอกเพื่อให้การเดินกลับมาเป็นปกติ ส่วนนภาพายามหากรรมมาบำรุงผิวหน้าให้กลับมาสวยงามเหมือนเดิม

“การเดินก็พยายามฝึกเดินทุกวัน มาฝึกที่นี่แล้วก็ฝึกเดินที่บ้าน ตอนนี้ผมก็เดินได้เหมือนคนปกติ คนดูไม่ออก...” (ก้อง อายุ 39 ปี)



“พยายามปรับบุคลิกภาพ คนป่วยเป็นโรคนี้มันจะซีดจะเขียว จะโหม หน้าตาเปลี่ยนไปจากเดิมเยอะเลย พอเราบำรุงให้หน้าตามันกลับมาเหมือนเดิม แต่งหน้าเหมือนเดิมแล้ว คนจะทักว่าเหมือนเดิมแล้วนะ ก่อนป่วยนี่จะเป็นคนแต่งตัว...” (นภา อายุ 56 ปี)

การปรับตัวด้านบทบาท

ความเจ็บป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ บทบาทภาระงานที่เคยทำในอดีตเมื่อในปัจจุบันไม่สามารถทำได้ ผู้ป่วยมีการปรับตัวใหม่ โดยปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ให้สอดคล้องกับความสามารถของตน ดังเช่นการปรับเปลี่ยนบทบาทเรื่องการเป็นแม่บ้านของป้านวลและบทบาทการทำงานของยุทธ

“บ้านรกรกปล่อยให้รกไป ไม่ได้ทำงานบ้านมา 2 ปีแล้ว ตอนนั้นก็ปล่อยให้คนอื่นทำไป เราเหนื่อยมามากพอแล้ว ถ้ากลับไปนี่อาจแค่หุงข้าวอย่างเดียว...” (ป้านวล อายุ 75 ปี)

“เมื่อก่อนเรื่องการทำงานแต่ตอนนี้ไม่คิดอะไรแล้ว แต่ที่ได้คือ สิ่งที่เราหวังว่าจะทำนู่นทำนี่ แต่มันไม่ได้เราก็ได้เรียนรู้ของจริง ที่ตั้งความหวังไว้มันไม่เป็นอย่างหวัง แต่คิดอีกทีมันก็ได้ปลดปล่อยคือไม่เครียดงาน เรามีเวลาทำบุญบ้าง ปล่อยวางไม่ต้องมาเครียดเหมือนเมื่อก่อนที่ทำงาน ตอนนั้นก็ตั้งใจว่าจะทำบุญ บริจาคทานให้คนทุกซีก...” (ยุทธ อายุ 61 ปี)

การอภิปราย

1. จากข้อมูลจะพบว่าเพศภาวะสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เรามองเห็นปัจจัยเรื่องเพศภาวะที่มาส่งผลกับความเจ็บป่วย ดังเช่นการฟื้นตัวและการช่วยเหลือตนเองในการศึกษานี้ผู้ชายจะทำได้ดีกว่าในผู้หญิงซึ่งอาจมีภาวะพึ่งพิงมากกว่าซึ่งจะสัมพันธ์กับความอ่อนไหวทางด้านจิตใจทำให้การเสริมสร้างกำลังใจทำได้น้อยกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตามเราพบว่ามีผู้หญิงในการศึกษานี้ทั้งหมดที่มีการฟื้นตัวและการช่วยเหลือตนเองใกล้เคียงกับผู้ป่วยชายจะเป็นผู้หญิงที่มีหน้าที่การทำงานที่ดี ซึ่งกล่าวคืออาจปัจจัยเสริมอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ระดับการศึกษา บุคลิกภาพส่วนบุคคลหรือสถานะทางสังคมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยชายและหญิงที่ต่างกันอาจเป็นผลมาจาก การหล่อหลอมความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเพศในสังคมที่ได้รับอิทธิพลชายเป็นใหญ่ การที่สังคมหล่อหลอมให้ถูกมองเป็นเรื่องธรรมดา ทำให้ผู้ชายและผู้หญิงยึดถือและปฏิบัติตามสิ่งที่ถือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งอาจพัฒนาเป็นความเหลื่อมล้ำ ดังเช่นการที่ผู้หญิงปัจจุบันยังต้องมียบทบาทการทำงานทั้งนอกบ้าน และในบ้าน การที่ผู้ชายสามารถนอกใจภรรยาได้โดยเห็นเป็นเรื่องปกติ จากอิทธิพลชายเป็นใหญ่ในสังคมจะส่งผลให้ผู้หญิงกลายเป็นผู้ยอมตาม โดยที่ผู้หญิงไม่รู้ตัวและพัฒนาภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตและส่งผลกระทบเมื่อเกิดความเจ็บป่วยซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี De Behavior's feminist theory (1974) อ้างใน Kvigne and Kiekevold (2002) ในเรื่องบทบาทการเป็นผู้ยอมตาม (Passive role) ของผู้หญิง และบทบาทแบบผู้ปฏิบัติ (Active role) ของผู้ชาย

2. แม้หญิงชายส่วนใหญ่ในสังคมยังคงได้รับอิทธิพลของแนวคิดเพศภาวะกระแสหลัก นั่นคือการมองภาพแบบตายตัวและรับรู้คุณลักษณะและบทบาทระหว่างหญิงชายที่มีความแตกต่างและอาจดูเหมือนเป็นขั้วตรงข้ามกัน (Robertson, 2009) จากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่อาจมีการดำรงอยู่ในสังคม แต่ความเป็นเพศภาวะนั้นมีความซับซ้อน การดำรงบทบาทของผู้หญิงและผู้ชายในปัจจุบันมีรูปแบบที่หลากหลายและมีความสัมพันธ์กับมิติทางสังคมวัฒนธรรม การแบ่งความเป็นหญิงและความเป็นชายแบบขั้ว

ตรงข้ามจึงอาจไม่ได้ชัดเจนมากนัก ดังเช่นแม้สังคมจะคาดหวังความเป็นหญิงที่มีความเป็นกุลสตรี เป็นแม่ศรีเรือน แต่ในปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสดำรงเข้าสู่บทบาทการทำงานที่มากขึ้น หรือมีการให้ความหมายและความสำคัญกับบทบาทหน้าที่การทำงานเมื่อเกิดความเจ็บป่วย หรือในบางครั้งเมื่อผู้ชายเกิดความเจ็บป่วยอาจมีความท้อแท้ อ่อนแอและต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้างได้เช่นเดียวกัน

3. ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยที่ตัวโรคมากกว่าการเข้าถึงมิติความเจ็บป่วยที่สะท้อนความเป็นตัวตนของมนุษย์ ที่มีความแตกต่างกันตามเพศภาวะ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก ที่ผู้ให้บริการควรจะต้องมองถึงความเจ็บป่วยที่ไปมีผลกระทบกับความเป็นตัวตนและบทบาทเพศของบุคคลอย่างไร สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานเช่นงานของ Andersson and Hansebo (2009) ที่กล่าวถึงผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการจัดการปัญหาที่แตกต่างกันของหญิงชาย หรือนงานของ Lofmark (2007) ที่พูดถึงรูปแบบการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิงและชายที่มีความแตกต่างกัน เป็นต้น การจะแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยที่แท้จริง ระบบบริการควรที่จะตระหนักถึงคุณละเอียดย่อยเชิงเพศภาวะ และเข้าถึงมิติความมีชีวิตของคนที่หลากหลายมิติและมีความเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ทางสังคม อารมณ์จิตใจ เพื่อนำไปจัดโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู หรือให้คำแนะนำปรึกษาที่มีความครอบคลุมถึงปัญหาที่มีความแตกต่างกันตามเพศภาวะ และจัดการปัญหาได้อย่างตรงจุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ตระหนักถึงคุณละเอียดย่อยเชิงเพศภาวะของชายและหญิงเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลหรือนำไปออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย และช่วยในการสนับสนุนญาติและคนในครอบครัวในเรื่องการเสริมพลังใจและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนึงถึงคุณละเอียดย่อยเชิงเพศภาวะมากขึ้น

2. รัฐบาลควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น โดยคำนึงถึงพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้หญิงและผู้ชาย และควรใช้การสื่อสารที่มีความเข้มข้นมากกว่านี้ เช่นสื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์หรือจัดโครงการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนหญิงและชายได้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียของการไม่ดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ มาเกต. (2551). การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นฟูความสามารถ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิศักดิ์ ชินชัยและทศพร บรรยมา. (2548). กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาด้านระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- วารุณี ภูริสินสิทธิ. (ม.ป.ป.). ความเป็นเพศ (Gender). (online). แหล่งที่มา : <http://61.47.2.69/midnight/midnightuniv/newpage91.htm> (20 เมษายน 2557)
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2555). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2555. (Online). แหล่งที่มา : <http://www.riskcomddc.com/news/mass-media-detail.php?id=15634>. (12 เมษายน 2556)
- สุชาดา ทวีสิทธิ. (2547). เพศภาวะ: การทำท่าย่าง การค้นพบตัวตน. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และ ธนวันต์ กาบภิรมย์. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 43(17), 257-64.
- Andresson A and Hansebo G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2038-2045.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Compressed Mortality File 1999-2009. (online). Available from: <http://wonder.cdc.gov/mortSQL.html>. (9 ตุลาคม 2556)
- Charmaz K. (1995). Identity dilemmas of chronically ill men. cite in Löfmark U. (2007). From a gender and socioeconomic Perspective. Umea Sweden: Reproplint AB Stockholm.
- Connell R.W. (1987). *Gender and Power*. Blackwell Publishers Ltd. Cambridge: Polity Press. Cite in Löfmark U. (2007). From a gender and socioeconomic perspective. Umea Sweden: Reproplint AB Stockholm.
- Connell R.W. (1995). *Masculinities*. London: Polity press.
- de Beauvoir S. (1974) *The Second Sex*. cite in Kvigne K. and Kirkevold M. (2002). A feminist perspective on stroke rehabilitation: the relevance of de Beauvoir's theory. Blackwell Science Ltd 2002 *Nursing Philosophy*, 3, 79-89.
- Desires U., Shakespeare T., Gillespie-Sells K. and Davies D. (1996). "Identity and Imagery" in *The Sexual Politics of Disability*. Cassell, 49-86.
- Gerschick, Thomas J. and Miller A.S. (1994) *Coming to Terms: "Masculinity and Physical Disability" in Men and Masculinity*. London: Mayfield Publishing Company, 125-137.
- Kvigne K. and Kirkevold M. (2002). A feminist perspective on stroke rehabilitation: the relevance of de Beauvoir's theory. Blackwell Science Ltd 2002 *Nursing Philosophy*, 3, 79-89.
- Kvigne K. and Kirkevold M. (2003). *Living With Bodily Strangeness: Women's Experiences of Their Changing and Unpredictable Body Following a Stroke*. *Qualitative health research*, 9(13), 1291-1310.
- Lektakraw. (2555). การดูแลสภาวะทางเพศ. (Online). แหล่งที่มา: <http://lektakraw.wordpress.com/> (12 ธันวาคม 2556).

Robertson S. (2009). Theories of Masculinities and Men's Health-Seeking Practices. Nowhere Man Press.



**การรับรู้ความสามารถตนเอง, การกล่าวอ้างสาเหตุ และการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
โรคติดต่อโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
ในนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวประเทศไทย**
**Self-efficacy, Attribution and Preventive Practices of Vector-borne/Food and
Water-borne Diseases among Travellers Visiting Thailand**

ฐิตียา โพนาม

thitiya.pon@mahidol.ac.th

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The objectives of this study were to examine preventive practices concerning vector-borne/food and water-borne diseases among backpackers visiting Thailand, and to predict the practices by using related self-efficacy and attribution. The samples of 389 backpackers (older than 18 years old) from Europe and America had been accidentally sampled at surrounding Khaosan road. A self-administered questionnaire was used for data collection. Descriptive statistics were use for data analysis, correlation and multiple regression analysis as well.

The results of the study showed that 63.49% of the respondents were in a median-high level group of preventive practices, and 70.95% of them were in a group of high self-efficacy level. However, more than half of them indicated that being not good enough in preventive practices were caused by several external factors. Foe examples, not wearing long pants was due to hot weather, not washing their hands after using the toilet because there was no water availability etc. The multiple regression analysis revealed that the preventive practices were explained by self-efficacy, attribution, Thailand visiting experience and their nationalities for only 20.80%

The findings of this study should provide us some recommendations in policy implementation that it should support the confidence (self-efficacy) of travelers, especially in those from Europe who do not have experience in Thailand. Besides, it would also be emphasizing on environmental management for facilitating the preventive practices.

Keywords: Travellers/Preventive Practices/Self-Efficacy/Attribution/Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งหาคำตอบเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ของนักท่องเที่ยวแบบแบกเป้ที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย อีกทั้งยังมุ่งศึกษาความสามารถในการทำนายด้วยการรับรู้ความสามารถของตน และการกล่าวอ้างสาเหตุของพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีเชื้อชาติมาจากทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา มีอายุ 18 ปีขึ้นไปพักอาศัยอยู่ที่บริเวณถนนข้าวสารที่สุ่มโดยบังเอิญ ได้กลุ่มตัวอย่าง 389 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามตอบด้วยตัวเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า นักท่องเที่ยวตัวอย่างร้อยละ 63.49 มีคะแนนในการประเมินระดับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และร้อยละ 70.95 มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ ในระดับสูง อย่างไรก็ตามนักท่องเที่ยวตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง ได้กล่าวอ้างสาเหตุของการไม่สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคฯ ไปยังสาเหตุที่มาจากปัจจัยภายนอกตนเอง เช่น ไม่สวมหน้ากากยาวเพราะอากาศร้อน, ไม่ล้างมือเพราะไม่มีน้ำล้างมือ สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า การรับรู้ความสามารถของตน, การกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม, ประสบการณ์มาท่องเที่ยวประเทศไทย และสัญชาติของนักท่องเที่ยว พบว่าร่วมกันทำนายการปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ ได้ร้อยละ 20.80

ผลการศึกษาครั้งนี้ย่อมนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้นักท่องเที่ยว โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวยุโรปที่มาท่องเที่ยวประเทศไทยครั้งแรก ได้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวป้องกันโรคได้ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานที่ท่องเที่ยวให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนป้องกันโรคฯ

คำสำคัญ: นักท่องเที่ยว/การปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ/ความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง/การกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม/ประเทศไทย

บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีชื่อเสียงในการท่องเที่ยว ในแต่ละปีมีชาวต่างชาติจำนวนไม่น้อยเดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย จากตัวเลขของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาพบว่าในปี พ.ศ.2554 มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามามากกว่า 17 ล้านคน (Ministry of Tourism and Sports, Thailand, 2011) โดยเพิ่มขึ้นจากตัวเลขในปี พ.ศ.2551 ที่มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวประมาณ 14 ล้านคน (Ministry of Tourism and Sports, Thailand, 2009) การมีจำนวนนักท่องเที่ยวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้าในการคมนาคม อันทำให้การเดินทางข้ามระหว่างประเทศสะดวกและง่ายขึ้น จนมีการกล่าวกันว่าสมัยนี้คือยุคโลกาภิวัตน์ที่ผู้คนจากมุมโลกหนึ่งที่มีภูมิอากาศหนาวเย็น เช่น ชาวยุโรปหรือชาวอเมริกัน ได้ท่องเที่ยวในอีกมุมโลกหนึ่งที่มีภูมิอากาศร้อนขึ้นอย่างในประเทศไทย



สำหรับการเดินทางท่องเที่ยวในสภาพแวดล้อมใหม่ ทั้งในแง่ภูมิประเทศและภูมิอากาศที่แตกต่างไปจากที่นักท่องเที่ยวคุ้นเคยแล้ว นักท่องเที่ยวอาจเสี่ยงต่อโรคติดต่อนำโดยแมลง (Vector-borne Diseases) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ยุง” ที่เป็นพาหะของหลายโรค ได้แก่ โรคมาลาเรีย(Malaria) โรคไข้เหลือง (Yellow Fever) โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever) โรคไข้สมองอักเสบ (Japanese encephalitis) โรคไข้วปวดข้อยุงลาย (Chikungunya) และโรคเท้าช้าง(Lymphatic filariasis) (International travel and health, 2010) สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยนั้นมี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) โรคไข้เลือดออกทั่วไป ซึ่งจากรายงานผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 ม.ค.-13 ธ.ค. 2554 พบผู้ป่วย 63,971 ราย เสียชีวิต 59 ราย และ(2) ไข้เลือดออกชนิดรุนแรง พบผู้ป่วย 1,214 ราย เสียชีวิต 43 ราย กระจายอยู่ทั่วประเทศ ขณะที่สถานการณ์ไข้มาลาเรียพบผู้ป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.-15 ก.ย.2555 จำนวน 11,243 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) นอกจากโรคติดต่อนำโดยแมลงแล้ว โรคที่พบบ่อยที่ในประเทศเขตร้อน ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำดื่ม (Food-borne and Water-borne Diseases) โรคกลุ่มนี้ติดต่อโดยการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อน โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง (Diarrhea) โรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis A) โรคไทฟอยด์หรือโรคไข้วรากสาदनอย (Typhoid) โรคบิด (Dysentery) และอหิวาตกโรค (Cholera) เป็นต้น (International travel and health, 2010) โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อชนิดนี้ฟักตัวได้ดีในสภาพอากาศร้อน รวมทั้งประเทศไทยด้วย เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำที่มีเชื้อปนเปื้อนเข้าไป สำหรับประเทศไทยพบว่าในเดือนมกราคม 2555 มีรายงานผู้ป่วยทั้ง 5 โรค รวม 63,152 ราย เสียชีวิต 2 ราย โรคที่พบมากอันดับ 1 ได้แก่ (1) โรคอุจจาระร่วง (57,592 ราย) มีรายงานเสียชีวิต 2 ราย ซึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป รองลงมาคือ (2)โรคอาหารเป็นพิษ (4,815 ราย) (3) โรคบิด (453 ราย) (4) ไทฟอยด์ (63 ราย) และ(5) โรคอหิวาตกโรค (2 ราย) และตลอดปี 2554 มีรายงานผู้ป่วยจาก 5 โรคดังกล่าว รวม 1,412,803 ราย เสียชีวิต 64 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

สำหรับนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย ย่อมมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อนำโดยแมลง /โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ซึ่งอาจจะย้อนกลับมาส่งผลกระทบต่อ การส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศไทย ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวและการป้องกันโรคติดต่อเหล่านี้ ในกลุ่มนักท่องเที่ยวจึงเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกล่าวอ้างสาเหตุในประเด็นอันเกี่ยวกับการการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ว่าจะสามารถทำนายการปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ ของกลุ่มนักท่องเที่ยวแบบแบกเป้ได้หรือไม่เพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฯ,ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำของนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย
- เพื่อศึกษาลักษณะการกล่าวอ้างสาเหตุในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำของนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย

- เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำของนักท่องเที่ยวด้วยการรับรู้ความสามารถของตน และการกล่าวสาเหตุแห่งพฤติกรรม

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)

การรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่างที่จำเป็น อันนำไปสู่เป้าหมายที่คาดหวัง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือการแสดงพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง/โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวคิดทฤษฎีที่แบนดูรา ได้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีข้อสมมติฐานว่า กระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชักนำหรือถูกเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วมาจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการแสดงการกระทำ (Effective Performance) ของบุคคล แบนดูรา (Bandura, 1977) เสนอว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) (Bandura, 1978) กล่าวคือความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ความสามารถของตน (2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมย่อยที่บุคคลจำเป็นต้องแสดงเพื่อบรรลุผลให้ได้ และ (3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม เช่น สภาพอากาศ, การมีแหล่งน้ำไว้ใช้ทำความสะอาด

แบนดูรา (Bandura, 1977) สรุปว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือ ความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ (one own ability to produce particular response) โดยแบนดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถที่เหมือนกัน แต่อาจแสดงออกในเชิงพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกันได้ ถ้าบุคคลทั้งสองคนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน และในแต่ละประสบการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ด้วย แบนดูรากล่าวว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จำเป็น และกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนในการแสดงพฤติกรรมย่อยต่างๆ ที่จำเป็น ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาหัส ไม่ท้อถอย และจะกระทำจนประสบความสำเร็จได้ในที่สุด (Evans, 1989)

การกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม (Attribution)

การกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม (Attribution) เป็นแนวคิดที่ได้ถูกนำเสนอโดยไฮเดอร์ (Heider, 1958) เขาได้อธิบายว่า โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามอ้างเหตุของพฤติกรรม หรืออธิบายเหตุผลของพฤติกรรมของทั้งตนเองและผู้อื่น โดยจะกล่าวอ้างว่ามาจากปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัยคือ (1) ปัจจัยภายในบุคคลเอง เช่น ความตั้งใจ ความพยายาม หรือแรงจูงใจ และ(2) ปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อม สถานการณ์ทาง



สังคม การกระทำของคนอื่นหรือแม้แต่โชคชะตา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ที่นักท่องเที่ยวไม่ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค นอกจากอาจเป็นเพราะไม่เชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะทำได้แล้ว ยังอาจเกิดจากการอ้างเหตุผลแห่งพฤติกรรม(attribution) โดยนักท่องเที่ยวอาจอธิบายกับตนเองว่า ที่ตนไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้เป็นเพราะไม่มีสิ่งที่จะใช้ในการป้องกัน เช่น ไม่มียากันยุง, ไม่มีน้ำล้างมือ หรืออาจเป็นเพราะปัจจัยภายในตนเอง เช่น อยากทดลองรับประทานอาหารแบบใหม่ถึงแม้ว่าจะสนุก ดิบๆ ก็ตาม กล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้นด้วยการยกตัวอย่าง เช่น นักท่องเที่ยวอาจจะอ้างว่าตนเองไม่ล้างมือเพราะไม่มีน้ำ (ปัจจัยภายนอก) หรือไม่ทากันยุงเพราะไม่ชอบยาทากันยุง (ปัจจัยภายในตน)

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ นักท่องเที่ยวที่มีสัญชาติมาจากทวีปอเมริกาและทวีปยุโรป ทั้งชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยในถนนข้าวสารหรือบริเวณใกล้เคียง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดประชากรทั้งหมดที่ศึกษาที่คาดประมาณจากจำนวนห้องพักรวมประชากรประมาณ 2,000 คน คำนวณได้กลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 333 คน และเก็บเพิ่มอีก 10% สำหรับทดแทนฉบับที่ไม่สมบูรณ์ โดยรวบรวมได้ทั้งสิ้น 389 คน ซึ่งสุ่มโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) เมื่อพบเจอนักท่องเที่ยว โดยใช้เกณฑ์อายุ สัญชาติของนักท่องเที่ยว อีกทั้งจะต้องมีความยินดีที่จะให้ข้อมูล และสามารถให้ข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ครอบคลุมตัวแปรต่างๆ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเป็นแบบสอบถามประเภทคำถามปลายปิด (Close-ended questions) เกือบทั้งหมด ซึ่งผู้ตอบเลือกคำตอบที่กำหนดไว้เท่านั้น เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ด้านสังคมศาสตร์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว เพื่อทดสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วจึงนำไปทดสอบใช้กับนักท่องเที่ยวที่ถนนข้าวสาร จำนวน 30 ราย และทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ด้วยการดูความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยใช้ค่า Cronbach's Alpha coefficient ซึ่งมาตรวจวัดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และมาตรวจวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และมาตรวจวัดการกล่าวอ้างสาเหตุเท่ากับ 0.60 แบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น และข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ เชื้อชาติ จำนวนครั้งที่มาประเทศไทย ผู้ร่วมเดินทางมาท่องเที่ยว ระยะเวลาที่จะอยู่ในประเทศไทย พื้นที่ที่จะเดินทางท่องเที่ยว และการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพก่อนมาท่องเที่ยวประเทศไทย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ในครั้งนี้ แบบสอบถามในส่วนนี้เป็นการเสนอข้อความที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลงและโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินใน 2 ด้าน คือ ด้านแรก เป็นการประเมินระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และด้านที่สอง เป็นการประเมินระดับ

การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฯ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตรา
ประมาณค่า (Rating Scale) มีการให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ และการรับรู้
ความสามารถของตนเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการกล่าวอ้างสาเหตุในการไม่ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฯ ข้อคำถามส่วนนี้มี
ลักษณะเป็นการให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่สำคัญที่สุด ว่าเป็นสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตัวป้องกันโรค
ฯ ซึ่งลักษณะคำตอบที่มีให้ มีลักษณะเป็นรายการให้เลือก โดยคำตอบที่เลือกนั้นจะครอบคลุมทั้งการกล่าว
อ้างสาเหตุที่มาจากปัจจัยภายใน และการกล่าวอ้างสาเหตุที่มาจากปัจจัยภายนอก นอกจากนั้นยังมีคำตอบ
ให้เลือกเป็นคำถามปลายเปิด (อื่นๆ โปรดระบุ.....)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยให้นักท่องเที่ยวเป็นผู้ตอบเอง ซึ่งมีขั้นตอนใน
การเก็บแบบสอบถามดังต่อไปนี้

(1) ผู้วิจัยได้เข้าสอบถามนักท่องเที่ยวว่ามาจากประเทศใด หากมาจากทวีปอเมริกาและทวีปยุโรป
ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือและเชิญให้นักท่องเที่ยวกรอกแบบสอบถาม การศึกษาครั้งนี้เก็บแบบสอบถามได้
ทั้งหมด 389 ฉบับ

(2) ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแนะนำให้ผู้ร่วมวิจัย 1 หน้า สำหรับผู้ร่วมวิจัยที่ต้องการทราบข้อมูล
เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

(3) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องกรอกชื่อหรือลายเซ็นลงในแบบสอบถาม

(4) เวลาที่ใช้ในการกรอกแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

(5) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับความเป็นส่วนตัวขณะกรอกแบบสอบถาม แต่ถ้าหากมีข้อสงสัยสามารถ
ซักถามผู้วิจัยได้ทันที

สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย:

(1) การตัดสินใจของผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็นความสมัครใจ

(2) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการตอบคำถามหรือเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา

(3) ในแบบสอบถามไม่มีข้อมูลที่ระบุได้ว่าใครเป็นผู้ตอบ และแบบสอบถามมิได้ถูกนำไปเผยแพร่ที่
ใด

(4) ผลการวิจัยได้ถูกรายงานหรือเผยแพร่ในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ข้อค้นพบ

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้นักท่องเที่ยวต่างชาติ ที่มีสัญชาติ
เป็นชาวยุโรปและอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.0 เป็นชาวยุโรป กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง
เล็กน้อยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.8) มีอายุเฉลี่ย 27.6 ปี (range = 18-65 ปี) สำหรับข้อมูลการเดินทางมา
ท่องเที่ยวในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นนักท่องเที่ยวที่มาประเทศไทยครั้ง
แรกประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.6) และเคยมาเที่ยวแล้วก่อนหน้านี้ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ
49.4) และส่วนใหญ่ที่มาอยู่และท่องเที่ยวประเทศไทยแล้วมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่มาแล้ว 2-7 วัน (ร้อยละ



62.0) รองลงมามีจำนวน 8-14 วัน (ร้อยละ 19.6) และมีผู้ที่อยู่มาแล้วมากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 2.7 โดยมีวันต่ำสุด 1 วัน และสูงสุด 1 ปี ในส่วนจำนวนคนที่เดินทางร่วมกันในการท่องเที่ยวครั้งนี้ พบว่ามีนักท่องเที่ยวตัวอย่างที่เดินทางมาท่องเที่ยวลำพังเพียงคนเดียว ร้อยละ 15.4 และมีผู้ร่วมเดินทางด้วย 1 คน ไม่ร่วมผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 17.2 แต่ที่ร่วมเดินทางด้วย 2-4 คน ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.2) และผู้ร่วมเดินทางมากกว่า 5 คนขึ้นไปพบ ร้อยละ 21.2 สำหรับความสัมพันธ์ของผู้ร่วมเดินทางท่องเที่ยวนี้ เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.5) มาจากกลุ่มเพื่อน รองลงมาเป็นการเดินทางมากับคู่รัก (ร้อยละ 23.9) และมากับครอบครัว (สามี ภรรยา พี่ น้อง ลูก) (ร้อยละ 15.2) ส่วนสถานที่ที่จะเดินทางไปท่องเที่ยว พบว่านอกจากในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว นักท่องเที่ยวตัวอย่างจะเดินทางไปท่องเที่ยวในพื้นที่ในเมือง ร้อยละ 39.8 ท่องเที่ยวเฉพาะในชนบท (ร้อยละ 22.6) และท่องเที่ยวทั้งเขตชนบทและในเมือง (ร้อยละ 37.6) จากข้อมูลที่ได้พบว่าร้อยละ 74.6 ของนักท่องเที่ยวตัวอย่าง (3 ใน 4) มีการเตรียมตัวก่อนการเดินทางเป็นอย่างดี มีเพียงร้อยละ 25.4 ของนักท่องเที่ยวตัวอย่างที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลทางสุขภาพก่อนการท่องเที่ยว

การศึกษาครั้งนี้ได้วัดระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในนักท่องเที่ยวตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรค พบว่านักท่องเที่ยวตัวอย่างได้ประเมินโดยให้คะแนนสูงสุดถึง 62 คะแนน และคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 29 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.0 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.16 คะแนน และได้แบ่งระดับการปฏิบัติตัวป้องกันโรค เป็น 3 กลุ่ม ด้วยการอิงกลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนระดับต่ำ (14-38 คะแนน) มีร้อยละ 22.62 ของกลุ่มนักท่องเที่ยวตัวอย่าง ในขณะที่คะแนนระดับปานกลางค่อนข้างสูง (39-50 คะแนน) มีมากถึงร้อยละ 63.49 ส่วนคะแนน ระดับสูง (51-70 คะแนน) มีเพียงร้อยละ 13.89

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ในส่วนนี้ได้ประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่านักท่องเที่ยวตัวอย่างได้ประเมินโดยให้คะแนนรวมสูงสุดถึง 70 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.96 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.55 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 47 คะแนน และมีการแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคะแนนระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (14-39 คะแนน) มีร้อยละ 26.47 กลุ่มระดับปานกลางค่อนข้างสูง (40-55 คะแนน) มีมากถึงร้อยละ 70.95 สำหรับกลุ่มคะแนนระดับสูง (56-70 คะแนน) มีเพียงร้อยละ 2.58 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาการกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวป้องกันโรค ในส่วนนี้มีคำถามลักษณะการกล่าวอ้างสาเหตุ 14 ข้อ ให้เลือกคำตอบเดียวที่สำคัญที่สุด จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่านักท่องเที่ยวตัวอย่างได้ประเมินโดยให้คะแนนรวมสูงสุดถึง 13 คะแนน และต่ำสุด 1 คะแนน ($\bar{X}$ = 5.94 คะแนน, S.D.=2.28 คะแนน) และมีการแบ่งลักษณะการกล่าวอ้างสาเหตุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มค่าคะแนนระดับต่ำ (1- 5 คะแนน) มีร้อยละ 41.9 กลุ่มที่สองมีค่าคะแนนระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) มีมากถึง (ร้อยละ 70.18) และกลุ่มที่สามมีค่าคะแนนระดับสูงมาก (11-13 คะแนน) มีเพียงร้อยละ 2.06 เท่านั้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ช่วงคะแนนของการปฏิบัติตัวป้องกันโรค, การรับรู้ความสามารถของตน และการกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม

	การปฏิบัติตัวป้องกันโรค	การรับรู้ความสามารถของตน	การกล่าวอ้างสาเหตุ
ช่วงคะแนนจริง	14-70 คะแนน	14-70 คะแนน	1-14 คะแนน
คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	29-62 คะแนน	14-70 คะแนน	1-13 คะแนน
$\bar{X}$	44.00	46.96	5.94
S.D.	6.16	7.55	2.28

นอกจากนั้นในการวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวป้องกันโรค กับลักษณะประชากรและประสบการณ์การท่องเที่ยวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่านักท่องเที่ยวที่มีสัญชาติต่างกัน จะมีระดับการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักท่องเที่ยวที่มีเชื้อชาติมาจากอเมริกา มีการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ดีกว่านักท่องเที่ยวที่มีเชื้อชาติมาจากยุโรป และในทำนองเดียวกันนักท่องเที่ยวที่มีประสบการณ์เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทยที่ต่างกัน ก็จะมีการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยนักท่องเที่ยวที่มีประสบการณ์มาท่องเที่ยวในประเทศไทยแล้ว จะมีการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ดีกว่านักท่องเที่ยวที่มาจากประเทศไทยเป็นครั้งแรก

สำหรับการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตน กล่าวคือ นักท่องเที่ยวตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค สูงด้วย ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.336 ($p < 0.01$) นอกจากนี้ยังพบว่าประสบการณ์การเคยมาท่องเที่ยวในประเทศไทย และการกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ในระดับค่อนข้างต่ำ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับชุดตัวแปรพยากรณ์ มีค่าเท่ากับ 0.456 ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) มีค่า 0.208 กล่าวคือการทำนายด้วยทั้งหมด 4 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ได้ร้อยละ 20.80 ค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่าเท่ากับ 0.6915 และในส่วนนี้พบผลการทดสอบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับชุดตัวแปรพยากรณ์ โดยใช้สถิติ F ทดสอบ ซึ่งพบว่าตัวแปรตามสามารถพยากรณ์ด้วยชุดของตัวแปรพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และตัวแปรในการทำนาย

พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวตัวอย่าง	Y	X1	X2	X3	X4
การปฏิบัติตัวป้องกันโรค (Y)	1.000				
ความเชื่อมั่นในความสามารถ (X ₁)	.336**	1.000			
การกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม (X ₂)	.121*	.063	1.000		
สัญชาติ (X ₃)	-.156	-.038	-.007	1.000	
ประสบการณ์การท่องเที่ยวประเทศไทย (X ₄)	.245**	-.003	.039	.077	1.000

* P < 0.05

**P < 0.01

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวพยากรณ์ X₁, X₂, X₃ และ X₄ พยากรณ์ตัวแปร y

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	Sig
ความเชื่อมั่นในความสามารถ (X ₁)	.332	.047	.325	7.128	.000
การกล่าวอ้างสาเหตุแห่งพฤติกรรม (X ₂)	.304	.154	.090	1.969	.050
สัญชาติ (X ₃)	-2.639	.738	-.163	-3.576	.000
ประสบการณ์การท่องเที่ยวประเทศไทย (X ₄)	3.944	.704	.255	5.604	.000

R = 0.456, R² = 0.20, F = 25.21, SE est Y = 0.6915, a = 26.127

* P < 0.05

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อติดต่อนำโดยแมลงของนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถปฏิบัติป้องกันโรค ได้นั้น อาจจะเป็นเพราะว่านักท่องเที่ยวให้ความสำคัญในเรื่องสภาวะอากาศที่ร้อนของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับ ณัฐภ นิมปีดิวัน (2010) พบว่าประเทศไทยได้ผลจากภาวะโลกร้อนซึ่งเห็นได้ชัดจากสภาวะอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้น และการแปรปรวนของฤดูกาล ซึ่งนักท่องเที่ยวอาจจะไม่ได้ตระหนักถึงกลไกการเกิดโรคติดต่อโดยแมลงหรืออาจจะได้รับข้อมูลที่ผิดพลาดทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับ Piyaaphanee W. et al. (2009) พบว่านักท่องเที่ยวแบบแบกเป้มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่ผิด โดยนักท่องเที่ยวร้อยละ 35 คิดว่าโรคมาลาเรียติดต่อโดยการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และโรคมาลาเรียสามารถป้องกันได้ 100 % ด้วยการกินยาป้องกัน เป็นต้น ในส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำนั้น พบว่านักท่องเที่ยวตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารข้างถนนและอาหารสุกๆ ดิบๆ นั้น อันมีผลมาจากนักท่องเที่ยวอย่างอยากรลองชิมอาหารเหล่านั้น อีกทั้งพบว่าพฤติกรรมการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็ง มีผลมาจากพนักงานในร้านอาหารจัดการให้ และนักท่องเที่ยวเองก็ชอบเครื่องดื่มที่ใส่น้ำแข็ง

ซึ่งสอดคล้องกับ มานิจ ชนินพร (2544) ที่พบว่านักท่องเที่ยวต่างชาติร้อยละ 35.7 เจ็บป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วง โดยมีปัจจัยมาจากระยะเวลาเข้าพัก,ทัศนคติในการเลือกซื้อบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม อีกทั้งมี ข้อค้นพบของ Piyaphanee W. et al. (2011) ที่พบว่านักท่องเที่ยวแบบแบกเป้ที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำ/ เครื่องดื่มที่มีน้ำแข็ง เสี่ยงต่อโรคอูจจาระร่วงสูง นอกจากนั้นแล้วยังพบการศึกษา [Steffen R. \(1986\)](#) ซึ่งพบว่าโรคอูจจาระร่วงพบในนักท่องเที่ยวมากที่สุดในเขตร้อน และการพยากรณ์โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร จะความรุนแรงมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ไข่ไทพอยด์ และโรคอหิวาตกโรค เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาทางสุขภาพของนักท่องเที่ยวเป็นปัญหาสำคัญมาก ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรู้ และทักษะทั้งในด้านวิทยาการระบาดและเวชปฏิบัติโรคเขตร้อนและโรคอื่นๆ ที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและ ประเทศอื่นๆ ทั่วโลก การเฝ้าระวัง สอบสวน และป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่เกิดจากการเดินทาง อีกทั้งเน้น ย้ำให้นักท่องเที่ยวทราบว่า วิธีการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด โดยการใส่ยาทากันยุง นอนในมุ้งหรือห้องพักที่เป็น มุ้งลวด สวมเสื้อผ้าให้มิดชิด ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง อีกทั้งส่งเสริมให้ ผู้ประกอบการจัดสิ่งแวดลอมในที่พักแหล่งท่องเที่ยว และจัดเตรียมสิ่งแวดลอมในร้านอาหารให้ถูก สุขลักษณะ ตลอดจนจัดมุมความรู้ให้บริการนักท่องเที่ยว และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวัสดุและ อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนป้องกันโรคฯ

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลกับนักท่องเที่ยวที่มีเชื้อชาติที่มาจากทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา เท่านั้น ครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มในท่องเที่ยวที่มีเชื้อชาติที่หลากหลาย เช่น นักท่องเที่ยวจากเอเชียตะวันออก เฉียงใต้,เอเชียตะวันออก (เกาหลีใต้/เหนือ, ญี่ปุ่น, จีน), ตะวันออกกลาง (อิสราเอล, กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย ฯลฯ) เป็นต้น เพื่อศึกษาดูความแตกต่างของพฤติกรรมปฏิบัติตัวป้องกันโรคฯ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ อาจจะศึกษาตัวแปรเพิ่มและปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) ซึ่งจะ เพิ่มพูนความรู้อันเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันโรคฯ อีกทั้งควรมีการวิจัยแบบต่อเนื่อง เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ หรือพฤติกรรมทางสุขภาพของนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเที่ยวในประเทศไทย เพื่อ จะได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นฐานข้อมูลในการดำเนินโครงการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่นักท่องเที่ยว.

อนึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะช่วยสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ในการทำแผนการป้องกัน โรคฯ และสร้างองค์ความรู้เกี่ยวโรคต่างๆ และวิธีป้องกันโรคฯ เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ อย่างเพียงพอ อีกทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว โดยตรง อาทิเช่น กรมการท่องเที่ยว กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา ในการจัดอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการ การท่องเที่ยวทุกภูมิภาค ให้บุคลากร ด้านการท่องเที่ยวเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการเกิดโรคและการจัดการกับ สิ่งแวดลอมเพื่อการป้องกันโรคฯ โดยดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อให้การป้องกันโรคฯ ขับเคลื่อน และขยายผลอย่างยั่งยืน



บรรณานุกรม

- ณัฐภพ นิ่มปิติวัน, รุจิพรรณ สัมปันณา, นราธิป โกวิท .(2010). **ภาวะโลกร้อนกับสถานการณ์ด้านพลังงานของประเทศไทย**. 105-109, Executive Journal มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร.
- มานิจ ชนินพร.2544. **การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและความต้องการด้านสุขอนามัยของนักท่องเที่ยวต่างชาติ อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตร์ (โรคติดต่อเชื้อ), มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- ยง ยุทธ ไกรวรรณ.(2549). **สถิติเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2555). **กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ**, 30 มิถุนายน 2555 <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/pages/aboutus>.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไปโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **รายงานโรคเรื้อรังฉับพลัน สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2555 สัปดาห์ที่ 26, 27 มิถุนายน 2555**.
<http://www.thaivbd.org/uploads/dengue/2555/26/week26.pdf>.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไปโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **สถานการณ์โรคมาลาเรีย ปี 2555, 31 ธันวาคม 2555**.
http://www.thaivbd.org/malaria_weekly.php?year=2555&week=.
- Bandura, A. (1977). **Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change**. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). **The self-system in reciprocal determinism**, American Psychologist, 33, 344-358.
- Evans, R. I. (1989). **Albert Bandura: The man and his ideas: A dialogue**. New York: Praeger.
- Heider, F. (1944). **Social perception and phenomenal causality**. Psychological Review, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958). **The Psychology of Interpersonal Relations**. New York: Wiley.
- Piyaphanee W, Wattanagoon Y, Silachamroon U, Meansanguan C, Wichianprasat P, Walker E.(2009). **Knowledge, Attitude, practices among foreign backpackers towards malaria risk in Southeast Asia**. J Travel Med,16 (2), 101-6.
- Piyaphanee W¹, Kusolsuk T, Kittitrakul C, Suttithum W, Ponam T, Wilairatana P. (2011). **Incidence and impact of travelers' diarrhea among foreign backpackers in Southeast Asia: a result from Khao San road, Bangkok**. J Travel Med., (2):109-14.
- Steffen R. (1986). **Epidemiologic studies of travelers' diarrhea, severe gastrointestinal infections, and cholera**. Rev Infect Dis. May-Jun; 8 Suppl 2: S122-30.

Taro Yamane .(1970). **Statistics: An Introductory Analysis**, 886-887.

Tourism statistic. **Office of tourism development. Ministry of Tourism and Sport.** June
20 2012. <http://61.19.236.137/tourism/th/home/tourism.php>.



การประชุมวิชาการประจำปี สหคมศาสตร์
มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์
ครั้งที่ 9 ประจำปี พ.ศ.2558

การศึกษามโนคติ เรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

สุกัญญาลี กิ่งสกุล

kingsakul.s@gmail.com

นิสิตระดับปริญญาโททางการศึกษา

สาขาการสอนวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

อรุณรัศมี วณิชชานนท์

อาจารย์ประจำสาขาวิชาชีววิทยา

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

นพเก้า ณ พัทลุง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาหลักสูตรและการสอน

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ABSTRACT

The purpose of this research was to study Mattayom Suksa 6 students' gene chromosome and genetic material concept. The target group consisted of 30 Mattayom Suksa 6 students in Benjamarachutit School, Nakornsriathammarat Province during the first semester of the 2014 school year. Research instrument was gene chromosome and genetic material concept test. The results were categorized into five understanding groups based on Westbrook and Marek's concepts.

The results of the study on conceptions of gene chromosome and genetic material revealed that in the areas of gene and chromosome inheritance, 63.64 % of students had complete understanding of classificational concepts and 43.18 % of the students had no understanding. In the topic of chromosome, 57.69 % of the students had no understanding of theoretical concepts and 15.38 % of the students had completed understanding. Genetic material topic 73.68 % of the students had no understanding of classificational concepts and 15.79 % of the students had specific misconceptions. In the subject of protein synthesis and mutation, Students was classified as no understanding and specific misconceptions in all three dimensions of concepts including correlational concepts, classificational concepts, and theoretical concepts.

The results also indicated that the students had no understanding through complete understanding group. Besides, a majority of the students had no understanding and had specific

misconceptions on gene chromosome and genetic material especially on protein synthesis and mutation. Therefore, teachers should provide learning activities to change students' misconceptions. Teachers should explain relationship among gene, DNA, protein synthesis and expression of living things and relate them to mutation. This will enable students to relate conceptions and good conceptions more effectively.

Keyword: Concepts/Gene/Chromosome/Genetic Material

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามโนคติ เรื่อง ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปี การศึกษา 2557 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช 1 ห้องเรียน จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบทดสอบวัดมโนคติ เรื่อง ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม นำผลการทดสอบมาจัดกลุ่มมโนคติ 5 กลุ่มตามแนวคิดของ Westbrook and Marek

ผลการศึกษามโนคติเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม พบว่า เรื่องการถ่ายทอดยีนและโครโมโซม นักเรียนมีมโนคติด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ในกลุ่มมโนคติที่สมบูรณ์ ร้อยละ 63.64 รองลงมาคือ กลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 43.18 เรื่องโครโมโซม นักเรียนมีมโนคติทางทฤษฎีจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือกลุ่มมโนคติที่สมบูรณ์ ร้อยละ 57.69 และ 15.38 ตามลำดับ เรื่องสารพันธุกรรมนักเรียนมีมโนคติด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 73.68 รองลงมาคือกลุ่มมโนคติที่คลาดเคลื่อน ร้อยละ 15.79 เรื่องการสังเคราะห์โปรตีน และมิวทชัน นักเรียนมีมโนคติทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย มโนคติด้านความสัมพันธ์ มโนคติด้านการแบ่งประเภท และมโนคติทางทฤษฎีจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือกลุ่มมโนคติที่คลาดเคลื่อน ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักเรียนมีมโนคติจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติจนถึงกลุ่มที่มีมโนคติสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีมโนคติ และมีมโนคติที่คลาดเคลื่อนในเรื่อง ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม โดยเฉพาะเนื้อหาเรื่อง การสังเคราะห์โปรตีน และมิวทชัน ดังนั้นครูจะต้องมีการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขมโนคติที่คลาดเคลื่อน เช่น การใช้สื่อในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสังเคราะห์โปรตีน ครูควรอธิบายความสัมพันธ์ของยีน ดีเอ็นเอ การสังเคราะห์โปรตีน และความสัมพันธ์ของโปรตีนกับการแสดงออกของสิ่งมีชีวิต และเชื่อมโยงไปยังเนื้อหาของมิวทชัน ซึ่งจะช่วยให้ นักเรียนสามารถเชื่อมโยงมโนคติและมีมโนคติที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: มโนคติ/ยีน/โครโมโซม/สารพันธุกรรม



บทสรุปงานวิจัย

หลักการและเหตุผล

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศบ่งชี้ว่า วิทยาศาสตร์มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาประเทศชาติ ทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ รวมทั้งการเกษตรซึ่งเป็นอาชีพหลักของคนไทย ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป รายวิชาชีววิทยาเป็นหนึ่งในรายวิชาที่จัดอยู่ในกลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต สิ่งมีชีวิตระบบนิเวศตลอดจนสถานะแวดล้อมรอบๆ ตัวเรา ความรู้ทางชีววิทยาจึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ (บรรจง สิทธิ. 2537) และเนื้อหาชีววิทยาเรื่องยีน โครโมโซมและสารพันธุกรรม เป็นวิทยาศาสตร์อีกแขนงหนึ่งของรายวิชาชีววิทยา ศึกษาเกี่ยวกับสารพันธุกรรมที่จะถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ศึกษาการจัดเรียงตัวของยีนบนโครโมโซม รวมทั้งการถ่ายทอดโครโมโซมโดยการสืบพันธุ์แบบอาศัยเพศและไม่อาศัยเพศ (ประดิษฐ์ พงศ์ทองคำ. 2554) รวมถึงความหลากหลายทางชีววิทยา (biodiversity) ในสิ่งมีชีวิตต่างๆ อีกด้วย เนื้อหาเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรมถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ประเทศไทยเกิดการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีให้ก้าวทันประเทศอื่นๆ ตลอดจนมีความรู้ ความเข้าใจประกอบการตัดสินใจ พิจารณา เพื่อไม่ให้ตกเป็นเหยื่อของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนชีววิทยาเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรมที่ผ่านมาของประเทศไทยและต่างประเทศประสบกับปัญหามากมาย เช่น ผู้เรียนไม่ชอบการเรียนพันธุศาสตร์เพราะว่าเนื้อหาเป็นนามธรรม ทำให้เข้าใจยาก เนื้อหามีความยากซับซ้อน คำศัพท์เป็นคำศัพท์เฉพาะทางพันธุศาสตร์ และมีปัญหากับการคำนวณ ไม่สามารถคำนวณในเนื้อหาเรื่องพันธุศาสตร์ของเมนเดล และเกิดแนวความคิดที่คลาดเคลื่อนทางพันธุศาสตร์ เป็นต้น (Tsui and Treagust. 2007)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษานโนมิติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 30 คน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโนมิติของนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษานโนมิติทางชีววิทยา เรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ทฤษฎีพัฒนาการทางเชาว์ปัญญาของเพียร์เจตต์ (Piaget) และวิกโกทสกี (Vygotsky) เป็นรากฐานที่สำคัญของทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) เพียร์เจตต์อธิบายว่า พัฒนาการทางเชาว์ปัญญาของบุคคลมีการปรับตัวผ่านกระบวนการซึมซับหรือดูดซึม (Assimilation) และกระบวนการปรับโครงสร้างทางปัญญา (Accommodation) พัฒนาการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับและซึมซับข้อมูลหรือประสบการณ์ใหม่เข้าไปสัมพันธ์กับความรู้สึกหรือ

โครงสร้างทางปัญญาที่มีอยู่เดิม หากไม่สามารถสัมพันธ์กันได้จะเกิดภาวะไม่สมดุล (Disequilibrium) บุคคลจะพยายามปรับสภาวะให้อยู่ในภาวะสมดุล (Equilibrium) โดยใช้กระบวนการปรับโครงสร้างทางปัญญา (Accommodation) เพียร์เจตต์เชื่อว่าคนทุกคนจะมีการพัฒนาความรู้ไปตามลำดับขั้นจากการมีปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์กับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการคิดเชิงตรรกะและคณิตศาสตร์ (Logico-mathematical experience) รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ทางสังคม (Social Transmission) วุฒิภาวะ (Maturity) และกระบวนการพัฒนาความสมดุลของบุคคลนั้น ส่วนวิก็อตสกีให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมและสังคมเขาเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจเดิมให้ถูกต้อง หรือซับซ้อนกว้างขวางขึ้น ดังนั้นเพียร์เจตต์และวิก็อตสกี จึงเป็นนักทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มพุทธินิยม (Cognitivism) ที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดหรือกระบวนการทางปัญญา (Cognition) (ทศนา แหมมณี. 2556)

ทฤษฎีการเปลี่ยนมโนคติ (Conceptual change theory) อธิบายว่า การเรียนรู้ไม่ใช่เพียงการเพิ่มสารสนเทศขึ้นใหม่ แต่รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ใหม่กับความรู้ที่มีอยู่เพื่อให้ความรู้ใหม่เชื่อมกันกับความรู้เดิม กระบวนการเชื่อมกันนี้อาจรวมถึงการปฏิเสธการรับรู้มโนคติบางอย่าง มีผู้เสนอทฤษฎีการเปลี่ยนมโนคติ (Conceptual Change Theory) ไว้เป็นแนวทางการแก้ไขมโนคติที่คลาดเคลื่อน ดังนี้

โพสเนอร์, สไตรค์, ฮิวสัน และเกิร์ตซอก (Posner, Strike, Hewson, and Gertzog.1982) ระบุสถานการณ์ 4 อย่างที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนมโนคติทางวิทยาศาสตร์ ดังนี้

1. ผู้เรียนจะต้องเกิดความไม่พอใจในมโนคติที่มีอยู่ (Dissatisfaction)
2. มโนคติใหม่จะต้องเป็นมโนคติที่แจ่มแจ้ง (Intelligible)
3. มโนคติใหม่จะต้องฟังดูน่าเชื่อถือ (Plausible)
4. มโนคติใหม่จะต้องมีประโยชน์สำหรับการใช้ในบริบทอื่น (Fruitful)

Hewson & Hewson (2003) ได้เสนอแนะรูปแบบการเรียนรู้แบบการเปลี่ยนการรับรู้มโนคติว่ามีเงื่อนไข 3 ประการที่มโนคติใหม่จะเป็นที่พอใจก่อนที่จะสามารถบูรณาการเข้าไปกับความรู้เดิม ดังนี้

1. มโนคติใหม่ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย (Intelligible)
2. มโนคติใหม่มีเหตุผลน่าเชื่อถือ (Plausible)
3. มโนคติใหม่มีประโยชน์ต่อผู้เรียน (Fruitful)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประมวล วิโย. (2551) ศึกษาผลการสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติที่คลาดเคลื่อนทางชีววิทยาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เรื่องการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมโดยใช้เอกสารอ่านประกอบซึ่งสร้างตามทฤษฎีการเปลี่ยนมโนคติของโพสเนอร์และคณะ รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest Posttest Design) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความเข้าใจมโนคติก่อนเรียนตั้งแต่ระดับคลาดเคลื่อนไปจนถึงความเข้าใจมโนคติในระดับที่สมบูรณ์ ผลการทดสอบหลังเรียนพบว่านักเรียนมีมโนคติหลังเรียนที่เป็นลักษณะความเข้าใจมโนคติในระดับที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมโนคติที่สมบูรณ์และมีความเข้าใจมโนคติที่คลาดเคลื่อนลดลง จากการศึกษาโมโนคติที่คลาดเคลื่อนของนักเรียนหลังจากผ่านการเรียนพบว่า นักเรียนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนใน 5 มโนคติหลัก



12 มโนมตีย่อย และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนพบว่ามีความแตกต่างสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พิชา ชัยจันดี. (2552) ศึกษาความเข้าใจมโนคติทางวิทยาศาสตร์ เรื่องการสังเคราะห์ด้วยแสงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เมื่อใช้ยุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับแรงจูงใจกับการเปลี่ยนแปลงมโนคติ โดยใช้การวิจัยทดลองเบื้องต้น ซึ่งเป็นแบบกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า นักเรียนมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจมโนคติทางวิทยาศาสตร์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .01 ซึ่งระดับความเข้าใจมโนคติทางวิทยาศาสตร์ของนักเรียน พบว่า ก่อนเรียนนักเรียนมีความเข้าใจมโนคติตั้งแต่ระดับความไม่เข้าใจจนถึงความเข้าใจมโนคติในระดับที่สมบูรณ์ แต่หลังเรียนพบว่า นักเรียนมีมโนคติที่เป็นลักษณะความเข้าใจมโนคติในระดับที่ถูกต้องมากขึ้น และจำนวนผู้เรียนมีความเข้าใจมโนคติที่คลาดเคลื่อนลดลง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับแรงจูงใจกับการเปลี่ยนแปลงมโนคติของนักเรียนที่มีการเปลี่ยนแปลงมโนคติ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = 0.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงมโนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมที่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงมโนคติ

พิคนตร อุทัยไชย. (2554) ศึกษาการพัฒนาโน้ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุลด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ การวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ ในระยะที่ 1 สำรวจสภาพการจัดการเรียนรู้ของครูและวัดมโนคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในหน่วยการเรียนรู้เรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุล การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษาโน้ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุลที่ผ่านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ ผลการวิจัยระยะที่ 1พบว่า วิธีสอนในเรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุลของครูที่ใช้มากที่สุดคือการบรรยาย ครูใช้สื่อการสอนไม่หลากหลายโดยสื่อการสอนที่ครูใช้เป็นหลักคือ หนังสือเรียนวิชาชีววิทยาของสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครื่องมือที่ใช้เป็นหลักในการวัดผลการเรียนรู้ของนักเรียนคือ แบบทดสอบชนิดเลือกตอบ ในส่วนของมโนคติ เรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุล พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีมโนคติคลาดเคลื่อนแม้จะได้เรียนหน่วยการเรียนรู้ดังกล่าวมาแล้ว ผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า กิจกรรมการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ สามารถพัฒนามโนคติของนักเรียนได้ โดยหลังจากเรียนเรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุลด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้จำนวนนักเรียนที่มีมโนคติสมบูรณ์เพิ่มขึ้นในทุกมโนคติ ขณะที่จำนวนนักเรียนที่มีมโนคติคลาดเคลื่อนและไม่มีความเข้าใจมโนคติมีจำนวนลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผลที่ได้ก่อนเรียน

ไพโรจน์ เต็มเตชาติพงศ์. (2550) ศึกษาการเปลี่ยนมโนคติของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเรื่องหน้าที่ยีน โดยใช้กรอบการตีความหลายมิติ ได้แก่ มุมมองเชิงภววิทยา มุมมองเชิงญาณวิทยาและมุมมองเชิงสังคม/ความรู้สึกร่วมเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จาก 2 โรงเรียน จำนวน 89 คน ในภาคเรียนที่ 1 ปี การศึกษา 2549 ที่เรียนเรื่อง การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังเรียน การสังเกต และบันทึกภาคสนามในชั้นเรียน การบันทึกวิดีโอเทปกิจกรรมการเรียนรู้ การสัมภาษณ์เชิงลึกนักเรียนและครู และการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า เมื่อพิจารณาในมุมมองเชิงภววิทยา นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการพัฒนาความเข้าใจมโนคติเรื่องหน้าที่ยีน เมื่อพิจารณาในมุมมองเชิงญาณวิทยา นักเรียนส่วนใหญ่มีความเข้าใจมโนคติเรื่องหน้าที่ยีนหลังเรียนอยู่ในสภาวะทางแนวคิดที่เข้าใจได้ (Intelligible) เมื่อพิจารณาในมุมมองเชิงสังคมคือบริบทด้านการ

สอนพบว่า ครูไม่ได้เชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างและหน้าที่ของยีนกับดีเอ็นเอ และไม่ได้เน้นให้นักเรียนเข้าใจ พันธุศาสตร์เชิงโมเลกุลหรือกระบวนการ แต่ส่งเสริมความเข้าใจเรื่องหน้าที่ยีนที่เป็นอนุภาค ส่วนบริบทด้าน นักเรียนได้แก่ ความสนใจในเนื้อหาและเป้าประสงค์ของการศึกษาต่อ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่สนใจในเนื้อหา พันธุศาสตร์เพราะว่าเกี่ยวข้องกับชีวิต แต่ขณะเดียวกันนักเรียนรู้สึกว่เนื้อหาพันธุศาสตร์ค่อนข้างยากและ ซับซ้อนโดยเฉพาะกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน นอกจากนี้ ยังมีคำศัพท์ที่ต้องจำและทำความเข้าใจมาก

ศิริพรรณ ศรีวรรณงษ์. (2553) ศึกษาผลการสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติที่คลาดเคลื่อน วิชาชีววิทยา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เรื่องการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม เมื่อใช้ยุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติ ของ Hewson & Hewson (2003) โดยใช้การวิจัยแบบไม่เข้าขั้นการทดลอง (Pre-experimental Design) เป็นแบบกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest Posttest Design) ผล การศึกษาพบว่า ผลของมโนคติทางวิทยาศาสตร์ก่อนและหลังเรียน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ระดับความเข้าใจมโนคติวิทยาศาสตร์ของนักเรียน เรื่องการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม พบว่า นักเรียนมีความเข้าใจมโนติก่อนเรียน (Pre -conception) ตั้งแต่ระดับความไม่เข้าใจไปจนถึงความเข้าใจมโนคติในระดับที่สมบูรณ์ หลังเรียนพบว่า นักเรียนมีมโนคติ หลังเรียนที่เป็นลักษณะความเข้าใจมโนคติในระดับที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และมีความเข้าใจมโนคติที่ คลาดเคลื่อนลดลง จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 42 คนมีนักเรียนจำนวน 37 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงมโนคติ ทางวิทยาศาสตร์จากความเข้าใจคลาดเคลื่อนไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้อง

สังวาลย์ อติรัตนวงษ์. (2556) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงมโนคติทางวิทยาศาสตร์ เรื่อง การ ดำรงชีวิตของพืชของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยใช้ยุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติของ Hewson & Hewson (2003) ร่วมกับการวัดและประเมินผลเพื่อพัฒนา โดยใช้การวิจัยแบบไม่เข้าขั้นการ ทดลอง (Pre-experimental Design) เป็นแบบกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One- Group Pretest Posttest Design) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความเข้าใจมโนคติหลังเรียนสูงกว่าก่อน เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงมโนคติทางวิทยาศาสตร์จากระดับ ความเข้าใจมโนคติในระดับที่คลาดเคลื่อน (Alternative Conception: AC) เปลี่ยนเป็นระดับความเข้าใจมโน คติในระดับที่ถูกต้องแต่ไม่สมบูรณ์ (Partial Understanding: PU) คิดเป็นร้อยละ 22.33 และนักเรียนมีการ เปลี่ยนแปลงมโนคติตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100 และผลการวัดและประเมินผลเพื่อพัฒนา เป็นการ ประเมินเพื่อใช้ผลการประเมินปรับปรุงกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ พบว่า หลังจากการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ส่งผลให้นักเรียนมีความเข้าใจมโนคติทางวิทยาศาสตร์ เรื่อง การดำรงชีวิตของพืชเพิ่มขึ้น

ซุย และ ทรีกัสท์. (Tsui and Treagust. 2007) ศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับพันธุศาสตร์: วิเคราะห์ การเรียนที่ทำให้เกิดมโนคติหลักของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่ม ตัวอย่างของนักเรียนระดับชั้น ม. 4 และ ม. 6 จากโรงเรียนในประเทศออสเตรเลียทั้งหมด 3 โรงเรียน โดย การใช้สื่อคอมพิวเตอร์มัลติมีเดีย ผลการศึกษาพบว่า จากผลการทดสอบออนไลน์และแบบสอบถาม การระ ชัยงานชี้ให้เห็นว่า นักเรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ มีการพัฒนาคำอธิบายปรากฏการณ์ทางพันธุ ศาสตร์ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีนักเรียนที่ยังไม่เข้าใจมโนคติทางพันธุศาสตร์ ถึงแม้ว่าจะผ่านการเรียนโดยใช้คอมพิวเตอร์มัลติมีเดียมาแล้ว



จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า มโนคติทางชีววิทยา เรื่อง ยีน โครโมโซมและสารพันธุกรรมถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นที่จะนำไปสู่การพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ และสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ให้เข้ากับบริบทของสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์เดิม

วิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ห้อง 6 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัด นครศรีธรรมราช ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบวัดมโนคติทางชีววิทยาเรื่อง ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม เป็น แบบทดสอบเลือกตอบ 2 ชั้น ลักษณะข้อสอบมีสองส่วน ส่วนแรกจะให้ผู้เรียนเลือกคำตอบจากตัวเลือก จำนวน 4 ตัวเลือก และส่วนที่สองจะให้ผู้เรียนแสดงเหตุผลสนับสนุนคำตอบในส่วนแรก จำนวน 30 ข้อ มี ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.28–0.52 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.46 - 0.63 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบวัดมโนคติทางชีววิทยาเรื่อง ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ห้อง 6 ที่ผ่านการเรียนเนื้อหาเรื่อง ยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรมมาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำคำตอบมาจัดกลุ่มมโนคติตามแนวคิดของ Westbrook and Marek (1992) แบ่งกลุ่มมโนคติออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. มโนคติสมบูรณ์ (complete understanding: CU) หมายถึง คำตอบของนักเรียนถูกต้อง และ ตรงตามทฤษฎีของนักวิทยาศาสตร์ทั้งหมด
2. มโนคติสมบูรณ์บางส่วน (partial understanding: PU) หมายถึง คำตอบของนักเรียนไม่ ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด แต่ไม่มีมโนคติคลาดเคลื่อนอยู่ในคำตอบของนักเรียน
3. มโนคติสมบูรณ์บางส่วนและคลาดเคลื่อนบางส่วน (partial understanding with specific misconception : PS) หมายถึง คำตอบของนักเรียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด และมีมโนคติ คลาดเคลื่อนอยู่ในคำตอบของนักเรียน
4. มโนคติคลาดเคลื่อน (specific misconception: SM) หมายถึง คำตอบของนักเรียนเป็นมโนคติที่ไม่ถูกต้องทั้งหมดแสดงความเป็นเหตุเป็นผลกัน รวมทั้งไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน
5. ไม่มีมโนคติ (no understanding: N) หมายถึง นักเรียนไม่ตอบคำถาม ทวนคำถาม หรือตอบ ว่าไม่รู้ นำข้อมูลในแต่ละกลุ่มหาค่าความถี่ ร้อยละ

ข้อค้นพบ

ผลการศึกษามโนคติเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม สรุปได้ดังตารางที่ 1

การถ่ายทอดยีนและโครโมโซม นักเรียนมีมโนคติด้านความสัมพันธ์จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อน ร้อยละ 31.81 และ 27.27 ตามลำดับ ด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ใน กลุ่มมโนคติที่สมบูรณ์ ร้อยละ 63.64 รองลงมาคือ กลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 43.18 ส่วนมโนคติทางทฤษฎี จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ กลุ่มมีมโนคติคลาดเคลื่อน และกลุ่มมโนคติที่สมบูรณ์ ร้อยละ 26.92

เรื่องโครโมโซม นักเรียนมีมโนคติด้านความสัมพันธ์จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือกลุ่มมโนคติสมบูรณ์บางส่วน ร้อยละ 31.03 และ 27.59 ตามลำดับ ด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ในกลุ่มมโนคติสมบูรณ์ ร้อยละ 32.76 รองลงมาคือกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 27.59 มโนคติทางทฤษฎีจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติสมบูรณ์ ร้อยละ 57.69 และ 15.38 ตามลำดับ

เรื่องสารพันธุกรรม นักเรียนมีมโนคติด้านความสัมพันธ์จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 47.47 รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติสมบูรณ์ ร้อยละ 19.19 มโนคติด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อน ร้อยละ 73.68 และ 15.79 ตามลำดับ มโนคติทางทฤษฎีจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 39.45 รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติสมบูรณ์ ร้อยละ 31.19

เรื่องการสังเคราะห์โปรตีน นักเรียนมีมโนคติด้านความสัมพันธ์จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อน ร้อยละ 62.79 และ 18.60 ตามลำดับ มโนคติด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือ กลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อน ร้อยละ 14.29 มโนคติทางทฤษฎีจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 65.42 รองลงมาคือกลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อนและมโนคติสมบูรณ์ ร้อยละ 14.95

เรื่องมิวเทชัน นักเรียนมีมโนคติด้านความสัมพันธ์จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ รองลงมาคือกลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อน ร้อยละ 70 และ 25 ตามลำดับ มโนคติด้านการแบ่งประเภทจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ ร้อยละ 57.69 รองลงมาคือกลุ่มมโนคติสมบูรณ์และสมบูรณ์บางส่วน ร้อยละ 15.38 มโนคติทางทฤษฎีจัดอยู่ในกลุ่มไม่มีมโนคติ และกลุ่มมโนคติคลาดเคลื่อน ร้อยละ 54.54 และ 45.45 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มมโนคติเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม จำแนกตามประเภทของมโนคติเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม

กลุ่มของมโนคติ มโนคติ	CU	PU	PS	SM	N
การถ่ายทอดยีนและโครโมโซม					
ด้านความสัมพันธ์	15.91	20.45	4.55	27.27	31.81
การแบ่งประเภท	63.64	9.09	0	9.09	43.18
ด้านทฤษฎี	26.92	11.54	7.69	26.92	26.92
โครโมโซม					
ด้านความสัมพันธ์	3.45	27.59	13.79	24.14	31.03
การแบ่งประเภท	32.76	6.90	6.90	25.86	27.59
ด้านทฤษฎี	15.38	11.54	7.69	7.69	57.69
สารพันธุกรรม					
ด้านความสัมพันธ์	19.19	14.14	9.09	9.09	47.47
การแบ่งประเภท	5.26	5.26	0	15.79	73.68
ด้านทฤษฎี	31.19	6.42	4.59	18.35	39.45



กลุ่มของมโนคติ มโนคติ	CU	PU	PS	SM	N
การสังเคราะห์โปรตีน					
ด้านความสัมพันธ์	16.28	2.33	0	18.60	62.79
การแบ่งประเภท	7.14	2.38	0	14.29	76.19
ด้านทฤษฎี	14.95	2.80	1.87	14.95	65.42
มิวเทชัน					
ด้านความสัมพันธ์	0	5	0	25	70
การแบ่งประเภท	15.38	15.38	0	11.54	57.69
ด้านทฤษฎี	0	0	0	45.45	54.54

ข้ออภิปราย

จากการศึกษามโนคติเรื่องยีน โครโมโซมและสารพันธุกรรม พบว่านักเรียนมีมโนคติตั้งแต่ระดับไม่มีมโนคติจนถึงมีมโนคติที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับแนวคิดกลุ่มสร้างสรรค์ความรู้นิยม (Constructivism) กล่าวว่าการเรียนรู้แต่ละคนไม่ได้มีแต่ความว่างเปล่าในสมอง แต่ผู้เรียนมีความรู้ ความเชื่อจากประสบการณ์เดิมมาก่อนแล้ว โดยสร้างความหมาย (Construct Meaning) กับเหตุการณ์ ประสบการณ์ หรือสารสนเทศต่างๆ โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมของตน ด้วยเหตุนี้ก่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างบุคคล และเป็นหนึ่งในสาเหตุของความแตกต่างทางด้านมโนคติ และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้นครูจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง การพัฒนา และการศึกษารูปแบบการจัดการเรียนรู้ต่อผู้เรียนที่จะช่วยพัฒนามโนคติตลอดจนศักยภาพของแต่ละบุคคล และเนื้อหาเรื่องยีน โครโมโซม และสารพันธุกรรม เป็นเนื้อหาที่มีความยากและซับซ้อนอีกเนื้อหาหนึ่งในรายวิชาชีววิทยา จึงทำให้นักเรียนมีมโนคติที่คลาดเคลื่อนต่อเนื้อหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฟโรจน์ เดมเตชาติพงศ์ (2550) ที่มีการศึกษาการเปลี่ยนมโนคติของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเรื่องหน้าที่ยีน โดยใช้กรอบการตีความหลายมิติ พบว่านักเรียนมีมโนคติหลังเรียนถูกต้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ประมวล วิโย (2551) ศิริพรรณ ศรีวรรณวงษ์ (2553) ก็ได้ศึกษายุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติในเรื่องการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม จากการศึกษาพบว่านักเรียนมีมโนคติหลังเรียนที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีการพัฒนามโนคติที่ดีขึ้น ดังนั้นครูจะต้องมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การสอนเพื่อพัฒนามโนคติของนักเรียนโดยเน้นการเสริมสร้างมโนคติและเปลี่ยนมโนคติของนักเรียนให้ถูกต้อง

บรรณานุกรม

- ทิศนา แหมมณี. (2556). ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรจง สิทธิ. (2537). ผลของการใช้เทคนิคการสอนแบบจัดกรอบมโนทัศน์ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนของนักเรียนในวิชาชีววิทยา. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐ์ พงศ์ทองคำ. (2554). พันธูศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประมวล วิโย. (2551). ผลการสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติที่คลาดเคลื่อนวิชาชีววิทยา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เรื่องการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม โดยใช้เอกสารอ่านประกอบซึ่งสร้างตามทฤษฎีการเปลี่ยนมโนคติของโพสเนอร์และคณะ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิคนตร อุทัยไชย. (2554). การพัฒนาแนวคิดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เรื่องพันธุศาสตร์โมเลกุล ด้วยการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.
- พิชา ชัยจันดี. (2552). ความเข้าใจโมโนมิติทางวิทยาศาสตร์ เรื่องการสังเคราะห์ด้วยแสงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เมื่อใช้ยุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับแรงจูงใจกับการเปลี่ยนแปลงมโนคติ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพโรจน์ เต็มเตชาติพงศ์. (2550). การศึกษาการเปลี่ยนมโนคติของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เรื่องหน้าที่ยีนโดยใช้กรอบการตีความหมายหลายมิติ. คุษณินพนธ์ ศึกษาศาสตรคุษณินพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพรรณ ศรีวรรณวงษ์. (2553). ความเข้าใจโมโนมิติวิทยาศาสตร์ เรื่องการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เมื่อใช้ยุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนคติ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สังวาลย์ อติรัตนวงษ์. (2556). การเปลี่ยนแปลงมโนมิติทางวิทยาศาสตร์ เรื่อง การดำรงชีวิตของพืชของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยใช้ยุทธศาสตร์การสอนเพื่อเปลี่ยนมโนมิติของ Hewson & Hewson (2003) ร่วมกับการวัดและประเมินผลเพื่อพัฒนา. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Hewson, G. & Hewson, P. (2003). Effect of instruction using students, prior knowledge and conceptual change strategies on science learning. *Journal of Research teaching*, 25(8) pp 35-43



- Posner, G. Strike, K Hanson, P Gertzog, W. (1982). Accomodation of scientific conception: Toward a theory of conceptual change. **Journal of science Education**, 66(2) pp 211-227
- Tsui, C and Treagust, F. (2007). Understanding genetics: analysis of secondary students' conceptual status. **Journal of research in science teaching**, 44(2), pp 205–235.
- Westbrook, S. and Marek, E. (1992). A Cross-Age Study of Student Understanding of Concept of Homeostasis. **Journal of Research in Science Teaching**, 29(1) pp 51-61.