



## การผสานกลมกลืนทางวัฒนธรรมมีบทบาทต่อ การตายของเด็กชนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้อพยพหรือไม่

ขวัญจิต ศศิวงศ์โรจน์ ปร.ด.\*

### **บทคัดย่อ**

การศึกษาบทบาทของการผสานกลืนกับสังคมถี่่นปลা�ຍทางที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในชนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้อพยพพย�บถิ่นในประเทศไทยได้รับความสนใจอย่างมาก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของการผสานกลมกลืนด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีผลต่อสุขภาพและโอกาสลดลงของบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาคนกลุ่มน้อยที่ย้ายถิ่นมาจากการประมงมา จำนวน 77 ราย ด้ันนีการผสานกลมกลืนสร้างโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระดับการผสานกลืนกับพฤติกรรมสุขภาพทดสอบโดยใช้โคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่าการผสานกลมกลืนทางวัฒนธรรมมีผลในทางบวกต่อ พฤติกรรมการฝ่าครรภ์และการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$  และ  $p<.01$  ตามลำดับ) ส่วนการผสานกลมกลืนทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลเรื่องอาหาร และการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$  และ  $p<.05$  ตามลำดับ) การตากลุ่มตัวอย่างที่มีการผสานกลมกลืนอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและโอกาสลดลงของบุตร มากกว่ากลุ่มที่มีการผสานกลมกลืนต่ำ อาย่างไรก็ตามแม้เด็กกลุ่มนี้ไม่ใช่ประชากรของประเทศไทยอยกฤษณาฯ แต่เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงสากลที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิเด็กด้านสุขภาพ การลดการตายของเด็ก ควรส่งเสริมให้กลุ่มตั้งกล่าวสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับ

**คำสำคัญ:** การผสานกลมกลืน ชนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้อพยพ การตายเด็ก พฤติกรรมสุขภาพ

### **Does the Role of Assimilation Matter in Child Mortality of Immigrant Minorities?**

Kwanchit Sasiwongsarochana PhD\*

### **Abstract**

Fewer studies in Thailand considered the links between assimilation and minority immigrants' health behavior. This research aims to investigate the role of assimilation on maternal health behavior affecting to health and survival chance of children under-five years. Seventy seven immigrant mothers residing in two Thai-Myanmar border villages were interviewed. Principle component analysis was employed to construct an index of assimilation and Chi-square was used to test the relationship between assimilation and health behavior. The analysis showed that cultural assimilation significantly associated with maternal behavior in terms of the use of antenatal care and delivery care ( $p<.001$  and  $p<.01$ , respectively), whereas economic assimilation associated with food care, and contraceptive use ( $p<.01$  and  $p<.01$ , respectively). The mothers who had high level of assimilation were more likely to have positive health behavior on child health and survival than their counterparts. Even though the children are immigrant minorities, they have rights to be healthy according to the convention on the rights of the child. To reduce child mortality, access to health information and health services should be promoted to these groups on the basis of their rights.

**Keywords:** assimilation, immigrant minority, child mortality, health behavior

\* อาจารย์ สาขาวิชามนุษยวิทยาการแพทย์ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพอยพ้ายถินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยเฉพาะการย้ายถินข้ามประเทศมักต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม จากวัฒนธรรมของถินที่อยู่เดิมสู่วัฒนธรรมของถินที่อยู่ใหม่ กระและของวัฒนธรรมหลักมักมีผลต่อความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้ยายถิน การประทับน้ำท่วงวัฒนธรรมเก่าและวัฒนธรรมใหม่มักเกิดขึ้นในสองลักษณะสืบติด<sup>1</sup> คือ รับและไม่รับ วัฒนธรรมของกระและหลัก โดยลักษณะแรกมีการรับแบบผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมเก่าและใหม่ และผสมกลมกลืนวัฒนธรรมใหม่เข้ามาอย่างเต็มตัว ส่วนลักษณะหลังแบ่งได้เป็นสองมิติเช่นกัน คือ คงไว้ซึ่งวัฒนธรรมเดิมไม่รับวัฒนธรรมใหม่ และการที่ไม่รับวัฒนธรรมใด ๆ เลย

การผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรม ได้รับความสนใจศึกษามาเป็นเวลายาวนาน โดยเฉพาะในประเทศไทย จึงมีคุณภาพเชื้อชาติเช้านาดังถินฐานจำนวนมาก<sup>2</sup> ผลการศึกษาจำนวนมากพบว่ากระและของวัฒนธรรมหลักมีผลต่อโลกทัศน์ ค่านิยม และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ยายถิน<sup>3,4</sup> ซึ่งการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมนี้ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ยายถิน ด้วย เช่นกัน ผลการวิจัยพบว่าการผสมกลมกลืน มีผลตั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ ดังเช่น การผสมกลมกลืนกับสังคมอเมริกันทำให้ผู้พอยพชาวละตินที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ส่งผลในทางลบทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานและอาหารที่มีไขมันมาก แต่รับประทานผักและผลไม้เน้นอย่าง<sup>5</sup> หรือในอีกด้านงานวิจัยที่ยืนยันว่าการผสมกลมกลืนทำให้ผู้ยายถินมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มน้ำผลไม้มากขึ้น<sup>6,7</sup> พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวทำให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น<sup>8</sup> เป็นต้น

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้ยายถินจากประเทศเพื่อนบ้านอพยพเข้ามาเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เข้ามาเป็นการชั่วคราวเพื่อทำงานทำ และผู้ที่อพยพพยายถินอันเนื่องมาจากความไม่สงบภายในประเทศ ซึ่งกลุ่มหลังนี้ได้เข้ามาตั้งหลักปักฐานในประเทศไทยเป็นเวลาอย่างนาน ซึ่งบ้างก็ถูกจัดเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีใต้มีสัญชาติไทยแต่ได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ ผ่อนผันให้พักอาศัยหรือให้เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรในลักษณะชั่วคราวหรือ

เป็นการควรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง<sup>9</sup> ชนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้อพยพเหล่านี้ประสบกับข้อจำกัดต่าง ๆ ทั้งด้านการอยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี<sup>10</sup> โดยเฉพาะปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก<sup>11</sup> ซึ่งส่งผลให้อัตราการตายเด็กในกลุ่มดังกล่าวสูง<sup>12,13</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้อพยพที่เป็นชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย ส่วนใหญ่การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพมักมุ่งไปที่ฐานะทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประเด็นการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ยายถินยังได้รับความสนใจอย่างมาก การวิจัยครั้งนี้จึงได้มุ่งศึกษาการผสมกลมกลืนกับสังคมไทย ที่มีผลต่อสุขภาพและการตายเด็กในชนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้อพยพ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการแก้ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กในชนกลุ่มน้อยต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการผสมกลมกลืนกับสังคมไทย ด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้อพยพที่เป็นชนกลุ่มน้อยชาวกะเหรี่ยงและมอญ รวมทั้งศึกษาบทบาทของการผสมกลมกลืนต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่กระทบต่อสุขภาพและการตายของเด็ก

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ได้สำรองเมื่อปี 2549 ซึ่งดำเนินการในสองหมู่บ้านที่อยู่บริเวณชายแดนไทย-พม่า ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยสองพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่มีชนกลุ่มน้อยจากประเทศไทยมารยาพเข้ามาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากและมีการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในระดับสูง การศึกษารั้งนี้กลุ่มเป้าหมายเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นชนกลุ่มน้อยที่อพยพพยายถินมาจากการพม่า อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ศึกษา ณ วันที่สำรวจ ซึ่งมีพื้นที่ 77 คน เป็นกะเหรี่ยง 54 คน และมอญ 23 คน (ตารางที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา การดูแลบุตร และการใช้บริการสุขภาพรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับโครงสร้าง โดยมีชาวกะเหรี่ยงและมอญที่สามารถพูดได้ทั้งภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยง/มอญเป็นล่ามแปลภาษา ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูล



สามารถพูดภาษาไทยได้ การลัมภาษณ์ได้ใช้ภาษาไทยร่วมด้วย ข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือกับแหล่งข้อมูลอื่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมออตัวய ชาวกะเหรี่ยงและมอยุ ผู้นำชุมชน และสมุดบันทึกสุขภาพ

ส่วนการวัดระดับการผสมกลมกลืนนั้น เนื่องจาก การผสมกลมกลืนเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและจำเป็นต้องได้ยกจึงมีผู้เสนอตัวแปรที่ใช้แทนการผสมกลมกลืน ไม่มากมาย และลักษณะการผสมกลมกลืนในงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมา มีการศึกษาหลากหลายลักษณะกัน<sup>14</sup> การวิจัยครั้งนี้ได้เลือกศึกษาการผสมกลมกลืนสองลักษณะที่มีผลต่อสุขภาพและโอกาสลดชีพของเด็ก คือ การผสมกลมกลืนทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรม เนื่องจาก การผสมกลมกลืนทางเศรษฐกิจมีผลต่อสถานะความเป็นอยู่และอำนาจในการจัดทำสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ของผู้อพยพพย้ายถิ่น การผสมกลมกลืนที่ช่วยยกระดับทางเศรษฐกิจของผู้ย้ายถิ่นให้ดีขึ้นนั้น อาจช่วยให้กลุ่มตั้งกล่าวสามารถเข้าถึงทรัพยากรและบริการที่จำเป็นต่อสุขภาพของเด็ก เช่น ช่วยให้เด็กได้รับอาหารและเครื่องนุ่มน้ำอย่างเพียงพอ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสามารถจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกในการอยู่อาศัยที่เอื้อต่อการมีสุขอนามัยที่ดีของเด็ก เช่น น้ำสะอาด ไฟฟ้า เครื่องมือสื่อสารต่างๆ<sup>15,16,17</sup> ส่วนการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรม เป็นการรับเอาวัฒนธรรมทางความคิดและการปฏิบัติของกระแสวัฒนธรรมหลัก เช่น ภาษาพูด การที่ผู้อพยพสามารถสื่อสารด้วยภาษาของวัฒนธรรมถิ่นปลายทางได้จะช่วยให้สามารถรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก เป็นต้น ซึ่งการศึกษารั้งนี้ได้เลือกศึกษาด้วยแบบที่ใช้เป็นตัวแทนของการผสมกลมกลืนทั้งสองรูปแบบจากงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมา โดยการผสมกลมกลืนทางเศรษฐกิจวัดจากรายได้ (income) การทำงาน (labor force participation) ของมารดา ส่วนการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมวัดจากการศึกษาในประเทศไทย (education attainment) การแต่งงานข้ามชาติ (intermarriage) ความสามารถในการพูดภาษาไทย จำนวนบุตร และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย<sup>18</sup>

ตัวแปรดังกล่าวข้างต้นถูกนำมาสร้างดัชนีการผสมกลมกลืน (Assimilation Index) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก Principle Component

Analysis (PCA) ที่เสนอโดย Filmer และ Pritchett<sup>19</sup> ค่าน้ำหนักปัจจัย (factor loading) ขององค์ประกอบที่หนึ่งนำมาใช้สร้างดัชนีการผสมกลมกลืนทั้งสองลักษณะค่าคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ถูกนำมาแบ่งเป็นระดับของการผสมกลมกลืน โดยรายที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำกว่า 75 เปอร์เซ็นไทล์ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการผสมกลมกลืนต่ำ และรายที่มีค่าคะแนนสูงกว่า 75 เปอร์เซ็นไทล์ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการผสมกลมกลืนสูง

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้เพื่อศึกษาบทบาทของการผสมกลมกลืนที่มีต่อการตายหรือโอกาส死ตัวชี้พของเด็ก ได้แยกตามปัจจัยที่ทำให้เกิดการตายของเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี โดยศึกษาพฤติกรรมที่มีผลต่อการตายปริมาณ (แรกเกิด - 28 วันหลังคลอด) ซึ่งได้แก่ การฝ่าครรภ์และการคลอด และพฤติกรรมที่มีผลต่อการตายหลังปริมาณ (อายุมากกว่า 28 วัน - ต่ำกว่า 5 ปี) ซึ่งได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร (การให้นมแม่ อาหารเสริม และอาหารที่เต็กควรได้รับตามวัย) การได้รับวัคซีนและการใช้วัชีการคุมกำเนิด (ก่อนที่จะมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี) ซึ่งการใช้หรือไม่ใช้วัชีการคุมกำเนิดมีผลกระทบต่อการตายของเด็กในแท่งที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมอนาคตเจริญพันธุ์ที่เลี่ยง เช่น การมีบุตรจำนวนมาก มีบุตรถี่ และมีบุตรเมื่ออายุยังน้อย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลและได้รับสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพเท่าที่ควร<sup>20</sup> ในกรณีที่มารดาถูกกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรต่ำกว่า 5 ปีมากกว่า 1 คน ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นพฤติกรรมของมารดาที่เกิดขึ้นกับบุตรคนล่าสุด ความล้มพั้นธ์และความแตกต่างของระดับการผสมกลมกลืนกับพฤติกรรมสุขภาพทดสอบด้วยไคสแควร์

## ผลการวิจัย

### 1. การผสมกลมกลืนกับสังคมไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยเข้าศึกษาในโรงเรียนไทย ร้อยละ 11.7 แต่งงานกับคนไทย ร้อยละ 5.2 พูดภาษาไทยไม่ได้เลย ร้อยละ 45.5 พูดได้ตี ร้อยละ 24.7 ที่เหลือพูดได้เล็กน้อย มีบุตรเกิน 2 คน ร้อยละ 29.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,183 บาท อยู่ในประเทศไทยเฉลี่ย 13.9 ปี เมื่อแยกตามกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ผู้อพยพพชราจะเหี่ยงและมอยุมีระดับการผสมกลมกลืนกับสังคม



ไทยที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (ตารางที่ 1) แม้ว่าจะระยะเวลาที่อพยพเข้ามาอาศัยในประเทศไทยโดยเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน คือ 14.4 ปี ( $SD = 7.7$ ) ในมณฑล และ 13.7 ปี ( $SD = 5.5$ ) ในภาคเหนือ มองว่า การผสมกลมกลืนทางเศรษฐกิจในระดับสูงมากกว่า ภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึง 2 เท่า ( $p < .001$ ) แต่การผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมในระดับสูงที่ภาคเหนือมีมากกว่ามณฑลเล็กน้อยนั้น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลทั่วไปพบว่ามารดาชาวมณฑล มีการเดินทางมากกว่ามารดาชาวภาคเหนือ โดยร้อยละ 80 เดินทางบ้านอื่นๆ ในประเทศไทยมาแล้วก่อนที่จะโยกย้ายมาอาศัยในหมู่บ้านที่ศึกษา ส่วนใหญ่เดินทางที่อยู่ประมาณ 2-3 ครั้งหลังจากอพยพเข้ามาในประเทศไทย หมู่บ้านที่ชาวมณฑลเดินทางไปอยู่มักอยู่ร่วมกับคนไทย ในขณะที่ภาคเหนือมักอาศัยกับกลุ่มชาวภาคเหนือด้วยกัน ในพื้นที่ที่ค่อนข้างห่างไกลจากกลุ่มคนไทย และเมื่ออพยพเข้ามายังประเทศไทยแล้ว ร้อยละ 70 ไม่เดินทางกลับไปหมู่บ้านอื่นๆ เลย นอกจากนี้วิธีชีวิตในการดำรงชีพของมารดาชาวมณฑลส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 ทำเลี้ยงชีพด้วยการเป็นแรงงานรับจ้างในหมู่บ้าน เช่น รับจ้างทำไม้กวาดในโรงงานขนาดเล็ก ทำสวนยางพารา ซึ่งสามารถหารายได้จุนเจือครอบครัวโดยเฉลี่ยประมาณ 1,000-2,000 บาทต่อเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมแรงงานในฐานะเป็นลูกจ้างและเพื่อนร่วมงานกับคนไทย ทำให้มารดาชาวมณฑลมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับคนไทยอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่มารดาชาวภาคเหนือส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่แบบยังชีพ ทำไร่ข้าวเพื่อบริโภคภัยในครัวเรือนและเป็นแม่บ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ทำงานรับจ้าง อย่างไรก็ตามพบว่าผู้อพยพชาวภาคเหนือที่มีโอกาสเรียนในโรงเรียนต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือมีโอกาสไปทำงานในตัวเมืองกาญจนบุรีหรือจังหวัดในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมีการผสมกลมกลืนอยู่ในระดับสูง

## 2. พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพและโอกาสครอบชีพของเด็ก

**2.1 การฝ่าครรภ์ การฝ่าครรภ์ก่อนคลอดภายในตัวเด็ก** และของเด็กมีความสำคัญต่อสุขภาพของเด็กและโอกาสครอบชีพหลังปริกำเนิด โดยเฉพาะเด็กในวัยหลังหย่านม องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าเด็กควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือน หลังจากนั้นจึงค่อยเริ่มอาหารเสริมตามวัย ในขณะเดียวกันนมแม่ก็ยังคงให้ต่อไปจนถึงอายุ 2 ขวบ ในวัยหลังหย่านมสามารถให้อาหารที่เหมือนกับสมาชิกคนอื่นในบ้านได้แต่ต้องคำนึงถึงปริมาณและคุณค่าทางอาหารที่ครบถ้วน<sup>23</sup>ในการศึกษาครั้นนี้พบว่า การดูแลเรื่องอาหารแก่บุตรของมารดากลุ่ม

มารดาและทารกในครรภ์ได้รับการดูแลติดตามเป็นอย่างดีในเรื่องโภชนาการ ภูมิคุ้มกันโรค การแทรกซ้อน และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างตั้งครรภ์<sup>21</sup> หากมารดาได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดก็จะช่วยลดการตายปริกำเนิดของทารกลงได้ (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝ่าครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมต่ำส่วนใหญ่ร้อยละ 71 ไม่ฝ่าครรภ์ ในขณะที่มารดาที่มีการผสมกลมกลืนสูงไม่ฝ่าครรภ์มีเพียงร้อยละ 26 และมีการฝ่าครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มนี้ที่มีการผสมกลมกลืนต่ำถึง 9 เท่า

**2.2 การคลอด** นับเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการอุดชีพของทารกแม้ว่าจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ก็ตาม มีหลายปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจทำให้ทารกมีโอกาสเสียชีวิตได้ เช่น ความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อระหว่างคลอด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในการคลอดด้วย การคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือหนอตัวแยกที่ได้รับการอบรมจึงถือเป็นสิ่งสำคัญจะที่ช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันเนื่องมาจากการคลอด<sup>22</sup> การผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมส่งผลให้มารดากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพในการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) กลุ่มนี้มีระดับการผสมกลมกลืนต่ำร้อยละ 84.5 คลอดบุตรที่บ้านภายใต้การดูของหมอตัวแยกที่ไม่ผ่านการอบรมส่วนมารดาที่มีการผสมกลมกลืนในระดับสูงกว่าครึ่งหนึ่งคลอดที่โรงพยาบาล โดยมีแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ดูแลระหว่างคลอด

**2.3 การดูแลเรื่องอาหาร** ภาวะโภชนาการของเด็กมีความสำคัญต่อสุขภาพของเด็กและโอกาสครอบชีพหลังปริกำเนิด โดยเฉพาะเด็กในวัยหลังหย่านม องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าเด็กควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือน หลังจากนั้นจึงค่อยเริ่มอาหารเสริมตามวัย ในขณะเดียวกันนมแม่ก็ยังคงให้ต่อไปจนถึงอายุ 2 ขวบ ในวัยหลังหย่านมสามารถให้อาหารที่เหมือนกับสมาชิกคนอื่นในบ้านได้แต่ต้องคำนึงถึงปริมาณและคุณค่าทางอาหารที่ครบถ้วน<sup>23</sup>ในการศึกษาครั้นนี้พบว่า การดูแลเรื่องอาหารแก่บุตรของมารดา



ตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการผสณกลมกลืนทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ ) มาตรตาที่มีการผสณกลมกลืนทางเศรษฐกิจสูงมีการดูแลเรื่องอาหารให้แก่บุตรอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับวัยตามเกณฑ์มากกว่ามาตราที่มีการผสณกลมกลืนต่ำ 2 เท่า มาตราที่มีการผสณกลมกลืนต่ำส่วนใหญ่ให้อาหารบุตรไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมตามวัย โดยเลี้ยงบุตรวัย 1-2 ขวบ ด้วยนมมาตราเพียงอย่างเดียว ในได้ให้อาหารเสริมได้ฯ ตามที่เด็กควรจะได้รับตามวัย หรือเลี้ยงบุตรด้วยอาหารเสริมที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ข้าวบดผสมกับเกลือ โดยที่ไม่มีเนื้อสัตว์ ผัก หรืออาหารชนิดอื่นๆ ให้รวมอยู่ด้วย และมาตราที่เลี้ยงบุตรวัยห่างน้ำด้วยอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ เช่น ให้น้ำรับประทานข้าวกับเกลือหรือกะปิเป็นประจำ ส่วนเนื้อสัตว์ ไข่ ได้บริโภคเพียงเดือนละ 1-2 ครั้งเท่านั้น

**2.4 ภูมิคุ้มกันโรค การได้รับภูมิคุ้มกันในช่วงชีวีเปรียของเด็กจะช่วยป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคติดต่อและภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อต่างๆ ในเด็ก การที่เด็กไม่ได้รับวัคซีนทำให้เด็กไม่ได้รับการป้องกันจากโรคติดต่อที่พบบ่อยหรืออันตรายและการรับวัคซีนไม่ตรงตามวัยที่กำหนดก็จะทำให้การป้องกันโรคไม่เป็นไปอย่างเต็มประสิทธิภาพ<sup>24</sup> การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุตรของมาตรการกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการผสณกลมกลืนทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) มาตราที่มีระดับการผสณกลมกลืนสูงดูแลให้บุตรได้รับวัคซีนครบทั่วโลกตามวัยที่กำหนดในขณะที่มาตราที่มีการผสณกลมกลืนต่ำส่วนใหญ่ดูแลให้บุตรได้รับวัคซีนไม่ครบและ/หรือไม่ตรงตามวัยที่กำหนด**

**2.5 การใช้วิธีการคุมกำเนิด พฤติกรรมการใช้วิธีการคุมกำเนิดมีผลต่อการตายของเด็กในทางอ้อม เนื่องจากทำให้มาตราไม่โอกาสสมรรถภาพต่อการเจริญพันธุ์ที่เสี่ยง (risk fertility behavior) ซึ่งกระทบต่อความสามารถและความพร้อมในการให้การดูแลบุตร มาตรากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการผสณกลมกลืนด้านเศรษฐกิจต่ำมีการใช้การคุมกำเนิดในช่วงก่อนที่จะตั้งครรภ์บุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มที่มีการผสณกลมกลืนสูงอย่างชัดเจน ( $p<.01$ ) โดยมีเพียงครึ่งหนึ่งที่ใช้การคุมกำเนิด ส่วนกลุ่มที่มีการผสณกลมกลืนสูงใช้การคุมกำเนิดถึงร้อยละ 89**

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการผสณกลมกลืนและการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

แม้ว่าผลการวิเคราะห์พบว่ามาตราที่มีการผสณกลมกลืนกับสังคมไทยสูงมีพฤติกรรมในทางบวกต่อโอกาสการดูแลเด็กและตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการผสณกลมกลืนด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมต่อประสบการณ์การมีบุตรต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตหลังจากที่อพยพมาประเทศไทยแล้ว ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลการตายที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2543-2549 พบว่ากลุ่มที่มีการผสณกลมกลืนด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมสูงมีประสบการณ์บุตรเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่มีการผสณกลมกลืนต่ำ แต่ไม่พบความว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

### การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การผสณกลมกลืนด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของมาตรการกลุ่มน้อยที่เป็นผู้อพยพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กและการใช้บริการสุขภาพที่เอื้อต่อโอกาสการดูแลเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายงานที่พบว่าการผสณกลมกลืนกับวัฒนธรรมกระแสรลักษณะอินปลายทางส่งผลในทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้เย้ายวนที่เอื้อต่อโอกาสการดูแลเด็ก ดังเช่น การศึกษาของ Fullerton และคณะ<sup>25</sup> ที่พบว่าการผสณกลมกลืนกับวัฒนธรรมเมริกันสูงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ชาวลาติน-อเมริกา ในมลรัฐแท็กซัสได้รับลิ่งที่เอื้ออำนวยให้เข้าถึงบริการก่อนคลอด และมีการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีการผสณกลมกลืนต่ำ แต่ในขณะเดียวกันก็มีงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่าการผสณกลมกลืนกับวัฒนธรรมของอินปลายทางไม่ได้ส่งผลในทางบวกต่อสุขภาพของทารกและเด็กเสมอไป เช่น การศึกษาในผู้เย้ายวนและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการผสณกลมกลืนกับสังคมเมริกันทำให้มาตราชาวเม็กซิกันมีความเครียด ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักตัวน้อย<sup>26</sup> นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและโอกาสการดูแลเด็กของทารกในกลุ่มมาตราที่มีการผสณกลมกลืนสูง ซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอลล์<sup>27</sup>



อย่างไรก็ตามสุขภาพและการตายของเด็กในชนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้ยายถินยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลนอกเหนือไปจากการผสมกลมกลืน โดยเฉพาะปัจจัยที่เกื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ความเพียงพอและการกระจายตัวของสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณพื้นที่ชายแดน ซึ่งมักมีความยากลำบากในการเข้าถึง การเดินทางและระบบขนส่ง<sup>28</sup> รวมทั้งความเชื่อ<sup>29,30</sup> ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

แม้การศึกษารั้งนี้จะแสดงให้เห็นว่าการผสมกลมกลืนกับสังคมไทยมีผลต่อพฤติกรรมมารดาที่เอื้อต่อโอกาสสรอดชีพของบุตรในกลุ่มผู้อพยพยายถิน แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบการแ雷การสร้างดัชนีการผสมกลมกลืนในการศึกษารั้งนี้ไม่สามารถนำไปเทียบเคียงกับการศึกษาอื่นๆ เนื่องจาก การสร้างดัชนีของแต่ละการศึกษามักใช้ตัวแปรและจำนวนตัวแปรที่ต่างกัน ซึ่งทำให้มิติ (dimension) และระดับของการผสมกลมกลืนแตกต่างกัน ประการที่สอง เป็นจากการศึกษารั้งนี้เจาะจงเลือกศึกษากลุ่มผู้ยายถินในสองหมู่บ้านซึ่งมีบริบททางวัฒนธรรมและลิ้งแวดล้อมเฉพาะพื้นที่ ผลการศึกษาจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ยายถินที่เป็นชนกลุ่มน้อยชาวกะเหรี่ยง และมอยในพื้นที่อื่นๆ ได้ และประการสุดท้าย การศึกษาความสัมพันธ์ของการผสมกลมกลืนกับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเชิงปริมาณกับกลุ่มผู้อพยพยายถินยังจำกัดในเรื่องข้อมูลการตายและการผสมกลมกลืนที่นำมาระยะห่าง แต่ข้อมูลที่นำมาระงับดัชนีวัดการผสมกลมกลืนสอบถาม ณ วันที่สำรวจ อย่างไรก็ตาม การผสมกลมกลืนไม่ได้เป็นปัจจัยการตายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่เป็นกระบวนการที่อาศัยระยะเวลา<sup>31</sup>

### ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าผลศึกษาพบว่าการผสมกลมกลืนกับสังคมไทยมีผลในทางบวกต่อสุขภาพและโอกาสสรอดชีพของเด็กชนกลุ่มน้อย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านลิทธิทางกฎหมาย รูปแบบการผสมกลมกลืนที่พบไม่สามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมสุขภาพและลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มดังกล่าวอย่างเหมาะสมได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามยังมีข้อค้นพบบางประการที่

สามารถเสนอแนะเพื่อให้ผู้อพยพเข้าถึงลิทธิด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม ด้วยการลดข้อจำกัดและอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้กู้กลุ่มดังกล่าวได้ผสมกลมกลืนกับสังคมไทยในด้านการเรียนรู้ภาษาไทย หรือเปิดโอกาสให้ได้เรียนในโรงเรียนไทยตามลิทธิที่ชนกลุ่มน้อยพึงมี (ผู้อพยพหลายรายมีบัตรประจำตัวบุคคลนพพันที่สูง) เช่น โรงเรียนตำรวจเด่นชัยและโรงเรียนขององค์กรเอกชนหรือมูลนิธิต่างๆ หรือให้การอนุเคราะห์จากหน่วยงานสาธารณสุขในการอบรมหมอบาหมาด เช่นเดียวกับการสอนภาษาไทย หรือให้สามารถดูแลการคลอดที่ปลอดภัย

### เอกสารอ้างอิง

- Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Appl. Psychol. Int. Rev* 1997; 46: 5–68.
- Landale NS, Oropesa RS, Llanes D, Gorman BK. Does Americanization have Adverse Effects on Health?: Stress, Health Habits, and Infant Health Outcomes among Puerto Ricans Source. *Social Forces* 1999; 78 (2): 613–641.
- Earls F. “Health Promotion for Minority Adolescents: Cultural considerations” in *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century*. Oxford: Oxford University Press; 1993: 58–72.
- Mendoza FS, Ventura SJ, Valdez B, Castillo R, Saldivar LE, Baisden K, Martorelli R. Selected Measures of Health Status for Mexican-American, Mainland Puerto Rican, and Cuban-American Children. *Journal of the American Medical Association* 1990; 265: 227–232.
- Perez-Escamilla R, Putnik P. The Role of Acculturation in Nutrition, Lifestyle, and Incidence of Type 2 Diabetes among Latinos. *American Society for Nutrition* 2007; 137: 860–870.
- O’Malley PM, Johnston LD. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 14: 23–39.



7. Zamboanga BL, Raffaelli BM, Horton NJ. Acculturation status and heavy alcohol use among Mexican American college students: Investigating the moderating role of gender. *Addictive Behavior* 2006; 31: 2188–2198.
8. Moran A, Roux AVD, Jackson SA, Kramer H, Manolio TA, Shrager S, Shea S. Acculturation Is Associated With Hypertension in a Multiethnic Sample. *The American Journal of Hypertension* 2007; 20: 354–363.
9. พันธุ์พิทย์ กาญจนะ, จิตรา สายสุนทร. สถานภาพของชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย. รายงานวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการชุดโครง “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเช้าและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2541.
10. สมบูรณ์ เกียรตินันทน์, กัมมาล ภูมิราช ปารา. ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเช้าและชนกลุ่มน้อย. รายงานวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการชุดโครง “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเช้าและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2541.
11. Sangelek N. Model of Community Participation for Safe Motherhood in Hilltribe Population. Bangkok: Highland Health Development Centre, Ministry of Public Health; 2002.
12. Kanchanasinith K, Porapakkham Y. The Study of Infant Mortality in Thailand 1988. Institute for Population and Social Research. Bangkok: Mahidol University; 1988.
13. Sasiwongsaroj K, Sathaput C, Vapattanawong P, Ford K. Child Mortality Inequality between Thais and Hilltribes in Thailand: Study from Population and Housing Census. *Journal of Population and Social Studies* 2008; 16 (2): 143–164.
14. Vigdor JL. Measuring Immigrant Assimilation in The United States. *Civic report* 2008; 53.
15. Maglad NEA. Impact of Public Programmes and Household Income On child Mortality in Rural Sudan. *Eastern Africa Social Science Research Review* 2000;16 (1): 37–48.
16. Wang L. Determinant of child mortality in LDCs: Empirical finding from Demographic and Health Survey. *Health Policy* 2003; 65: 277–299.
17. Wang L, Hughes G, Fan X. Determinants of child mortality and morbidity: Findings from the China National Health Survey. Working paper, Environment and Economic Policy Department: The World Bank; 2002.
18. Dressler W, Bernal H. Acculturation and Stress in a Low Income Puerto Rican Community. *Journal of Human Stress* 1982; 8: 32–38.
19. Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography* 2001; 38: 115–132.
20. Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review* 1984; 10: 25–45.
21. World Health Organization (WHO)/ United Nations Children's Fund (UNICEF). Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities—An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990–2001. Geneva: WHO; 2003.
22. World Health Organization (WHO). Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates. France: WHO Press; 2006.
23. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Denmark: World Health Organization; 2000.
24. Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth, and Development: A Review of the Evidence. Geneva: World Health Organization; 2004.
25. Fullerton JT, Bader J, Nelson C, Shannon R. Participation in Prenatal Care in the Paso del Norte Border Region: The Influence of Acculturation. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2006; 51(2): 98–105.



26. Zambrana R, Scrimshaw S, Collins N, Dunkel-Schetter C. Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: The role of acculturation. American Journal of Public Health 1997; 87: 1022-1026.
27. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. Social Science & Medicine 2006; 62: 3048-3061.
28. Foggin P, Amijo-Hussein N, Marigaux C, Zhu H, Liu Z. Risk Factors and Child Mortality among the Miao in Yunnan, Southwest China. Social Science and Medicine 2001; 53: 1683-1969.
29. Choe MK, Diamond I, Steele FA, Kim SK. "Son preference, family building process and child mortality" in Too young to die: Genes or Gender? New York: United Nations publication; 1998.
30. Feyisetan B J, Asa S, Ebibola JA. Mother's management of childhood diseases in Yorubaland: the influence of cultural beliefs. Health Transition Review 1997; 7: 221-234.
31. Oudenhoven J PV, Ward C, Masgoret A. Patterns of relations between immigrants and host societies. International Journal of Intercultural Relations 2006; 30: 637-651.

**ตารางที่ 1 ลักษณะที่นำไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการผสมกลมกลืน**

กลุ่มตัวอย่าง	การผสมกลมกลืน (Dimension of Assimilation)			
	ทางเศรษฐกิจ(%)		ทางวัฒนธรรม(%)	
	ต่ำ(High) (n=58)	สูง (Low) (n=19)	ต่ำ (High) (n=58)	สูง (Low) (n=19)
<b>ชาติพันธุ์</b>				
กะเหรี่ยง มองุ	83.116.9	33.366.7	75.924.1	57.942.1
		P = .000		P = .152
<b>อาชีพ</b>				
รับจ้าง	11.9	100.0	32.8	31.6
ทำไร่ข้าว/แม่บ้าน	88.1	0.0	67.2	64.8
		P = .000		P = .924
<b>ประสบการณ์การทำงานในเขตเมือง</b>				
ไม่มี	64.4	50.0	72.4	26.3
มี	35.6	50.0	27.6	73.7
		P = .273		P = .000



ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของมารดาผู้อพยพจำแนกตามระดับการผสมกลมกลืน

กลุ่มตัวอย่าง	การผสมกลมกลืน (Dimension of Assimilation)			
	ทางเศรษฐกิจ(%)		ทางวัฒนธรรม(%)	
	(Economic assimilation)	(Cultural assimilation)	ต่ำ (High)	สูง (Low)
การฝ่ากครรภ์				
ไม่ฝ่ากครรภ์	62.7	50.0	70.7	26.3
ฝ่ากครรภ์แต่ต่ำกว่า 4 ครั้ง	25.4	22.2	24.1	26.3
ฝ่ากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป	11.9	27.8	5.2	47.4
	<i>P = .263</i>		<i>P = .000</i>	
การคลอด				
คลอดกับหมอตัวยาที่ไม่ผ่านการอบรม	78.0	66.7	84.5	47.4
คลอดกับบุคลากรทางการแพทย์	22.0	33.3	15.5	52.6
	<i>P = .359</i>		<i>P = .004</i>	
การดูแลรักษาอาหาร				
ไม่เพียงพอและเหมาะสมกับวัย	69.5	38.9	69.0	42.1
เพียงพอและเหมาะสมกับวัย	30.5	61.1	31.0	57.9
	<i>P = .027</i>		<i>P = .055</i>	
วัสดุชีวิต				
ไม่ได้รับวัสดุชีวิต	6.8	11.1	6.9	10.5
ได้รับวัสดุชีวิตแต่ไม่ครบและไม่ตรงตามวัยที่กำหนด	83.0	55.6	82.8	57.9
รับวัสดุชีวิตครบถ้วนโดยตรงตามวัย	10.2	33.3	10.3	31.6
	<i>P = .040</i>		<i>P = .063</i>	
การใช้วัสดุการคุมกำเนิด				
ไม่ใช้	47.5	11.1	39.7	36.8
ใช้	52.5	88.9	60.3	63.2
	<i>P = .006</i>		<i>P = .525</i>	

ตารางที่ 3 ร้อยละของมารดาที่เป็นผู้อพยพจำแนกตามประสบการณ์การมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เลี้ยงชีวิต และระดับการผสมกลมกลืน

กลุ่มตัวอย่าง	การผสมกลมกลืน (Dimension of Assimilation)			
	ทางเศรษฐกิจ(%)		ทางวัฒนธรรม(%)	
	(Economic assimilation)	(Cultural assimilation)	ต่ำ (High)	สูง (Low)
มีประสบการณ์มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เลี้ยงชีวิตในประเทศไทย				
ไม่มีบุตรเลี้ยงชีวิต	67.8	77.8	67.2	78.9
มีบุตรเลี้ยงชีวิต	32.2	22.2	32.8	21.1
	<i>P = .560</i>		<i>P = .399</i>	



## ชีวิตแม่ชี: กรณีศึกษาในภาคอีสาน\*

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ PhD\*\* จันตนา ลีละไกรวรรณ PhD\*\*  
กฤตยา แสงเจริญ PhD\*\* ชนกฤทัย ชื่นอรามณ์ PhD\*\*

### บทคดีย่อ

ปัจจุบันคนไทยได้นำคำสอนของพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น แม่ชีเป็นอีกลุ่มหนึ่งที่ทำหน้าที่เผยแพร่องค์ความรู้ในกลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคมไทย สถานะภาพความเป็นนักบัวของแม่ชีในไทยยังคงคลุมเครือ ทำให้การทำหน้าที่เผยแพร่องค์ความรู้ของแม่ชียังไม่ได้รับการสนับสนุนในภาพกว้าง แต่เป็นในระดับบุคคลมากกว่า บทความนี้นำเสนอผลการวิจัยในแง่มุมของการเข้ามาบวชเป็นชี และบทบาทที่แม่ชีได้ทำอยู่ โดยใช้วิธีเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการวิเคราะห์ด้วยมุมมองเพศภาวะ (gender) เก็บข้อมูลที่วัด 4 วัด และ 2 สำนักแม่ชี ในจังหวัดชัยภูมิ และมุกดาหาร ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแม่ชี จำนวน 20 รูป พระสงฆ์ 7 รูป ประชาชนทั่วไปชายและหญิง จำนวน 9 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามกรอบแนวคิดเพศภาวะ

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการมาบวชซึ่งมีทั้งหนึ่งความทุกข์ใจ และความครั้งทารในพระพุทธศาสนา มีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศอันเนื่องมาจากเพศภาวะ คือ ผู้หญิงได้รับการสนับสนุนให้บัวชันอย่างกว่า ผู้หญิงต้องไม่มีภาระทางครอบครัวจึงจะสามารถบวชได้ แม่ชีมีโอกาสทำงานให้กับสังคมได้ในหลายมิติ แม่ชีว่าแม่ชีส่วนใหญ่จะมีการทำบทบาทหน้าที่คล้ายๆ กัน คือ การเป็นเจ้าของบ้านดูแลเรื่องอาหารการกิน และความสะอาดดูแลเรื่องของสถานที่ ซึ่งถูกผูกเชื่อมโยงกับบทบาทของผู้หญิง แต่แม่ชีหลายคนต้องเผชิญกับอดีต่อการเป็นแม่ชี ทำให้ไม่ได้รับความเคารพครั้งท่าจากประชาชนบางกลุ่ม หรือไม่ได้รับการสนับสนุนให้ทำบทบาทในด้านเผยแพร่องค์ความรู้

การที่แม่ชีจะทำบทบาทนี้ได้อย่างเต็มที่ แม่ชีต้องได้รับการสนับสนุนจากมหาเถรสมาคมให้แม่ชีได้มีโอกาสปฏิบัติธรรม เผยแพร่องค์ความรู้เพื่อช่วยให้แม่ชีก้าวข้ามมุ่งมองที่เป็นการตอกย้ำภาพของแม่ชีในทางลบ เสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการออกแบบหมายร่าง พ.ร.บ. คณะแม่ชีไทย ในประเด็นเพศภาวะเพื่อที่จะได้จัดทำ พ.ร.บ. คณะแม่ชีไทยที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

**คำสำคัญ:** แม่ชี บทบาท พุทธศาสนา เพศภาวะ กลุ่มด้อยโอกาส

## Deep into the Soul of Thai Nun: A Case Study in Isan

Somporn Rungreangkulkij PhD\*\* Chintana Leelakraiwan PhD\*\*  
Kritaya Sawangchareon PhD\*\* Chanokruthai Choen -arom PhD\*\*

### Abstract

Many Thais embrace Buddhist teaching as the ways to deal with stress. Buddhist monks are a major group to disseminate dharma – the teaching of Buddhist principles. However, the roles of Thai Buddhist nuns are not clear. Thai nuns are perceived as a marginal group in Thai society. Status of Thai nuns is obscure. This research paper aims to examine the reasons for becoming a nun and roles of Thai nuns. Qualitative research using in-depth interviews was conducted. Data were collected in 4 Buddhist temples and 2 nun temples in Chaiyaphum and Mukdaharn provinces. Key informants included 20 nuns, 7 monks, and 9 Thai lay people. Data were analyzed using content analysis based on gender perspective.

\* ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



The results reveal that Thai women have different reasons for entering the priesthood, such as religious faith and escape from problems. Gender inequality was found. Women were less supported for entering in priesthood than men. Nuns are expected to perform housewife roles (cooking and cleaning), traditionally women's gender roles. Some nuns teach dharma and provide counseling, especially for laywomen. Many nuns encountered gender stereotypes and prejudice, resulting in a lack of respect and lack of support in teaching dharma.

Recommendations from this research include: 1) Thai nuns should be supported by the Sangha Supreme Council in teaching dharma 2) nuns should be included in the decision-making around the laws and Acts 3) law-makers need to be educated about the gender disparity/inequality between nuns and monks in the role of disseminating dharma.

**Keywords:** nun, role, Buddhist, gender, marginal group

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจ្យา

ปัจจุบันคนไทยได้นำคำสอนของพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น อันจะเห็นได้จากสื่อธรรมะในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ วีดีทัศน์ โทรทัศน์ รวมถึงการจัดอบรมในการปฏิบัติธรรม นอกจากนี้รัฐ เองก็ให้การสนับสนุนให้ข้าราชการสามารถนำไปปฏิบัติธรรมได้ โดยถือว่าเป็นวันปฏิบัติธรรม ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการเผยแพร่ธรรมะ นอกจากจะเป็นพระสงฆ์แล้ว แม้ซึ่งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ทำหน้าที่นี้ จากสถิติของศูนย์สารสนเทศ กระทรวงศึกษาธิการ<sup>1</sup> รายงานว่ามีแม่ชีทั่วประเทศจำนวน 13,258 คน แต่จำนวนนี้มีน้อยกว่าที่เป็นจริง เพราะมีแม่ชีหลายรูปไม่ได้จดทะเบียน การทำหน้าที่เผยแพร่ธรรมะของแม่ชียังไม่ได้รับการสนับสนุนในภาคภูมิ แต่เป็นในระดับบุคคลมากกว่า ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการทำบทบาทในการเผยแพร่ธรรมะของแม่ชีที่ไม่ชัดเจน “สถานะภาพความเป็นนักบวชของแม่ชีไทยยังคลุมเครือ หรือถูกตีความหมายในลักษณะที่ขาดหลักกฎหมายเชื้อด้วยความหมายตามนิยามของแม่ชีในประเทศไทยไม่ใช่นักบวช เป็นเพียงอุปาริชิทีตีศีล 8 แต่กระทรวงมหาดไทยแปลความหมายตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน ซึ่งหมายถึงนักบวช จึงไม่มีสิทธิเลือกตั้ง ไม่ได้รับรองอย่างเป็นทางการ<sup>1</sup> อนุนิธิสถาบันแม่ชีไทยได้พยายามเสนอร่างพระราชบัญญัติ (พร.บ.) คณะกรรมการแห่งประเทศไทยเพื่อขอให้ยกสถานะของแม่ชีไทยให้มีสภาพเป็นนักบวชอย่างชัดเจน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน พ.ร.บ. คดีแม่ชีไทยยังไม่ได้รับการรับรองเป็นกฎหมาย

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแม่ชีที่มีการศึกษาใน

ระหว่างปี พ.ศ. 2516 ถึง พ.ศ. 2544 จำนวน 12 เรื่อง โดยส่วนใหญ่มาจาก สถาบันศึกษา ศิวิโรจน์<sup>2</sup> พบว่างานวิจัยต่างๆ มีความสอดคล้องกันในส่วนใหญ่ของการบวชเป็นชี โดยแบ่งแม่ชีออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นแม่ชีที่ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนมีการศึกษาน้อยในระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา บวชเป็นแม่ชีเมื่ออายุเข้าวัยกลางคนประมาณ 40-50 ปี มากมีปัญหาสุขภาพหรือบวชเพื่อแก้กับสภาวะเด灾害ที่ มีบ้างที่มาบวชเพื่อแสวงหาความสงบ สร้างกุศล เมื่อย่างเข้าสู่บั้นปลายชีวิต แม่ชีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้อาชัยในวัด มีหน้าที่หลักในการปรุงอาหารถวายภิกษุ-สามเณร มีเวลาในการปฏิบัติธรรมน้อย แม่ชีอีกกลุ่มหนึ่ง เป็นแม่ชีที่มีการศึกษาได้มีโอกาสบวชเรียนจบธรรมศึกษาและอภิธรรม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี ทำงานในโครงการต่างๆ ของสถาบันแม่ชีไทย เช่น เผยแพร่พระพุทธศาสนาโดยทำหน้าที่เป็นผู้สอน ผู้อบรมศีลธรรม คุณธรรมให้กับประชาชน และจัดโครงการพัฒนาสังคม

สถาบันศึกษา สถาบันศิวิโรจน์<sup>2</sup> ศึกษาภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ บทบาทของสังคม ของแม่ชี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย การอบรมระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่ชี 9 ราย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ที่มาบวชซึ่งเป็นพระราศีเป็นพระต้องการใช้คำสอนเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว แต่มีบางคนที่มาบวชเพื่อไม่มีภาระพันทางครอบครัว มีความศรัทธาในพระพุทธศาสนา ผู้วิจัยรายงานว่าการคงตนเป็นแม่ชีมีความยากลำบากสำหรับผู้ไม่มีทุนทรัพย์ส่วนตัว หรือขาดผู้



อุปถัมภ์ เนื่องจากแม่ชีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และ สุขภาพไม่แข็งแรงจะมีบทบาทหลักในการทำงานภายใน วัด เช่น งานครัว งานทำความสะอาด มากกว่างานเผยแพร่ อบรมพระธรรม ความศรัทธาของประชาชนต่อแม่ชีมี ความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทที่แม่ชีพำนักอยู่ และ ความประพฤติของแม่ชี แม่ชีพำนักอยู่ในชนบทจะได้รับ ความสนใจ สันบสนุน ศรัทธามากกว่าแม่ชีที่อยู่ในเมือง

ในภูมิภาคอีสานค่อนข้างจะได้รับการยอมรับว่า เป็นภูมิภาคที่มีครูบาอาจารย์ที่เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการ ยอมรับ ศรัทธาในด้านการปฏิบัติกรรมฐานมาก ทำให้ คละผู้วัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาบทบาทแม่ ชีไทยในด้านการทำบทบาทผู้นำทางด้านจิตวิญญาณของ ประชาชนในภูมิภาคอีสาน บทความวิจัยนี้จะนำเสนอผล การวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยข้างต้นโดยจะนำเสนอ ในแง่มุมของการเข้ามาบวชเป็นชี และบทบาทที่แม่ชีได้ทำ อยู่โดยใช้มุมมองเพศภาวะ เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลสนับสนุน การช่วยเหลือในการกำหนดสถานะของแม่ชีให้ดีเจน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาบทบาทแม่ชีไทยในด้านการทำ บทบาทผู้นำทางด้านจิตวิญญาณของประชาชนในภูมิภาคอีสาน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารังสีผู้วัยใช้กรอบแนวคิดเพศภาวะ (gender) เพศภาวะเป็นคำที่ใช้อธิบายคุณลักษณะของผู้ หญิงและผู้ชายที่เกิดจากความคาดหวังของสังคม เป็น ลิ่งที่เรียนรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และขัดเกลาทางสังคม และมีความแตกต่างในแต่ละสังคมขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ชนชั้น เพศ ภาวะสามารถอธิบายความแตกต่างและความสัมพันธ์ ระหว่างหญิงชายในโนทัศน์หลัก ดังนี้ บรรทัดฐาน หญิงชาย (gender norm) หมายถึง พฤติกรรมที่สังคม กำหนดว่าผู้หญิง ผู้ชายควรเป็นอย่างไร บทบาทหญิงชาย (gender roles) หมายถึง บทบาทที่คาดหวังไว้เพศ ชายและเพศหญิงควรจะทำในสังคมนั้น ๆ ความสัมพันธ์ เชิงอำนาจระหว่างเพศ (gender relationships) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่กำหนดว่าผู้หญิง และ ผู้ชายในวัยต่าง ๆ ควรปฏิบัติและวางแผนต่อเพศตรงข้าม อย่างไร การตอกย้ำเพศภาวะ (gender stereotypes) หมายถึง ภาพลักษณ์ ความเชื่อ ทัศนคติ หรือสมมติฐาน

ที่เรามีต่อประชากรบางกลุ่ม มักจะเป็นในแง่ลบหรือมา จากสมมติฐานเกี่ยวกับกลุ่มนั้น ๆ ซึ่งมาจากบทบาท และ บรรทัดฐานที่มีมาก่อน การแบ่งงานหญิงชาย (gender-based division of labor) หมายถึง การให้คุณค่ากิจกรรม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการประกอบอาชีพนอกบ้าน และภาระหน้าที่ที่ผู้ชายและผู้หญิงมีต่อ ชุมชน และครอบครัว (ทั้งมี หรือไม่มีค่าตอบแทน)<sup>4</sup> ซึ่งแนวคิดนี้ช่วยในการอธิบายการนำมาสู่การเป็นคน ด้วยโอกาสของแม่ชีไทย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การคัดเลือกพื้นที่ คุณผู้วัยได้ติดต่อเครือข่าย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ พา คุณผู้วัยเข้าทำการสำรวจสถานที่ที่มีแม่ชี 2 พื้นที่ คือ จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เลือก เฉพาะอำเภอหนองบัวระเหว เพราะเป็นวัดที่ให้ความ สำคัญต่อการปฏิบัติกรรมฐานบำเพ็ญภารนา โดยมี ความแตกต่างกันที่วัดเข้าตาเจาะ พระสงฆ์เป็นเจ้าอาวาส ในวัดมีทั้งแม่ชี และพระสงฆ์พำนัก แม่ชีที่มาบวชมี ความหลากหลายในด้านสาเหตุของการมาบวชซึ่ง เช่น ศรัทธาเจ้าอาวาส มีการเจ็บป่วย มีปัญหาในครอบครัว ที่วัดจะมีห้องเป็นวัดที่มีพระสงฆ์เป็นเจ้าอาวาส เช่น เดียวกัน แต่มีพระสงฆ์ 1 รูป สามเณร 2 รูป ส่วนใหญ่ เป็นแม่ชีพำนักอาศัย มีแม่ชี หรือหลวงป爷เป็นพี่สาว ของเจ้าอาวาสวัดเข้าตาเจาะซึ่งมีบทบาทในการปกครอง แม่ชีทั้งวัด แม่ชีมาบวช เพราะศรัทธาตัวหลวงป爷 มา เพราะ มีความตั้งใจในการมาปฏิบัติธรรม และห้ามความสูบ วัดทั้ง 2 แห่งอยู่ใกล้กันและห่างจากตัวอำเภอประมาณ 32 กิโลเมตร

ส่วนจังหวัดมุกดาหาร มีสำนักแม่ชีที่ได้รับการ ยอมรับเป็นที่เคารพศรัทธา ห้องคืนในพื้นที่ และต่างพื้นที่ คือสำนักแม่ชีแก้วและได้เลือกสำนักอื่น ๆ ที่มีความแตก ต่าง คือ วัดแม่ชีลำ บ้านหนองกะปัด เพราะเป็นสำนักชี ที่อยู่ในชุมชนมาก มีคนเคารพศรัทธา มีผู้มาปฏิบัติ ธรรมตัวอย่าง ส่วนใหญ่มาปฏิบัติ เพื่อเป็นการแก้บน หรือ สะเดาะเคราะห์ มีแม่ชีอยู่ 2 รูป นอกจากนี้ ผู้วัยได้ เลือกศึกษาสำนักชีอีกแห่งหนึ่งได้ซึ่งจากการแนะนำจาก แม่ชีว่าสำนักนี้แม่ชีเป็นเจ้าสำนัก การปฏิบัติเน้นการ เคลื่อนไหวอิริยาบถ และรักษาคนป่วย สำนักนี้ตั้งอยู่ บนเขา ค่อนข้างห่างไกลชุมชน

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วัยได้สร้างความ



สัมพันธ์กับแม่ชีตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยเริ่มตั้งแต่ระยะสำรวจพื้นที่ ด้วยการไปทำบุญ ทำบุญเลี้ยงพระร่วมกับประชาชน ทำวัตรเย็นร่วมกับแม่ชี และนอนที่วัด การสร้างความสัมพันธ์นี้เป็นการลังเกตอย่างมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยกับแม่ชี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นแม่ชี จำนวน 20 รูป โดยพิจารณาจากความหลากหลายในด้านอายุ ระยะเวลาที่ครองตนเป็นแม่ชี มีอายุอยู่ระหว่าง 29-91 ปี อายุเฉลี่ย 61.88 ปี ระยะเวลาที่บวชเป็นชื่อยู่ระหว่าง 1 พรรษา ถึง 60 พรรษา อายุเฉลี่ย 16.2 พรรษา

ผู้ให้ข้อมูลรอง ประกอบด้วย พระสงฆ์ จำนวน 7 รูป อายุอยู่ระหว่าง 27-72 ปี อายุเฉลี่ย 48.75 ปี ระยะเวลาที่บวชเป็นพระอยู่ระหว่าง 12-35 พรรษา อายุเฉลี่ย 24.2 พรรษา แม่ออกหรือประชาชนที่ไม่ได้จำนำ 9 คน เพศหญิง 5 คน เพศชาย 4 คน อายุอยู่ระหว่าง 25-77 ปี อายุเฉลี่ย 56.36 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา 2 คน ระดับป्रอุปถัตติ 2 คน อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ทำงานบ้าน รองลงมาเป็นเกษตรกร มีรับราชการ 2 คน ผู้มาปฏิบัติธรรม จำนวน 5 คน อายุอยู่ระหว่าง 25-74 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา อาชีพหลัก งานบ้านและเกษตรกร

#### วิธีการเก็บข้อมูล

- นักวิจัยหลักประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย แนวคิดมาให้กับผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

- นักวิจัยเข้าพบขอความร่วมมือจากพระเจ้าวาราส หรือแม่ชีเจ้าสำนักในการขออนุญาตให้ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และพบแม่ชีรูปอื่น ๆ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากแม่ชียอมนักวิจัยหลักและผู้ช่วยนักวิจัยจะมาพูดคุยแบบสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแม่ชี

- นักวิจัยหลักและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพื้นที่ที่ศึกษาในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 เพื่อสังเกตบทบาทหน้าที่ของแม่ชี ปฏิสัมพันธ์ของแม่ชีกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระสงฆ์ แม่ออกหรือประชาชนที่ไม่ได้ทำการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกจะมีการบันทึกเสียง ระยะเวลาที่เข้า

ประมาณ 60-120 นาที สถานที่ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นที่วัดหรือสำนักสงฆ์ที่มีแม่ชีอาศัยอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา จากเทปการสัมภาษณ์

#### ผลการวิจัย

บทความวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเสนอ 3 ประเด็นใหญ่ คือ การมาบวชเป็นชี บทบาทของแม่ชี และมายาคติต่อบทบาทของแม่ชี มีรายละเอียดดังนี้

- เหตุผลของการละวิถีชีวิตทางโลก จากการสนทนากับแม่ชี พบว่า เหตุผลของการเข้ามาครองบทบาทการเป็นแม่ชีมีความหลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

1. เพราะความเลื่อมใสศรัทธาในพุทธศาสนา แม่ชีที่สัมภาษณ์ส่วนใหญ่บอกว่ามาบวชเป็นชีเพื่อความเลื่อมใสศรัทธาในพุทธศาสนา ดังตัวอย่างคำพูดของแม่ชี อายุ 91 ปี บัวมา 60 พรรษา

“บัวเพราะอยากบวช ใจมันไปทางนี้แล้วมันไปทางศีลทางธรรม ได้บวชแล้วก็บ่อยากสัก ก่อนบวช แม่นาย (ตัวแม่ชีเอง) เคยดูดวงเขานอกกว่าถ้าได้บวชแล้วจะได้บัวตลอดไป ตายค้าพ้าขาว”

2. หนีปัญหาครอบครัว/ หนีทุกชี ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมามีภาระที่ไม่สามารถจะพาหนะทางได้แก่ไขได้อีก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาใกล้ตัว คือ ปัญหาครอบครัว ทำให้ผู้หญิงหลายคนท้อใจ เนื่องจาก ต้องเข้ามาพึ่งคำสอนของพุทธเจ้าในวิธีการของการดับทุกชี คือ การปฏิบัติธรรม แสวงหาความสงบทางใจ การได้ปฏิบัติธรรมบ่อย ๆ ทำให้เกิดความศรัทธาจึงมาบวชเป็นแม่ชี ดังตัวอย่างคำพูดของแม่ชี ดังนี้

“บัวเพราะสามีติดเหล้า ไม่รับผิดชอบอะไร จึงหนีมาบวช”

“ເບື່ອຫນ່າຍໜີວິຕ່ມຣາວສ ທຳແຕ່ງນາ ສ້າງແຕ່ງຈະນະ ສ້າງແຕ່ງວິຕ່ມກາຍນອກ ສັງລູກຮຽນ ອິດໄປແລ້ວ ເປີຍບໍສົມເນື້ອນເຮືອນ້ອຍໃນມາຫາສຸທ່ວນກວ້າງໃຫຍ່ ໃນໆໆ ວ່າຕາຍໄປຈະເຂົາວໄປໄປດ້ວຍໄດ້ ແມ່ເລຍບວຍ ບວຍໄດ້ 3 ປີ ແລ້ວ ຕ້ອງບວຍໄປເຮືອຍໆ”

“ມີຄວາມທຸກໆໃຈເຈັ້ງສາມີຕາຍຈາກ ຕ້ອງຮັບກາrageທຸກອ່າງເອງໜົດ ມີລູກ 8 ດວຍ ສາມີເລີຍໜີວິຕ່ມຕົ້ນແຕ່ເພີ່ນອາຍຸໄດ້ 39 ປີ ຕອນນັ້ນແມ່ທຸກໆມັກ ຖຸກ໌ທີ່ກ່າຍທີ່ໃຈ ເລຍ



อธิษฐานในใจว่า ถ้าลูกเป็นฝ่ายเป็นฝ่ายได้ดี แล้วแม่จะบวชเพื่อชีวิตชาตินามีจิตจะได้มีลำบากเมื่อนชาตินี้ ที่แรกตั้งใจจะบวชแค่ 1 ปี แต่บวชครั้งแรกได้ 1 พรรษาแล้วก็ เพราะเป็นห่วงลูก แต่พ่อสึกแล้วมันอยู่ไม่ได้ มันรู้สึกทุกข์ร้อนในใจมาก แม่ก็เลยกลับมาบวชใหม่ ปีนี้ก็ปีที่ 6 แล้วยังไม่สึกเลย คิดว่าจะไม่เลิกหรอก ตั้งใจอยู่แบบนี้ไปตลอดเลย"

แม่ชีรูปหนึ่งอายุ 48 ปี บวช 6 พรรษาเล่าให้ฟังว่าเห็นคนที่แต่งงานแล้วมีความทุกข์จึงบวช เพราะไม่ต้องการเชิญกับความทุกข์ดังที่เห็นผู้อ่อนประสบอยู่

"ใจอยากบวช เห็นเพื่อนแต่งงานแล้วมีทุกข์ แม่ทำแฟณให้กับเด็กน้อย"

**1.3 เจ็บป่วยเป็นโรคกรรม แม่ชีกลุ่มนี้** เกิดความทุกข์อันเนื่องมาจากเจ็บป่วยทางกายหรือทางใจทำให้หันมาพึ่งพุทธธรรม โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยทำให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับข้อมูลจาก การบูรณะต่อของชาวบ้าน เมื่อหายดีแล้วก็กลับไปอยู่บ้าน ครอบครองเพศธรรมราวาสดังเดิม ในกรณีนี้มักพบว่าเป็นการบวชแก่นั้น ดังตัวอย่างคำพูด

"มี เคยบวชด้วย แต่ตอนนี้ไม่อยู่แล้ว คนหนึ่งมาเพราะโดนผีทำ ผีซื้อผีตื้นอยู่ เข้าหากผ้าไว้แล้วผีเข้าไปลงในผ้า พ้อเอามาใส่ก็ถูกผีลิงเป็นไปเลย พุดไม่เหมือนเดิม ท่าทางเปลี่ยนไป หลวงพ่อท่านก็ช่วยบำบัดรักษาให้รرمรบมบำบัด ก็ดีขึ้นนะ"

มีแม่ชีอยู่รูปหนึ่งบวชเพื่อแก่นบอยู่ 6 ปี จนอาการหาย มีเหตุให้ต้องสักกอกไปอยู่บ้าน แม่ชีเล่าว่าพ่อสักกอกไปได้เพียง 45 วัน ก็ต้องกลับมาบวชใหม่ ดังคำพูด

"อยู่ไม่ได้(อยู่บ้าน) ทาโรคไม่เจออกร้อน ท้อง ร้อนตัว ร้อนใจ หงุดหงิด ไปหาหมอ บอกว่าปกติกินยาโรคกระเพราแล้วไม่ดีขึ้น อยู่บ้านไม่ได้ รุ่นวายใจ เจอผ้าขาวหายเลย หมอยาสาเหตุไม่เจอ เป็นโรคกรรม กับแบกดี พอนานบวชก็อยู่ได้ โรคกรรมบังคับ"

"บวช เพราะคิดมาก เสียใจและเคยถูกเลี้ยงหายว่าถ้าบวชแล้วจะหายจากการเลี้ยงหายไข้ ถ้าไม่หายไม่แจ้งในธรรมะ จะไม่เอกสารธรรม"

**2. กว่าจะได้มาบวชเป็นชี อาย่างไรก็ตาม เมื่อผู้หญิงตัดสินใจที่จะบวชเป็นชี ความเป็นผู้หญิงที่ต้องครอบบทบาทของการเป็นแม่ดูแลลูกจนเติบใหญ่ ภาระดูแลสามี ลูกดูแลพ่อแม่ที่แก่เฒ่า เป็นภัยต้องช่วยลูก เลี้ยงหลานผู้หญิงต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้ที่มีความศรัทธาในเพศนักบวชต้อง**

ชະลօความตั้งใจของตนเองจนกว่าจะถึงเวลาที่ภาระหน้าที่นั้นหมดลง ผู้หญิงบางคนต้องใช้ความพยายามขออนุญาตจากครอบครัวหลายครั้งจึงจะสมใจ

ดังตัวอย่างคำพูดของแม่ชีรูปหนึ่งมีปัญหากับสามีจนหย่าขาดจากกัน ต้องการจะบวช แต่ลูกสาวซึ่งแต่งงานมีครอบครัวไม่่อนุญาต เพราะต้องการให้ช่วยเลี้ยงหลานที่อายุ 3-4 ขวบ โดยลูกสาวบอกว่า "ถ้าหนูมีทุกข์ จะไปพึ่งใคร"

แม่ชีรูปหนึ่งเพียรพยายามขออยู่ 3 ครั้ง ก็ไม่ได้รับอนุญาตจนครั้งที่ 4 ตัดสินใจหนีบวช

แม่ชีอีกรูปหนึ่งยังอยู่ในวัยอายุ 30 กว่าปี บวชมาได้ 5 พรรษา มีความเลื่อมใสศรัทธาในพุทธศาสนา แต่มีภาระดูแลแม่ที่เจ็บป่วย เมื่อพ่อแม่เสียชีวิตหมดไม่มีใครห่วงใยรื้อบ้านเดิมเอาไม่มาปลูกกู้อยู่ที่วัด

ด้วยความศรัทธาในพระพุทธศาสนา แม้ว่าสถานการณ์ครอบครัวที่แม่ต้องรับผิดชอบในฐานะของการเป็นผู้หญิงที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว ยามที่ยังอยู่ในเพศพรรดา แม่ชีก็พยายามมาปฏิบัติธรรมด้วยการบวชชีพราหมณ์ นุ่งขาว ห่มขาว แต่ไม่โภนพม จนภาระหน้าที่หมดได้รับอนุญาตจากสมาชิกในครอบครัว จึงได้บวชyanagak แต่ ดังคำพูดต่อไปนี้

"ลูกเต้ากะเติบเหมิดแล้ว ทำการทำงานเหมิดหละ แม่เลยกะอยากบวช ตากะตายนะ (สามีเสียชีวิตแล้ว) เลยขออุบกบวช ลูกกะเห็นดีนำ"

**3. บทบาทแม่ชีไทยในอีสาน วิถีชีวิตของแม่ชี** เป็นวิถีที่ต้องอนดีกตื่นเช้า บวชแล้วลำบากกาย แต่สายใจ ต้องเร่งภาระ นอนดีกตื่นเช้า แม่ชีส่วนใหญ่มีตารางกิจวัตรประจำวันที่คล้ายคลึงกันดังนี้

**3.1 ทำอาหาร** ดูแลความสะอาดเรียบร้อย บทบาทของผู้หญิงซึ่งเป็นที่คาดหวังของสังคม คือ การเป็นแม่บ้าน ดูแลความสะอาดเรียบร้อยที่อยู่อาศัย และทำการให้กับสมาชิกในครอบครัว ได้ถูกถ่ายทอด ปลูกฝังมายังแม่ชีเช่นกัน ทำให้หั้งตัวแม่ชีและพระสงฆ์คาดหวังว่าแม่ชีไม่ว่าอยู่ที่ไหนต่างต้องมีบทบาทหน้าที่ในการทำอาหาร ดูแลความสะอาดเรียบร้อย ในกรณีที่พระสงฆ์ไปรุ่งค์ แม่ชีก็เตรียมอาหารให้พระสงฆ์ นอกเหนือไปจากงานแม่บ้านที่มีหน้าที่หุงอาหารเป็นหลัก แล้ว ยามว่างแม่ชีจะมีการทำงานอื่น ๆ ซึ่งจัดว่าเป็นงานของผู้หญิง เพิ่มเติมตามความถนัดของแม่ชีแต่ละรูป เช่น เย็บผ้า ทำประตู หมวกพระ ทอเสื้อ และปลูกสมุนไพร



“แม่ชีที่นี่มีความชำนาญคนละอย่าง แม่ชี....ชำนาญสมุนไพร แม่ชี.....ชำนาญการเย็บผ้า....ได้เย็บผ้าให้คนที่มาปฏิบัติธรรม เย็บยามไว้ให้พระ”

**3.2 ต้อนรับแขกผู้มาเยือน ความเป็นผู้หญิงทำให้ยอมรับบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ว่า ความเป็นเจ้าบ้านที่ดีต้องดูแลต้อนรับให้ผู้มาเยือนมีความสุข มีความสะดวก แม่ชีจึงต้องทำหน้าที่เป็นเจ้าของบ้านที่ดี โดยการบอกรักใจว่าตระประจวันให้กับผู้ที่มาปฏิบัติธรรมจะอยู่วัด การจัดเตรียมอาหารให้ผู้มาเยือน ดังหลาย ๆ ครั้ง ที่คุณผู้ว่าจัดได้ไปเยี่ยมแม่ชีที่สำนัก/วัด ต่าง ๆ แม่ชีจะถามว่า รับประทานอาหารมาหรือยัง และจัดเตรียมอาหารจัดเตรียมน้ำไว้ให้ดื่มหากมีการนัดไว้ล่วงหน้า แม่ชีก็จะเตรียมอาหารกลางวันไว้ให้ทั้ง ๆ ที่แม่ชีไม่มีจันอาหารกลางวัน**

**3.3 ปฏิบัติกรรมฐาน บำเพ็ญภารนา การที่แม่ชีต้องมีบทบาทหลักในการเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารการกิน ความสะอาดเรียบร้อยของวัด และดูแลผู้มาเยือน ทำให้มีเวลาจำกัดในการปฏิบัติกรรมฐาน บำเพ็ญภารนา เพื่อพัฒนาตนเอง อย่างไรก็ตามแม่ชี ไม่ได้มองว่าการที่ต้องทำลายบทบาทก่อให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาตนเอง ดังคำพูด**

“ในช่วงกลางวัน แม่ชีจะรับแขก หากมีแขกมาก การภารนามาก ๆ จะทำตอนกลางคืน”

“เวลาทำอาหาร ต้องเอาใจอยู่กับลิ่งนั้น เวลาปัดตาด ใจก็ต้องอยู่กับการปัดตาด ทำอาหารใจก็ต้องอยู่กับอาหาร....”

**3.4 เผยแพร่องรมะผ่านการสอน และให้คำปรึกษา บทบาทหลักอีกบทบาทหนึ่งของการเป็นแม่ชีนอกเหนือบทบาทของผู้หญิงแล้ว แม่ชีมีหน้าที่ในการเผยแพร่องรมะโดยมี 2 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ สอนผู้มาปฏิบัติธรรม และให้คำปรึกษาเพื่อลดความทุกข์ใจ**

1) สอนผู้มาปฏิบัติธรรมโดยการสอนด้วยการบอกร เป็นแบบอย่าง ตลอดจนถึงการให้กำลังใจผู้มาใหม่ ดังคำอကเลื่องของผู้มาปฏิบัติธรรมทั้งชายและหญิง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง

“แม่ชีจะเป็นคนสอน โดยปฏิบัติให้ดู และแนะนำไปด้วย ต่อมาปฏิบัติตัวยกัน และปฏิบัติเอง”

“บางเทือ เพ็น (แม่ชี) ก็อบรมสอนผู้ที่มาปฏิบัติธรรม ชุมนัកเรียน ให้บ้านเพิน (แม่ชี) ก็พาเอื้ด พาปฏิบัติ บางคนมาปฏิบัติธรรม 2 รอบ”

“ท่าน(แม่ชี) ให้กำลังใจ ให้เรพยายามฝึกต่อ การรู้ทันอารมณ์ของตน ไม่ใช่ว่าปฏิบัติวันสองวันแล้วจะ

ได้ผล ขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการฝึกฝน ท่าน(แม่ชี) ก็จะถามทุกวันให้กำลังใจตลอด”

“เวลาเมื่อนามาปฏิบัติธรรม เพ็น(แม่ชี) ก็สอนทำเป็นตัวอย่างตั้งแต่ต้นนอน นั่งสมาธิ ภานา พาสวามนต์”

“ชาวบ้านแคลนี้ เวลาเมื่างานศพ ก็มารับแม่ชีไปสวัสดิภาพมากกว่าพระ”

ความเป็นผู้หญิงของแม่ชีทำให้มีความสะดวกง่ายในการสอน และเข้าถึงผู้มาปฏิบัติธรรมที่เป็นเพศหญิงได้ดี

“โดยเฉพาะวัยรุ่นหรือผู้หญิง เพราะผู้หญิงสามารถเข้าใจและเข้าถึง พูดกันได้ง่าย สะดวกในการเข้าหามากกว่าพระ”

“การมาปฏิบัติธรรมกับแม่ชี ซึ่งเป็นผู้หญิง ด้วยกันสะดวกกว่าไปปฏิบัติกับวัดที่มีพระ ความคิดเห็นส่วนตัวจะรู้สึกว่าผู้หญิงเข้าใจความคิด ความรู้สึก กันง่าย แม่ชีก็เป็นกันเอง เห็นเป็นลูกเป็นหลาน”

พระสงฆ์บางรูปก็สนับสนุนเห็นความสำคัญ ต่อบทบาทในการเผยแพร่องรมะของแม่ชี ดังคำพูด

“แม่ชีมีส่วนช่วยเหลือประชาชนที่มาปฏิบัติธรรม หรือมีความทุกข์ใจ แล้วเข้ามาพึ่งหลักธรรมโดยเฉพาะผู้หญิง แม่ชีสามารถเข้าถึงได้ดีกว่าพระ แม่ชีจะเข้าใจความเป็นผู้หญิงได้ดีกว่าพระ อุดม渥่าต่องนี้แม่ชี มีส่วนช่วยได้เยอะ”

2) ให้คำปรึกษาโดยใช้ธรรมะช่วยเหลือคนที่มีความทุกข์ใจ แม่ชีเล่าว่าคนมีความทุกข์ใจมาก ก็จะมาเข้าวัดหาที่พึ่ง ความสงบทางใจช่วยรุ้วรา

“พวากอหัก ส่วนมากไม่ค่อยอยากบัวช มาสายใจ (แม่ชี) แนะนำให้สายใจแล้วก็แล้วไป”

พระสงฆ์ที่เป็นเจ้าคณะก็เห็นความสำคัญของแม่ชีในการช่วยลดความทุกข์ใจของผู้หญิงด้วยกันเอง ดังคำพูด

“อาทิตย์นี้แม่ชีมีส่วนช่วยได้เยอะ อุดม渥่าชื่นชมและเห็นด้วยอย่างยิ่งในบทบาทตรงนี้ของแม่ชี เช่น คนที่มีความทุกข์ใจ ห้อใจเมื่อได้มาปฏิบัติธรรมกับแม่ชี แล้ว ความทุกข์解除ลง จากที่ผู้หญิงบางคนเคยคิดผิด ตัวตาย เมื่อเข้าได้เข้าหาแม่ชี มองรับทุกษ มะราชากับแม่ชี พร้อมกับมารับธรรมะ มาปฏิบัติธรรม และความคิดผิดตัวตายก็หายไป แม่ชีช่วยได้เยอะก็อย่างให้แม่ชีมีบทบาทในการช่วยเหลือสังคมในแง่การช่วยอบรม สอนธรรมะการปฏิบัติธรรมแก่ประชาชน แต่อุดม渥่าไม่ได้คาดหวังว่าแม่ชีทุกคนจะต้องทำได้เหมือนกันหมด พระองค์ให้มีอนกันไม่ใช่ทุกคนจะมีความสามารถในการเผยแพร่องรมะ



อบรมสั่งสอนธรรมได้เหมือนกันหมดทุกคนชื่นอยู่กับความรู้ความสามารถของแต่ละคน ไม่ได้จำกัดว่าพระหรือชี"

มีผู้มาขอความช่วยเหลือจากแม่ชีที่สำนักภูน้อยธรรมลักษณ์ด้วยอาการป่วย เช่น นอนไม่หลับ จิตฟังชั่น อาหารเป็นพิษร้าดไม่ปกติแต่ไม่รู้สาเหตุ แม่ชีก็ใช้อธรรมะสอนดังคำพูดของแม่ชีเจ้าสำนัก

"คุณที่มาปฏิบัติธรรมมีเหตุผลหลายอย่าง ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีอาการเจ็บป่วย แต่หาสาเหตุของโรคไม่ได้ แม่ชีรักษาโดยการสอนให้เข้าใจเรียนรู้ เอาสติ มาก่อน แม่ชีคิดว่าการเจ็บป่วยเกิดจากกรรม ป่วยทางจิต ต้องบริหารกาย จิตตั้งสมาริมายู่ปั้นจุบัน คนเราป่วย เพราะติดเข้าไปในความคิด"

**4. อดีตต่ออบรมของแม่ชี** เนื่องจากสถานะภาพความเป็นนักบวชของแม่ชีไม่ได้รับการรับรองจากสถาบันสงฆ์ ประกอบกับหลายบุคคลมีอดีตเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของแม่ชี ทำให้การตอถอกย้ำทางเพศภาวะต่อแม่ชีเกิดขึ้นจากนักบวชกลุ่ม โดยเพียงแค่พบเห็นก็มีอดีตต่อแม่ชี มักพบในสังคมเมืองมากกว่าชนบท ดังตัวอย่างคำพูด ของแม่ชีรูปหนึ่งซึ่งเป็นคนภาคกลาง อายุ 64 ปี บวชมา 10 พรรษา

"ตั้งแต่บวชมาไม่เคยอยู่กรุงเทพฯ คนกรุงเทพไม่เคารพแม่ชี ขึ้นมาอีสานต้องการหลุดพ้น คุณธรรมคนอีสานดี ภาคกลางคนไม่กลัวบ้าป คนอีสานดีมาก กลัวบ้าป ลายต่อบ้าป คนอีสานอ่อนโนยถ่อมตน เห็นแม่ชารู้จักกราบไหว้ ภาคกลางเห็นเราเป็นตัวอะไรอย่างหนึ่ง ไปกรุงเทพฯไม่ไปแบบแม่ชีขอทาน ต้องแต่งตัวเพี้ยว ใส่ถุงเท้ารองเท้า คนกรุงเทพฯชำเลืองตามองแม่ชียังกับไส้เดือน กิ๊กอิ๊ก ไม่เคารพนบอน"

ไม่เฉพาะภาคกลาง แม้ในภาคอีสาน หากเป็นสังคมเมือง หรือต่างถิ่น แม่ชีบอกว่าไม่ค่อยได้รับการเคารพจากประชาชนทั่วไป ทำให้แม่ชีขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่ต้องการไปต่างถิ่น ดังตัวอย่างคำพูดของแม่ชีรูปหนึ่งที่เล่าให้ฟังถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อไปเชือของในตลาดที่อยู่ในเมืองต่างจังหวัด ดังตัวอย่างคำพูดของแม่ชี อายุ 52 ปี บวช 6 พรรษา

"ชาวบ้านที่ที่เครียดรา ชาวบ้านรู้จักเรา เข้ากับครรภารา เรา เครารพ แต่ไปต่างถิ่นคนไม่รู้จักก็อาจไม่ได้รับการยอมรับ เดียไปตลาดไปซื้อของยืนอยู่หน้าร้านเจ้าของเขาก็คิดว่าเราจะมาขอ เราถึงง่วงเราไปสุดดี ไม่มีของบางที่ไม่ยอมขอไปให้ เพราะสายตาของคนที่มองเรามันเหมือนไม่ให้ความเคารพ จะกราบยังยากเลย ไม่

เหมือนคนแคนนี้ คนท้องถิ่น เขารู้จัก หากมีงานบุญงานศพ เวลาชาวบ้านนิมนต์ เขาก็นิมนต์ทั้งพระและชี"

**5. ข้อจำกัดของแม่ชีในการแสดงบทบาท** เผยแพร่องรม การที่แม่ชีจะมีบทบาทสู่สาธารณะในการสอนธรรมะให้กับบุคคลนั้น ยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านสถานะไม่ชัดเจน การศึกษาของแม่ชี ความสามารถในการปฏิบัติ และการไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งต้องได้รับการยอมรับจากพระสงฆ์ที่ดูแล และบุคคลภายนอกก่อน ดังคำพูดของพระภิกษุเจ้าคณะ อายุ 46 ปี

"บทบาทของแม่ชี ถ้าแคนบ้านเราก็ปฏิบัติถือศีล เค้าก็พอแล้ว ถ้ามาสั่งสอนญาติโยม จะต้องมีการศึกษามาก่อน ปฏิบัติตีก่อนจึงสามารถมาสั่งสอนญาติโยมได้ และแม่ชีคนนั้นควรมีเวลา มีหลักการพูดจึงมาเผยแพร่องรม แต่จะให้แม่ชีปฏิบัติเผยแพร่องรม เหมือนพระภิกษุก็ไม่ได้ แต่แม่ชีที่มีการเล่าเรียนมา ปฏิบัติตีมา เช่นแม่ชีคันสนนี้ ท่านสามารถสอนการปฏิบัติธรรม กับประชาชนได้ เพราะท่านมีการศึกษา ปฏิบัติมาก่อน อาทماภิสัทธิ์เห็นด้วย ถ้าถามว่าอย่างใดแม่ชีทั้งหมดสามารถปฏิบัติ สามารถสั่งสอนเผยแพร่องรม เหมือนกันทุกคนก็คงเป็นไปได้"

"แม่ชีรักษาศีล สามธิ ภavana ดูแลช่วยเหลือวัด ทำความสะอาดวัด ทำอาหารถวายพระ ก็คิดว่าเพียงพอ สำหรับบ้านเรา"

แม่ชีเป็นอีกกลุ่มนหนึ่งที่ขาดโอกาสทางสังคม การเข้าถึงทรัพยากร้านการศึกษา และการมีอำนาจในการกำหนดสถานะของตนเองมีน้อย เพราแม่ชีส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีการศึกษาน้อย ไม่ได้รับการรับรองสถานะภาพของแม่ชี ไม่ได้รับการสนับสนุนให้แสดงบทบาทในการเผยแพร่องรม ทำให้แม่ชีหลายรูปขาดความมั่นใจในการเผยแพร่องรม ดังคำบอกเล่าของแม่ชี

"เพิ่นพูดว่าใครเข้า อย่างบวชได้ธรรมากับแม่ชี"

"มีแค่นี้กิจของเรา (แม่ชี) ทำ (ปฏิบัติธรรม) ไปเรื่อยๆ ออกไปสอน หลวงพ่อองไม่อนุญาต ออกเวทีอย่างนั้นไปไม่รอด"

"เราไม่ได้ออกไปทำหน้าที่อะไรข้างนอก กลัวจะถูกต้องแนะนำสังคม เราต้องฝึกตัวเราเองก่อน เมตตาตัวเองก่อน ยังไม่เข้มแข็ง เอาตัวเองให้รอดก่อนจะไปปี้ทางให้คนอื่น แต่ถ้าใครที่ทุกข์ใจมา ก็เป็นเจ้าของบ้านที่ดีต้อนรับ เค้าเดือนร้อนมาก็ช่วย เท่านี้เรามาตรการทำได้ แต่คงไม่ออกไปให้หน ช่างต้องอยู่ในป่า ถ้าไม่อยู่ในป่า ก็ต้องเป็นช้างเร่ร่อน"



การเป็นแม่ชีจึงต้องทำงานหลายบทบาท ของคนเป็นผู้ปฏิบัติธรรมสอนผู้อื่นในการปฏิบัติธรรม ดูแลให้ความสะดวกต่อผู้มาปฏิบัติธรรมและที่สำคัญ คือ ต้องดำเนินบทบาทของการเป็นผู้หญิง คือ ทำอาหาร ดูแล ความสะอาดเรียบร้อยในสถานที่อยู่ พระภิกษุสังฆ์ที่เป็นเจ้าอาวาส และผู้มาปฏิบัติธรรม ได้มองเห็นและสะท้อน มุมมองถึงการรับภาระหนักของแม่ชิดังนี้

“แม่ชีทำงานหนัก หนักกว่าพระ เพราะต้องรับส่องทาง ต้องปฏิบัติตัว และต้องทำอาหารถวายแดวยี่หรา ไม่ต้องทำ และต้องดูแลรับแขก”

“ในการทำหน้าที่ของแม่ชี ท่านก็ทำเยอะอยู่นั่น ทั้งการทำอาหารถวายพระ ปฏิบัติธรรม ทำประเพณี ของเลือก ท่องบทาร แล้วยังต้องดูแลผู้ที่มาปฏิบัติธรรม”

หากแม่ชีมีความรู้ มีโอกาสแสดงให้ผู้อื่นได้เห็น ความสามารถ แม่ชีก็จะได้รับการยอมรับ ซึ่งปัจจุบันยังอยู่ ในระดับบุคคล ดังคำพูดของ พระภิกษุจั่วคลานฯ อายุ 50 ปี

“อาทมา ก็ขอชื่นชมแม่ชีที่มีความสามารถ เช่น แต่ภาคกลางก็เห็นแม่ชีที่เข้าเก่ง เรียนหนังสือธรรมะ ปฏิบัติธรรม ไม่แพ้พระเลยนะ อย่างที่อาทมาไปเรียนหนังสือเรียนมหา ก็มีแม่ชีมาเรียนบาลีศึกษาด้วยกัน ก็เก่งๆ ทั้งนั้นเลย เรียนพระไตรปิฎก เล่มเดียวกัน สอนเหมือนกัน กับพระบางรูป ศรัทธา ก็เท่ากับพระมหาเบรียญธรรม 9 ประโยค บางคนไม่เคยตกลง.....อาทมาชื่นชมใน ความสามารถของแม่ชีหลาย ๆ รูป ที่ช่วยเผยแพร่หลักธรรมได้ดีเช่นแม่ชีศันสนีย์”

## การอภิปรายผล

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาเหตุ การมาบวชชี บทบาทหน้าที่ของแม่ชีที่ทำอยู่ โดยใช้ มุมมองเพศภาวะจากผลการศึกษาเมื่อใช้เพศภาวะมอง ชีวิตของแม่ชี พนบวช แม่ชีเป็นกลุ่มนบุคคลที่ไม่ได้รับ ความเป็นธรรมอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเพศ ภาวะที่ลังบดขึ้นหลายประการ ข้อค้นพบจากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการมาบวชชีในการศึกษา ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่สกาว อ่อนโภcas และ อภิชาต ศิวิโรจน์<sup>2</sup> และสุขลัมต์ จันทะโชค<sup>1</sup> ได้ รวบรวม ซึ่งสาเหตุของการมาบวชชีที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นพระมีปัญหาชีวิต หรือมีความเครียดท่าใน พระพุทธศาสนาไม่ต่างไปจากสาเหตุของการที่ผู้ชาย มาบวชเป็นพระสงฆ์ เช่น อกบวชพระศรัทธา บวช ตามเพื่อน บวชพระเปื้อนหน่าย บวชพระกล้าภัย<sup>1</sup> ที่

มีสโลแกนว่าแม่ชี คือ “อกหัก หลักลอย คอยงาน สังหาร เสื่อม” มองแม่ชีว่าเป็นผู้มีหน้าที่ทำความสะอาด เก็บขยะ เลี้ยงสุนัข ทำงานรับใช้วัด พระ และสามเณร<sup>5</sup> จึงเป็นการ ตอกย้ำทางเพศภาวะที่เหมารวมแบบไม่ถูกต้องให้กับแม่ชี เป็นที่น่าสังเกตอีกอย่างหนึ่งว่า ความทุกข์ที่ทำให้ผู้หญิง นาบ瓦ชส่วนใหญ่แล้วมีสาเหตุจากพฤติกรรม หรือ สัมพันธภาพกับสามี จัดได้ว่าเป็นปัญหาละเอียดอ่อน การที่ผู้หญิงจะบอกเล่าความทุกข์ใจในเรื่องครอบครัว ของตนให้ผู้อื่นฟังนั้นดูจะไม่เป็นเรื่องง่าย เพราะการพูดถึงความไม่ดีของสามีตน ดูจะไม่ค่อยได้รับการสนับสนุน ในสังคมไทย ดังคำพูดที่ว่า “ไฟในอย่างนอกอก ไฟนอกอย่างนำเข้า” ทำให้ผู้หญิงหลายคนต้องใช้วิธีการไปบวชซึ่งเพื่อนปัญญา อันที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ด้วย ความเชื่อที่ว่าการบวชเป็นชีวิตรากที่ต้องให้พับกับความสงบ ทางใจ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของผู้หญิงหลายคนที่ เป็นโสด และนาบ瓦ช เพราะไม่ยกให้ปัญญา กับความทุกข์ ที่อาจเกิดขึ้นได้

เมื่อพับว่าโอลกาลในการเข้าถึงพระพุทธศาสนา ของผู้หญิงไม่เท่าผู้ชาย เมื่อผู้ชายจะอุบัติ ด้วยความคาดหวังที่มีต่อมารถฐานบทบาทความเป็นชายไทยว่า เป็นผู้ชายควรจะได้มีโอกาสบวชเพื่อการลีบทอดพุทธศาสนา อีกทั้งตัวคนบวชและญาติพี่น้องจะได้ฟังบุญใน โอกาสนี้ด้วย คือ ได้เกาะชายผ้าเหลือง หากมีผู้ใดคิดจะ คัดค้านอาจถูกมองว่าเป็นบาป แต่ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหากผู้หญิงตัดสินใจบวช ผู้หญิงจะถูก ขอให้ทำภาระหน้าที่ที่ครอบครัวคาดหวังว่าผู้หญิงต้อง ทำให้กับครอบครัวก่อนจนกว่าภาระหน้าที่นั้นจะหมดไป หรือการไปบวชของผู้หญิงคนนั้นไม่กระทบกับชีวิตของ คนอื่น การบวชซึ่งของผู้หญิงไม่ได้มีผลบุญให้แก่พ่อแม่ได้ ซึ่งต่างจากผู้ชายที่เชื่อว่าการบวชถือเป็นการตอบแทนบุญคุณพ่อแม่อย่างสูงสุด แต่ผู้หญิงเป็นการบวชเพื่อหนี ความทุกข์ และแสวงหาความสุขในสพระธรรม<sup>6</sup> ซึ่ง ความไม่เท่าเทียมกันนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความเชื่อที่ ว่าเกาะชายผ้าเหลืองจะได้บุญ และการที่สถานะของการเป็นแม่ชีไม่ได้รับการรับรองทางกฎหมาย และการมีอุดติ ในทางลับเกี่ยวกับภลักษณ์ของแม่ชี บรรทัดฐานและ บทบาทที่กำหนดหน้าที่ของผู้หญิงต่อครอบครัวจึงเป็น อุปสรรคต่อการเข้าถึงพระพุทธศาสนาในผู้หญิงกลุ่มนี้

บทบาทของแม่ชีที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมา ตลอดจนข้อคิดเห็นจากสังคมที่



มองเห็นว่าโดยแท้จริงแล้วแม่ชีมีโอกาสทำงานให้กับสังคมได้ในหลายมิติ แม่ชีล้วนใหญ่จะมีการทำบทบาทหน้าที่คล้ายๆ กัน คือ การเป็นเจ้าของบ้านดูแลเรื่องอาหารการกิน และความสะอาดเรียบร้อยของสถานที่ ซึ่งถูกผูกเชื่อมโยงกับบทบาทของผู้หญิง แม้ว่าปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงขึ้น มีอาชีพที่มีรายได้มากขึ้น แต่ผู้หญิงโดยส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาน้อย ทั้งทางโลกและทางธรรม อยุ่มาก ฐานะยากจน การเข้ามาบวชอยู่ในวัดจึงเป็นไปในลักษณะของผู้อาศัย เมื่อมาเป็นผู้อาศัยจึงต้องทำตัวให้เป็นประโยชน์ ตามบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ว่าเป็นของผู้หญิงและเป็นลิ่งที่ผู้หญิงกลุ่มนี้สามารถทำได้ บทบาทนี้ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้มาปฏิบัติธรรม และพระสงฆ์ปฏิบัติธรรมได้ แต่กลับถูกกลดคุณค่าจากสายตาของคนภายนอก ซึ่งต่างไปจากแม่ชีที่ให้คุณค่าของการทำอาหารว่าเป็นวิธีการหนึ่งของการปฏิบัติธรรม หากทุกคนให้คุณค่าต่อบทบาทนี้ไม่ต่างไปจากการปฏิบัติธรรมให้เห็นเป็นแบบอย่าง หรือการสอนธรรมะผู้วัยจีชื่อว่าสถานะของแม่ชีจะได้รับการเชิดชูมากขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแท้จริงแล้วแม่ชีก็มีความสามารถในการแสดงบทบาทที่พระสงฆ์ซึ่งเป็นชายทำอยู่ คือ การให้คำปรึกษากับผู้ที่มีความทุกข์ใจ การสอนให้ประชาชนทั่วไปฝึกการเจริญสติ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในคำสอนทางพุทธศาสนา นอกจากนี้ความเป็นหญิงทำให้เข้าถึงง่ายกับประชาชนทั่วไปที่เป็นเพศหญิงซึ่งอาจทำให้ประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้หญิงไม่สะดวกใจในการจะพูดคุยกับพระสงฆ์ซึ่งเป็นเพศชาย อย่างไรก็ตามเนื่องจากแม่ชีเป็นผู้หญิงซึ่งโอกาสทางการศึกษามีน้อยกว่าทำให้ความมั่นใจในตัวเองมีน้อยอีกทั้งยังมีพระสงฆ์บางรูปที่เป็นส่วนน้อยยังคงมีอดีตเกี่ยวกับผู้หญิงทำให้ไม่สนับสนุนแม่ชีในบทบาทนี้

### ข้อเสนอแนะ

อุดítของประชาชนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของแม่ชียังมีอยู่ แม่ชีที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้มีเมตตาให้คณะผู้วัยจีสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เรียกร้องขอความเป็นธรรมหรือโอกาส เป็นเพียงคำอุทานเล่าเมื่อถูกถามทำให้ผู้วัยจีรู้สึกซาบซึ้งครึ้นในการไม่ยืดตัวตนของแม่ชี แม่ชีจำนวนมากเพื่อแสดงความสูงทางจิตใจ การที่จะให้แม่ชีลูกขึ้นมาต่อสู้เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนบทบาทของแม่ชีอาจเป็นการไม่สมควร เพราะคำสอนข้อหนึ่ง

ของพระพุทธเจ้า คือ การลด “อัตตา” แต่ในฐานะของบุคคลภายนอกได้มีโอกาสสร้างรู้ และเห็นคุณประโยชน์ที่แม่ชีได้ทำให้กับบุคคลทั่วไป ผู้วัยจีจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การที่แม่ชีจะทำงานนี้ได้อย่างเต็มที่ แม่ชีต้องได้รับการสนับสนุนจากระบบการบริหารในวัด คณะสงฆ์ให้แม่ชีได้มีโอกาสปฏิบัติธรรม เพย์แฟอร์มาร์มเพื่อช่วยให้แม่ชีก้าวข้ามมุ่งมองที่เป็นการตอกย้ำภาพของแม่ชีในทางลบ

2. มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องผลักดันร่าง พ.ร.บ. คณะแม่ชีไทย โดยเพิ่มโอกาสให้แม่ชีได้เข้าถึงและมีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจเกี่ยวกับร่าง พ.ร.บ. คณะแม่ชีไทยให้มากกว่าที่เป็นอยู่

3. เสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการออกกฎหมายร่าง พ.ร.บ. คณะแม่ชีไทย ในประเด็นเพศภาวะเพื่อที่จะได้จัดทำ พ.ร.บ. คณะแม่ชีไทยที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เพื่อลบล้างอดีตเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของแม่ชีและการคาดหวังต่อสมรรถนะที่ต่ำกว่าความเป็นจริงของแม่ชี

### เอกสารอ้างอิง

- สุหันต์ จันทะโชโต. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ร่างพระราชบัญญัติคณะแม่ชีไทย: กรณีศึกษาการพัฒนาองค์การและการพัฒนาสถานภาพแม่ชีไทยในมิติของพระพุทธศาสนาเอกสาร (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2549.
- โสภาค อ่อนโภกาส, อภิชาต ศิวิโรจน์. รายงานการวิจัยแม่ชี: วิถีผู้หญิงได้รับสภาพศาสนา. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2546.
- วรรณภา ศรีอัจฉรัตน์. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ลักษณ์: การประยุกต์ใช้. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2540; 20 (3-4): 1-8.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. คู่มือการวิเคราะห์เชิงมิติหญิงชาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สกสค; 2550.
- อารยา พยุงพงศ์. แม่ชีในทศวรรษของชา铺เจ้า. วารสารเสียงธรรม 2545; 50.
- อดิน รพีพัฒน์. สตรีไทยในสังคม กรณีของครอบครัวไทยคดีศึกษา (รวมบทความทางวิชาการเพื่อแสดงมุทิตาจิต อาจารย์พันเอกหญิง คุณนิ้อน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา) หน้า 77-82; 2533.



## การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค โรงพยาบาลสกลนคร

ทวิชติยา มาลัยกรอง พพส., คอม.\* วิภา แก้วเคน พย.ม.\*\*  
ทัศนีร์ ดัดชุมทด พย.ม.\*\* ปิยนุช บุญก่อง พย.ม.\*\*

### บทคิดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มุ่งศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ให้บริการ วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม 2) ระยะออกแบบระบบบริการโดยใช้รูปแบบ การจัดการรายโรค กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมาย ดำเนินการปรับปรุงแนวทางเดชาปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ 3) ระยะทดลองปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ 4) ระยะสรุปรูปแบบ ระบบบริการที่เหมาะสม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์สถิติเป็นความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การนำรูปแบบการจัดการรายโรคมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อให้เกิดการ ปรับปรุง ดังนี้ 1) การดัดกรองเชิงรุกในชุมชน 2) One stop service Team 3) การดูแลผู้ป่วยในแบบผู้จัดการรายกรณีเฉพาะโรคเบาหวาน และ 4) การดูแลต่อเนื่อง

จากการพัฒนาระบบบริการ ส่งให้เกิดผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกด้านโดยสามารถค้นหาคัดกรองผู้ป่วย รายใหม่ได้ครอบคลุมมากขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสามารถกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติให้สูงขึ้น เกิดการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างชัดเจนต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** โรคเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการรายโรค

## The Development of Health Care System for Diabetic Patients Using Disease Management Approach in Sakon Nakhon Hospital

Tawichtiya Malaikrong Dip in Nursing Science, M.Ed.\* Wipa Kaewken M.N.S.\*\*  
Tasanee Dakhunthod M.N.S.\*\* Piyanuch Boonkong M.N.S.\*\*

### Abstract

This action research aimed to develop a health care system for diabetic patients using disease management approach in Sakon Nakhon hospital. The target group consisted of 132 patients with type 2 diabetes mellitus and 83 healthcare providers from multidisciplinary team. There were 4 stages of research process including situational analysis, care system design using disease management approach, implementation and reflection, and conclusion of DM care system design. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร



As a result of applying disease management approach, there were following developments in healthcare system : 1) proactive risk screening in community, 2) one stop service team, 3) diabetic case-management and 4) continuing care system.

Development of diabetic care system in this study led to several improvements of patient outcomes including early detection of new cases, decreased complication rate, decreased readmission rate, and increased clients satisfaction. Above mentioned improvements will contribute to effective continuing care system for chronic conditions in healthcare setting.

**Keywords:** Type II diabetes mellitus , disease management

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นจากตับอ่อนทำงานผิดปกติ ทำให้ขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือตับอ่อนทำงานปกติแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะตื้อต่ออินซูลิน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่พบวิธีการที่จะรักษาให้หายเป็นปกติได้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 90 ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นต้องมีการควบคุมดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>1</sup>

จากการสถิติข้อมูลโรคเรื้อรัง จังหวัดสกลนครพบโรคเบาหวานเป็นปัญหา 1 ใน 5 อันดับโรคแรก ในปี 2550 โรงพยาบาลสกลนคร พบรุบติดการณ์รายใหม่ 240.55 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมืองสกลนคร 3,416 คน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 2,275 รายต่อประชากรแสนคน<sup>2</sup> ส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเฉลี่ยวันละ 180-200 คน ในขณะที่ระบบบริการยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน การรักษาซึ่งไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรขาดทักษะ และระบบบริการยังคงมุ่งเน้นแต่การรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ตลอดจนสถานที่ในการให้บริการคลินิกเบาหวานดับเบิลไม่เอื้อต่อการบริการ ผู้ป่วยและญาติขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2549 พบรุบติดการณ์นัด ร้อยละ 8.2 และเพิ่มมากขึ้นในปี 2550 เป็นร้อยละ 16.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยขาดการคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกวินิจฉัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายโรคในผู้ป่วยเบาหวาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ระดับไขมันในเลือดลดลง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น<sup>4-6</sup> นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานนั้น ต้องดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ โดยต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม สามารถดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกจุดบริการรวมถึงการดูแลเชิงรุกในชุมชนกระบวนการจัดการที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการจัดการรายโรค (Disease Management) ได้แก่ การจัดการด้านระบบป้องกันในชุมชนของบุคคลและครอบครัว การคัดกรองและการจัดการความเสี่ยง การให้ความรู้ สร้างทักษะในการจัดการสุขภาพ การจัดระบบการรักษา การส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วบ้านบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างผลการรักษา คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เน้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว จนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในภาพรวมทั้งระยะสั้นและระยะยาว และลดภาระแทรกซ้อนในรายที่เป็นโรค<sup>7</sup>

จากปัญหาของระบบบริการดังกล่าวข้างต้น ผนวกกับหลักฐานการวิจัยที่ชี้ให้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการใช้กระบวนการจัดการรายโรคในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรงพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร จึงสนใจรูปแบบการจัดการรายโรคมาใช้บริหารการพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการในกลุ่มโรคเบาหวาน เป็นหลัก ทั้งนี้คาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานภายใต้ความคุ้มค่าคุ้มทุน



## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนาระบบบริการโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค (Disease Management) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย แบบเจาะจง (Purposive Sampling) 132 คน และ 2) ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ภายในอุปกรณ์ รวม 83 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 ถึงกันยายน 2552 วิธีการศึกษา มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ มี 4 ระยะ และขั้นประเมินผลลัพธ์ โดยในแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

**1. ขั้นเตรียมการ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2550 โดยหัวหน้าพยาบาล กำหนดนโยบาย การบริหารการพยาบาลให้นำรูปแบบการจัดการรายโรคมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดประชุมเพื่อชี้แจงกรอบแนวคิดการจัดการรายโรคมาใช้ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย/งานเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะให้สามารถนำไปใช้ได้จริง ภายใต้กิจกรรม 1) คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ ผู้ที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายโรค กำหนดคุณสมบัติบทบาท และหน้าที่ เป็นบุคคลที่ต้องมีทักษะเชิงคลินิก การประสานความร่วมมือ การทำงานร่วมกับผู้อื่น การติดต่อสื่อสาร การวิเคราะห์ต้นทุน ภาวะผู้นำ การเจรจาต่อรอง การพิทักษ์สิทธิ การบริหารจัดการ ความเข้าใจในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องประสานการดูแลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ผู้ป่วยกับผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ให้บริการกับชุมชนและสังคมซึ่งมีความสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2) คัดเลือกพยาบาลผู้จัดการรายโรคมีประจำหอผู้ป่วย/งาน แห่งละ 1 คน ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการทีมพยาบาล เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายโรคมีภาระตัวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานที่พัฒนา ขึ้นโดยกำหนดคุณสมบัติ บทบาทและหน้าที่ของผู้จัดการราย**

กรณี ต้องมีทักษะเชิงคลินิกของโรคเบาหวาน การประสานความร่วมมือระหว่างทีม การเจรจาต่อรอง การติดต่อ สื่อสาร และการพิทักษ์สิทธิ<sup>9</sup>

**2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง 30 มิถุนายน 2552 มี 4 ระยะ คือ**

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)** โดยการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ระบบบริการโรคเบาหวานโรงพยาบาลสกลนคร ผู้จัดการ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการจัดระบบบริการแบบเดิม โดยเริ่มตั้งแต่คัดกรองคนไข้กลุ่มเสี่ยง การควบคุมโรค การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจากกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ให้บริการ โดยวิธีการสัมภาษณ์ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นและช่วยให้เห็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนในข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**ระยะที่ 2 ออกแบบระบบบริการโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค กำหนดตัวชี้วัด และเป้าหมาย ประชุมกลุ่มทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด และช่างกายอุปกรณ์ ที่รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลและหน่วยปฐมภูมิ ร่วมกันออกแบบระบบบริการ ปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งดัดแปลงมาจาก American Diabetes Association (ADA)<sup>10</sup> และแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน<sup>5</sup> เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ได้แก่ CPG, Standard Order for Hypoglycemic and Hyperglycemic coma และรูปแบบการวางแผนจ้างหน่ายภัยหลังการนอนโรงพยาบาล ที่เหมาะสมได้ ออกแบบเป็นแนวทางการดำเนินการร่วมกันเสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการเครือข่าย CUP เมืองสกลนคร**

**ระยะที่ 3 ทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด และสะท้อนการปฏิบัติ ดำเนินการให้บริการ ตามแนวทางที่ร่วมกันพัฒนาไว้ในระยะที่ 2 ใช้กรอบแนวคิดการจัดการรายโรค (Disease management) เป็นกระบวนการการดำเนินการ มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) กระบวนการคัดเลือกและกำหนดประชากรเป้าหมาย (Population**



identification process) 2) การกำหนดให้มีแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานยืนยัน 3) การกำหนดรูปแบบแนวทางปฏิบัติร่วมมือกัน (Collaborative practice models) ที่รวบรวมเป็นทีมสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์และทีมนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลที่เชื่อมโยงกันทุกระดับ 4) การจัดระบบการศึกษาให้ผู้ป่วยบริหารจัดการสุขภาพส่วนตนได้ (Patient self-management Education) ซึ่งครอบคลุมถึงการป้องกันปฐมภูมิโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดตาม ควบคุมกำกับและเฝ้าระวังความเจ็บป่วย (Self monitoring) การจดบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการหรือการวัดค่าควบคุมของตนเอง 5) กระบวนการวัด การประเมินผลลัพธ์ มีมาตรการทางการบริหารจัดการเมื่อทราบผลลัพธ์จากการวัดประมิณ และ 6) กระบวนการรายงานผล ตอบกลับอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง การสื่อสารกับผู้ป่วย สื่อสารกับแพทย์ สื่อสารกับผู้ให้บริการผู้ป่วยคนนั้นในอดีตหรือผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำ เพื่อผลลัพธ์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพิ่มชีวิตที่มีผลิตภาพแก่สังคม (Productive life) ในระหว่างดำเนินการทดลองใช้แนวทาง และระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่จะมีการประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนการปฏิบัติทุก 1 เดือน เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนเกิดความเข้าใจและปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสม

#### ระยะที่ 4 ระยะสรุปรูปแบบระบบบริการที่เหมาะสม

##### 3. ขั้นประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรม ผู้วิจัยซึ่งรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอน โดยไม่ปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล จะเก็บรักษาเป็นความลับ ขออนุญาตใช้เทปบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่ในภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลมีความอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธในการร่วมวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมโดยไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

## ผลการวิจัย

### 1. สภาพการณ์บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลจากการวิเคราะห์สภาพการณ์พบว่า ประชาชนอายุมากกว่า 35 ปี และกลุ่มเสี่ยง ขาดความตระหนักรู้ ไม่ให้ความสำคัญในการเข้ารับการประเมินเพื่อคัดกรองคันนา ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การดำเนินงานในชุมชน เป็นไปด้วยความลำบาก ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรองคันนาค่อนข้างน้อย มีอาสาสมัครสาธารณสุข เชี่ยวชาญเบาหวาน (อสมช.) ประจำหมู่บ้าน บางส่วนที่ร่วมดำเนินการ

นอกจากนี้การวิเคราะห์ระบบบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า 1) ไม่มีทีมสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนและขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม 2) ไม่มีอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่อมไร้ท่อ (Endocrinologist) 3) ขาดผู้รับผิดชอบงานหลักอย่างจริงจังซึ่งเดิมจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยในหมุนเวียนมาปฏิบัติงานให้บริการคลินิกเบาหวาน สัปดาห์ละ 2 วัน ๆ ละ 1 - 2 คน 4) ไม่มีสถานที่ที่เป็นจุดให้บริการเฉพาะของคลินิกเบาหวานที่แน่นอน เดิมใช้พื้นที่ลานโล่ง ศูนย์เรียนรู้ของโรงพยาบาล เป็นจุดให้บริการ 5) ขาดรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ใน การที่จะเสริมสร้างศักยภาพเพื่อดูแลตนเอง และ 6) ไม่มีระบบการมอบหมายงานดูแลเฉพาะโรคเบาหวานของแผนกผู้ป่วยใน

### 2. รูปแบบบริการที่เหมาะสม

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 เพื่อหารูปแบบบริการที่เหมาะสมได้ผลดังต่อไปนี้

2.1 การคัดกรองเชิงรุกในชุมชน โดยทำการคัดกรองประชาชน อายุมากกว่า 35 ปี และกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญเบาหวาน (อสมช.) ประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมติดอาชีวทางปัญญา ฝึกปฏิบัติใช้เครื่องมือในการคัดกรอง คือ แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เน้นการประเมินเท่า กำหนดให้รับผิดชอบดูแลสมาชิกชุมชน 8-10 หลังคาเรือน หรือคุ้มโฉนต่อ อสมช. 1 คน และคันตันแบบเบาหวาน ที่ได้รับการพัฒนาทักษะ ความรู้โรคเบาหวาน การกินอยู่ แบบคนเป็นโรคเบาหวาน ออกกำลังกายที่เหมาะสม จากการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบาหวาน 2 วัน 1 คืน ณ โครงการชลประทานอ่างเก็บน้ำห้วยเดียก กระทรวงให้มีส่วนร่วมดูแลเชิงกันและกันในหมู่บ้าน/ชุมชน เรียกว่า



เพื่อนเตือนเพื่อน ทีมผู้ให้บริการของปฐมภูมิ และโรงพยาบาลสกลนคร สร้างความมั่นใจให้แก่คนต้นแบบเบาหวานในการพัฒนาความสามารถ ด้วยช่วยเหลือให้การปรึกษา สอนฝึกการประเมินการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว พร้อมกับแจกเครื่องเจาะน้ำตาลให้แก่ อสมช. ไว้ประจำทุกหมู่บ้าน ฯลฯ 1 เครื่อง ฝึกปรับวิถีการกินลดอ้วน และร่วมกับทีมผู้ให้บริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนเคาะประตู้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านหาภาวะแทรกซ้อนที่สามารถซักถามได้ คือ ภาวะตามัว มองเห็นภาพไม่ชัด อาการมีน้ำเหลือง แลและแพลงเท้าเบาหวาน ติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยส่งข้อมูลผ่านเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ กลับบ้านยังคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนครทุก 1 เดือน

**2.2 จัดตั้ง One stop service team ผู้วิจัยได้พัฒนาบริการ ณ จุดคัดกรองคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโดยพยาบาลวิชาชีพ ชั้นนำหนัก วัดความดันโลหิต ชักประวัติ ดันหายาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำ/สูง ส่งตรวจ FBS ทุกครั้งที่มารับการตรวจ ได้ให้ความรู้และการปรึกษา รายบุคคลและรายกลุ่มในขณะรอตรวจ มีการจัดตารางให้ความรู้จากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เกสชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนากร มีการสอนสาอิต เรื่องอาหารและเปลี่ยนพร้อมทั้งคำแนะนำ พลังงานในอาหารแต่ละชนิด มีรูปแบบอาหารและตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานมาให้ดูและให้คำแนะนำจากนักโภชนากร และกรณีที่พบปัญหารึ่องเท้าผิดรูป มีผลส่งปรึกษาพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN สาขาศัลยศาสตร์) เพื่อทำการประเมินความผิดปกติของเท้า คลำชีพจร ประเมินระบบปลายประสาท ชุดหนังหนา (callus) และประสานแผนกการอุปกรณ์ เพื่อปรับແຜร่องรองเท้าที่เหมาะสมฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพเท้า สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายจะได้รับคำแนะนำจาก เกสชกร เรื่อง การใช้ยาเบ้าหวานในคลินิกเบาหวาน เพิ่มเติมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเครียด ที่ได้ทำการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตโดยทีมพยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ การขาดผู้ดูแล และความรู้สึกห้อแท้ในโรคที่เป็นอยู่ รายที่มีความเครียด เกินเกณฑ์ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นราย ๆ ตามความเหมาะสม**

จุดคัดกรอง ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะฉุกเฉินตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ที่ได้รับการพัฒนาจากการร่วมมือกันระหว่างทีมอายุรแพทย์ หากผู้ป่วยเป็นเบาหวานรายได้ที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่า 300 mg% หรือต่ำกว่า 70 mg% หรือมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด รู้สึกหวิวๆ คล้ายจะเป็นลม กำหนดเป็นกรณีเร่งด่วนจะต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดำเนินการคัดกรองสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention and tertiary prevention) โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประจำคลินิกเบาหวาน ได้แก่ Lipid profile, Cr., HbA<sub>1</sub>C, UA, Fundus camera อ่านผลโดยจักษุแพทย์

**2.3 เกิดการพัฒนาปรับแบบการมองหมาย การดูแลผู้ป่วยในแบบผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) จากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้านอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมแผนการรักษาตาม CPG for Hypoglycemia, Hyperglycemic coma; DKA & HHNKS ให้ความรู้เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านการเป็น DM Educator เป็นผู้ประสานการดูแลรักษา ดันหาปัญหาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป่วยที่กลับมานอนรักษาตัวช้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรที่ได้จัดทำไว้ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะปฏิบัติตามนี้ 1) ประเมินสภาพทั่วไป อาการและอาการแสดง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม 2) แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง 3) ระบุปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 4) ให้ความรู้ตาม “โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน” เพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน 12 เรื่อง ดังนี้ ความรู้เรื่องโรค เป้าหมายการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ยากิน ยาฉีด อาหาร ออกรักษา ตรวจดูแลเท้า การเดินทาง การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการดูแลบาดแผล 5) ประเมินความรู้หลังการดำเนินการ 2 ระยะ คือ หลังการสอนทันที และวันที่ 2 หลังการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติ**



และทำความเข้าใจด้วยตัวเองก่อนทดสอบและทวนซ้ำ  
6) ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับงานวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร 7) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์  
8) ติดตามผลตามตัวชี้วัดคุณภาพ วิเคราะห์ และรายงานผลการปฏิบัติงานต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ

**2.4 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง** การวางแผนจำหน่ายในระหว่างนอนโรงพยาบาล มีการประสานเจ้าหน้าที่งานวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยใน กลุ่มงานเวชกรรม สังคม ร่วมกันประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย โรคเบาหวานล่วงหน้าก่อนจำหน่าย 2-3 วัน เพื่อร่วมบันทึกข้อมูล สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น โคงโยงข้อมูลไปยัง PCU ตามแบบบันทึกการส่งต่อเฉพาะโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อให้สามารถบันทึกปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ การรับประทานยาไม่ตรงเวลาและปรับยาเอง จัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแล รายบุคคลทุกวัน และมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมให้คำแนะนำ มีสื่อภาพพลิกเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ทุกห้องผู้ป่วย/งานติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง

การสะท้อนการปฏิบัติ ผู้ป่วยได้สะท้อนถึงการปฏิบัติของผู้ให้บริการครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบพบรักษารกรุ่นเลี้ยงไม่ได้รับการคัดกรองอย่างทั่วถึง ปรับปรุงโดยให้พยาบาลประจำหน่วยปฐมภูมิร่วมกับ อสมช. คัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง verbal screening ผู้ป่วยที่มีปัญหاشับช้อนขาดการดูแลปรับปรุง โดยมีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหاشับช้อนโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านเครื่องมือ เครื่องเจาะเบาหวานและแบบตรวจมีไม่เพียงพอในระดับ CUP ปรับปรุงโดยการสนับสนุนเครื่องเจาะเบาหวาน และแบบตรวจให้เพียงพอในระดับ CUP ด้านผู้ป่วยและญาติ พบรักษารู้ภาวะน้ำตาลต่ำ ภาวะน้ำตาลสูง และมีการจัดการกับอาการดังกล่าวตามประสบการณ์การรับรู้ของผู้รับบริการ การศึกษานี้ได้ปรับปรุงโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนผ่านสื่อวิทยุเกี่ยวกับความรู้ การดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชุมชนเบาหวาน จิตอาสา ทีมผู้ให้บริการ มอบหมายการดูแลผู้ป่วยแบบผู้จัดการรายกรณี

### 3. ผลลัพธ์

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย พบร่วมกับ อัตราการคัดกรองโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์รายใหม่ลดลง มาตรฐานสำเร็จ แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (ตารางที่ 1)

ความคิดเห็นของกลุ่มผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ พบร่วมกับ เค้าเรื่องความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.92$ , S.D.=0.81) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ( $\bar{x} = 3.92$ , S.D.=0.81) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการตอบสนองของการให้บริการ ( $\bar{x} = 3.92$ , S.D.=0.81)

### 4. การปรับปรุงพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถนำไปวางแผนการพัฒนาต่อไป

1) โครงการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครบวงจร ด้านการส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรค โดยจัดให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Primary prevention) และโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังการเจ็บป่วย สนับสนุนให้เข้าร่วมในชุมชนเบาหวานอำเภอเมืองสกลนคร

2) ขยายผลการใช้รูปแบบการจัดการรายโรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การจัดการความรู้ (Knowledge management) ซึ่งผู้วิจัยหลักในฐานะเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล และเป็นประธานคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจังหวัดสกลนคร ได้นำผลการวิจัยมาแจ้งให้หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รับทราบเพื่อจะได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาล และช่วยให้ได้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในการมองหมายงานต่อไป

### 5. แนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) เร่งรัดการส่งผู้ป่วยออกไปรับบริการในโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ

2) ปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน

3) ประเมินและตรวจสอบประสิทธิภาพการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ



### ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2551	2552
1	อัตราการคัดกรองประชาชนอายุ ณ 35 ปี ขึ้นไป	100 %	97	91
2	อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ต่อแสน ประชากร	319.13	217.95
3	อัตราการส่งผู้ป่วยออกโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ	> 50 %	43.73	68.12
4	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลอุ่นในเกณฑ์			
	4.1 ระดับดี หมายถึง ระดับน้ำตาล 70-140 mg%	> 40%	44.03	36.00
	4.2 ระดับพอใช้ หมายถึง ระดับน้ำตาล 141-180 mg%	> 40%	25.90	37.89
	4.3 ต้องปรับปรุง หมายถึง ระดับน้ำตาล ณ 181 mg%	< 20%	30.07	27.80
5	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน	< 30 %	13.55	12.75
	5.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา	< 10 %	4.74	6.3
	5.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต	< 10 %	5.03	5.06
	5.3 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง	< 10 %	3.78	0.85
6	อัตราการขาดน้ำ	< 10%	3.22	2.81
7	อัตราความรู้ ความเข้าใจในภาวะโรค การเฝ้าระวัง และการจัดการ ดูแลตนเอง	> 80%	90.10	93
8	อัตราความพึงพอใจต่อการบริการคลินิกเบาหวาน	> 90%	81.01	83.58
9	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C < 7 %	> 40 %	14.13	16.65
10	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal Exam	100 %	48.56	59.98
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้า	100 %	83.23	83
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	< 10 %	3.78	0.51
13	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้า เท้า หรือ ขา	0 ราย	13	10
14	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ 40 ปี ขึ้นไปได้รับยาแอสไพริน	> 50 %	30.59	36.1
15	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันHypoglycemia (DTX ณ 50 mg%) ของผู้ป่วยเบาหวานขณะนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล	< 30 %	13.01	3.91
16	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hyperglycemic coma (DTX ณ 600 mg%) ของผู้ป่วยเบาหวานขณะนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล	< 30 %	24.86	3.23
17	อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานใน 28 วัน (Re-Admit)	< 2 %	3.99	1.82



## การอภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ต่อการพัฒนาระบบบริการ การใช้รูปแบบการจัดการรายโรค ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ ดังแต่ระดับชุมชนจนกระทั่งนำยศตลอดจนการดูแลหลังการจำหน่ายจากเดิมโรงพยาบาลสกลนครไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน เนื่องจากแนวคิดการใช้การจัดการรายโรค เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามองค์ประกอบหลัก คือ มีมาตรการจัดการ (Intervention) เกี่ยวกับการป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) ให้ห่างไกล โรคเรื้อรัง การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ให้รู้การวินิจฉัยเร็ว หยุดโรคไว้ ป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนมาก และมาตรการการดูแลหลังการรักษา ทั้งนี้กำหนดให้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานยืนยันจากสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน และสามารถต่อมิเริ่มใหม่ที่ห่างประเทศไทย การปฏิบัติร่วมกัน เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนมากขึ้นและมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกันทุกระดับ พร้อมทั้งการจัดระบบการศึกษาให้ผู้ป่วยบริหารจัดการสุขภาพตนเองได้ ซึ่งครอบคลุมถึงการป้องกันปฐมภูมิ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตาม ควบคุมกำกับ เฝ้าระวัง ความเจ็บป่วย การจดบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ หรือการวัดค่าควบคุมของตนเอง ติดตามประเมินผลลัพธ์ และมีการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการใช้สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย พร้อมมีการให้คำแนะนำ เพื่อผลลัพธ์ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต

### 2. ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1 อัตราการคัดกรองประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปและกลุ่มเสี่ยง พบร่วมกับผลการดำเนินงานการคัดกรอง Verbal screening ผ่านเกณฑ์ที่เป้าหมายที่ตั้งไว้มากกว่าร้อยละ 80 ปี 2551-2552 เท่ากับร้อยละ 97 และ 91 ตามลำดับ จากผลการสะท้อนการปฏิบัติ พบร่วมกับค้นหาบุคคลที่เป็นโรคระยะเริ่มแรกแต่ยังไม่มีอาการเกิดขึ้น (Asymptomatic individuals) โดยบุญภำพการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานในเชิงรุกเพิ่มการค้นหา คัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ปัญฐานชุมชน/งานบุญ ประเมินประจำปี ซึ่งทำให้การดำเนินการคัดกรองบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ สอดคล้องกับการค้นพบของวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์และนิตย์ ทัศนิยม<sup>11</sup> พบร่วมกับผู้ป่วย

เบาหวานที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาหรือผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีอาการป่วยเป็นเบาหวานประกอบกับการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก จะพบผู้ป่วยรายใหม่ก็ต่อเมื่อเข้ารับการตรวจรักษาในสถานบริการสาธารณสุข และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย หรือผู้เกี่ยวข้องไม่ได้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเป็นผลให้การเฝ้าระวังโรคไม่ครอบคลุม

2.2 อัตราป่วยเป้าหมายที่กำหนดในน้อยกว่า 4.6: 100 พบร่วมกับผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานเชิงรุกที่รวดเร็วครอบคลุมส่งผลที่ดีต่อประชาชน และผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควรได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาแต่แรกเริ่มของโรคเนื่องจากการดำเนินการเข่นนี้จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้ ซึ่งพบมีอัตราป่วย 2551-2552 เท่ากับ 1.80 และ 1.98

2.3 อัตราการส่งผู้ป่วยออกโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งเป็นนโยบายที่ต้องดำเนินการของจังหวัดสกลนคร ในการลดความแออัด และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้บริการในสถานบริการใกล้บ้าน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ โดยกำหนดเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 50 จึงมีการปรับคุณภาพมาตรฐาน แนวทางเวชปฏิบัติการรักษา ร่วมกันในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพอ้างอิงจากเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคเบาหวาน สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และคู่มือการดำเนินงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2551<sup>5</sup> จัดทำเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติ CUP เมื่อสกลนครภายหลังการพัฒนาสามารถส่งผู้ป่วยตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 43.73 และ 68.12

2.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลอุ่นในเกณฑ์ ตั้งต่อไปนี้ ระดับดี หมายถึง ระดับน้ำตาล 70 - 140 mg% พบร่วมกับผลการพัฒนามีการส่งผู้ป่วยออกในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองตามเกณฑ์การส่งกลับ ในปี 2551 คิดเป็นร้อยละ 44.03 แต่พบร่วมกับข้อมูลการส่งกลับลดลงในปี 2552 คงเหลือร้อยละ 36.00 สามารถอภิปรายได้ว่า จังหวัดสกลนครได้ปรับเกณฑ์ระดับค่าน้ำตาล ระดับดีให้ช่วงลดลง เท่ากับ อุ่นในช่วง 70-130 mg%

2.5 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบร่วมกับ เกิดภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม



ปี 2551-2552 เท่ากับร้อยละ 13.55 และ 12.75 ที่พบมาก คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไตและภาวะเบาหวานขึ้นจ่อประสาทตาสอดคล้องกับการศึกษาของอนิชา ศรีญญาวัจน์และสุจิตรा ลิ่มอ่อนวายลาก<sup>12</sup> พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่พบมาก สามอันดับแรก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ต้อกระจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เรตินาของตา และประเมินคุณภาพการดูแลรักษา ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการประเมินเกี่ยวกับตาและไต

**2.6 อัตราความพึงพอใจต่อการบริการคลินิกเบาหวาน** พบว่า หลังการพัฒนาระบบที่ได้ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรู้ประธรรมของบริการผลลัพธ์ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองของการให้บริการ ด้านการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการตอบสนองของการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร รองหานาม<sup>13</sup> พบว่า ผู้ป่วยให้เหตุผลในการเลือกนอนโรงพยาบาล เพราะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือทันสมัยในโรงพยาบาลรัฐ ในด้านการปรับปรุงคุณภาพ คือ ลดระยะเวลาการรอคอย ห้องสัมมนาไม่สะอาด ปรับปรุงมาตรการของเจ้าหน้าที่ การให้ข้อมูลเฉพาะแก่ผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลได้รับการประเมินไม่ต่ำในด้านเก้าอี้ไม่เพียงพอ คุณภาพอาหาร ป้ายบอกทาง รอทำบัตรน้ำ รอตรวจกับแพทย์นาน รอจ่ายเงินนาน

**2.7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสม  $\text{HbA}_1\text{C} < 7\%$**  ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองตา และตรวจเท้า พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบบริการโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพิ่มมากขึ้น และตรวจประจำปีน้ำตาลสะสม  $< 7\%$  ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของทองสมัย ยุรชัย และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่า การจัดการรายโรค ในผู้ป่วยเบาหวานต่อค่าจ่ายและผลลัพธ์ด้านคุณภาพ การดูแล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการรายโรค มีค่าใช้จ่ายในการดูแล จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ผลลัพธ์ด้านการดูแล ได้แก่  $\text{HbA}_1\text{C}$ , Lipid profile ภาวะแทรกซ้อนทางตา ได้ ดี

กว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติที่ระดับ 0.05

**2.8 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypoglycemia ( $\text{DTX} \leq 50 \text{ mg\%}$ ) Hyperglycemic coma ( $\text{DTX} \geq 600 \text{ mg\%}$ )** ของผู้ป่วยเบาหวานขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypoglycemia และ Hyperglycemic coma ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

**2.9 อัตราการกลับมารักษาข้ำภัยใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า อัตราการกลับมารักษาข้ำโดยไม่ได้วางแผนใน 28 วันลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายโรคเนื่องจากรูปแบบการจัดการรายโรค มีการใช้แนวทางในการบริหารจัดการระบบการบริการทั้งการดูแลผู้ป่วยโดยตรงโดยใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานทีมဆสหวิชาชีฟในการดูแลร่วมกันไม่ได้แยกส่วนรวมทั้งการวางแผนจำหน่ายร่วมกันของผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้ มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม อีกทั้งเป็นผลจากการพัฒนาศักยภาพโครงการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลตนเองได้อัตราการกลับมารักษาข้ำในโรงพยาบาลจึงลดลง

## ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีการกำหนดนโยบายการส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการจัดการรายโรคในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคเรื้อรังอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้การปรับปรุงและพัฒนาบทบาทการบริหารพยาบาลในการจัดการรายโรค มีการวางแผนการพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนบุคลากรทุกระดับ โดยส่งเสริมให้มีความรู้ ทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วย และให้มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็น สามารถนำองค์ความรู้และทักษะมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติงานบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาเบรุยนเพื่อผลลัพธ์การดูแล ระหว่างการใช้รูปแบบการจัดการรายโรคกับการให้การพยาบาลตามปกติ ใน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และศึกษารูปแบบการจัดการรายโรคในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่าน ขอบพระคุณ นพ.อภิชาต อภิวัฒนพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร พญ.สิริกาญจน์ มีประเสริฐ ที่สนับสนุนให้โอกาสในการทำงาน พร้อมคำปรึกษา ขอบคุณหัวหน้างาน/หัวหน้าห้องผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และ สปสช. ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศรีชำนี. การบริหารจัดการดูแลโรคเบาหวาน และภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สปสช.; 2552.
2. งานเวชสัตติโรงพยาบาลสกลนคร. สรุปสถิติข้อมูลการบริการโรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี 2549 – 2551. สกลนคร กลุ่มงานพัฒนาบริการและวิชาการโรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2551.
3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สถิติผู้ป่วยรับบริการที่โรงพยาบาลสกลนครและสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี 2546-2548. สกลนคร กลุ่มงานพัฒนาบริการและวิชาการโรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2548.
4. กอบกุล พันธุรัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุ๊กโคงกรวด, รณรงค์ บุตรแสนคม. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินสูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33-40.
5. Gary T, Genkinger J, Guallar E, Peyrot M, Brancati F. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. Diabetes Edu 2003; 29: 488-501.
6. Wagner EH. Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic Illness Effective Clinical Practice 1998; 12(4): 1-3.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2551.
8. Cohen EL, Cesla TG. Within-the walls case management an acute care based nursing case management model .In Cohen EL, Cesta TG. Nursing case management: from Essentials to Advanced Practice Application, St.Louis: Mosby; 2001.
9. Tahan HA, Downey TW, Huber LD. Case Managers' Roles and Functions. Lippincott's Case Management 2006; 11: 4-22 .
10. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes 2007. Diabetes Care 2007; 30 (Suppl 1): S4-41.
11. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, นิตย์ ทัศนิยม. การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต้องเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 12-21.
12. อโนชา ศรีญญาจัน, ลิจิตรา ลิ่มอำนวย. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพุทธิกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41-46.
13. ศิริพร รองนานาม. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 22-30.
14. ทองสมัย ยุรชัย, เปญญาดา จันทร์นวล, อัมพรพรรณธีรานุตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจัดหน่วยและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 36-46.



## การป้องกันหรือชลออกกาเรเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อน เบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม

โสภารณ์ พลจักร พย.ม.\*\* พนิษฐา พานิชาชีวะกุล PhD\*\*\*

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มุ่งพัฒนากิจกรรมป้องกันหรือชลออกกาเรเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตามกระบวนการและการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว

ผลการประเมินอย่างรวดเร็ว พบว่า ปัจจัยเสริมพฤติกรรมป้องกัน ได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นบ้าน สถานที่สะดวกในการออกกำลังกาย มีทรัพยากร และนโยบายความคุ้มป้องกันโรคเบาหวานระดับจังหวัด ปัจจัยเสริม พฤติกรรมเลี้ยงและป้องกัน ได้แก่ อาชีพใช้แรงงานหนัก ถูกุกากิจกรรมชีวิตชานาและถูกุกากลของผลไม้ และชุมชน ไม่มีส่วนร่วมป้องกันโรคเบาหวานระดับชุมชน การพัฒนากิจกรรมให้ความช่วยเหลือตามข้อค้นพบคือแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดปีตามกิจกรรมชีวิตชานาสำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักและทักษะปฏิบัติป้องกันโรคเบาหวาน ระยะที่ 2 ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะที่ 3 ประเมินผล การดำเนินกิจกรรมชุมชนเลือกปฏิบัติระยะที่ 1 ตามแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล พบว่า ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานเห็นความสำคัญและมีทักษะปฏิบัติป้องกันเบาหวาน คำนวณปริมาณข้าวเหนียวได้ถูกต้องแต่ยังคงบริโภคข้าวเหนียวเกิน 6 ส่วน/วัน ร้อยละ 83.3 จึงได้ร่วมกันแก้ปัญหาโดยเพิ่มปริมาณข้าวเหนียวไม่เกิน 11 ส่วน/วัน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 80.0 และน้ำหนักลดลง ร้อยละ 38.2

จากการวิจัยนี้ได้พัฒนาคู่มือเจ้าหน้าที่การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับใช้ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อให้เป็นคู่มือแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานอย่างต่อเนื่อง คาดว่าชุมชนจะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

**คำสำคัญ:** การป้องกันหรือชลออกกาเรเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2, กลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน, ชุมชนมีส่วนร่วม

### **Prevention or Delay of Type 2 Diabetes in Pro-Diabetes Group by Community Participation**

Sopaporn Pholjangvong M.N.S.\*\* Panittha Panichacheewakul PhD\*\*\*

### **Abstract**

This research aimed to study the activities to prevent or delay type 2 diabetes on pre-diabetes group by community participation through a process of RARE (Rapid Assessment, Response, and Evaluation).

The results showed that: Supportive factors of protective behavior were local food consumption, availabilities of exercise places, personal and financial resources, and preventive and supportive policies of Sakonnakhon province for diabetes care. However, factors to prohibit and support protective behavior were found, which were human work force, seasonal cropping and harvesting of food crops. 3) Lacking of community participation to prevent pre-diabetes was found. This brought to the action plan for modifying the lifestyles of the pre-diabetic individuals through community participation, which divided into three phases: 1) drawing awareness and

\*\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



practical diabetes prevention; 2) following-up the prevention behaviors; and 3) evaluation the program. The evaluation stage, had implemented first phase of the action plan and found that the pre-diabetes were aware of and had skill of diabetes prevention, measured the amount of sticky rice by themselves. Nevertheless, sticky rice over eating was found with  $>6$  portions/day (83.3%). Then, they accepted to have sticky rice to  $\leq 11$  portions/day. Moreover, a regular exercise (80.0%) and lost weight (38.2%) were occurred.

Through experiences gained from doing this study, the researcher developed the guidelines to modify any pre-diabetic individual's lifestyles. These could be utilized to reduce the incidence of new diabetic cases in the future, especially in North-east region of Thailand.

**Keyword:** prevention or delay of type 2 diabetes, pre-diabetes, community participation

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั่วโลกและมีแนวโน้มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2549 พบ คนเป็นเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 180 ล้านคนและอาจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 อาจจะมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ในอีก 10 ปีข้างหน้า<sup>1</sup> และคาดว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีคนเป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 380 ล้านคน<sup>2</sup> ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี เช่นกัน อัตราป่วยโรคเบาหวานปี 2540 ปี 2544 และปี 2549 เท่ากับ 148.7, 277.7 และ 586.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดสกลนครปี 2549-2550 เท่ากับ 626.44 และ 706.78 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>3</sup> สถานการณ์ตั้งกล่าวว่าทำให้พื้นที่น้ำในปัญหาโรคเบาหวานที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ผลการคัดกรองโรคเบาหวานสำหรับราษฎร จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2550 - 2551 พบ อุบัติการณ์เบาหวานรายใหม่ 421.9 และ 746.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2551 พบ ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานร้อยละ 3 ผลการคัดกรองเบาหวานสถานีอนามัยทุ่งโพธิ์ ปีงบประมาณ 2549-2551 พบ อุบัติการณ์เบาหวานรายใหม่ 618.1, 1,577.5 และ 1,135.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานกล้ายเป็นเบาหวานรายใหม่ในปี 2550-2551 ร้อยละ 7.8 และร้อยละ 8.9 ตามลำดับ มีการศึกษาในสหราชอาณาจักรพบว่าผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานกล้ายเป็นเบาหวานเฉลี่ยร้อยละ 6 ต่อปี ทั้งนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา และอธิบายว่าภาวะก่อนเบาหวานมีโอกาสเป็นเบาหวาน

สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ<sup>4</sup> ปี 2551 พบผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานตามทะเบียนสถานีอนามัยทุ่งโพธิ์ จำนวน 165 ราย คนเหล่านี้อาจกล้ายเป็นเบาหวานในอนาคตอันใกล้ ถ้าไม่มีการดำเนินงานป้องกันอย่างเหมาะสม ที่ผ่านมา มีเพียงการนัดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำปีละ 1 - 2 ครั้ง และให้สุขศึกษารายบุคคล แต่ยังไม่มีกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการอย่างชัดเจน

กิจกรรมที่สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้อ่ายมีนัยสำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานสามารถลดการเกิดเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ 58 หลังการดำเนินการได้ 3-14 ปี<sup>5, 6</sup> และการศึกษาในประเทศอินเดียสามารถลดอุบัติการณ์เบาหวานในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 11<sup>7</sup> แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนพฤติกรรมชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการประเมิน การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็ว หรือ RARE Model (Rapid Assessment, Response and Evaluation) มาดำเนินการศึกษาการป้องกันหรือชะลอโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม เนื่องจาก RARE Model ให้ความสำคัญกับบริบททั้งด้านบุคคล เวลา และสถานที่ มีการประเมินอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง<sup>8, 9, 10</sup> ทำให้เข้าใจบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาแผนกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์บริบท ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน กิจกรรมให้ความช่วยเหลือป้องกันหรือช่วยลอกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนาภารกิจกรรมให้ความช่วยเหลือป้องกัน หรือช่วยลอกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม
3. เพื่อปฏิบัติและประเมินผลภารกิจกรรมป้องกัน หรือช่วยลอกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน

## วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ ชุมชนบ้านก่อและบ้าน ก่อได้ ตำบลหนองสนม อำเภอวนรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างวิจัย คือ ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานตามทะเบียน สถานีอนามัยทุ่งโพธิ์ได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติ การโรงพยาบาลลวนรนิวาสและระดับน้ำตาลในเลือดหลัง งดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เท่ากับ 100-125 mg%

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะประเมินปัญหาอย่างรวดเร็ว

1.1 สร้างทีมวิจัยภาคสนาม เป็นเจ้าของ ปัญหาและทำงานในชุมชน อย่างร่วมกันทางแนวทาง ป้องกันหรือช่วยลอกการเกิดโรคเบาหวานในชุมชนด้วย ความสมัครใจ สามารถเข้ากับชุมชนได้ดี จำนวน 6 คน มีหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและสรุป ข้อค้นพบ พัฒนาแผนภารกิจกรรม ปฏิบัติและประเมินผล ภารกิจกรรม เตรียมทีมวิจัยภาคสนามด้วยการจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการเรื่องหลักการประเมิน การตอบสนอง และ การประเมินผลอย่างรวดเร็ว ทำความเข้าใจเนื้อหาวิจัย

1.2 คัดเลือดผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย คณะ ทำงานในชุมชน และผู้ให้ข้อมูลหลัก

1) คณะทำงานในชุมชน มีหน้าที่หลัก ในฐานะเจ้าของข้อมูลชุมชน คือ ตรวจสอบ สะท้อน ข้อมูลที่ทีมวิจัยภาคสนามรวบรวมแล้วนำเสนอ เพื่อให้ ข้อมูลนั้นเป็นข้อเท็จจริงและถูกต้องตามบริบทชุมชน ให้ คำแนะนำในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การ จัดทำแผนพัฒนาภารกิจกรรมที่จะสนองตอบความต้องการ ชุมชน และความเป็นไปได้ของแผนภารกิจกรรมให้ความ ช่วยเหลือสู่การปฏิบัติ

2) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบ เนพาะเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2.1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญใน ชุมชน ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ วัฒนธรรมของชุมชนเป็นอย่างดี อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวานในชุมชน ตัวแทนร้านค้าและ ร้านอาหาร 2.2) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ หัวหน้า สถานีอนามัย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน ของสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเบา หวานของ CUP 2.3) กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### 1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสำรวจอย่างรวดเร็วเพื่อทราบ สถานการณ์ปัจจุบัน โดยประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่มีภาวะ ก่อนเบาหวานที่ตอบรับร่วมวิจัย 69 คน และสำรวจ ความคิดเห็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 30 คน เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และการจัดกิจกรรมป้องกันหรือช่วยลอกโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในชุมชน

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลจาก การสำรวจอย่างรวดเร็วมาเป็นฐานในการสัมภาษณ์ด้าน บริบทชุมชน ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน กิจกรรม ป้องกันโรคเบาหวานที่จัดขึ้นและความต้องการของชุมชน โดยสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในชุมชน 10 คน กลุ่มผู้ ให้บริการสุขภาพ 3 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 8 คน

3) การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญในชุมชน 10 คน เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกใน ประเด็นที่แตกต่างกันทั้ง 3 ประเด็น คือ ด้านบริบท ปัจจัย เสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ

4) การสังเกต โดยทำการสังเกตพฤติกรรม ของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานทั้งพฤติกรรมเสี่ยงและ พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน สถานที่ที่มีพฤติกรรม เหล่านั้น และวิถีชุมชนที่เกี่ยวข้อง

5) การทำแผนที่แสดงลักษณะทาง กายภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เชื่อมโยงเรื่องราว ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวาน ดำเนินการ พร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีต่าง ๆ

#### 2. ระยะตอบสนองอย่างรวดเร็ว

2.1 พัฒนาภารกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานใน กลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน โดยผู้วัยหลักและทีมวิจัย



ภาคสนามสรุปข้อค้นพบและจัดการตอบสนองทั่วไป จัดลำดับความสำคัญของการตอบสนอง วางแผนปฏิบัติ การตอบสนองข้อค้นพบ เสนอต่อคณะกรรมการในชุมชน รับฟังข้อเสนอแนะ และเลือกกิจกรรมปฏิบัติการป้องกัน โรคเบาหวานร่วมกัน

### 2.2 ปฏิบัติตามแผนกิจกรรมให้ความช่วยเหลือป้องกันโรคเบาหวาน

#### 3. ระยะประเมินผลอย่างรวดเร็ว

3.1 แทรกอยู่ในขั้นตอนที่ 2 สนทนากลupal เปลี่ยนเรียนรู้ความเห็นผู้เข้าร่วมกิจกรรม และประชุม ประเมินผลสะท้อนป้องกันโรคเบาหวานโดยผู้มีภาวะก่อนเบาหวานที่ร่วมกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคและการปรับปรุงแผนปฏิบัติ

3.2 ยุทธิการวิจัย ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างทีมวิจัยภาคสนามและคณะกรรมการในชุมชน ประเมินผลการวิจัย กระบวนการวิจัย และส่งต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ทางสถิตินำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย นำข้อมูลจากการบันทึกแยกเป็นหมวดหมู่ และให้รหัส ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างข้อสรุปที่ได้เป็นระยะๆ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบแบบสามเลี้ยง

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553

### ผลการวิจัย

#### 1. บริบท ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ

##### 1.1 บริบทของชุมชน ได้แก่

1) สถานการณ์โรคเบาหวาน พบร่วม คนในชุมชนทราบว่าหมู่บ้านของพวกรามา มีผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ไม่ทราบจำนวนที่แท้จริง

2) ผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ยังมองว่าเป็นปัญหาระดับบุคคลทั้งความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และครอบครัวได้รับผลกระทบลำดับต่อมาด้านการดูแลผู้ป่วย พาไปโรงพยาบาล ดูแลเรื่องการกิน การอยู่ของผู้ป่วย ตลอดจนหาเงินมาใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาแม้ไม่ต้องจ่ายค่ารักษา

พยาบาล ผลกระทบต่อชุมชนมีความเห็น 2 ฝ่าย คือ บ้างก็ว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพของบุคคลไม่เกี่ยวกับชุมชน บ้างก็ว่าถ้าคันในชุมชนป่วยเป็นเบาหวาน มากขึ้นก็จะสนใจตัวเองมากกว่าที่จะมาคิดสร้างสรรค์ พัฒนาชุมชน

3) บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ คนอ้วน ไม่ออกกำลังกาย คนที่รับประทานอาหารมากเกินโดยเฉพาะอาหารหวาน คนที่รับประทานข้าวเหนียวพันธุ์ กข. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนที่มีอายุมากขึ้น คนที่มีกรรมพันธุ์เป็นเบาหวาน คนที่มีน้ำตาลสูง (ภาวะก่อนเบาหวาน) คนที่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ และความเห็นความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานก็พบว่า กลุ่มนี้น่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่าคนอื่นๆ เพราะน้ำตาลในเลือดเริ่มสูงกว่าปกติแล้ว

4) กลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน จำนวน 69 คน พบร่วม มีอายุเฉลี่ย 56.7 ปี มีอายุระหว่าง 36-91 ปี และมีอายุ 45 ปี ร้อยละ 88.4 เพศหญิงร้อยละ 69.6 สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 89.9 ใจระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.3 อาชีพทำนา ทำไร่ทำสวน รับจำนำ ร้อยละ 97.1 รายได้ต่อคนอยู่ระหว่าง 2,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.2 มีโรคประจำตัวร้อยละ 37.7 พบร่วม เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากสุด ร้อยละ 42.3 และพบแพทย์ส่วนมากและผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 6 คน ได้รับยาลดไขมันในเลือด มีญาติสายตรงเป็นเบาหวานร้อยละ 31.9 และตรวจพบภาวะก่อนเบาหวานมา 3-4 ปี ร้อยละ 34.8 BMI 23 กก./เมตร<sup>2</sup> ร้อยละ 56.5 มีแปลงที่เท้าร้อยละ 1.4 มีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 46.4 และพบลักษณะ xanthelasma ร้อยละ 4.3 ซึ่งเป็นผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ชาปลายมือปลายเท้าร้อยละ 42.0 มีลักษณะ metabolic syndrome ตามเกณฑ์ของ NCEP ATP III revise ร้อยละ 29.0 ความเครียดระดับสูงและสูงมากร้อยละ 31.9 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ พบร่วม เสี่ยงร่วมตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 98.6 พบร่วมเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 16.2 ระดับเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.6 ระดับสูง ร้อยละ 26.5 และระดับสูงมาก ร้อยละ 36.7

5) ไม่พบร่วมความแตกต่างระหว่างเพศ ชายและหญิงด้านพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียว กินสัดส่วนที่เหมาะสมแต่พบร่วมความแตกต่างด้านพฤติกรรม



การสูบบุหรี่และดื่มน้ำร้อนมักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อีกทั้งการออกแรงทำงานหนักมักจะเป็นชายมากกว่าหญิงโดยเฉพาะงานที่ทำในช่วงฤดูกาลท่ามกลาง

6) บทบาทของครอบครัวด้านการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานยังไม่เด่นชัด แต่ลักษณะวัฒนธรรมของชุมชนมีการกินอาหารในครัวเรือนแล้วสามารถอิจฉาทุกคนรับประทานอาหารประเภทเดียวกัน

7) ผู้นำชุมชนยังมีบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนน้อยกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคคลที่ทำงานด้านสุขภาพโดยตรง และบทบาทการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนนั้นมีเพียงการประชาสัมพันธ์ให้มารับการคัดกรองเบาหวาน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเบาหวานมีเพียงการคัดกรองเบาหวานตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (verbal screening)

8) ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งการเป็นปัจจัยเสริมพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน สำหรับค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมักจะส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารปริมาณมากขึ้นโดยเฉพาะอาหารที่ให้สารคาร์โบไฮเดรตที่ сладิ่งให้กลูโคสซึ่งเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดียวกับที่ร่างกายต้องนำไปใช้เป็นพลังงาน ได้แก่ 1) การใช้เครื่องปรุงรสให้อาหารมีรสชาติอร่อยถูกปาก และใช้น้ำตาลเพิ่มมากขึ้นในการถนอมอาหาร 2) ค่านิยมการรับประทานอาหารรสจัด 3) การรวมกลุ่มรับประทานอาหาร 4) การเลี้ยงหวาน 5) การปลูกข้าวเหนียวพื้นที่ กช. 6) การมีตู้เย็นไว้เก็บและถนอมอาหารในครัวเรือน 7) การจดงานบุญประเพณี งานศพ งานแต่งงาน หรืองานบุญอื่นๆ ส่วนค่านิยม ความเชื่อ และลักษณะทางวัฒนธรรมของชุมชนที่เป็นปัจจัยเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน คือ ลักษณะวิถีชีวิตที่ยังคงไว้ต้นต้นจากธรรมชาติทำอาหารพื้นบ้านที่ให้การนำไปใช้เดือน้อย เช่น ปลา ไข่ นม ผัก ผลไม้ ฯลฯ

9) ลักษณะทางกายภาพของชุมชน เป็นทั้งปัจจัยเสริมพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน เช่น ร้านสะดวกซื้อ 15 แห่ง หนทางสะดวกในการเดินทางไปซื้ออาหารในเมือง มีตลาดนัดคลองคูในหมู่บ้าน ปลูกต้นไม้เกือบทุกหลังคาเรือนทั้งต้นลำไย ต้นมะม่วงและต้นขันธุนซึ่งส่วนใหญ่ออกผลให้

รับประทานตามฤดูกาลได้แล้ว ชุมชนมีแหล่งน้ำธรรมชาติ 2 แห่ง สำหรับหาปลาและสัตว์น้ำมาประกอบอาหาร ป่ารอบๆหมู่บ้านมีเห็ด ไข่มดแดง จักจัน ดอกกระเจียว ผักหวานป่า ฯลฯ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้สนับสนุนให้คนยังคงวิถีชีวิตชนบทที่ส่งเสริมการรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีคาร์โบไฮเดรตน้อยและกิจกรรมต่างๆ เสริมการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น มีสถานที่ออกกำลังกาย ได้แก่ สนามโรงเรียน ถนนกลางหมู่บ้าน ลานว่างที่เคยใช้เป็นที่เต้นแอโรบิก เป็นต้น

10) คนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวนและรับจ้าง ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานประกอบอาชีพดังกล่าวร้อยละ 97.1 และกิจกรรมด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยเสริมพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน เช่น ออกแรงทำงานทำให้รับประทานข้าวเหนียวปริมาณมากขึ้นให้อยู่ท้องสามารถทำงานได้ตลอดวัน และร่างกายใช้พลังงานจากการทำงานหนักตัวอย่างเช่นกัน แม้ว่าพลังงานที่ได้จากการระบบเผาผลาญจะไม่สมบูรณ์ก็ตาม ส่วนผู้ที่มีรายได้ดีสามารถเลือกซื้ออาหารมาเก็บไว้เพื่อจะได้หารับประทานได้ง่ายๆ ลักษณะนี้ส่งเสริมให้กินจุกจิกได้ เช่นกัน ภาระหนี้สินที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะเครียด

11) แหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในชุมชน คือ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน หมู่ล 1 แห่ง แหล่งข่าวสารบุคคล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้แนะนำข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชน ข้อมูลข่าวสารจากโทรศัพท์และวิทยุมีบ้างแต่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะข่าวสารด้านการป้องกันโรคเบาหวาน และคนในชุมชนต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้นและเสนอให้แจกเอกสารแม้จะอ่านไม่ออกก็ให้ลูกหลานอ่านให้ฟัง

12) ผู้ที่มีอำนาจการตัดสินใจด้านสุขภาพของคนในชุมชนยังคงเป็นหน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลัก

13) ไม่มีนโยบายการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน แต่นโยบายท้องถิ่นส่งเสริมการจัดงานบุญประเพณีเป็นปัจจัยเสริมทางอ้อมที่ทำให้คนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน นโยบายสาธารณสุขจังหวัดเน้นการทำงานเชิงรุก คัดกรองเบาหวานในชุมชนและสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชนโดยการจัด



วิ่งเพื่อสุขภาพกระจาดายลงไประดับ野心และหน่วยงาน  
บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นปัจจัยเสริมการป้องกันโรค  
เบาหวานทางอ้อมเช่นกัน

14) ถูกกาลส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเลี้ยงต่อโรคเบาหวาน มี 2 ประการ คือ ถูกกาลของผลไม้ เช่น การออกผลของมะม่วง ช่างถูกร้อนต่อกดฟันและควบคุม กีบกับการออกผลของลำไย ชุมชนปลูกต้นมะม่วงและลำไยเกือบทุกหลังคาเรือน และถูกกาลการทำท่าน้ำที่ขึ้นอยู่กับน้ำฝนจากธรรมชาติและกิจกรรมชีวิตจากการทำนาเนื่องเสริมให้คนทำงานหนักและรับประทานอาหารมากขึ้น ถูกร้อนว่างจากการทำงานออกแรงน้อยลง รับประทานอาหารน้อยลง แต่แล้วหาอาหารคลายร้อนที่มีน้ำตาลมากขึ้น เช่น ของหวาน น้ำปั่น ไอศครีม เป็นต้น

### 1.2 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันโรค

พุทธิกรรมเสี่ยงและพุทธิกรรมป้องกันโรค  
เบาหวานของผู้ที่มีภาวะก่อหนอนเบาหวานในชุมชน แบ่ง  
เป็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่  
เดียวมาก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1) การรับประทานอาหาร พบร่วมกันที่บ้าน ร้อยละ 72.5 และเป็นอาหารพื้นบ้าน รับประทานร่วมกับข้าวเหนียวเป็นหลัก ร้อยละ 98.6 และเมื่อคำนวณปริมาณข้าวเหนียวที่รับประทานต่อวันตามสัดส่วนพีระมิดอาหาร พบร่วมกัน รับประทานข้าวเหนียวเพียงอย่างเดียวมากกว่า 11 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 89.9 ปริมาณเฉลี่ย 13.3 ส่วนต่อคนต่อวัน และปริมาณน้อยสุด 6 ส่วนต่อวัน ปริมาณมากที่สุด 30 ส่วนต่อวัน อาหารประเภทไขมันและเนื้อติดมันนั้นส่วนใหญ่รับประทานสับปด้าห์ลง 1 ครั้ง ร้อยละ 37.7 อาหารพวกรังอกกะทิรับประทานประมาณเดือนละครั้ง ร้อยละ 42.0 รับประทานผักทุกวันร้อยละ 76.8 รับประทานผลไม้ทุกวันร้อยละ 42.0 และสามารถหาได้ตามฤดูกาล ช่วงฤดูร้อนนี้มีผลไม้จำพวกมะม่วง แตงโม และกล้วย และพบร่วมกันที่รับประทานอาหารเมื่อมีอาการทิว ร้อยละ 46.4 จึงทำให้รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา

2) การออกกำลังกาย พบร่วมกับ  
กำลังกายไม่เหมาะสมหรือไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 89.9  
เหตุผลที่ทำให้ออกกำลังกายไม่เหมาะสม คือ ความถี่  
น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์และใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที  
ต่อครั้ง และบานคนเชื่อว่าการออกแรงทำงานเป็นการ

ออกกำลังกายเนื่องจากได้เห็นอีจิ้งไม่ออกกำลังกาย

3) การสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก พบว่า สูบบุหรี่ประจำร้อยละ 15.9 ปริมาณเฉลี่ย 10.3 มวนต่อวัน จำนวนมวน 2-20 มวน/วัน เคี้ยวหมาก ร้อยละ 8.7 ปริมาณเฉลี่ย 8 คำ/วัน จำนวนคำ 3-20 คำ/วัน

4) การตีมเครื่องตีมแมลกอซอล์ พบว่า  
ตีมเป็นประจำวันละ 14.5 และพบทกิกรรมเหล่านี้  
ช่วงงานบุญต่างๆ ทั้งงานบุญข้าวจี่ บุญสิกรรมต์ บุญปีใหม่  
งานบุญระลึกถึงบุพการี งานแต่งงานและงานศพ เป็นต้น

### 1.3 กิจกรรมให้ความช่วยเหลือ ได้แก่

2) กิจกรรมป้องกันโรคเบาหวาน  
สำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในชุมชนที่ผ่านมาไม่  
เพียงนัดตรวจเจาะระดับน้ำตาลในเลือดปีละ 1-2 ครั้ง  
ไม่มีการจัดกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่ม  
คนเหล่านี้อย่างเป็นระบบ และชุมชนต้องการให้มีการ  
พูดคุยกันเรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน และอยากรู้ว่ามี  
การออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นพบว่า ที่ผ่านมาやりไม่มีการจัดกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะอ้วนเบาหวานโดยตรง ชุมชนเองไม่มีส่วนร่วมในการอบรมดังกล่าว กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สุขภาพเป็นผู้กำหนดและคนในชุมชนมีหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น และหน่วยงานท้องถิ่นมีส่วนร่วมในฐานะแหล่งสนับสนุนเงินงบประมาณ

จากบริบทของชุมชนที่มีปัจจัยเลี้ยง ปัจจัยป้องกันและกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ สรุปเป็นข้อค้น



พบที่สำคัญนำไปสู่การตอบสนองได้ดังนี้ 1) ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงร่วมทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากขึ้น 2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ให้น้ำตาลปริมาณเกินความต้องการของร่างกาย ออกรักษาภัยไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มสุรา 3) บริบทชุมชนที่ส่งเสริมพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การใช้เครื่องปั่นรถ การรับประทานอาหารรสจัด การรวมกลุ่มกันอาหารจุกจิก การเลี้ยงหวาน การปลูกไม้ผลกินได้ในครัวเรือน การปลูกข้าวเหนียวพันธุ์ กข. การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มีร้านสะดวกซื้อในชุมชน 15 แห่ง งานบุญประเพณีนโยบายท้องถิ่น ปัจจัยเสริมพฤติกรรมป้องกันได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นบ้าน สถานที่สะอาดในการออกกำลังกาย มีทรัพยากรบุคคลและแหล่งงบประมาณ และนโยบายควบคุมป้องกันโรคเบาหวานระดับจังหวัด ปัจจัยเสริมพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกัน ได้แก่ อาชีพใช้แรงงานหนัก ถูกกาลกิจกรรมชีวิตชานาและถูกกาลของผลไม้ 4) ชุมชนไม่มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน

## 2. การพัฒนาแผนกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ

หลังจากสรุปข้อค้นพบผ่านการตรวจสอบและเสนอแนะจากคณะกรรมการในชุมชนแล้วผู้วิจัยหลักและทีมวิจัยภาคสนามได้ร่วมประชุมเพื่อวางแผนกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ โดยเริ่มจากการจัดทำการตอบสนองตามข้อค้นพบ จัดลำดับความสำคัญของการตอบสนองและพบทะเบียนสำคัญ 3 ประเด็น คือ การป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้วิจัยหลักและทีมวิจัยภาคสนามได้นำมาวางแผนกิจกรรมโดยนำประเด็นทั้ง 3 มารวมกันและได้ออกมาเป็นการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตโดยชุมชนมีส่วนร่วมและปรับเปลี่ยนให้ข้อความสละสายยิ่งขึ้น จึงได้ชื่อของแผนกิจกรรมนี้ว่า แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต กลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม และจึงร่วมกันออกแบบบริการสุขภาพโดยเน้นการปรับสมดุลระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลโดยเฉพาะการนับปริมาณข้าวเหนียวกับเพิ่มการออกกำลังกายระดับกลาง กำหนดกิจกรรมตามแผนให้สอดคล้องกับกิจกรรมชีวิตชานาตามลอดทั้งปี แบ่ง

เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เน้นการสร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานให้สามารถคำนวณปริมาณข้าวเหนียวได้ถูกต้องตามสัดส่วน ประเมินอาหารและการฝึกทักษะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งพัฒนาทักษะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนให้มีบทบาทเป็นเจ้าภาพจัดกิจกรรม ระยะที่ 2 เน้นติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแบ่งกิจกรรมย่อยตามระดับความเสี่ยงร่วมที่พน และระยะที่ 3 ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรอบปี พร้อมกับปรับปรุงแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงนำเสนอต่อคณะกรรมการในชุมชนเพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละกิจกรรม

## 3. การปฏิบัติตามกิจกรรมให้ความช่วยเหลือและการประเมินผล

กิจกรรมให้ความช่วยเหลือที่ชุมชนเลือกปฏิบัติในการวิจัยนี้ คือ แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะที่ 1 เน้นสร้างความตระหนักและฝึกทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน มีกิจกรรมย่อย 3 กิจกรรม คือ 1) โครงการกินอยู่อย่างวิถีไทยบ้านต้านภัยเบาหวาน เป็นการทำความเข้าใจและพุดคุยถึงภาวะก่อนเบาหวาน ความเสี่ยงร่วม มีส่วนเสริมให้เป็นเบาหวานเร็วขึ้น การดำเนินโรคจนกล้ายเป็นเบาหวาน กิจกรรมฐานทดลองสาธิตปฏิบัติ 3 ฐาน ได้แก่ ฐานอาหาร ฐานออกกำลังกาย และฐานจัดการความเครียด การแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตกับโรคเบาหวานโดยตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สร้างเครือข่ายป้องกันโรคเบาหวาน และร่วมกันกำหนดแผนการออกกำลังกาย เวลาดำเนินกิจกรรม 1 วัน 2) โครงการออกแบบกิจกรรมชีวิต เ พิชิตเบาหวาน เป็นการจัดเวทีออกแบบกิจกรรมชีวิตโดยชุมชน ประเมินการออกกำลังกายระดับปานกลางร่วมกัน ประเภทการออกกำลังกายที่ชุมชนได้เลือกปฏิบัติ คือ แอโรบิกผสมร่วมโยคะรำประยุกต์ ระยะดำเนินการ 1 เดือน และค้นหาผู้นำในชุมชนดำเนินการต่อ 3) ประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานหลังร่วมกิจกรรม 1 เดือน

การประเมินผล พบว่า ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น และมีทักษะสามารถคำนวณปริมาณข้าวเหนียวที่ควรรับประทานอย่างเหมาะสม แต่ในการทดลองปฏิบัติ พนกว่า 50 คน ไม่สามารถรับประทานอาหาร 6 ส่วน/วันได้



เนื่องจากไม่อิ่มท้องเพราเดยรับประทานปริมาณมาก มาก่อน จึงร่วงกันปรับเพิ่มปริมาณข้าวเหนียวไม่เกิน 11 ส่วนต่อวัน และพบว่ากลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานพึงพอใจกับการแก้ไขปัญหาและจะทดลองปฏิบัติต่อไป ผลการประเมินการออกกำลังกาย พบร้า ออกกำลังกาย เหมาะสมและสม่ำเสมอ 48 คน และมีผู้ลงทะเบียนว่าการปรับพฤติกรรมการบริโภคและออกกำลังกายสม่ำเสมอได้ผลดีต่อสุขภาพจริงและจะปฏิบัติต่อไปอันเป็นผลมาจากการประเมินภาวะสุขภาพให้เห็นเป็นรูปธรรมนั้นเอง

การศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวานสำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานที่เกิดจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดปีตามกิจกรรมชีวิตชีวานาผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน และการดำเนินงานต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงจะลดอุบัติกรณีเบาหวานรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งต่องานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

## การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นพฤติกรรมเลี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของคนชุมชนชนบทที่มีวิถีชีวิตแบบชาวนา และพฤติกรรมเลี่ยงดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการบริโภคข้าวเหนียวอาหารหลักของชาวอีสานเกินสัดส่วนที่เหมาะสมตามเกณฑ์พิริมิดอาหาร และข้าวเหนียวเป็นอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูง<sup>11,12</sup> ประกอบกับการเคลื่อนไหวร่างกายไม่เหมาะสม ออกแรงทำงานหนักทั้งทำงาน รับจ้าง ทำไร่ ทำสวน และกิจกรรมเหล่านี้แม้จะเสริมให้ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้นแต่พลังงานนั้นเกิดจากการเผาผลาญแบบไม่สมบูรณ์ แตกต่างจากการออกกำลังกาย จึงเป็นโจทย์นำไปสู่การออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาโดยให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทดำเนินงาน ผลที่ได้จากการพัฒนากิจกรรมให้ความช่วยเหลือ คือ แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วม แผนกิจกรรมดำเนินตามวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่เจ้าน้ำที่ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำไปดำเนินการติดตามเฝ้าระวังป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ตามปัจจัยแวดล้อมในชุมชนที่ส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรมชีวิตบุคคลได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยเชิงทดลองดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดอุบัติกรณีเบา

หวานรายใหม่โดยใช้หลักสร้างสมดุลระหว่างพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายดังนี้ การศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานแบบมีความ胖ต่อกลูโคสผิดปกติ และมี BMI  $\geq 25 \text{ kgs/m}^2$  โดยให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการลดน้ำหนักลดอาหารประเภทไขมันเพิ่มอาหารที่มีไฟเบอร์และเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย เวลาดำเนินการเฉลี่ย 3.2 ปี พบร้า ลดอุบัติกรณีเบาหวานรายใหม่ได้ร้อยละ 58% แต่การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นเน้นให้คำปรึกษาเรื่องอาหารมื้อเช้า-เย็น และการตีเมืองตีเมืองแบบซอฟต์ ใช้เวลาดำเนินการ 4 ปี ลดอุบัติกรณีเบาหวานได้ร้อยละ 67.4<sup>13</sup> และประเทศไทยเดิมมีงานวิจัยระดับชุมชนที่นำอาหารสมัครของชุมชนมาฝึกให้เป็นครูฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมห้องเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การพัฒนาความรู้ชุมชนและประยุกต์กิจกรรมตามวัฒนธรรมของห้องเรียน ใช้เวลาดำเนินการ 7 เดือน ลดอุบัติกรณีเบาหวานรายใหม่ได้ร้อยละ 11 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารในทางที่ดีขึ้น<sup>7</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยากร ลุนพรหม และวันเพ็ญ ปั้นราช<sup>14</sup> จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและในฐานะพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือเจ้าหน้าที่ดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีวิถีชีวิตแบบชาวนา เป็นแนวทางดำเนินงานที่นำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

## ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถประยุกต์แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานตามความเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ การดำเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมทำให้รับรู้ปัญหาและความต้องการของชุมชนและสามารถนำวิธีการนี้ไปใช้แก้ปัญหาต่างๆ ในระดับชุมชนได้
2. การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้สถานการณ์ปัญหาพื้นฐานการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนที่นำไปสู่การวางแผนโดยชุมชนมีส่วนร่วม กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานเป็น



ไปตามวิถีชีวิตของคนในชุมชนการวิจัยครั้งต่อไปมีประเด็นน่าสนใจ คือ การศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมต่อจากงานวิจัยนี้ และพัฒนาแนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรวมถึงการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานพื้นที่อื่นๆ และศึกษาระยะเวลากระบวนการลดเชยภาวะดื้อainซูลินที่ส่งผลให้กลับสู่ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติจะทำให้อิบายกระบวนการนี้ชัดเจนขึ้น

### กิตติกรรมประจำ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: WHO Global Report; 2005.
2. International Diabetes Federation. Diabetes Prevalence [serial online] 2009 [cite 2009 May 31]. Available from <http://www.idf.org/diabetes-prevalence>
3. กลุ่มสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ. [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 31 พฤษภาคม 2552]. จาก <http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/data/bureau/reportNCD.doc>
4. Younis N, Soran H, Farook S. The prevention of type 2 diabetes mellitus: recent advances. QJM Med 2004; 97(7): 451-455
5. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England Journal of Medicine 2002; 346(6): 393-403.
6. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine 2001; 344 (18): 1343-1350.
7. Balagopal P, Kasmalamma N, Patel TG, Misra R. [Abstract]. A community-based diabetes prevention and management education program in a rural village in India. Diabetes Care 2008; 31(6): 1097-1104.
8. ลักษี ปิยะบัณฑิตกุล. การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: ทางเลือกใหม่ สำหรับพยาบาลชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 5-11
9. สุพินดา เรืองจิรษะยิร, กีรดา ไกรนรุ้วัตร, วัลยา ธรรม พนิชวัฒน์, นันทิยา วัฒนา. (ผู้แปล). คู่มืออบรม การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผล ย่างรวดเร็ว. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก; 2549.
10. สมพงษ์ โพธิ์บดี, พนิชญา พานิชาชีวะกุล, ลักษี ปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเดอดส์ในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็ว : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 29-36.
11. Burani. (2006). Gushers and Tricklers: Practical Use of the Glycemic Index. [serial online] 2006 [cite 2010 May 2], Available from <http://www.glycemicindex.com>.
12. ปิยะธิดา นาคะเกษย์, ชนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน: ความรู้ที่ผลิตโดยชาวบ้านในชุมชนชนบทอีสาน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 14-20.
13. Kosaka K, Noda M, Kuzuya T. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention: a Japanese trial in IGT males. Diabetes Res Clin Pract 2005; 67(2):152-162.
14. นิตย האר, อุนพรหม, วันเพ็ญ ปัณราช. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 48-56.



## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ตามมุมมองของคนไทยอีสาน

สมจิต แคนส์แก้ว ศศ.ด.\*  
รัตนาดาวรรณ คลังกลาง พย.ม.\*\* วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ปร.ต.\*\*\*

### บทคัดย่อ

รายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำวิจัยในกลุ่มคนไทยอีสานที่อาศัยในหมู่บ้านที่ชนบทกึ่งเมือง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มุ่งเสริมพลังอำนาจให้สماชิกชุมชนด้านหานมุมมองเกี่ยวกับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมสมาชิกและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล เป็นความตั้งใจจริงในการเลิกสูบ ซึ่งเกิดจากความห่วงใยต่อสุขภาพของตนเอง 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ความรักและความห่วงใยต่อสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว 3) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ 3.1) ปัจจัยด้านสังคม เป็นความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพคนอื่นที่ร่วมกิจกรรมของชุมชน และ 3.2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม คือ การเพิ่มพื้นที่ปลูกบุหรี่

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลกระทบกว้างกาจและจิตใจจนทำให้บุคคลที่ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ต้องหันไปหยอดบุหรี่มาสูบอีกมี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล เกิดจากความไม่สุขสบายของร่างกาย ความเครียด ความเหงา ทุกข์ทรมาน ความปราถนาในการสูบบุหรี่ 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีของครอบครัว ไม่สนใจสุขภาพกันและกัน ไม่ให้กำลังใจ และการมีสมาชิกครอบครัวที่ยังสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ 3.1) การรับรู้ของชุมชน ที่เห็นการสูบบุหรี่เป็นวัฒนธรรมชุมชน 3.2) มีสถานที่ตั้งวงศ์สุรา ซึ่งช่วยกระตุ้นให้มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย

จากการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ชุมชนต้องการผู้ให้การปรึกษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้เลิกสูบต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน จากการหยุดสูบบุหรี่ และต้องการเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และอันตรายจากการสูบบุหรี่ กล่าวอีกน้ำจะช่วยให้โครงการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชนยิ่งยืน

คำสำคัญ การเลิกบุหรี่ มุมมองคนพื้นบ้าน คนไทยอีสาน

### Factors Associated with Successful Smoking Cessation:

### Thai Issan Villagers Perspective

Somjit Daenseekaew PhD\*  
Ratdawan Klungklang M.N.S.\*\* Wilawan Chomnirat PhD\*\*\*

### Abstract

This research was a part of a participatory action research conducted among Isaan people who lived in one suburban community in Northeast Thailand with the aim to empower local people to explore their perspectives towards success and failure on smoking cessation. The researchers organized community meetings and encouraged the villagers to participate in sharing their experience and learning from one another regarding

\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



smoking cessation. Additional data collection was done through community observations, in-depth interviews, and focus group discussions which were employed throughout the project duration.

Results revealed that three factors were associated with successful smoking cessation. Firstly, individual-level factors included the intention and personal commitment to stop smoking which resulted from the person's health concerns. Secondly, family-level factors included family bonding, love, and concern for the health among family members, and increased household expenditure associated with ill health. Lastly, community-level factors also influenced smoking cessation success. These could be identified as 1) social factors which included the sense of caring and concerns for others' health, particularly when participating in community activities and 2) environmental factors, especially the increasing number of smoke-free zone.

On the other hand, three groups of factors were found associated with unsuccessful smoking cessation and were the main reasons for smokers to light up again. Individual-level factors included feeling of physical discomfort, stress, loneliness, suffering and craving for smoking that occurred when trying to quit smoking. Second, family-related factors consisted of poor relationship among family members, ignorance about family member's health status, lacked of supports for smokers to stop smoking, and existing smokers within the family. Finally, community-level factors consisted of the community perception of smoking was a community culture. Furthermore, physical environments such as gathering places for drinking found around the community both induced smoking and provided spaces for smoking.

The community need smoking cessation counselors to assist quitting smokers, particularly when they are suffering from craving symptoms and need for better understanding about benefits of smoking cessation and harmful effects of smoking. This would potentially enhance the smoking control project sustainability.

**Keywords:** smoking cessation, villagers perspective, Thai Isaan people

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเผชิญปัญหาการใช้สารเสพติดของสังคมโลก เป็นโจทย์ที่ท้าทายนักพัฒนาจากหลายวิชาชีพ ซึ่งทุกประเทศได้พยายามต่อสู้ในหลายรูปแบบ เช่น การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโทษของสารเสพติด การสร้างความตระหนักรถึงผลกระทบและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การขยายคลินิกบำบัดให้มากขึ้น ตลอดจนการประกาศทำสัมภาระกับยาเสพติด แต่ปัจจุบันการใช้สารเสพติดได้กลับเป็นปัญหาที่สลับซ้ำซ้อนยิ่งขึ้น<sup>1</sup>

ประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 605,095 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2550 ที่มีจำนวน 575,312 คน ขณะเดียวกันจำนวนผู้ต้องหา และผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน<sup>2,3</sup> เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว รัฐบาลได้พยายามทุกวิถีทาง เช่น การรณรงค์ การสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งจากครอบครัว องค์กรจากภาครัฐและเอกชน<sup>4,5</sup>

ปัจจุบันสารเสพติดประเภทที่ซื้อขายได้ตามกฎหมาย ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ และบุหรี่ มีการหากซื้อได้่ายตามห้องติดต่อ ห้างสรรพสินค้า หรือแม้แต่ร้านขายของชำตามถนนหรือในหมู่บ้าน การใช้สารเสพติดเหล่านี้จึงได้แพร่ระบาดเข้าไปสู่กลุ่มเยาวชนนอกระบบและในระบบการศึกษา ทั้งที่เรียนในระดับมัธยม และอุดมศึกษา<sup>6,7,8</sup>

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่มีผู้เสพมาก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เสพและบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดผลร้าย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด โรคหัวใจสมองเลื่อน และอายุสั้นลง<sup>9</sup> รัฐบาลไทยได้มีการออกมาตรการทางกฎหมาย เพื่อรองรับค่าต้นจิตสำนึก ให้ประชาชนลดลง เลิกการสูบบุหรี่ การจำกัดอายุของผู้ซื้อ การงดออกโฉะณา การงดขายสินค้าบุหรี่ในร้านค้า หรือ การกำหนดบทลงโทษไทยสำหรับผู้ที่ฝ่าฝืน แต่ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้บริโภคบุหรี่ได้ในกลุ่มเยาวชนที่ล้วนเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต<sup>10</sup>



สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจการสูบบุหรี่ของคนไทยทั้งประเทศ ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2529 พบว่า มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 10.3 ล้านคน และจากการสำรวจล่าสุด พ.ศ. 2549 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งสิ้น 9.54 ล้านคน (ร้อยละ 17.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด) โดยจะเริ่มสูบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 57.42 ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด)<sup>11</sup>

การเลิกบุหรี่เป็นการยากที่จะปลูกพลังใจให้พยาบาลได้ต่อเนื่อง หลายรายพยาบาลแล้วแต่ไม่สำเร็จ จึงมีนักวิจัยพยาบาลนำทฤษฎีมาใช้ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เลิกบุหรี่ ได้แก่ 1) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model)<sup>12</sup> ซึ่งเน้นย้ำว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องผ่าน 6 ขั้น คือ ขั้นยังไม่สนใจ ขั้นสนใจแต่รอฤกษ์ดี ขั้นตัดสินใจจะกระทำ ขั้นลงมือทำ ขั้นทำได้ดีได้นาน และขั้นทำสำเร็จแน่ ไม่กลับไปทำแบบเก่าอีกเด็ดขาด 2) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning)<sup>13</sup> ก่อร่างกาย การฝึกฝน เมื่อได้รับการเสริมแรงที่เป็นกระบวนการการจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรสัมภាន เป็นนิสัย มิใช่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสัญชาตญาณ หรือความบังเอิญ 3) ทฤษฎีแรงจูงใจและการจูงใจ (motive and motivation)<sup>14</sup> ก่อร่างกายพลังผลักดันให้คนมีพฤติกรรม และยังกำหนดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้น ทฤษฎีดังกล่าวมุ่งแก้ปัญหารายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยจัดให้อยู่ในกลุ่มที่มองการแก้ปัญหานุหรี่ในระดับบุคคล

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มนักวิจัยที่มองว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อผู้อื่น และอธิบายว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และลิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลมากต่อการเลิกสูบบุหรี่ จึงได้นำทฤษฎีมาแก้ปัญหานุหรี่ในระดับชุมชน เช่น 1) ทฤษฎีผลกระทบภายนอก (Externalities)<sup>15</sup> อธิบายว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลภายนอกหรือสังคมโดยส่วนรวมจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง 2) ทฤษฎีอุปสงค์อุปทาน (Demand and Supply)<sup>16</sup> อธิบายว่าการระบาดของการสูบบุหรี่ขึ้นกับความต้องการ(Need or Desire) ความเต็มใจซื้อ (Willingness to pay) และความสามารถในการซื้อ (Ability to pay) 3) ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)<sup>17</sup> กลุ่มนี้มุ่งส่งเสริมให้สมาชิกชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็น และเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ร่วมจัดการกับปัญหาการสูบบุหรี่โดยมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

ในพื้นที่ตำบลหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ผู้วิจัยได้ร่วมให้บริการสุขภาพกับนักศึกษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งพบว่ามีผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่แต่มิทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ ประกอบกับชุมชนได้รณรงค์ต่อสู้บุหรี่มาหลายปี แต่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนอย่างมีพลังได้ ผู้วิจัยจึงร่วมกับชุมชนทำวิจัยเรื่อง “การเสริมสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่” โดยในระยะแรกของการทำวิจัยได้มุ่งค้นหาความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จและความไม่สำเร็จในการเลิกบุหรี่ ซึ่งชุมชนคาดหวังว่าจะได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดกลไกพัฒนาให้สอดคล้องกับฐานคิดของผู้ร่วมพัฒนาและต่อยอดสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีการสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวันมาเป็นวิถีชีวิตสุขภาพที่ปลอดบุหรี่และทำให้สังคมปลอดควันบุหรี่ด้วย

## วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เรื่อง “การเสริมสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่” การวิจัยส่วนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนในชุมชนค้นหาความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จและความไม่สำเร็จจากความพยายามเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกชุมชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยจะตั้งให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่มาสะท้อนให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมเรียนรู้ร่วมอธิบายเพิ่มเติม และร่วมสรุปมุมมองและแนวคิดของชุมชน

พื้นที่ศึกษา คือ เทศบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยอยู่อาศัยและได้นำนักศึกษาพยาบาลไปปฏิบัติงานในพื้นที่นี้มากกว่าสิบปี ทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนในเทศบาลนี้ มี 19 หมู่บ้าน ซึ่งส่วนมากเป็นคนเชื้อชาติไทย ใช้ภาษาลาวอีสานเป็นภาษาท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยทุกคนสามารถสื่อสารได้ และเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมทั้งมีความคุ้นเคยกับผู้ร่วมวิจัยและผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี



**การเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้ ผสมผสาน 5 วิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม หลากหลาย ครอบคลุม และยืนยันข้อเท็จจริงให้น่าเชื่อถือยิ่งขึ้นจาก หลักวิธี (Methodology triangulation) ได้แก่**

**1) การสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จากทุกหมู่บ้าน รวม 41 คน เป็นผู้ที่เลิก สูบบุหรี่ได้สำเร็จและอาสามารยาเป็นแกนนำต้านบุหรี่ 20 คน และกลุ่มที่แจ้งความประสงค์อย่างเลิกสูบบุหรี่ ทุกคนเป็นผู้ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ 21 คน**

**2) การสนทนากลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม สมาชิกที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย (Participants) จาก 19 หมู่บ้าน ทั้งหมด 10 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแกนนำชุมชน 2 กลุ่ม 16 คน 2) กลุ่มผู้สนใจเข้าร่วมโครงการและ ต้องการเลิกสูบบุหรี่ 3 กลุ่ม 38 คน 3) กลุ่มผู้ที่สามารถ เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว 2 กลุ่ม 24 คน 4) กลุ่มภารภรยาที่ ต้องการให้สามีเลิกสูบบุหรี่และสามีเคยพยายามแล้วแต่ ไม่สำเร็จ 2 กลุ่ม 24 คน 4) กลุ่มวัยรุ่นที่เคยลองสูบ และ กำลังสูบอยู่ มี 1 กลุ่ม 13 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียด เพิ่มขึ้นจากการสัมภาษณ์ลึกและเป็นการยืนยันข้อมูล**

**3) การประชุมสมาชิกชุมชน โดยผู้วิจัยทำ หน้าที่ผู้อำนวยความสะดวกในการประชุม (Facilitator) ป้อนข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม นำมาสรุปให้ที่ประชุมรับทราบ เปิดโอกาสให้ สมาชิกสะท้อนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ตามมุมมอง ของแต่ละคน ถึงความพยายามเลิกบุหรี่ ความสำเร็จ ความล้มเหลว และความพยายามเข้าถึงบุหรี่ของนักสูบ หน้าใหม่ จัดประชุมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยมีผู้แทนจาก 19 หมู่บ้านฯ ละ 3-4 คน มีผู้เข้าร่วมເວົ້າມີຫຼຸມຈົດຕະລິ ประมาณ 50-70 คน แบ่งเป็นโซนตามที่ตั้งของ หมู่บ้านเพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมประชุม โดยมี การแจ้งรายละเอียดให้ทราบล่วงหน้าผ่านจดหมายเชิญ**

**4) การสังเกตพฤติกรรม ผู้วิจัยสังเกต พฤติกรรมของผู้ร่วมกิจกรรมตลอดเวลา ในขณะที่ สัมภาษณ์ลึก สนทนากลุ่ม และการประชุมทุกครั้ง โดย แจ้งให้ทราบว่ากิจวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของทุกคน**

**5) บันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูล อย่างละเอียด มีการขออนุญาตบันทึกเทป และถอดเทป เตรียมข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์**

**เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทาง การสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทาง การประชุม และแนวทางการสังเกต โดยผู้วิจัยใช้แนว คำถามปลายเปิด เปิดประเด็นคำถาม และเปิดโอกาส ให้สมาชิกได้สะท้อนความคิดเห็นที่ ให้โอกาสในการฟัง ลิ่งที่ผู้อื่นและตนเองพูด ซึ่งช่วยให้กลุ่มเกิดความเชื่อม โยงทางความคิด ความเชื่อ ความรู้ การรับรู้ อันจะนำไป สู่การเกิดปัญญาหาคำตอบ คำตามประกอบด้วย การ ประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ ประสบการณ์การต่อสู้ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ กระตุ้นให้ร่วมกันคิดค้น หาความสำเร็จ ความไม่สำเร็จและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความสำเร็จและความไม่สำเร็จจากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น แรงจูงใจที่ทำให้สูบและทำให้เลิกสูบ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ ลิ่งแวดล้อมทางภาษาพูด องค์กรในชุมชน และนักชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือรวมถึงวิธีเลิกสูบบุหรี่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ปัญหาและอุปสรรคต่อการรณรงค์ เลิกสูบบุหรี่ของชุมชนและแนวทางแก้ไขในการดำเนิน งานเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ต่อไป**

**การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่าน การเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE522240 เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ.2553 ซึ่งรับรองวิธีวิจัยและเครื่องมือการ เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์ทำ วิจัยเชิงคุณภาพมามากจึงตระหนักรึ่งนี้ดี ผู้วิจัยได้ แจ้งการนัดหมาย แจ้งวัตถุประสงค์และประเด็นคำถาม ของทุกกิจกรรมให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบและเลือกเข้าร่วม ตามความสมัครใจ และสามารถเตรียมข้อมูลมาแลก เปลี่ยนอย่างมีเป้าหมายเดียวกัน ตามแนวคำถามการ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุม ผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น ถ่ายทอด ประสบการณ์และข้อเท็จจริงทุกรายละเอียด ใช้เวลาในแต่ละ กิจกรรม ประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง มีการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ให้เกียรติ ให้ความเคารพ และความไว้วางใจ ใช้เทคนิคการเปิด ประเด็นหลัก ตามด้วยคำถามตามติด และการเจาะลึก หาคำตอบ โดยไม่คาดค้นหรือบังคับ มีการสังเกตและ ให้ความสนใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ให้ ข้อมูลตลอดเวลา ผู้วิจัยได้แจ้งว่าการเก็บข้อมูลจะยุติ ทันทีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการหยุด การวิเคราะห์และนำเสนอ**



จะทำเป็นภาพรวม ไม่เจาะจงว่าเป็นข้อมูลของใคร และ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วจะทำลายหลักฐานจากภาพถ่าย เทปบันทึก และสมุดบันทึก ซึ่งจะป้องกันไม่ให้ผู้อ่าน สามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูล อย่างละเอียด มีการเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันทุกวัน อ่านบันทึกชั้นบรรยากาศ แล้วขัดเล่นคำสำคัญเพื่อค้นหาข้อมูลที่ให้รายละเอียดเพิ่มเติม แยกประเภทของคำสำคัญ จัดหมวดหมู่ หลังจากนั้นได้นำข้อความมาอธิบายเรียงตามความเป็นเหตุเป็นผล และ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล นำข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ลึก การสนทนากับกลุ่มและการสังเกตไปเสนอต่อที่ประชุมสมาคมชุมชนเพื่อการยืนยันผลการวิเคราะห์ ทำเช่นนี้จะเสริมสิ่งที่ได้จากการศึกษา

## ผลการวิจัย

จากการที่มีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ล่าเร็ว 5-10 ปี ซึ่ง เป็นระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีนิจว่าเลิกได้จริง และมีผู้ที่ เดย์เลิกได้ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 6 เดือน และ 2-3 ปี ยัง กลับมาสูบอีก ประกอบกับมีภาระอาชีวะเป็นผู้ดูแลผู้ที่ พยายามเลิก มาร่วมให้ข้อมูล จึงทำให้ได้ข้อมูลเพียงพอ ในการสรุปผลการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

**1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาคมชุมชน การเลิกสูบบุหรี่ได้ของสมาคมชุมชนเป็นความสำเร็จของคนในชุมชนเอง ไม่ได้รับบำบัด จากแพทย์หรือคนข้างนอก โดยเกิด 3 ปัจจัย ได้แก่**

**1.1 ปัจจัยระดับบุคคล เป็นความตั้งใจจริง ในการเลิกสูบ ซึ่งเกิดจากความห่วงใยต่อสุขภาพของตนเอง หรือเป็นความตั้งใจจริงของบุคคลในการเลิกสูบ บุหรี่จากปัญหาสุขภาพที่ตนกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่นี้จะเกิดขึ้นเองจากการสร้างความเชื่อใน ความตระหนัก และการสร้างพันธสัญญาด้วยตนเอง กับ ตนเอง เป็นความต้องการภายในใจ ไม่ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่**

**1) การเจ็บป่วยของผู้สูบ อาการแสดงออกถึงการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุให้คิดถอยกเลิกสูบ บุหรี่ เช่น ใบบอยขึ้น มีเสมหะหนียา มีน้ำมูกในช่วงตื้น นอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย ผอมลง เหม็นกลิ่นต้นเอง และ บางรายที่มีอาการหอบ ไปพบแพทย์บอกว่าหลอดลม อักเสบ “ไอ... จริงๆ ก็ไอตึ๊งแต่รึมหัดสูบ แต่ก็อยากสูบ**

ลูกผู้ชายเข้าว่าต้องสูบนะ เอาไปมาก็ติด พอกะตัวมา สั่น寒 ไม่ติด ใบบอยขึ้นไปทำงานก็ไอ โคนาก็ไอ ไปวัดก็ไอ ก็เลยหยุดก็ทำได้นะ พ่อภารนาว่าจะต้องทำให้ได้ก็ได้ จริง” “มีเสมหะหนียา มีน้ำมูกในช่วงตื้นเช้า เป็นมากขึ้น ก็เหมือนอาการหลานเป็นภูมิแพ้ เราก็ต้องคิดว่าเราก็คง แพ้มันแล้ว... หยุดเด็กว่า ก็ชวนกันหยุดนะ พากไป ทำงานก่อสร้างด้วยกัน” “เหนื่อยง่าย ผอมลง เหม็น กลิ่นต้นเองไปขับรถโดยสารก็ว่าคนอื่นเขาคงเหม็นเรา นะเลิกเด็กว่า ก็ทิ้งยาเลย ทำได้ ทำงานไปเรื่อยๆ อย่าไป สนใจมัน อาบน้ำบ่อยๆ ทำงานเพลินไปก็ทำได้” “หอบ เลยครับ ไปพบแพทย์บอกว่าหลอดลมอักเสบ เออ... ดี นะยังไงใช่มะเริงปอด(หัวเราะ) แล้วเราจะรอมะเริง ปอดมาหากำจจะเลิกหรือ คิดนานอยู่นั่นพอหอบอึก็คิด อึกแต่พอตัดใจแล้วมันก็ทำได้ทั้งมันจะ ลีมชา อย่าสูบ”

### 1.2 ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่

**1.2.1 ความรัก และความห่วงใยต่อ สุขภาพของสมาคมครอบครัว ปัจจัยนี้เกิดทั้งที่มีผู้ป่วย ในครอบครัวและไม่มีผู้ป่วย เช่น “มีหลานที่ลูกสาวมา ฝากเลี้ยง ก็อุ้มไม่ได้ให้ยาอุ้ม เราก็เลย เอ้า...เลิกเด็กว่า หลานน้อยจะได้ไม่ป่วย” “หลานเป็นหอบหืด หมอก็ ถามว่าในบ้านมีคนสูบบุหรี่ใหม่ ให้เลิกสูบ ลูกเข้ากันไม่ กลับอกหอกรอก แต่หลานมันพุดเป็นแล้ว มันก็เลยบอก เราก็ว่า เอา... ทำให้หลาน” “เมียป่วย ไปเฝ้าที่โรงพยาบาล เขายังไม่หืดหาย ก็อดทน เพราะไม่มีใครไปเฝ้า จะเดินทาง ที่สูบก็ใกล้ก็เลิกเด็กว่า ก็ทำได้นะ เมียก็ดีใจ ลูกก็ดีใจ แสดง ว่าเขารู้สึกให้เราเลิกนะ แต่เขายังไม่กล้าพูด”**

**1.2.2 ความห่วงใยต่อค่าใช้จ่ายของ ครอบครัวที่สูงขึ้น ปัญหาเศรษฐกิจที่พบเป็นผลโดย อ้อมไม่ได้เกิดจากผู้ให้ข้อมูลมากเพราะส่วนมากสูบยาเลี้น ผลเกิดจากลูกหลาน ซึ่งต้องซื้อบุหรี่วนสูบ ประมาณ แล้วทำให้ทำลายเงินไปมากจึงเป็นแรงจูงใจให้ต้องการเลิกบุหรี่ “พ่อใช้ยาเส้นสูบมาตั้งแต่เป็นบ่าวสำน้อย (วัย แรกรุ่นชาย) แต่ก่อนปลูกอง เดียว Nikol's ลูกก็ซื้อให้ ก็ เลยว่าพอเลิกแล้วล่ะ ลูกจะได้ประหยัดเงิน” “พ่อสูบ ยาเลี้น มันก็ไม่แพ้ ถุงละ 5 บาท ได้อาทิตย์หนึ่ง แต่ ลูกชาย หลานชายใช้กันเปลือง เราก็ปรึกษากัน รวมเงิน เดือนหนึ่งบ้านเรามาด้วยกันร้อย เลยคิด... พอกะ แล้วทำให้ขาดนุน... มันก็ไม่ทราบหลาย เพราะเขาก่ออ่อน ถอยแพ้แล้ว (ร่ายกายอ่อนแรง ชราลงแล้ว) พอกะน่า เราก็สูบน้อยลงอยู่แล้ว”**



### 1.3 ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่

#### 1.3.1 ปัจจัยด้านสังคม เป็นความรัก

และความรู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพคนอื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชนที่ต้องร่วมกิจกรรมกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ พนักงานชุมชนหลายคนสร้างแรงจูงใจจากการส่วนภพลักษณ์ที่ดี ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ จากหลายครั้งที่ต้องทำเช่นนี้ส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสมาชิกชุมชนที่ตนต้องดูแลอย่างถาวร จึงกลายเป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จากความรัก ความรับผิดชอบต่อประชาชนในชุมชนของตนเอง “ตอนแรกก็ไม่คิดจะเลิก แต่พอเรามาเป็นผู้นำเราก็พยายามต่อข้อตกลงช่วยทำตามกฎหมาย กฎหมายของเราว่าห้ามสูบบุหรี่ที่วัดโรงเรียน ก็ทำให้ชาวบ้านดู ทำแล้วผอมว่าดูดีนั่น มีคนชุมว่าเป็นผู้นำที่ได้ เราก็เลยตั้งใจเลิกจริง ทำไปทำมา ก็ทำได้” “ผู้รู้สึกอาย แต่ก่อนที่ยังไม่เป็นผู้นำก็ไม่อาย แต่พอเป็นแล้วก็คิดว่าต้องทำเป็นตัวอย่าง แล้วก็เลยอดทนต่อมา ก็อดได้นานเป็นวันโดยไม่คิดถึง ก็เลยตัดสินใจเลิก ก้อมลูกอมบ้าง แต่ไม่ทรมานมากนะพอดีได้นะ หลายคนก็ทำตาม ก็น่าจะทำให้ห่วงสุขภาพกันมากขึ้น ผอมว่ามันจะ lame ไปพึ่งบ้านได้นะความคิดนี้”

#### 1.3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ การเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ เช่น ที่วัด โรงเรียน และ สถานีอนามัย

ก่อให้เกิดแรงจูงใจ คือ ทำให้เห็นความสำคัญ ความตระหนัก และเข้าใจวิธีการลดลงพิษทางอากาศจากควันบุหรี่ ทำให้คนที่ไปอยู่ร่วมกันมากๆ ได้อาหารบริสุทธิ์หายใจ การเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ จะช่วยเพิ่มความรู้ให้กับคนในสังคมด้วย

“มันก็เป็นเรื่องที่ชาวบ้านได้รู้นั้น เช่น ถามว่าทำไมห้ามที่วัด ที่โรงเรียน ที่สถานีอนามัย เรายังอธิบายว่ามีคนมาเยือน คนที่อ่อนแอด้วย เช่น ที่โรงเรียน คนป่วยมาหาหมอ คนแก่กว่าวัด ก็ป้องกันควันบุหรี่ มันอันตราย ก็ดีนั้น เราต้องเพิ่มพื้นที่แบบนี้นั่น”

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่สำเร็จใน การเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกชุมชน มีสมาชิกชุมชนที่เคยพยาภยามเลิกสูบบุหรี่แต่ทำไม่ได้ จำนวน 21 คน และภาระยาที่ยอมรับว่าความไม่สำเร็จพบเสมอ กับสมาชิกชุมชน โดยเฉพาะสามีของตนเองทั้ง 7 ที่เป็นบุคคลที่มีความตั้งใจเลิกสูบด้วยตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่สำเร็จนี้ 3 ปัจจัย ที่ส่งผลกระทบกว้างกาจและจิตใจนทำให้บุคคลที่ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ต้องหันไปหยิบบุหรี่มาสูบอีกได้แก่

### 2.1 ปัจจัยระดับบุคคล เกิดจากความไม่สุข สายพันธ์ด้านร่างกายและจิตใจ

#### 2.1.1 ความไม่สุขสายพันธ์ของร่างกาย

อาการแสดงถึงการเจ็บป่วยทางกายหลังเลิกสูบบุหรี่ทำให้พบกับความล้มเหลวในความพยาภยามเลิกสูบบุหรี่ เช่น ความไม่สุขสายพันธ์ ร้อนๆ หนาวๆ หงุดหงิด ขาดรสรชาติ ในการรับประทานอาหาร ปวดศีรษะ เจ็บๆ ผิวหนัง และ มีความกังวลใจซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ผลักให้ผู้พยาภยามเลิกสูบต้องหันไปหยิบบุหรี่มาสูบอีก “ไม่สบาย หนาวๆ (หงุดหงิด) เมื่อนอนเป็นไข้ ร้อนๆ หนาวๆ ได้สูบยาแล้ว ก็เมื่อนอนคุณร้อนอยู่ (ควบคุณอุณหภูมิร่างกายของตนได้)” “เป็นว่างๆ จางป้า (อ้างว่าง เมื่อนอนเรชาด หรือลีมอะไรซักอย่าง) พอมียาสูบอยู่ติดตัวก็แปลกมันดูอุ่นใจ” “จางปาก จางลิน (ขาดรสรชาติในการรับประทานอาหาร) ได้สูบยาคืนแล้วก็กินอะไรอร่อยขึ้น ทำจะอยู่ได้ (ดูเมื่อนจะมีชีวิตрод)” “หวานบอย ง่วง อุ่นบเป็น (อยู่ตรงไหน ทำอะไรก็ไม่สุขสายพันธ์) เป็นร้อนๆ หนาวๆ ก็จุดไฟเล่น พอมีไฟแช็กมันก็เรียบร้อยมียาสูบตามมา” “เมื่อย อ่อนแรง เมื่อนอนกับป่วย ทำงานไม่ได้ อุ่นได้ 2 วัน เมื่อนอนใจจะชาด หยิบมาสูบก็ได้เลย” “ปวดหัว เป็นท่อ อ้อ อุ่นหัว อุ่นหู บอกไม่ถูก เมื่อนจะเป็นหัว เมื่อนจะหลุดไปอยู่ในร่าง ก็ต้องแพ้หินมาสูบอีก หล่ายครั้งแล้วpm (เดยพยาภยามเลิกหล่ายครั้งแล้ว)” “เป็นเจ็บๆ ผิว ไม่ถึงปวด ไม่ใช่คัน แต่เป็นยิบๆ”

2.1.2 ความไม่สุขสายพันธ์ของจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความเหงา ทุกข์ทรมาน ความประโณนในการสูบบุหรี่ “เครียด หนาว (หงุดหงิด) เป็นคีลลิตาย (เมื่อนจะชาดใจตาย) อยากสูบอีก” “ทรมานบอกไม่ถูก คิดถึง มีให้จับให้ดมก็ยังดี พอยิบมาพกก็เรียบร้อย สูบอีก”

#### 2.2 ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่

2.2.1 สาม พัน ด ก า พ ท ท ไม่ ดี ช օ ง ครอบครัว หมายความว่า “ไม่มีใครในครอบครัวสนใจว่าเราจะเลิกสูบบุหรี่ หรือ เลิกสูบไม่ได้ ไม่มีใครมาดูแล (เฝ้าดู) ต่างคนต่างอยู่เป็น” “ร้ายรุนพ่ออยู่ทางแม่อยู่ทาง (พ่อแม่ย้ายไปทำงานต่างถิ่น) ใจจะมาคุ้มครอง ปกป้อง มันก็หาเพื่อนสูบ ดื่มกับเพื่อน” “พ่อแม่ไม่สนใจแล้ว โตแล้ว สูบก็สูบไป”

2.2.2 ไม่สนใจให้กำลังใจ และยังโหะหรือยกความผิดแก่คนที่เลิกสูบ หล่ายคนที่เลิก



บุหรี่ไม่ได้ เพราะครอบครัวไม่ให้กำลังและชี้เตือน บอกว่า “ยังไงก็เลิกไม่ได้ มันเป็นสันดาน” “ไม่สำเร็จห稻 กษา อ่อนแอก ยังไงก็เลิกไม่ได้ จึงให้สูบต่อ” “ไม่มีใครให้ กำลังใจห稻 กษา ยังไม่รักตัวเอง ก็ให้สูบต่อ ถ้ารักตัวเอง เลิกแล้วก็เลิกเลยซึ กลับไปสูบอีกทำไม่ มันก็ยากกว่าเดิม แล้วใครจะช่วยได้”

**2.2.3 การมีสมาชิกครอบครัวที่ยัง สูบบุหรี่ หลายคนที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ ให้เหตุผลตรงกันว่ามี สมาชิกครอบครัวยังสูบบุหรี่ ทำให้มีอุปกรณ์การสูบ มี ความบุหรี่เป็นตัวกระตุ้น “เพราะมีสมาชิกครอบครัวที่ยัง สูบบุหรี่ในบ้านเดียวกับที่ผู้พยาบาลเลิกสูบบุหรี่อาศัยอยู่ ทำให้ได้กลิ่นและอย่างสูบอีกจึงเลิกไม่ได้”**

### 2.3 ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่

**2.3.1 การรับรู้ของชุมชน โดยชุมชน** เห็นการสูบบุหรี่เป็นวัฒนธรรมชุมชนซึ่งมีสมาชิกชุมชน สูบบุหรี่เป็นกิจวัตรประจำวัน เป็นการรับรู้จากความคุ้น เคยที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นเรื่องของธรรมชาติของเพศชาย จึงไม่เป็นเรื่องที่ต้องต่อสู้มากนัก ไม่มีการห้ามปราบวัย รุ่นซึ่งเข้ามาเป็นนักสูบหน้าใหม่เท่าไรนัก ประกอบกับ ความเชื่อที่เห็นประโยชน์ของบุหรี่ เช่น บุหรี่เป็นยาค ลายเหงา ช่วยให้สมองปลอดโปร่ง เจริญวิชาลัด คิดแก้ ปัญหาได้ง่าย ช่วยทำให้สดชื่น แก้จ่วงนอนได้ เป็นยาล ยุ่งและแมลง ช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเอง กล้า แสดงออก ช่วยให้สังคมยอมรับ และเป็นยาแก้ปวดท้อง “มันเป็นเรื่องตามธรรมชาติ คุณเคยมาแต่ปู่ย่า การสูบยา กับเด็กผู้ชาย เป็นเรื่องธรรมชาติ เรายังสูบ เข้า (ลูกหลาน) ก็ลองบ้าง” “จะว่าความเชื่อ หรือความเคยชินก็ตอบไม่ได้ เรายังใช้บุหรี่เป็นเพื่อน ไปฝ่าเบ็ดกับสูบบุหรี่เป็นเพื่อน ไป ทางเดียว (เอารังผึ้งมาเป็นอาหาร) ก็ให้ยาสูบพ่น วัยรุ่น ชายมันต้องทำมาหากินแบบนี้ ครอทั่มันก็ตี หาเลี้ยง ครอบครัวได้ ก็เลี้ยงปล่อยให้ลูกหลานสูบ” “ผลของสูบ ตอนเรียนมัธยม ก็ลดจ่วง คลายเหงา ช่วยให้สมอง ปลอดโปร่ง ก็เลี้ยงสูบมาเรื่อย ตอนแรกก็ซื้อให้ผู้ใหญ่บ้าง ขอผู้ใหญ่สูบบ้าง ตอนหลังก็ใช้เงินตนเอง” “สมองที่อ รุณแล้วก็โล่งนั่ มนอาจช่วยให้เฉลี่ยวฉลาด คิดแก้ ปัญหาได้ เพราะเราสตันชื่นขึ้น แก่ง่วงได้”

**2.3.2 มีสถานที่ตั้งวงศ์ดีมสุรา จาก การสังเกตและการบอกรเล่าของสมาชิกชุมชน พบร ใน ช่วงเย็นและในวันหยุด คือ วันอาทิตย์ มีสมาชิกชุมชน รวมกลุ่มตั้งวงศ์ดีมสุรา แยกเป็นกลุ่มเล็ก คือ ผู้ใหญ่ กลุ่ม**

เครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้าน หรือ วัยรุ่น ซึ่งสมาชิกชุมชน กล่าวว่า “ในการรวมกลุ่มทุกกลุ่มมีสมาชิกของกลุ่มสูบ บุหรี่ด้วยอย่างน้อย 1 ราย ซึ่งเป็นภาพที่ช่วยกระตุ้นให้ ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่กลับไปสูบอี” การตั้งวงศ์นี้เกิด ขึ้นเสมอและมีจำนวนมากทั้งนี้ชุมชนให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “มีร้านขายเหล้าและบุหรี่ในชุมชน ทำให้หาซื้อด้วย”

### การอภิปรายผล

**1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการเลิก สูบบุหรี่** สมาชิกชุมชนนี้ประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบ บุหรี่เนื่องจากมีการเจ็บป่วยของผู้สูบ ซึ่งเป็นผลจากแรง จุงใจภายในของบุคคล (Intrinsic motivation) ส่วนการ เจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาเศรษฐกิจ ของครอบครัว ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตัดสินใจเลิกสูบ ถือเป็น แรงจุงใจภายนอก (Extrinsic motivation) แต่เป็นแรง จุงใจที่ใกล้ชิด ล้มผสัตได้อยู่เสมอฯ จึงมีพลังพอที่จะ ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นไปตามทฤษฎีแรงจุงใจ<sup>14</sup> และ สอดคล้องกับการศึกษาของมลาตา ทายิด<sup>18</sup> ที่กล่าวว่า บุคคลถ้าเกิดความตระหนักรแล้วส่งผลให้มีความตั้งใจ จริงและทำได้ โดยวิธีการสร้างแรงจุงใจนี้มีความแตก ต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อตามอธรรมชาติใน แต่ละบุคคล เช่น แรงจุงใจจากความรักความผูกพันจาก ผู้คนรอบข้าง โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูล ตรงกันว่า การที่ต้นเองเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากความ ผูกพันที่มีต่อคนที่ตนรักและเคารพรักษาเช่นถือตาม ความสำคัญของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สมาชิก ครอบครัว โดยใช้แรงจุงใจจากการที่ไม่อยากให้คนที่ เรารักต้องเสียใจ ลำบากจากการคายดูแลเมื่อเจ็บป่วย และไม่อยากจากกัน เพราะสาเหตุที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 2) กลุ่มเพื่อน พบร เพื่อนสนิท หรือเสี่ยง มีล้วนผลัก ดันให้เลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อนที่ผูกพันกันมานาน ให้ความ ประนันดีและเอื้ออาทรต่อกัน เมื่อได้รับคำแนะนำหาก เกิดความรู้สึกถึงความรัก ความห่วงใยและความรู้สึก ดี ๆ ที่มีต่อกัน ทำให้เลิกสำเร็จ 3) บุคคลที่เคารพนับถือ พบร มีข้อมูลสำคัญที่ยืนยันได้ว่า พระ คุ่ดอง ผู้เฒ่าผู้แก่ ผู้อาวุโส เป็นบุคคลที่สมาชิกชุมชนให้การยอมรับนับถือ จึงช่วยให้หลายคนเลิกสูบบุหรี่อย่างได้ผล

**ปัจจัยระดับชุมชน** เป็นผลจากปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม 1) แรงจุงใจจากความรัก ความรับ ผิดชอบต่อประชาชน ซึ่งจากการศึกษา พบร ผู้นำ



ชุมชนหลายคนสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จากความรัก ความรับผิดชอบต่อประชาชนในชุมชนของตนเอง<sup>14,18</sup> ซึ่งส่งเสริมให้เกิดจิตปัญญาในการเลิกบุหรี่ด้านสังคมเป็นความรู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพคนอื่นรวมทั้งผู้นำต้องการที่จะดำเนินไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่ส่งงาน<sup>19,20</sup>

2) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยการเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ (Free Smoking Zone) เช่น ที่วัดโรงเรียนและสถานีอนามัย ซึ่งเป็นมาตรการในภาพรวมของประเทศและมีผลต่อคนถึงระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในภาพรวมมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและมีความปลอดภัยในชีวิตตนเอง (Safety need) การทำให้สิ่งแวดล้อมดี สะอาด ไร้มลพิษ การสร้างแรงจูงใจตามนโยบายของรัฐบาลที่มีการรณรงค์ให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ เช่น กำหนดให้มีเขตห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล บนรถโดยสาร ร้านอาหารที่ติดแอร์ เมื่อเทืนป้ายดังกล่าวก็เกิดความตระหนักรถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของตนเองตามมา จึงใช้นโยบายของรัฐดึงกล่าวในการสร้างแรงจูงใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ<sup>21,22</sup> อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการพัฒนามาตรการทางกฎหมายและโครงการรณรงค์ต่างๆ ออกมาย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของคนไทย และส่งผลให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงเป็นลำดับ แต่เมื่อลองลึกไปในรายละเอียดพบว่า มาตรการเหล่านี้ยังไม่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อชีวิตของคนบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจน และผู้ที่มีการศึกษาต่ำอยู่<sup>23</sup> 3) ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว โดยพึ่งผลโดยตรงของผู้เสพและการมีบุตรหลานทำตาม จนมีผู้สูบหลายคนในครอบครัวและทำให้ลื้นเปลืองค่าบุหรี่มากขึ้น จึงกลายเป็นแรงจูงใจให้ต้องการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีอุปสงค์อุปทาน (Demand and Supply) และสอดคล้องกับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งในด้านอุปสงค์จะเป็นเรื่องมาตรการด้านภาษี การห้ามโฆษณาส่งเสริมการขาย การมีคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ และการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ส่วนด้านอุปทาน ได้แก่ การจัดการกับบุหรี่เดื่อน ห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เยาวชน การควบคุมสารพิษและแจ้งส่วนประกอบของยาสูบ ทางเลือกของเกษตรกรใบยาสูบ และความเสมอภาคทางการค้า<sup>24</sup>

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่สำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ มีบุคคลที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ พบร่วมกับ

สมาชิกชุมชนทั้ง 7 ที่เข้าตั้งใจเลิกสูบด้วยตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความล้มเหลว มี 3 ปัจจัย ที่ส่งผลกระทบขั้นต่อกัน ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่

2.1 ปัจจัยระดับบุคคล โดยพบว่า อาการแสดงของการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย เช่น อาการร้อนๆ หนาวๆ ทำให้ผู้เลิกสูบบุหรี่หงุดหงิด ໂกรง่าย อารมณ์หลุดร่างกาย กระสับกระส่าย รับประทานอาหารไม่อร่อย ปวดศีรษะ เจ็บแสบผิวหนัง ตลอดจนความกังวลใจ ซึ่งพบจากการวิจัย ที่กล่าวว่าเมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณของสารสื่อประสาทจะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไปและเกิดอาการถอนนิโคติน (Smoking withdrawal symptom, syndrome)<sup>25</sup> ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จะต้องการสูบไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการ ซึ่งอาการนี้มักเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเลิกบุหรี่ โดยอาการมักเกิดในช่วง 4 วันแรก แล้วจะค่อยๆ ลดลงภายใน 3-4 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะใช้เวลามากถึง 6 เดือน หรือมากกว่า และจะหายไปเมื่อชีวิตปลอดบุหรี่ แต่ด้วยความไม่เข้าใจอาการเหล่านี้ และขาดผู้ช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ในการจัดการกับอาการขาดบุหรี่จึงทำให้เกิดความกลัวอันตราย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ผลักดันให้ผู้พยายามเลิกสูบต้องหันไปหยิบบุหรี่มาจุดสูบอีก การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ไม่ว่าจะเลิกบุหรี่มาแล้วได้นาน ก็เป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้จริงและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา กับทุกๆ คน ดังนั้นการให้กำลังใจ ให้การดูแลรักษาช้าๆ ตามแนวทางมาตรฐาน และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาปัจจัยที่กระตุ้นให้กลับไปสูบซ้ำ และแก้ไขป้องกันมิให้เกิดขึ้นอีก<sup>26</sup>

2.2 ปัจจัยระดับครอบครัว พบร่วมกับ ศึกษาว่าการมีสมาชิกครอบครัวคนอื่นยังใช้บุหรี่ในกิจกรรมใช้ในกิจวัตรประจำวัน ทำให้สมาชิกยังคุ้นเคยกับกลิ่นบุหรี่และอุปกรณ์การสูบ ยังคงจากชีวิตเดิมไม่ได้ นอกจากนั้นยังมีโอกาสได้รับชวนจากสมาชิกครอบครัวให้สูบอีก

2.3 ปัจจัยระดับชุมชน พบร่วมกับในชุมชนใช้ประโยชน์จากบุหรี่ มีสาเหตุสำคัญจากวัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิตตามความเชื่อตั้งเดิมของชุมชนที่ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่ตั้งหมู่บ้าน โดยมีการนำบุหรี่มาใช้ในพิธีกรรมทางศาสนา เช่น ใช้ในการสะเดาะเคราะห์ เช่น ไหว้ต้าปู หรือแม้แต่การถวายพระในพิธีงานบุญประเพณีของหมู่บ้านการใช้บุหรี่ในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะห่วงการพักผ่อนในบ้าน นอกบ้าน บุหรี่ยังหา



ได้ง่าย เพราะปลูกไว้ใช้กันเองในครัวเรือน อีกทั้งเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชนในการต้อนรับแขกที่มาเยี่ยม และใช้เป็นของฝากแก่กันและกัน ลิงสำคัญเป็นการฉายภาพให้เด็กในชุมชนเห็นว่า บุหรี่เป็นสิ่งจำเป็นและไม่ผิดทางเข้าจะสูบ เพราะผู้ใหญ่นำมาใช้ในพิธีต่างๆ เวลาพักผ่อนต้องสูบบุหรี่ ขณะทำงานร่วมกัน ผู้ใหญ่จะหยุดพักสูบบุหรี่เพื่อให้หายเหนื่อยได้ โดยไม่มีความผิดใดๆ จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเลียนแบบจากผู้ใหญ่ในชุมชน นอกจาคนี้เพื่อนก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เป็นสาเหตุให้เกิดการสูบบุหรี่ได้<sup>17,18</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. มีสมาคมชุมชนยังขาดความเข้าใจอาการหลังเลิกสูบและการจัดการอาการ ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้อง และพัฒนาทีมงานในการให้การปรึกษาและช่วยเหลือ ซึ่งควรเป็นบุคคลในชุมชน ในครอบครัว และมีผู้เชี่ยวชาญรับการปรึกษาในเวลาที่ต้องการและรับการส่งต่อ เพื่อเข้ารับการรักษาตามอาการ
2. ควรเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ให้มากขึ้นและอาจใช้เป็นแรงเสริม เช่น ใช้บ้านผู้ที่เลิกบุหรี่ เป็น Free Smoking Zone หรือ ที่ศาลากลางบ้าน ศาลาหลักบ้าน และที่สาธารณะอื่นๆ ของชุมชน
3. เพิ่มกฎหมายในการช่วยควบคุมการสูบบุหรี่ เช่น ละเว้นการขายบุหรี่ให้เด็ก ละเว้นการให้เด็กไปซื้อบุหรี่ ละเว้นการถ่ายบุหรี่พระสงฆ์ ละเว้นการใช้บุหรี่ในประเพณีสำคัญ เช่น งานบวช งานศพ งานกฐิน เป็นต้น
4. ควรส่งเสริมให้กลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้เป็นแกนนำ การควบคุมบุหรี่และพัฒนาศักยภาพ รวมถึงการติดตามให้กำลังใจในการทำงานในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

### เอกสารอ้างอิง

1. สมพร วัฒนนฤกษ์เกียรติ, สมจิต แวนส์แก้ว, รัตน์ดาวรรรณ คลังกลาง. การบริโภคและการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 41-51.
2. สำนักยุทธศาสตร์. สถานการณ์ยาเสพติดประจำการจัดทำแผน ปี 2553. กรุงเทพฯ: สำนักยุทธศาสตร์; 2552. (เอกสารอัดสำเนา).
3. Global Tobacco Surveillance System (GTSS), Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions; 2008.
4. สมจิต แวนส์แก้ว. การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่สังคม (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
5. Stephen, E.D., Nsimba, Steve, S. (2006). Tobacco Advertisements And Promotion Industry On Smoking In Tanzania: A Review Of Negative Public Health Implications For Current And Future Generations. Tobacco Induced Diseases 2006; 3(2): 41-43.
6. สุวรรณี แสงอาทิตย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ด้านการสูบบุหรี่ ดีมสูรา และสารเสพติดในวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
7. ณิชาภัทร บุญสวัสดิ์กุลชัย, สมจิต แวนส์แก้ว. การป้องกันการสูบบุหรี่มีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 56-66.
8. Pornapa Homsin, Wichit Srisupan, Joaen Pohl, Sujitra Tiansawad. 2006. The Development of the Smoking Attitude Scale for Thai Adolescents. Thai Journal of Nursing Research, 10(2), 113-119.
9. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. สกิติสำคัญการสูบบุหรี่ของคนไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2548.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2548.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
12. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997; 12(1): 38-48.



13. Digital Library of King Mongkut's University of Technology Thonburi. ทฤษฎีการเรียนรู้. [ออนไลน์] 2547 [อ้างเมื่อ 25 สิงหาคม 2551]. Available from: <http://digital.lib.kmutt.ac.th/Class/Education>
14. สิริอร วิชชาภุธ. แรงจูงใจกับการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาธรรมศาสตร์; 2544.
15. นันทวน อันตรเสน. Externality กับเรื่องของสุขภาพ. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2551.
16. ออมรัตน์ โพธิพรroc, มนษา เก่งการพานิช, ลักษณา เติมศิริกุลชัย. แนวทางควบคุมและกำกับการระบาดของยาสูบ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.); 2550.
17. อคิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณะสุข; 2547.
18. มนษา ทายิดา. การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น อำเภอหน้าพอง จังหวัดขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
19. ประดิษฐ์ พันธุ์ประดับ. การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
20. US Department of Health and Human Service. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service; 2000.
21. ลักษณา เติมศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทยและการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2534-2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติและศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะกรรมการสุขศาสตร์ ม.มหิดล (ศจย.); 2550.
22. Vateesatokit P. "Thai Tobacco Control: Development through Strategic Alliances." Development Bulletin 2001; 54 (April): 63-66.
23. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กฎหมายบุหรี่โลก. [ออนไลน์] 2547 [อ้างเมื่อ 25 สิงหาคม 2551]. Available from: <http://www.thaiantitobacco.com/th/index.php?>
24. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บุหรี่จึงแต่เจ็บป่วย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2547.
25. ศุภกิจ วงศ์วัฒนกุจิ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. วารสารวิชาการยา 2548; 6: 5-20.
26. ทิมศิริ เชาวสกุล, วรารณ์ บุญเชียง, อําไฟ ชนะกอก. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่. พยาบาลสาร 2551; 35(4): 67-76.



## ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน\*

สมរภาพ บรรหารรักษ์ พย.ม.\*\* เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปร.ต.\*\*\*

### บทคดีย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และเงื่อนไขการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คัดเลือกผู้ที่มีข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ 17 ราย และญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด 19 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และศึกษาแฟ้มประวัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์อาการที่หลักใหญ่เกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) อาการหายใจลำบากหรือใจขาด 3) อาการแน่นอืดอัดในช่องท้อง 4) อาการเมื่อยหรือรู้สึกล้า 5) อาการเหนื่อยแทკ 6) อาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอ 7) อาการวิงเวียนศีรษะคลื่นไส้และอาเจียน 8) อาการซื้ดเหลืองและชา 9) อาการนอนرابไม่ได้ และ 10) อาการสับสน โดยอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นกลุ่มตั้งแต่ 3-6 อาการ แตกต่างกันไปตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมี 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการเป็นๆ หายๆ 2) กลุ่มอาการเป็นตาตาย ซึ่งเกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) กลุ่มอาการไม่เดี๊ยวน 4) กลุ่มอาการเดี๊ยวยังไม่หายสนิท และ 5) กลุ่มอาการเดี๊ยวนใหม่เป็นօraleyley ซึ่งเกิดขึ้นขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

การจัดการอาการแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง การจัดการอาการโดยการใช้ยาและการจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา 2) การจัดการอาการขณะอยู่รักษา ได้แก่ การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การขอส่งต่อหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง และการพึงพาญาติ ส่วนเงื่อนไขการจัดการอาการทั้งก่อนและขณะอยู่รักษา มี 3 เงื่อนไขใหญ่ๆ ได้แก่ 1) เงื่อนไขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดการอาการตามการรับรู้อาการ ตามการรับรู้ส่าเหตุ ตามการรับรู้ความรุนแรง การอุดูกาการและความอดทนของผู้สูงอายุ ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคลากรและแผนการรักษา 2) เงื่อนไขด้านลิ่งแวดล้อม ได้แก่ ตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน ตามคำแนะนำของบุคลากร ตามความเคยชินหรือการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุและญาติที่เคยพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยทางกายภาพ ความยุ่งยากและภาระหน้าที่ที่บ้าน การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดทางด้านการรักษา และความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ 3) เงื่อนไขด้านลักษณะและอาการเจ็บป่วย ได้แก่ การยังคงมีอาการ การมีโรคประจำตัว การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์การจัดการอาการ ผู้สูงอายุ ล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Symptom Management Experiences of Older Persons with Acute Myocardial Infarction\*

Samorphop Banharak M.N.S.\*\* Penchun Lertrat PhD\*\*\*

### Abstract

The purposes of this qualitative description research was to study symptom experiences, symptom management, and influencing factors on symptom management among older persons with acute myocardial infarction (AMI). Key informants were purposively selected and included 17 older persons with AMI and 19 caregivers. The data were collected by in-depth interviews, observations, and examination of medical records. Data were analyzed using a content analysis. Results indicated that the elderly patients had varying symptoms or symptom cluster<sup>x</sup> and the symptoms could be divided into ten characteristic including: chest pain, dyspnea, abdominal distention, fatigue, excessive sweating, epigastric pain or heart burn, dizziness and nausea and vomiting, paleness and paresthesia, orthopnea, and confusion. The symptoms often occurred together from 3 to 6 symptoms and could be classified into five categories: 1) fluctuating or relapsing symptoms 2) symptoms that caused the patients to feel like they might die 3) symptoms of worsening conditions 4) symptoms of improvement but not fully recovered, and 5) symptoms of improvement as if never been sick.

The subjects managed their symptoms corresponding with the 2 stage: 1) Symptom management before admission: self-care, alternative medical care and went to hospital did self care and when the symptom worsened. 2) Symptom management an admission: communicated their problems to health care professionals, followed treatment planning, referral to greater hospital, self-care and also depended on family help. The influencing factors on symptom management pre-admission or admission varied by group. There were 3 theme 1) personal conditions: the olders' symptom perception, perceived causes of symptoms, symptom severity and symptom observation, the olders' tolerance of symptoms and the olders' belief in health personnel and medical treatment 2) Environment conditions: information from neighbors, health care professionals' consultation, the olders' habits, the olders' and caregivers' past experiences about persons who had AMI and immediately responded despite lacking of knowledge, several physical factors, household burdens and complication in roles, hospitalization and limitation in the elders' knowledge and experience of their medical treatment 3) health and Illness: persistent symptoms, being diagnosed with a serious illness and the olders' physical limitations.

**Keywords:** symptom management experiences, older persons, acute myocardial infarction

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นภาวะหนึ่งในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนาเรีย ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์<sup>1,2</sup> รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจด้วย<sup>3,4,5</sup> ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบสูง

ขึ้นในผู้สูงอายุทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในผู้สูงอายุรองจากมะเร็ง<sup>4</sup> โดยมักพบในกลุ่มผู้มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป<sup>6</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าหนึ่งในสิบของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดในช่วงอายุ 60-74 ปี<sup>7,8,9</sup> นอกจากนั้นยังพบ 4 ใน 5 ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเสียชีวิตตั้งแต่ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป<sup>8,9</sup> ผู้ที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2 เท่า<sup>9</sup>



จากการศึกษานี้ร่อง พบร้า ผู้สูงอายุมักเข้ารับการรักษาล่าช้าจนทำให้มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตในที่สุด โดยพบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากมีการรับรู้อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่หลอกหลอน จึงมีการจัดการอาการหอบหืดหอบหืดและแตกต่างกันตามการรับรู้ ทำให้ผลลัพธ์การจัดการอาการแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้อาการ การจัดการอาการรวมทั้งเงื่อนไขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการอาการ เพื่อทำความเข้าใจและเป็นแนวทางในการดูแลที่สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาจะช่วยสะท้อนภาพและมุมมองความคิด อันจะนำไปสู่การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลให้พยาบาลหรือบุคคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนให้การดูแลที่สอดคล้องกับประสบการณ์ ของผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Description Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ<sup>10</sup> และลาร์สันและคณะ<sup>11</sup> ที่ได้จากการบททวนวรรณกรรมเป็นเพียงตัวกรอบต้นการวิจัย (Sensitizing framework) และเป็นแนวทางเบื้องต้นในการศึกษา เพื่อช่วยให้มีความไวอิงทฤษฎีและเกิดมุมมองที่กว้างขึ้นสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้ตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล

### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ นานอย่างน้อย 3 วัน มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดีและสามารถสื่อสารเข้าใจ ในส่วนของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่อยู่ดูแลในระยะ

เวลาที่เพียงพอที่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแลในการเสริมและตรวจสอบข้อมูล (Triangulation) เท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 17 ราย อายุระหว่าง 60-69 ปี 8 ราย 70-79 ปี 7 ราย และตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป 2 ราย เป็นเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 7 ราย ผู้ให้ข้อมูลรองจำนวน 19 ราย อายุ 30-59 ปี จำนวน 14 ราย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 5 ราย เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 10 ราย เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ เป็นส่วนใหญ่จำนวน 11 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ตัวผู้วิจัย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 3) แนวคิดมาปลายเปิดในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตกรรมการจิยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน ได้แก่ CCU หอผู้ป่วย 4 ก 4 ช 4 ค โดยมีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล 3 ทาง ได้แก่ ทางพยาบาลญาติและผู้สูงอายุ โดยการเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการดังกล่าว หลังจากนั้นทำการสำรวจรายชื่อและตัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ศึกษาข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทำการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ญาติและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งสังเกตเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลในการสัมภาษณ์ ในครั้งต่อไปเมื่อผู้สูงอายุมีอาการคงที่และพร้อมที่จะให้ข้อมูล ซึ่งต้องติดตามหากอยู่ป่วยที่ผู้สูงอายุอยู่เข้ารับการรักษาจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อ่อนตัว โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแยกแยะความถี่ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลการสัมภาษณ์นำไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ผลการวิจัย

1. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอาการทรงหมด 10 อาการ ได้แก่ 1) เจ็บแน่นหน้าอก 2) หายใจลำบาก หรือใจขาด 3) แน่นอืดอัดในช่องท้อง 4) เมื่อยหรือรู้สึกล้า 5) เพลื่อแตก 6) แสงร้อนบนริเวณทรวงอกและลำคอ



7) วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน 8) ชีดเหลืองและชา 9) นอนราบไม่ได้ และ 10) สับสน อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นกลุ่มตั้งแต่ 3-6 อาการ โดยแต่ละอาการจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและเกิดขึ้นร่วมกัน “เลิงเจ็บเดิงแน่น” หรือ “แน่นท้องแล้วก็เมื่อยท้องวัน” รวมทั้งบางอาการอาจส่งผลถึงกันและกัน “แน่นท้องดันขึ้นมาจนเจ็บหน้าอก” หรือ “แน่นหน้าอกจนจะพาลหายใจไม่ออก”

จากการศึกษาพบว่าอาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ทั้ง 10 อาการ ซึ่งมักเกิดขึ้นหลาย ๆ อาการร่วมกันจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีความเจ็บป่วยเป็น 5 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ ที่มักเกิดขึ้นช้า ๆ นำมาก่อน มีลักษณะเฉพาะ คือ มักมีอาการอยู่ช่วงขณะหนึ่งหนึ่งนาทีแล้วหายไป เป็นเวลาหลาย หายแล้วก็ลับมาเป็นอีกทั้งที่ได้รับการดูแลหรือหายไปเองโดยไม่ได้ทำอะไร ในระยะนี้ผู้สูงอายุมักรับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง โดยอาการที่พบมักเป็นอาการทางช่องท้องจึงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร 2) กลุ่มอาการเป็นตาตายมีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากเหมือนคนกำลังจะเสียชีวิตโดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอก เหื่องแตกและหายใจลำบาก ซึ่งมีหลาย ๆ อาการเกิดขึ้นร่วมกันเป็นกลุ่มอาการ และส่งผลถึงกันและกัน อาจเริ่มมีอาการเพียงเล็กน้อยแล้วทวีความรุนแรงขึ้น เกิดขึ้นแทรกขณะมีอาการอื่นอยู่ หรือมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นอย่างฉับพลันเลยก็ได้ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นทั้งขณะพักหรือมีกิจกรรมอาหารเป็นตาตายนี้เองที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษา กลุ่มอาการที่ 2 กลุ่มนี้เกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) กลุ่มอาการไม่เดี๋ยวนี้ “ชำก่า” คือ กลุ่มที่มีอาการท่าเดิมเหมือนอยู่ที่บ้าน และ “ดักกว่าก่า” คือ กลุ่มที่มีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น กลุ่มอาการไม่เดี๋ยวนี้มีลักษณะเฉพาะ คือ เกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ยังคงหล่อเลี้ยงมีอาการไม่เดี๋ยวนี้ 4) กลุ่มอาการเดี๋ยวนี้แต่ยังไม่หายสนิท “โคขึ้นแต่บ่เชาด” มีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับการดูแลไประยะหนึ่งแล้วมีอาการเดี๋ยวนี้และทุกความทุกข์ทรมานลง แต่ยังคงหล่อเลี้ยงมีอาการบ่างอาการอยู่ เพียงเล็กน้อย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบากและการเมื่อยหรือรู้สึกล้า พบรับผู้ที่มีปัญหาในการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและไตวายเรื้อรัง 5) กลุ่มอาการเดี๋ยวนี้เหมือนไม่เป็นอะไรเลย “โคขึ้นเหมือน

ไม่เป็นอะไรเลย” มีลักษณะเฉพาะ คือ เกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นสมอื่นไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน ซึ่งประเมินจากการไม่มีอาการหลงเหลืออยู่และสามารถทำกิจกรรมได้ พบรับผู้สูงอายุที่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจได้สำเร็จและผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้บางส่วน

## 2. การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 การจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ จะจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง

2.1.1 การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการโดยการดูแลตนเอง “รักษาเจ้าของ ป้าเอง เป็นแบบนี้” อย่างหากหลัย เป็นไปตามการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) การนวด “นวดคล้ายเครียดให้แก่” พบรับผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ อาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยแตก อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน อาการชีดเหลืองและชา และอาการสับสนฉับพลัน 2) การทำให้อาเจียน “จากคอหาก” พบรับผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการแน่นอีดอัดในช่องท้องและอาการแสบร้อนบริเวณท้องอกรและลำคอเพื่อระบายสิ่งที่อยู่ภายในท้อง เช่น อาหาร ลมอุดก막 3) การดื่มน้ำและกินน้ำส้มสายชูเพื่อให้เกิดความรู้สึกเย็น 4) การลดกิจกรรมได้แก่ การนั่งพักและทำงานลดลงใช้ในการจัดการอาหารเหนื่อยเมื่อยล้า 5) การแสวงหาการรักษาเมื่อจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น “หาหมออนามัย” 6) การนอนลงในแนวราบ “กະนอนลง นอนเกียกหญ้าเลย” หรือ “หมูปลีเลือ” พบรับผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ อาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบากหรือใจขาดและอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน 7) การใช้แรงกดที่ท้องและหน้าอก “จักกดท้อง” และ “นั่งกดเด่า” ใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกและอาการแน่นอีดอัดในช่องท้อง 8) ลูกขี้นั่งหรือเปลี่ยนอิริยาบถ “คาดลาด (รีบ) ลูกขี้นเลย” ใช้ในการจัดการกับอาการนอนราบไม่ได้ 9) การขอความช่วยเหลือ “ไปหาเพื่อนให้เด้าช่วย...เรียกให้เพื่อนอยู่น่าข้าง ๆ ช่วย” ใช้ในการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น 10) การหายใจเข้าออกลึก ๆ “พองแน่นมาเรกับอกให้หายใจลึก ๆ” ใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มหรือใจขาดและแน่นอีดอัดในช่องท้อง 11) การจับน้ำอุ่น “ก็จับน้ำอุ่นตอนนั้น” ใช้ในการจัดการอาการหายใจลำบากหรือใจขาด



12) การดีมีน้ำย่ามงาน “กินน้ำย่ามงาน” ใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกรและหายใจลำบากหรือใจจะขาด 13) การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายใช้ในการจัดการอาการสับสนหรือคลุ่มคลั่ง ญาติจึงต้องคอยดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากการดังกล่าว “แก๊กเด็น เทเมือนคลุ่มคลั่ง จะได้จากการผิดปกติทั้งบีบหัวจับแก้ว กลัวแก๊กตกรถ”

**2.1.2 การจัดการอาการโดยการใช้ยาผู้สูงอายุมีการใช้ยา 2 ประเภท คือ 1) การใช้ยาพื้นบ้านเนื่องจากเป็นยาที่ใช้เป็นประจำและได้รับการบอกต่อจากบรรพบุรุษ ยาที่ใช้ได้แก่ 1.1) ยามะหาทิงใช้ทาห้อง กุழมากลันและฟ้าทะลายโจรใช้รับประทานเพื่อจัดการอาการแน่นอ้อดัดในช่องห้อง 1.2) ยาหม่องร่วมกับการบีบวนดใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกรที่มีการร้าวไปที่ต่ำแห่งอ่อน 1.3) ยาดมหรือพิมเสนใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยเมื่อยล้า 2) การใช้ยาสามัญประจำบ้านร่วมกับยารักษาโรคประจำตัว ได้แก่ 2.1) ยาแก้ท้องอีด ยาหมอมห้าเดี้ยใช้จัดการอาการแน่นอ้อดัดในช่องห้อง 2.2) ยารักษาโรคกระเพาะ เช่น ยาธาตุน้ำขาวยาแอนตาซิลใช้จัดการอาการแสบร้อนบริเวณท้องอกและลำคอ 2.3) ยาพาราเซตามอล ยารักษาโรคความดันโลหิตและยาอมให้ลึ้นในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกร “ฟ้าใบเพาเยามาให้อม” และ “ให้กินยาความดัน”**

**2.1.3 การจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา** เป็นการจัดการหลังการจัดการอาการด้วยตนเองแล้วไม่ได้ผล แต่กลับมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น “ป้าเคลย์ต้องไปหาหมอ” โดยการเข้ารับการรักษา มี 3 แหล่ง ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิกใกล้บ้านและโรงพยาบาล “เป็นแล้วก็ฟ้าใบเพาเยามาโรงพยาบาล” หรือ “น้องชื่มอร์เตอร์ไช่ดำเน กำเลยบกอนน้อง...ไปอีนรถจุกเฉินมาเร็ว” ซึ่งอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษา คืออาการที่ผู้สูงอายุและญาติรู้สึกความรุนแรงว่า “เป็นตาตาย” ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกร หนึ่งเด็ก หายใจลำบากหรือใจจะขาด ชีดเหลือง เมื่อยหรืออู้สึกล้า มีน้ำเส้นอ้อดัดในช่องห้อง แสบร้อนบริเวณท้องอกและลำคอและวิงเวียนศีรษะ โดยอาการที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหนึ่งรายเข้ารับการรักษาจะมีหลาย ๆ อาการร่วมกัน

**2.2 การจัดการอาการในระยะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล** โดยการจัดการอาการแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

**2.2.1 การลือสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่กับบุคคลากร** ผู้สูงอายุบางรายที่ยังคงมีอาการอยู่หรือมีอาการผิดปกติอื่นเกิดขึ้น จะเรียกญาติเพื่อบอกเล่า

อาการแล้วญาติจะแจ้งอาการแก่พยาบาล หรือแพทย์เจ้าของไข้โดยคาดหวังว่าข้อมูลที่ให้จะช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว

**2.2.2 การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา** เมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา “เพื่อบอกให้ตั้งกะบติง” และ “บลีนความหมอย” ทั้งในเรื่องของการรับประทานยา การรับยาฉีด การรับออกซิเจน การติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังจากตรวจสอบหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ

**2.2.3 การขอส่งต่อหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า** ผู้สูงอายุบางรายจะได้รับการส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า เช่น จากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลจังหวัด จากโรงพยาบาลจังหวัดไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลศринครินทร์ ทั้งจากการขอส่งตัวและการถูกส่งตัวเพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการและเครื่องมือขั้นสูงที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

**2.2.4 การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง** ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการหายใจลำบากโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ “หอบมากะหายใจยาว ๆ ลึก ๆ” การจัดการอาการเมื่อยหรืออู้สึกล้าร่วมกับการหายใจลำบากโดยการดมยาหม่องหรือน้ำยาที่มีกลิ่นหอมและการอนพัก “มันหอบมันเมื่อยกะทิ่งท้าทั่งดามยาหม่อง” และ “ยายเมื่อยเพลียยายกนอนทั้งวัน” นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอาการดีขึ้นจะมีการฟื้นฟูสภาพเพื่อเตรียมตัวกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การลุกนั่ง การฝึกเดิน “เมื่อวานนี้ตอนสามลีบโมงแลงนีแหละ เพิ่งเริ่มเดิน” การทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การดีมีน้ำ “กินข้าว กะกินได้ออยู่ จับชุดลง” ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าความเครียดหรือความไม่สบายใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการจึงทำใจให้สบาย ไม่คิดมาก

**2.2.5 การพิงพาญาติ เมื่อผู้สูงอายุจัดการอาการโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดทำให้ญาติต้องเข้ามาดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ญาติจึงเข้ามาสนับสนุนการดูแล ได้แก่ การช่วยหยิบจับของอาหารบนน้ำชาด้วย การทำอาหาร การบริการอุปกรณ์ชั่วคราวและอุจจาระ การดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การบีบวนด การดูแลด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การป้องกันการกระแทกกระเทือนทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ ในระยะที่มีการฟื้นฟูสภาพญาติจะเข้ามาดูแลเกี่ยวกับการพยาเดินและประคองเข้าห้องน้ำ ช่วย**



เหลือเกี่ยวกับการอ่านน้ำและเช็ดตัว หาอาหารที่ผู้สูงอายุต้องการและไม่ขัดต่อการรักษาและสามารถได้อาหาร

### 3. เนื่องจากการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

#### 3.1 เนื่องจากการจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษา

3.1.1 เนื่องตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ มีดังนี้คือ 1) การรับรู้อาการของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้ว่ามีอาการอย่างไรก็จัดการตามนั้น เช่น มีอาการเจ็บหน้าที่ปอดจะท่านยาแก้ปวด และลักษณะตื่นน้ำ ออมแอ๊ก ออมลูกอม “มันย้อนคอจะเลยกินน้ำ อมอโลลให้มันเย็นชั่นคอด” 2) ตามการรับรู้สาเหตุกล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นจากสาเหตุใด ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการตามนั้น เช่น เมื่อคิดว่าอาการดังกล่าวเกิดจากโรคกระเพาะอาหารก็จะรับประทานยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ได้แก่ ยาธาตุน้ำขาว ยาแอนต้าซิล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคหัวใจเป็นโรคประจำตัว เมื่อมีอาการเกิดขึ้นจะรับรู้ว่าเกิดจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ จึงใช้วิธีการจัดการโดยการรับประทานยา “กะว่าเป็นหัวใจอันเก่าเลยอมยา” หรือ “ว่าเบาหวานขึ้นเลยให้กินยาเบาหวาน” 3) ตามการรับรู้ความรุนแรงของอาการกล่าวคือ ผู้สูงอายุและญาติที่รับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง เป็นแล้วหาย เป็นโรคกระเพาะอาหารและเป็นอาการของคนแก่ ทำให้คิดว่าเป็นอาการหรือเป็นโรคที่ไม่รุนแรง “เป็นธรรมดा” ผู้สูงอายุจะจัดการโดยการดูแลตนเองและยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกว่าอาการนั้นจะรุนแรงขึ้นหรือจัดการแล้วไม่ดีขึ้น

3.1.2 เนื่องจากด้านลิงแวดล้อม ได้แก่ 1) การจัดการอาการตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน “รู้มาจากชาวบ้าน” รวมทั้งได้รับการบอกกล่าวหรือคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้เข้ารับการรักษา “เพื่นว่าเป็นหนัก เพื่นบอกมากะเลยมา” 2) การจัดการอาการตามคำแนะนำของบุคลากร “พยาบาลเพื่นว่าให้เขายามา omn ถ้าเจ็บหน้าอก ออมแล้วไม่ดีขึ้นก็ให้รีบมานะ” 3) การจัดการอาการตามความเคยชินหรือการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และประสบการณ์เดิมที่เคยใช้แล้วได้ผล “กีเราชินกีเลยทำแบบนี้” หรือ “เคยເຫັດແລ້ວມັນກະໄດ” ซึ่งวิธีการจัดการอาการ ได้แก่ การดื่มน้ำยานาง จิบหน้าอุ่น โน้มตัวไปข้างหน้าท่อปากแล้วหายใจทางปากนั่งพักเฉยๆ และให้ดมยาดมหรือยาที่มีกลิ่นหอม เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้สดชื่นและหายใจโล่งขึ้น

3.1.3 เนื่องจากด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความทุกข์ทรมานจากการอยู่หรือเมื่อจัดการอาการด้วยตนเองแล้วไม่ดีขึ้น ผลการดูแลตนเองไม่เป็นที่น่าพอใจผู้สูงอายุจะใช้วิธีการแสวงหาการดูแลจากแหล่งอื่น เช่น จากบุคลากร หน่วยงานด้านสุขภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิกในชุมชนและโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3.2 เนื่องจากการจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา เนื่องจากด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สาเหตุ ความอดทนของผู้สูงอายุ ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติ เนื่องจากด้านลิงแวดล้อม ได้แก่ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุและญาติที่เคยพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ระยะทาง สภาพอากาศ ช่วงเวลาและการขาด yan พาหนะ ปัญหาการจัดการภายในครอบครัว เนื่องจากด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่ออาการและการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ โดยเนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สาเหตุ ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติ ประสบการณ์ การพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การมีญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวทำงานในโรงพยาบาล ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ส่วนเงื่อนไขที่ไม่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที ได้แก่ การมีโรคประจำตัว อาการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรอดูอาการ ปัญหาการจัดการภายในครอบครัว ปัจจัยทางกายภาพ ความอดทนของผู้สูงอายุ

3.3 เนื่องจากการจัดการอาการขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

3.3.1 ในผู้สูงอายุที่มีอาการไม่ดีขึ้น พบว่า มีเนื่องจากใน การจัดการอาการดังนี้ เนื่องตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อ บุคลากรและแผนการรักษาและการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ เนื่องจากด้านลิงแวดล้อม ได้แก่ การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดทางด้านการรักษา การได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากบุคลากรและความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ เนื่องจากด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย



3.3.2 ในผู้สูงอายุที่มีอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท มีเงื่อนไขในการจัดการอาการซึ่งประกอบไปด้วย เนื่องไข้ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคลากรและแผนการรักษาและการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ เนื่องไข้ด้านลิงแวดล้อม ได้แก่ การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดทางด้านการรักษา เนื่องไข้ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

3.3.3 ในผู้สูงอายุที่มีอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย มีเงื่อนไขในการจัดการอาการซึ่งประกอบด้วย เนื่องไข้ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ เนื่องไข้ด้านลิงแวดล้อม ได้แก่ การอยู่รักษาในโรงพยาบาล การได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากบุคลากรและความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุและญาติ เนื่องไข้ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการแล้วไม่ดีขึ้น

## การอภิปรายผล

1. ประสบการณ์อาการ จากการศึกษา พบร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการที่หลักหลาຍเกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ กลุ่มอาการเป็นๆหายๆ กลุ่มอาการเป็นตาต่าย กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย โดยพบว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน บางอาการเกิดขึ้นพร้อมกันและบางอาการอาจส่งเสริมให้อาการอื่นทวีความรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดกลุ่มอาการ (Concept of symptom cluster) ของดودด์ และคณะ ที่พบร่วมกับกลุ่มอาการเป็นอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่สองอาการขึ้นไป โดยแต่ละอาการที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอาการอื่นและส่งผลถึงกันและกัน หรือเกิดขึ้นอย่างอิสระโดยไม่เกี่ยวข้องกับอาการอื่นก็ได้ ซึ่งการเกิดอาการเป็นกลุ่มมักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมานและรับรู้ความรุนแรงได้มากกว่าการเกิดอาการเดียวๆ<sup>10,12</sup>

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้พบร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอักแต่มีหลักหลาຍอาการ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอักหายใจลำบาก เหงื่อแตก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน เมื่อยอ่อนเพลีย สับสน แน่นอืดอัดในช่องท้อง แสบร้อนบริเวณทรวงอกและคอ ชิดเหลืองชาและอาการนอนราบไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Meischke และคณะ ที่พบร่วมกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีหลักหลาຍ แบ่งได้เป็นอาการที่พบบ่อย ดื้อ อาการเจ็บแน่นหน้าอักและอาการที่พบน้อย เช่น อาการหายใจตื้นสั้น เหงื่อแตก คลื่นไส้ปอด แสงหน้าอัก<sup>13</sup> จากการบททวนวรรณกรรมพบว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการที่แปลง (Atypical presentation) ที่มักพบในผู้สูงอายุ โดยเชื่อว่าเป็นผลมาจากการกระบวนการชราภาพร่วมกับโรคร่วมอื่นๆ<sup>9,14</sup>

เมื่อมีอาการที่หลักหลาຍและไม่จำเพาะกับอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้สูงอายุจะไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และบางอาการผู้สูงอายุและญาติกลับคิดว่าเป็นอาการปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ เอี่ยมล่อ อ ที่พบร่วมกับผู้สูงอายุมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็น “ธรรมชาตของคนแก่” ถึงร้อยละ 24.7 ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอักเท่านั้น ที่เป็นอาการหลักของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน<sup>15</sup> สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอักเป็นอาการหลักของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในขณะที่อาการเจ็บหน้าอักกลับพบได้น้อยลงในกลุ่มผู้สูงอายุ การรับรู้อาการที่ไม่สัมพันธ์กับอาการจริงทำให้มีผลต่อการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสมและเข้ารับการรักษาล่าช้า

2. การจัดการอาการ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการจัดการอาการ 2 ระยะ ระยะแรกผู้สูงอายุจะจัดการด้วยการดูแลตนเองโดยการใช้ยา การดูแลตนเอง การลดกิจกรรมก่อน แต่เมื่อไม่ดีขึ้นผู้สูงอายุจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือรีบแสวงหาการรักษาโดยการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทันที สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัชร่อง นาทองคำ<sup>16</sup> และชวนพิศ ทำนอง<sup>17</sup> ที่พบร่วมกับผู้สูงอายุที่มีส่วนผสมของแอลไฟริน ยาพาราเซตามอล รวมทั้งการนอนพัก รับประทานยาออม ยาหอม ให้ลูกหลานช่วยนวด พัดลมหรือทุบที่หลังเพื่อให้ทุเลาอาการลง ซึ่งวิธีการดังๆดังกล่าวแก้ไขอาการได้เพียงชั่วคราว แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>16,17</sup> ในระยะที่สอง เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีการจัดการโดยการสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากรให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การขอส่งต่อหรือสูญ



ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองและการพึ่งพาญาติ<sup>16,17,18</sup>

3. เนื่องจากการจัดการอาการ จากการศึกษาพบเงื่อนไขในการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ ความเคยชินการบอกเล่าของเพื่อนบ้าน ตกใจ ประสบการณ์ การจัดการอาการแล้วได้ผล รับรู้สาเหตุและการได้รับคำแนะนำจากบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผู้ป่วยจะพยายามจัดการอาการด้วยตนเองก่อนโดยอาศัยประสบการณ์การจัดการอาการที่ผ่านมา การจัดการตามอาการและสาเหตุซึ่งส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากโรคกระเพาะอาหาร จึงจัดการด้วยการรับประทานยา รักษาโรคกระเพาะอาหาร การได้รับข้อมูลหรือการบอกเล่าจากเพื่อนบ้านหรือบุคลากรใกล้ชิด และการจัดการให้รอดชีวิตด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งที่สัมพันธ์กับอาการและไม่สัมพันธ์กับอาการ<sup>16,17,18</sup> แต่เมื่อจัดการแล้วไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจะรีบไปโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ทั่วไปและไปที่หน่วยบริการฉุกเฉิน<sup>8</sup> โดยเนื่องจากการตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้แก่ 1) ความรุนแรงของอาการ 2) การรับรู้สาเหตุของอาการ 3) ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4) ประสบการณ์พบรหินผู้ป่วย AMI 5) ปัจจัยทางกายภาพ 6) การเฝ้ารอดูอาการ 7) ความยุ่งยากและการหนาทิ่มบ้าน 8) ความอดทนของผู้สูงอายุ<sup>8,13,14,16,17,18,19</sup>

ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากในวัฒนธรรมท้องถิ่นของคนภาคอีสานและคนในภาคเหนือมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาเชิงชีวการแพทย์ โดยผู้ป่วยจะยอมรับและให้ความสำคัญกับแพทย์หรือบุคลากรผู้ให้การรักษา เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้และมีการศึกษาที่สูงกว่าตน<sup>16,17</sup> ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สังหันได้จากคำพูดที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า “อหังกะอยู่น้ำหม้อ หม้อร้อนอยู่เรียนมาหม้อลิ้นเข็ง เอาไม่รู้ไม่ได้เรียนกะต้องเชือหม้อ” แต่เมื่อการไม่ดีขึ้นหรือเป็นโรคที่ร้ายแรง ผู้สูงอายุและญาติบางรายจะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าอันเนื่องมาจากการดูแลรักษาภาระกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรผู้ชำนาญการและเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา<sup>20,21</sup> นอกจากนี้ข้อจำกัดทางด้านร่างกายและข้อจำกัดทางด้านการรักษา ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายเล็กน้อย เช่น เหนื่อยในการทำกิจกรรม หรือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านการรักษา เช่น การติดอุปกรณ์ติดตามคลื่น

ไฟฟ้าหัวใจ หรือการนอนราวน 6 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ไม่สะดวก ดังนั้นญาติจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในระยะนี้

### ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุแก่ประชาชนทั่วไป
2. จัดแหล่งข้อมูลให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าถึงได้ง่ายเพื่อสอนถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการและการดูแล เมื่อมีอาการ ซึ่งจะมีผลต่อการดูแล การตัดสินใจเข้ารับการรักษาและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. การจัดการศึกษาพยาบาลที่สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับอาการที่แปลง (Atypical presentation) ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากรู้สึกว่าในนักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล
4. ควรมีการศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประชาชนทั่วไป
5. ศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในประเด็นของโรครุ่มที่มีผลทำให้อาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ถ่ายทอดประสบการณ์การจัดการอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผ่านมุมมองความคิดและประสบการณ์ที่ล้ำสมัย ตลอดช่วงชีวิตจนทำให้ปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา กระจงชัดขึ้น และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Fullwood J, Butler G, Smith T, Cox M, Bride W, Mostaghimi Z, et al. New strategies in the management of acute coronary syndromes. The Nursing Clinics of North America 2002; 35(4): 877-895.
2. Mclean S, Timmins F. An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. Nursing in Critical Care 2007; 12(3): 141-150.



3. รวมพร นาคะพงศ์, ศิริกัลยานี มีฤทธิ์. สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดปี 2549. [ออนไลน์] 2549 [อ้างเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2551]. จาก [http://www.thaiheartclinic.com/forum8.5/forum\\_posts.asp?TID=85&PN=1&get=..](http://www.thaiheartclinic.com/forum8.5/forum_posts.asp?TID=85&PN=1&get=..)
4. World Health Organization [WHO]. World health statistics 2007. [online] 2007 [cite 2009 May 13]. Available from: [http://www.who.int/whosis/whostat\\_2007\\_10highlights.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat_2007_10highlights.pdf).
5. ขวัญเนตร เกษชุมพล, ชวนพิศ ทำนอง, นพพล บัวสี. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโรงพยาบาลศรีสะเกษา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 30-39.
6. เอก ปัญญาสังข์, สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Disease in Elderly). วารสารพฤตาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543; 1(2): 53-64.
7. Chyun D, Vaccarino V, Murillo J, Young LH, Krumholz HM. Acute myocardial infarction in the elderly with diabetes. Heart and Lung 2002; 31(5): 327-337.
8. Johansson I, Stromberg A, Swahn E. Factors relate to delay time in patients with suspected acute myocardial infarction. Heart & Lung 2004; 33(5): 291-299.
9. Woon VC, Lim KH. Acute Myocardial Infarction in the Elderly: The Difference Compared with the Young. Singapore Medical Journal 2003; 44(8): 414-418.
10. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the sciences of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5): 668-676.
11. Larson PJ, Kohlman VC, Dodd MJ, Douglas M, Faucett J, Froelicher ES, et al. A Model for Symptom Management. Image: Journal of Nursing Scholarships 1994; 26(4): 272-276.
12. Barsevick AM. The concept of symptom cluster. Seminars in Oncology Nursing 2007; 23(2): 89-98.
13. Meischke H, Yasui Y, Kuniyuki A, Bowen DJ, Andersen R, Urban N. How women label and respond to symptoms of acute myocardial infarction: Respons to hypothetical symptom scenarios. Heart & Lung 1999; 28(4): 261-268.
14. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
15. เพชรัตน์ เอี่ยมละอ. การศึกษาระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
16. วิรัจรอง นาทองคำ. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
17. ชวนพิศ ทำนอง. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเต้น (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
18. ปฏิพ บุญยพัฒน์กุล. การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
19. Banks AD, Malone RE. Accustomed to enduring: Experiences of African-American women seeking care for cardiac symptoms. Heart and Lung 2005; 34(1): 13-20.
20. ศรันย์ ควรประเสริฐ. แนวทางในการรักษา Acute Coronary Syndromes. ใน อภิชาต สุคนธสรพ์, ศรันย์ ควรประเสริฐ. (บรรณาธิการ). New Guideline in Coronary Artery Disease. (หน้า 417-464). เชียงใหม่: ไอเอ็มອอแกนไนเซอร์; 2546.
21. Braunwald E. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and Non-ST-Segment elevation myocardial infarction. A report of the American college of cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on management of patients with unstable angina). [online] 2007 [cite 2007 December 23]. Available from: <http://www.acc.org/clinical/guidelines>.



## คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ\*

ณัฐปภัสส์ พัฒโนพิธิ สม.\*\* กิ่งแก้ว เกษโกวิท ส.ม.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐและปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 126 คน ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553-31 มกราคม 2553 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ด้านค่านิยม และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าได้ 0.87, 0.80 และ 0.93 ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.80 (95% CI: 3.72-3.87) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ได้แก่ การรับรู้ต่อระบบบริหาร และค่านิยมทางวิชาชีพ ปัญหาอุปสรรคในการเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ ค่าตอบแทนด้านสวัสดิการคุ้มครองต่อการเลี้ยงภัยในการทำงานน้อย และหน่วยงานมีสถานที่สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสัดส่วนเหมาะสมกับการพักผ่อนเป็นส่วนตัวน้อย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารควรพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนให้เหมาะสม จ่ายเงินเรื่อให้ตรงเวลา และควรเพิ่มค่าตอบแทนความเลี้ยงสำหรับผู้ที่สัมผัสถกับเชื้อโรคให้เหมาะสม

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตการทำงาน การรับรู้ ค่านิยม

## Quality of Work Life of Professional Nurses, Government University Hospital\*

Nattapapat Pattanpo M.P.H.\*\* Kingkaew Ketkowit M.S.W.\*\*\*

### Abstract

This descriptive research aimed to study the level of quality of work life, factors affecting the quality of work life and problems as well as suggestions in improving the quality of working life of professional nurses in the government university hospital. The study sampling group included 126 nurses working for at least one year. The data were collected between January 1, 2010 and January 31, 2010 by the questionnaires with the reliability coefficient in perception (0.87), value (0.80) and quality of work life (0.93) respectively.

The results showed that level of quality of work life of professional nurses in the government university hospital was at high level ( $\bar{x} = 3.80$ , 95 %confidence interval: 3.72-3.87). Factors affecting the quality of work life were perception of management system and professional value. The problems of developing the quality of work life were compensation to cover the risk of welfare at work and places to share the rest with appropriate privacy.

This study suggested that administrators should consider the appropriate compensation; wage paid on time and should increase compensation for risks people exposed to the appropriate disease.

**Keywords:** quality of work life, perception, value

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาวิชาผลกระทบสุขภาพรวมทันติ สาขาวิชาระบบทันติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาสาขาวิชาผลกระทบสุขภาพรวมทันติ สาขาวิชาระบบทันติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2553



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

สถานการณ์ของโลกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลให้รูปแบบของการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย คือ ทิศทางการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) โดยกำหนดขึ้นบนพื้นฐานการเสริมสร้างทุนของประเทศทั้งทุนทางสังคม ทุนเศรษฐกิจ และทุนทรัพยากรธรรมชาติและลิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ยุทธศาสตร์ การพัฒนาคนและสังคมไทยจึงให้ความสำคัญลำดับสูง กับการพัฒนาคุณภาพคน โดยพัฒนาในทุกมิติอย่างสมดุลทั้งจิตใจ ร่างกาย ความรู้และทักษะความสามารถ เพราะคนเป็นหน่วยแห่งสังคมและเป็นตัวสร้างเศรษฐกิจ ที่สำคัญที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ประเทศเจริญก้าวหน้า<sup>1</sup>

ในองค์กรบริการสุขภาพ บุคลากรพยาบาลเป็นสมาชิกขององค์กรที่เป็นกลุ่มที่มีพลังขนาดใหญ่ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินการต่าง ๆ ขององค์กร ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย คือ ประมาณร้อยละ 70 ของบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหมด<sup>2</sup> ปัจจุบันด้านการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพมีผลให้พยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ต้องทำงานหนักมากขึ้น ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การบริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในโรงพยาบาล ด้อยคุณภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำเป็นต้องเน้นเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพอนามัย เมื่อพยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี จะทำให้มีความสุขในการทำงาน ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ สามารถคาดหวังความก้าวหน้า จากการที่ปฏิบัติ มองเห็นเป้าหมายในการเลือกหนทาง สู่คุณภาพ และคงอยู่ในงานต่อไป ในทางตรงกันข้ามหากผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพชีวิตการทำงานต่ำ ย่อมก่อให้เกิดปัจจุบันตามอย่างมากมาย เช่น ความไม่พอใจในตัวงาน เครียด ตลอดจนขาดงาน และลาออกจากงานในที่สุด

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นองค์กรหนึ่งที่มีการปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของสถาบัน อุดมศึกษาให้มีความเป็นอิสระ คล่องตัว มีประสิทธิภาพ เป็นเลิศทางวิชาการและโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ ตามนโยบายประกันคุณภาพสถานบริการ จำเป็นต้องควบคุมคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานและต้อง

มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร ทั้งนี้ได้มีการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ในด้านการบริการการพยาบาล ซึ่งเป็นงานที่สำคัญยิ่งด้านหนึ่งในการรักษาพยาบาล เนื่องด้วยมีอัตราการโอนย้าย ลาออกของพยาบาลจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจำนวน 656,009 และ 674,740 ครั้งตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในจำนวน 36,619 และ 40,023 ครั้งตามลำดับ<sup>3</sup> ทำให้งานบริการพยาบาลประสบกับปัญหาขาดแคลนพยาบาลมากขึ้น แต่ได้พยายามจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ กับการให้บริการพยาบาล โดยจัดให้พยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาทำงานปกติ ภายใต้อัตรากำลังที่มีอยู่อย่างจำกัด เป็นผลทำให้พยาบาลต้องรับภาระงานมากขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลได้

ในการพัฒนาสิ่งใดนั้น ต้องทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสิ่งนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานนั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมบุคคล มาจากสถานภาพส่วนบุคคลและองค์ประกอบบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ การรับรู้ ค่านิยม ที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลซึ่งมีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานของพยาบาล วิชาชีพ<sup>4</sup> และจากสภาพการทำงานที่เป็นปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ของรัฐ ซึ่งจากการบททวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเห็นว่าครอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของวอลตัน<sup>5</sup> เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐเพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดขึ้นและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลขององค์การต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2553 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ตำแหน่ง อายุ รายได้ ปัจจัยด้านค่านิยม ประกอบด้วย ค่านิยมทางวิชาชีพ ค่านิยมทางการบริการ ค่านิยมทางราชการ ปัจจัยด้านการรับรู้ได้แก่ การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเอง การรับรู้ต่อระบบบริหาร และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานใน 12 แผนกการพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ได้แก่ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก การพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ การพยาบาลศัลยกรรมและอโรมีบิดิกส์ การพยาบาลอายุรกรรม การพยาบาลห้องผ่าตัด การพยาบาลบำบัดพิเศษ การพยาบาลกุมารเวชกรรม การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การพยาบาลจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์ การพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม และเวชปฏิบัติครอบครัว

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรประมาณค่าเฉลี่ย<sup>๖</sup> พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสังกัดกลุ่มงานบริการพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 126 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้นี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และปลายเปิดให้เติมข้อความ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเอง การรับรู้ต่อระบบบริหาร ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับค่านิยม ประกอบด้วย ค่านิยมทางวิชาชีพ ค่านิยมทางการบริการ ค่านิยมทางราชการ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ค่าคะแนน

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง คือ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หากค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ ด้านการรับรู้ ด้านค่านิยม และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าได้ 0.87, 0.80 และ 0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำหรับ SPSS/FW กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Stepwise เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมด

## ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 34.3 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 50 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 60.3 ระดับการศึกษาล้วน ในกลุ่มปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 96.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการร้อยละ 89.7 รายได้ 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 55.6 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 2-10 ปี ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 2 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด 28 ปี

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ มีการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเอง และการรับรู้ต่อระบบบริหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.17$ , SD = 0.40)

3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ มีค่านิยมทั้ง 3 ด้านโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.86$ , SD = 0.32) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่านิยมทางวิชาชีพ และค่านิยมทางการบริการอยู่ในระดับสูง ส่วนค่านิยมทางราชการพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

4. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เมื่อพิจารณา



ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พนบฯ ในภาพรวมมีระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน อญในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.80 (95 % CI: 3.72-3.87) เมื่อพิจารณารายด้าน พนบฯ คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีค่าเฉลี่ยสูงมี 6 ด้าน คือ การคำนึงถึงความต้องการของสังคม การบูรณาการทางสังคม หรือการทำงานร่วมกัน โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ประชาธิปไตยในองค์การ ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงานสอดคล้องกับการศึกษาของธงทิพย์ วัฒนชัย<sup>2</sup> ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล อญในระดับสูง เพราะบุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็น นอกจากนั้นพยาบาลยังเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในการบริการที่สูงและส่วนใหญ่ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ซึ่งถือเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ และการมีส่วนร่วม การยอมรับ การได้รับความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงานเป็นจำนวนมากที่ป้องกันและลดความเห็นอย่างล้าของพยาบาลได้<sup>3</sup> สำหรับคุณภาพชีวิตการทำงานอญในระดับปานกลางมี 2 ด้าน คือสภาพการทำงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ และค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม

5. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คือด้านการรับรู้ต่อระบบบริหาร ( $Beta = 0.580$ ) ด้านค่านิยมทางวิชาชีพ ( $Beta = 0.175$ ) ตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ได้ร้อยละ 58.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ =  $0.677 + (0.580)$  (ด้านการรับรู้ต่อระบบบริหาร) +  $(0.175)$  (ด้านค่านิยมทางวิชาชีพ)

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ ภาระงานมากขึ้น แต่ค่าตอบแทนให้แก่พยาบาลวิชาชีพน้อย ค่าตอบแทนเรื่องเวรพิเศษอ กช ไม่ตรงเวลา และค่าตอบแทนเรื่องความเสี่ยงในการทำงานน้อย ห้องพักผ่อนและห้องอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ขนาดเล็กมาก และส่วนตัว ขาดล้อมแอกอัด มีอุปกรณ์ส่ายไฟเยอะ อาการไม่ถ่ายเท สอดคล้องกับการศึกษาของกนกกร ศรีท่าสี และวรรณชนก

จันทชุม<sup>4</sup> ที่พบว่าพยาบาลมีความเห็นอยู่หน่วยไม่อยากทำงานเนื่องจากปริมาณงานที่มาก ค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อย

### ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารควรมีการกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความดีความชอบที่ชัดเจนให้ความสำคัญกับการพิจารณาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และมีความยุติธรรม ส่งเสริมให้บุคลากร พยาบาลวิชาชีพทำวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล และแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ใช้บริการ ให้ความสำคัญในเรื่องค่าตอบแทน/สวัสดิการ ซึ่งเป็นกำลังใจที่ดีต่อบุคลากร และมีนโยบายการจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้เหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมศรัทธาแห่งชาติ; 2550.
2. ธงทิพย์ วัฒนชัย. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลพิจิตร (การค้นคว้าแบบอิสระ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
3. หน่วยเวชสหพัฒน์ งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยเข้ารับบริการ โรงพยาบาลศรีครินทร์ คณภาพแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
4. เทพนน เมืองแม่น, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2529.
5. Walton ER. Quality of Working Life: What is it?. Sloan Management Review 1973; 15: 11-21.
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.
7. สุพัฒนา ศักดิ์มธฐานนท์, พูลสุข ศิริพูล. บรรยายองค์กรกับความเห็นอยู่หน่วยของพยาบาลแผนกภาระเบาะรรม โรงพยาบาลราชนครรราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 57-68.
8. นกกร ศรีท่าสี, วรรณชนก จันทชุม. ปัจจัยด้านองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความเห็นอยู่หน่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 66-73.



**ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่ม  
รายวิชา ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร และผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ของผู้สำเร็จ  
การศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ**

อรพินท์ สีขาว วท.ม.(สรีวิทยา)\*  
บุญพา วิริยรัตนกุล วท.ม.(สาครณสุขศาสตร์)\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา และผลลัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร (GPA) กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ของผู้สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ใน ปีพ.ศ. 2550 จำนวน 77 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .95 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร และผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ทดสอบโคสแควร์ และวิเคราะห์ทดสอบโดยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ทั้ง 8 รายวิชา 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา มีเพียง 1 รายวิชา คือ การพดุงครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ วิชาการพดุงครรภ์ ที่ระดับ 0.01 3) ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ เพียง 2 รายวิชา คือวิชาการพดุงครรภ์และการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่ระดับ 0.01, 0.05 ตามลำดับ 4) ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของประเทศไทย

**คำสำคัญ :** ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียน การสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่mvิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
\*\*อาจารย์กุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



## **Relationships among Self-Directed Learning Readiness, Mean Score of Subjects, Grade Point Average, and the National License Examination for Registered Nurses and Midwifery Outcomes of the Graduates of Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University**

*Orapin Sikaow M.Sc. (Physiology)\*  
Buppar Viriyaratanakul M.Sc. (Public Health)\*\**

### **Abstract**

This descriptive research were to examine the relationships among self-directed learning readiness, mean scores of 8 subjects and grade point average (GPA) and the National License Examination for registered nurses and midwifery outcomes and to analyzed predictive factors of passing the National License Examination. The subjects consisted of 77 graduates of Faculty of Nursing, Hauchiew Chalermprakiet University successed in 2007. Research instruments were self-directed learning readiness questionnaires which reliability was 0.952 and data collection form for personal data, mean scores of the 8 subjects, GPA and the outcomes of the National License Examination. Data were analyzed by using Descriptive statistics, Chi- square and Logistic regression analysis.

The results showed that: The self-directed learning readiness was not related to the outcomes of the National License Examination of all 8 subjects. The mean scores of the only one subject, the Midwifery was significantly related to the outcome of the National License Examination in that subject ( $p < 0.01$ ). The GPA was found to be related to the National License Examination outcomes in 2 subjects: the Midwifery and the Children and Adolescences Nursing at 0.01, 0.05 respectively. The GPA was the only prediction factor of the overall outcomes of the Thai National License Examination of the graduates.

**Keywords :** self-directed learning readiness, GPA, National License Examination

### **ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัยฯ**

จากการกำหนดพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 สภาการพยาบาลได้เริ่มบังคับให้ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากสถาบันต่างๆ ที่สภากาражยาบาลรับรอง ต้องผ่านการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ โดยมีเกณฑ์การประเมินผลการสอบผ่านคือได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ทุกรายวิชา นอกจากนี้สภากาражยาบาลยังได้กำหนด ให้การสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของบัณฑิตเป็นต้นซึ่งชี้วัดคุณภาพของหลักสูตรสถาบันการศึกษาและคุณภาพของบัณฑิต<sup>1</sup> และสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา(สมศ.) ยังได้ใช้ผลการ

สอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของบัณฑิต โดยกำหนดเป้าหมายที่ร้อยละมากกว่าหรือเท่ากับ 70 เป็นต้นซึ่งชี้วัดคุณภาพของบัณฑิตและคุณภาพของสถาบันการศึกษานั้น

การเข้าถึงคุณภาพไม่ใช่แต่เพียงร้อยละของการสอบผ่านความรู้เท่านั้นแต่เป็นกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพการสอน และคุณภาพของนักศึกษา ในด้านคุณภาพนักศึกษา ประกอบด้วย ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Grade point average, GPA) และผลลัพธ์ทางการเรียน ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง คือการมีเจตคติ ความสามารถและมีคุณลักษณะ ส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง<sup>2</sup> เมื่อผู้เรียนมีความพร้อม ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้และรับรู้ได้



เต็มที่ และประสบผลสำเร็จสูงสุด<sup>3</sup> ส่วนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นตัวประเมินให้เห็นถึงความสำเร็จจากการผลทางการศึกษา ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียน สามารถเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์<sup>4,5</sup> อย่างไรก็ตามผลลัมฤทธิ์ในการเรียนเปลี่ยนแปลงไปตามค่าน้ำหนักของพฤติกรรมการเรียน ด้านความรู้ ความสามารถ เจตคติและกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์<sup>6</sup> สอดคล้องกับภาพที่พบว่านักศึกษาบางคนอ่อนในวิชานี้ (ได้ระดับคะแนน D) แต่กลับสามารถทำคะแนนได้ดี (ได้ระดับคะแนน B+) ในอีกวิชานั้น ดังนั้นการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มรายวิชา จะสะท้อนผลของการจัดการเรียน การสอน และความสามารถในการเรียนรู้ หรือความสนใจ ความชอบของนักศึกษาที่มีต่อกลุ่มรายวิชานั้นๆ ได้ดีกว่า และอาจทำนายผลการสอบเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในวิชานั้น ๆ ของผู้สำเร็จการศึกษาได้

การสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ เป็นเกณฑ์ที่มีความสำคัญต่อการประเมินคุณภาพการศึกษา ของนักศึกษา สถาบันการศึกษา และมีความสำคัญใน การประกันคุณภาพต่อผู้รับบริการ วิจิต ศรีสุพรรณ และคณะ<sup>7</sup> พบร่วม โดยเฉลี่ยบัณฑิตพยาบาล 1 คน จะต้องสอบผ่านคนละ 1.8 ครั้ง จึงจะสอบผ่านทั้ง 8 รายวิชา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ย กลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา ผลลัมฤทธิ์ทางการเรียน ตลอดหลักสูตร และผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และเป็นข้อมูลในการหาแนวทางพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการจัดการศึกษาใน คณะกรรมการคตตะวันออกเฉียงเหนือเชิญชวนฯ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญต่อไป คือ จำนวนร้อยละที่เพิ่มขึ้นของการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา และผลลัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้

ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ในแต่ละ รายวิชาของผู้สำเร็จการศึกษา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลการสอบผ่านความรู้ เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้ ประชาราษฎร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สำเร็จการศึกษา จากคณะกรรมการคตตะวันออกเฉียงเหนือเชิญชวนฯ ประจำปี พ.ศ. 2550 จำนวน 77 คน

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ คือ 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับอายุ รายได้ กลุ่มเพื่อน กิจกรรมที่ทำยามว่าง โดยเป็นคำมา ปลายเปิดและแบบเลือกตอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วย ตนเอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากเครื่องสุกัญจน์ บันทาประสิทธิ์ และ วิไลพร ณีพันธ์ ซึ่งพัฒนามาจาก Self-Directed Learning Readiness Scale ที่สร้างโดย Guglielmino<sup>3</sup> แบ่งเป็น 8 ด้าน รวม 58 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ การเปิดโอกาส สู่การเรียนรู้ มโนมติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มี ประสิทธิภาพ การเรียนแบบบริเริ่มและอิสระ ความรับผิดชอบ ต่อการเรียนรู้ของตนเอง ความรักในการเรียน ความคิด สร้างสรรค์ การมองอนาคตในแง่ดี ความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและทักษะการแก้ปัญหา หาก้าความ เที่ยงของแบบสอบถามโดยทดสอบกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน หากาสัมประสิทธิ์และฟ้า ของครอนบัช (Cronbach's coefficient) ได้เท่ากับ .95

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) พิจารณา และกำหนดรายวิชาเพื่อจัดกลุ่มรายวิชาที่ สอดคล้องกับวิชาที่ใช้สอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ทั้ง 8 รายวิชา และนำผลการสอบแต่ละรายวิชาที่จัดกลุ่ม มา คำนวณเพื่อหาค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชานั้น ๆ ทั้ง 8 รายวิชา ดังนี้ 1.1) สุขภาพจิตและการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช 1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ปฏิบัติ การการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1.2) กฎหมาย วิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์และจริยธรรม คิด ค่าคะแนนเฉลี่ยจากการวิชา มนโนมติทางการพยาบาล



และจริยธรรมทางวิชาชีพ สัมมนาประเด็นปัญหาและแนวโน้มทางวิชาชีพการพยาบาล 1.3) การพยาบาลผู้ใหญ่ คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากรายวิชา ปฏิบัติการการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ปฏิบัติการการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 การพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ปฏิบัติการการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 การพยาบาลผู้ใหญ่ 3 การพยาบาลชุกเฉิน หัวข้อเลือกสรรเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ใหญ่ 1.4) การผลดุครรภ์ คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากรายวิชา การพยาบาลแม่และเด็ก 1 การพยาบาลแม่และเด็ก 2 ปฏิบัติการการพยาบาลแม่และเด็ก 1 ปฏิบัติการการพยาบาลแม่และเด็ก 2 1.5) การพยาบาลมารดาและทารก คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากรายวิชา การพยาบาลแม่และเด็ก 1 การพยาบาลแม่และเด็ก 2 ปฏิบัติการการพยาบาลแม่และเด็ก 1 ปฏิบัติการการพยาบาลแม่และเด็ก 2 1.6) การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากรายวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติการการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1.7) การพยาบาลอนามัยและชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากรายวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน 1 การพยาบาลอนามัยชุมชน 2 การรักษาเบื้องต้น ปฏิบัติการรักษาเบื้องต้น 1.8) การพยาบาลผู้สูงอายุ คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากรายวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ 2) รวบรวมข้อมูลผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร ของผู้สำเร็จการศึกษา 3) รวบรวมผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผลดุครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษา

**การดำเนินการวิจัย** ได้แก่ 1) ทำหนังสือชี้แจงโครงการวิจัยให้คณบดีทราบ 2) จัดเตรียมแบบสอบถามสภาพความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) กำหนดวันและนัดหมายวัน เวลา กับผู้สำเร็จการศึกษาในการดำเนินการตอบแบบสอบถาม 4) การพิทักษ์thesisด้านจริยธรรมผู้สำเร็จการศึกษาทุกคนที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะได้รับการชี้แจงจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับตุณประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยพร้อมทั้งถudemความสมัครใจของผู้สำเร็จการศึกษาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้สำเร็จการศึกษาตอบทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สำเร็จการศึกษา ในวันสุดท้ายของการสอบปลายภาค การปฏิเสธหรืออยู่ติดการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้สำเร็จการศึกษา และข้อมูลที่ได้

จะเก็บเป็นความลับโดยไม่ส่งผลเสียหายใด ๆ แก่ผู้สำเร็จการศึกษาที่เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรกับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามรายวิชานั้น ๆ ด้วยการทดสอบโคลสแควร์ โดยใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรในการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าและต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ย 4.02 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรมีค่าเฉลี่ย 2.99) และทำนายผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผลดุครรภ์ด้วยการวิเคราะห์ทดสอบโดยโลจิสติก

## ผลการวิจัย

ผู้สำเร็จการศึกษา มีอายุสูงสุดเท่ากับ 24 ปี ต่ำสุด 21 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.4 ปี ลักษณะของกลุ่มเพื่อนมีความชั้นเรียน และสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้ทุกเรื่อง (ร้อยละ 72.7 และ 68.8 ตามลำดับ) นักศึกษาใช้เวลาว่างส่วนใหญ่เที่ยวเตร่และซื้อของ (ร้อยละ 80.5) และส่วนใหญ่ไม่ได้ทำกิจกรรมของคณะ/มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 97.4)

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง พบร่วมกับนักศึกษาทั้งชั้นมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเท่ากับ 4.02 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5.00 ต่ำสุดเท่ากับ 2.83 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรสูงสุดเท่ากับ 3.65 ต่ำสุดเท่ากับ 2.33 เฉลี่ยเท่ากับ 2.99

ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชา ทั้ง 8 รายวิชา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรกับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในทุกรายวิชา พบร่วมกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในทุกรายวิชา แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาการผลดุครรภ์มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในรายวิชาการผลดุครรภ์ที่ระดับ 0.01 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาต



เป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชารายวิชาการผลิตครรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่ 0.01, 0.05 ตามลำดับ

ด้านปัจจัยทำนายผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ คือ

$$P_{(GPA)} = \frac{1}{1 + \exp^{-5.646 + 7.896 \cdot (GPA)}}$$

นักศึกษาสามารถสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผลิตครรภ์ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 (ตารางที่ 2)

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพวิชาการผลิตครรภ์ แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มรายวิชาการผลิตครรภ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ วิชาการผลิตครรภ์ ที่ระดับ 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น แต่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์ กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่ระดับ 0.05

## การอภิปรายผล

จากการวิจัย พบร่วม ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองกับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในทุกรายวิชา ไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับงานวิจัยของอรพินท์ สีขาว<sup>10</sup> ที่พบร่วม ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านความรู้เชิงวิชาชีพของนักศึกษา สอดคล้องกับสมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ<sup>11</sup> ที่พบร่วม ค่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มที่จัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับจรวิพ

ศรีศศลักษณ์ และสุสารี วิวัฒน์คุกร<sup>12</sup> ที่พบว่า คะแนนการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ แต่ไม่สอดคล้องกับอัญญาลักษณ์ ศิริชนะ และปริyanุช ชัยกองเกียรติ<sup>13</sup> ที่กล่าวว่า ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นสภาวะที่ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้และรับรู้ได้เต็มที่ และสามารถประสบผลสำเร็จได้สูงสุด และเป็นเจตคติที่ดีต่อการเรียน หรือผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะมีความรู้สึกทางบวกกับความพร้อมของตนเองและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง<sup>8</sup> แต่ผลการศึกษานี้พบว่าผู้สำเร็จการศึกษามีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในระดับมาก แต่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการทำความเข้าใจเนื้อหาวิชาที่อ่านไม่เป็นปัญหา สำหรับข้อ派เจ้า ( $\bar{x} = 3.52$ ) ความสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในเรื่องที่ต้องการเรียนรู้ ( $\bar{x} = 3.56$ ) ความสนใจต่อการเรียน เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ ( $\bar{x} = 3.53$ ) ความชอบทดลองเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ( $\bar{x} = 3.58$ ) ความสามารถคิดค้นวิธีการแปลงใหม่ที่จะทำลิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ( $\bar{x} = 3.42$ ) อุยในระดับต่ำกว่าข้ออื่น ๆ จึงอนุมานได้ว่าผู้สำเร็จการศึกษายังอ่อนในทักษะด้านการเรียนรู้ด้วยตนเองและความเป็นผู้นำในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นทักษะในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี<sup>11</sup> และฉัตรปวิณ จรัสราษฎร์<sup>14</sup> พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ได้แก่ การอ่านหนังสือเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ ในวิชาที่ไม่เข้าใจ การอ่านเนื้อหาที่อาจารย์จะสอนก่อนเข้าเรียน แต่จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าผู้สำเร็จการศึกษาใช้เวลาว่าง (จากการเรียน) ส่วนใหญ่ในการอ่านหนังสือ/ทำงานรายงาน เพียงร้อยละ 28.57 แต่ใช้เวลาเที่ยวต่อ ชื่อของมากถึงร้อยละ 80.52 เหล่านี้เป็นผลให้ความพร้อมในการเรียนรู้ที่ผู้สำเร็จการศึกษาได้ประเมินตนเองในการศึกษาครั้งนี้ไม่ลงทะเบียนภาคการเป็นผู้เรียนที่มีความพร้อมในการเรียนรู้อย่างแท้จริง ผลการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในแต่ละรายวิชา

ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผลิตครรภ์ ของ



ผู้สำเร็จการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มรายวิชาการผลดุกรรภ์เพียงวิชาเดียวที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผลดุกรรภ์ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ สุกีร์ และยุวดี วัฒนาnan<sup>15</sup> ที่พบว่า คะแนนผลสัมฤทธิ์การเรียนวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผลดุกรรภ์ 1, 2, 3 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและการผลดุกรรภ์ 1, 2 ทั้ง 5 รายวิชามีความสัมพันธ์กับคะแนนการสอบรวมยอดในหมวดวิชาการพยาบาลการดาและทางร ก และคะแนนผลสัมฤทธิ์การเรียนวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผลดุกรรภ์ 1, 2, 3 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและการผลดุกรรภ์ 2 รวม 4 รายวิชามีความสัมพันธ์กับคะแนนการสอบรวมยอดในหมวดวิชาการผลดุกรรภ์ เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของรายวิชาที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผลดุกรรภ์ จะเห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มรายวิชาการผลดุกรรภ์ประกอบด้วย รายวิชาภาคทฤษฎี 7 หน่วยกิต รายวิชาภาคปฏิบัติ 6 หน่วยกิต (เป็นกลุ่มวิชาที่ใช้ในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผลดุกรรภ์ การพยาบาลการดาและทางร ก) ในวิชาการผลดุกรรภ์ กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของห้อง (<3.09) สอบวิชาการผลดุกรรภ์ไม่ผ่าน 15 คนจากผู้ที่สอบไม่ผ่าน 18 คน แสดงให้เห็นว่า ในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผลดุกรรภ์ ต้องใช้ความรู้ที่แม่นตรง วิชาการผลดุกรรภ์เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมในระยะตั้งครรภ์ ก่อนคลอด การทำคลอด ระยะหลังคลอด และเป็นภาวะผิดปกติของการตั้งครรภ์ ตลอดจนความผิดปกติอันจะทำให้เกิดอันตรายในการคลอดด้วยน้ำนมผู้สำเร็จการศึกษาที่ไม่มีความรู้ที่แม่นตรงจึงสอบไม่ผ่าน นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับแนวความรู้ที่สภากาชาดไทยใช้ประเมิน และผู้สอนในรายวิชาสามารถประเมินนักศึกษาได้ตรงตามความเป็นจริง

ผลสัมฤทธิ์จากการเรียนตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผลดุกรรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่ระดับ 0.01, 0.05 ตามลำดับ อธิบาย

ได้ว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลการเรียนของนักศึกษา ได้แก่ รูปแบบการเรียนของนักศึกษาเองและองค์ประกอบด้านหลักสูตร การบริหารจัดการรายวิชา ประธานรายวิชา ผู้สอน วิธีการสอน การประเมินผล สภาพแวดล้อมการเรียนการสอนแต่ละรายวิชา กระบวนการวัดประเมินผล<sup>4,16</sup> จากการศึกษาของฉัตรปวีณ์ จารัส วรรณา<sup>14</sup> พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา ได้แก่ 1) ความพร้อมในการเรียน ประกอบด้วย การมีสมាជิระห่วงเรียน จดบันทึกเนื้อหาเพิ่มเติมระหว่างเรียน และการอ่านบททวนหนังเล็กเรียน 2) การรับรู้ ประกอบด้วยการกล้าซักถามอาจารย์ผู้สอนระหว่างเรียน 3) ความจำ ประกอบด้วยการสอนในลักษณะที่มีการทดสอบและเฉลยคำตอบบ่อยๆ การอ่านหนังสือก่อนสอบ 4) ความคิดสร้างสรรค์ สามารถแก้ไขปัญหาด้านการเรียนโดยไม่กระบวนการต่อคนรอบข้าง 5) จำนวนวิชาที่เรียน นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบจากภายนอกตัวผู้เรียนที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้แก่ สติปัญญาความสามารถที่จะเข้าใจคำสอน ความสนใจทางการเรียน<sup>17</sup> ดังนั้นนักศึกษาที่มีความสนใจ มีสติปัญญาดี มีรูปแบบการเรียนที่ส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง และวิชาที่มีการบริหารจัดการที่ดี เมื่อองค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อการเรียน จึงส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผลดุกรรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 ที่พบว่าความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่สัมพันธ์ต่อผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>4,18</sup> ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยสะสมของนักศึกษาเป็นต้นนี้ซึ่งความสำเร็จในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ทางการพยาบาลและการผลดุกรรภ์ สอดคล้องกับอัตรารพินท์ สีขาว<sup>10</sup> ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทาง การเรียนของนักศึกษาสามารถพยากรณ์สมรรถนะด้านความรู้เชิงวิชาชีพของนักศึกษาได้ร้อยละ 31.80 แสดงให้เห็นว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถของบุคคล ที่เกิด



จากการมีประสบการณ์จากการฝึกฝน อบรม หรือการสอน รวมทั้งกระบวนการจัดการเรียนการสอน โครงสร้างของหลักสูตร การส่งเสริมศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มักจะปิดภาคการเรียนการสอนให้เร็ว กว่าคณะอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษา ได้มีเวลาทบทวนบทเรียนทั้งหลายในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสอบใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ โดยทั่วไปผู้สำเร็จการศึกษามักจะมีเวลาเตรียมตัวสอบประมาณ 1 เดือน ซึ่งเวลาดังกล่าวต้องอาศัยความมุ่งมั่น อดทน และความมีระเบียบวินัยในการเรียน ชนะใจตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมในการสอบ ซึ่งผู้ที่มีผลลัพธ์ทางการเรียนสูงมีจำนวนคุณสมบัติตั้งกล่าวอยู่แล้ว จึงสามารถเตรียมตัวสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอบได้ในที่สุด จากการศึกษาของชฎาภรณ์ คงเพชร์<sup>19</sup> พบว่า นักศึกษาเสนอความคิดเห็นว่าควรให้ระยะเวลาในการเตรียมตัวสอบนานขึ้น เพื่อจะได้มีเวลาอ่านบททวนความรู้ โดยเฉพาะเรื่องที่เข้าใจยากและค้นคว้าเพิ่มเติมจากห้องสมุด นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาเพื่อเตรียมตัวสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยนิสัยการเรียนหนังสือเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยการสอบ 8 รายวิชาของข้อสอบเสมือนจริงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001<sup>20</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. ใน การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาความลัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนลุ่มรายวิชาทั้ง 8 รายวิชา กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและพดุงครรภ์ตามรายวิชา ซึ่งคะแนนหมวดรายวิชาประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งคะแนนภาคปฏิบัติ เป็นคะแนนที่ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผู้ประเมิน จึงมีลักษณะไม่เป็นปรนัย โดยทั่วไปครุผู้สอน 1 ท่านต้องติดตามดูแลนักศึกษา 8 คน ซึ่งมักจะพบปัญหาการนิเทศนักศึกษาไม่ทั่วถึง ถ้าผู้ประเมินไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ ก็มักจะประเมินในค่ากลาง ๆ ดังนั้นคะแนน

ในการฝึกภาคปฏิบัติอาจไม่สะท้อนภาพที่แท้จริงของนักศึกษาเท่ากับคะแนนภาคทฤษฎี นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าคะแนนภาคทฤษฎีสัมพันธ์กับการเรียนรู้มากกว่าคะแนนภาคปฏิบัติ จึงน่าจะนำคะแนนภาคทฤษฎีเท่านั้น มาใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ แม้พบว่าความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองจะไม่สัมพันธ์กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ แต่ความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้สำเร็จการศึกษายังมีหลายมิติ เช่น แรงจูงใจในการเรียนรู้ ความขยัน อดทน (ซึ่งไม่ได้อยู่ในบริบทของการวิจัยนี้) จึงควรมีการศึกษาความลัมพันธ์ระหว่างมิติเหล่านี้กับผลการสอบผ่านความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ

3. กระบวนการบริหารจัดการรายวิชา เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารควรติดตามกำกับดูแลให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในแต่ละรายวิชา และควบคุมมาตรฐานให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของสภากาชาดไทย ตลอดจนกระบวนการอุดมศึกษา (สกอ.)

4. ควรจัดกิจกรรมเสริมความรู้ เช่น การสอนเสริม การฝึกวิเคราะห์สถานการณ์และตอบคำถาม เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้แตกฉาน สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ในการสอบ หรือในการปฏิบัติพยาบาลได้ และจัดให้รุ่นพี่ได้พบรุ่นน้องเพื่อแนะนำวิธีการเตรียมตัวสอบ ให้ตระหนักรถึงความสำคัญในการสอบ ถ้าผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมเหล่านี้และเน้นให้ผู้สำเร็จการศึกษาตระหนักรู้ในกระบวนการสอบ เชื่อว่าจะทำให้จำนวนของผู้สอบผ่านมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ทัศนา บุญทอง. วิสัยทัศน์การพยาบาลไทยปี 2020. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ 2542; 1(2): 94 -103.
2. Wiley K. Effects of a Self-Directed Learning Project and Preference for Structure on Self-Directed Learning Readiness. Research May / June 1983.
3. Guglielmino LM. Development of the Self-Directed Learning Readiness Scale. Unpublished doctoral dissertation University of Georgia. Dissertation Abstracts International. 1977; 38 (11a): 6467.



4. โสมภาร ศรีชัย และคณะ. ต้นนี้ชี้วัดความสำเร็จในการสอบวัดความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นที่ 4 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2547. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2550; 30 (3): 41-7.
5. พอเพญ ไกรนรา, อาจารย์ ภู่พัทธยากร. คุณลักษณะของผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ โดยการสอบร่วมกับทบทวนมหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2539 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยบริหารราชชนนีในภาคใต้. ตระง: วิทยาลัยพยาบาลบรรบรรจุนนีติรัง สถาบันบรรบรรจุนนีติ กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
6. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: Mc GrawHill book Co.; 1976.
7. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. การสอบความรู้ของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ. วารสารสภากาชาดไทย 2551; 23(3):10-5.
8. ศรีสุกัญจน์ บินทาประลิท. ผลของการใช้สัญญาการเรียนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
9. วีไลพร มนีพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
10. อรพินท์ สีขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมของสถาบัน ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองกับสมรรถนะด้านความรู้เชิงวิชาชีพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2552; 2(1): 26-37.
11. สมบัติ สกุลพรรณ์, อัศวินี นามะกันคำ, สกิตย์ วงศ์สุรประกิດ. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพร้อมและความพึงพอใจในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง. พยาบาลสาร 2548; 32(4): 36-52.
12. จรายพร ศรีศลักษณ์, สุสารี วิวัฒน์ศุภร. การศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองต่อการสอบ ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล หมวดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2548; 6(11): 39- 44.
13. อัญญาลักษณ์ ศิริชนะ, ปริยนุช ชัยกองเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการศึกษาพยาบาล 2542; 10(1): 41-8.
14. ฉัตรปวีณ์ จรัสราวัฒน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการศึกษาของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. สมุดປrägการ: คณะกรรมการสุขาศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2549.
15. ศิริรัตน์ สุกีธร, ยุวดี วัฒนาวนพ. การทำนายของคะแนนผลลัพธ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาล ครอบครัวและการผดุงครรภ์ต่อคะแนนการสอบ รายยอด สาขพยาบาลศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2545; 20(2): 47-58.
16. Caroll R, John B. A model of school learning in learning theory and practices. New York: Thomas Y. Crowell Co.; 1971.
17. จินตนา ยุนิพันธ์. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2527.
18. ดาริณี สาวกพ, ปราชาติ เทเวพิทักษ์, ดวงพร ผาสุวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการสอบประเมินความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต; 2550. [online] 2553 [อ้างเมื่อ 12 เมษายน 2553] จาก <http://www.rsu.ac.th/nurse/research-abstract-005.php>
19. ชฎาภรณ์ คงเพชร. ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการสอบวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ประจำปีการศึกษา 2547. วารสารพยาบาล 2548; 54(4): 279-87.



20. นันทา คุณรัตนคิริ, กัลยารัตน์ อันนท์รัตน์, กลีบแก้ว จันทร์แหงส์, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบข้อทักษะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ; 2552.

**ตารางที่ 1** สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มรายวิชา 8 กลุ่มรายวิชาที่ใช้ในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์

รายวิชา	ค่าเฉลี่ย	SD.
1. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	2.94	0.38
2. กฤษหมายวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์และจรรยาบรรณวิชาชีพ	3.07	0.40
3. การพยาบาลผู้ไข้ใหญ่	2.84	0.31
4. การพดุงครรภ์ การพยาบาลมารดาและทารก	3.09	0.37
5. การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	2.59	0.29
6. การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	3.31	0.27
7. การพยาบาลผู้สูงอายุ	2.50	0.35

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ ครั้งที่ 1 ของผู้สำเร็จการศึกษาใน ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามรายวิชา

รายวิชา	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์	71	92.21	6	7.79
2. กฤษหมายวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์และจรรยาบรรณวิชาชีพ	75	97.40	2	2.60
3. การพยาบาลผู้ไข้ใหญ่	70	90.91	7	9.09
4. การพดุงครรภ์	59	76.62	18	23.38
5. การพยาบาลมารดาและทารก	65	84.42	12	15.58
6. การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	67	87.01	10	12.99
7. การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	76	98.70	1	1.30
8. การพยาบาลผู้สูงอายุ	76	98.70	1	1.30

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากการวิจัย บทความวิชาการและการส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะอื้อประโภชน์ต่อผู้รับบริการพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเชื่อใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงได้ขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เป็นอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรุหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ใน การปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

### ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

- รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่างๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
- บทความปริทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางการพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่น เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจั่งและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้นๆ
- เรื่องอื่นๆ ที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เช่น ข่าวสารที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และบุคคลในวิชาชีพ เป็นต้น

### การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
- ต้นฉบับ พิมพ์สี 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยทั้งนี้ไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ diskette ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับครบถ้วน

### รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

- บทความ ควรเรียงลำดับดังนี้
  - ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรก และควรมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย
  - ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-worker) ชื่อผู้เขียนพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเขียนไปทางขวาเมื่อ ส่วนตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน ควรพิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัด
- รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้
  - ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย สถานที่ทำงาน วุฒิการศึกษาสูงสุด เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
  - บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง
  - คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อหรือ เชิงบรรทัด (Foot note)
  - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้นๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย
  - วิธีดำเนินการวิจัย (Research design) ให้กล่าวถึงชนิดของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Materials and Methods) วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีธรรมการวิจัย
  - ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวนอนตั้งบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอดีเหมาะสมกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดไปสากร์ด คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อฯ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขอ กำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขอ ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 และเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นข้าให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง .....การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น<sup>1</sup> .....<sup>2</sup> .....<sup>3</sup>

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขอ ลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1 – 6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่าง

1. องค์ นันทสมบูรณ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงกลยุทธ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 60-69.
2. สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ 2550; 25(1): 52-59.

3. ณัฐร์รุษารณ เมืองชู, นันทิร์ บ่อเพ็ชร, สงค์ชวนชัย, ศุภวดี ลิมปพานนท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย หมายเลขอ ลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อตำรา. เมื่อที่พิมพ์: โรงพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Stamford Connecticut: Appleton & Lange; 1996.

#### ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้

2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้ส่วนลิขสิทธิ์ทุกประการ

3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ทุกความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

#### สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมพยาบาลสาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 362012, 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 084-0344940 E-mail: somdae@kku.ac.th.
2. ดร.วารีวรรณ ศิริวราณิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรพรรณทิพา แก้วมาตย์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสพ ถนนพลแพน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803



## ใบแจ้งความลงโทษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....  
บริษัท ห้างร้าน.....  
ที่อยู่.....  
มีความประสงค์จะลงโทษณาแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโทษณา  
เป็นเงิน..... บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้โทษณา

หมายเหตุ เริ่มลงโทษณาตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่..... (ลงนาม).....  
ถึงฉบับที่.....ปีที่..... เป็นเวลา.....ปี วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
รวม.....ฉบับ บริษัท, ห้างร้าน.....

● อัตราค่าโฆษณาavarสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ●  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปกหลังด้านในเต็มหน้า	4,000.- บาท /	3	ฉบับ
ใบแทรกรถเต็มหน้า	2,000.- บาท /	3	ฉบับ
ใบแทรกรถร่องหน้า	1,000.- บาท /	3	ฉบับ

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกเกินกว่า 1 สีเที่ยงไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความ โฆษณา มีภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณามาด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16 x 24 ซม.
- จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



## ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารลารสนาคอมพญาบาลฯ

สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “ลารสนาคอมพญาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ”

ตั้งแต่ฉบับที่..... ปีที่..... จนถึงฉบับที่..... ปีที่..... รวม.....ฉบับ

พร้อมนี้ได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....)

โดยสั่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ ค่าบำรุงสมาชิก : 1 ปี 160 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 300 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 45 บาท วันที่.....