



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

Quality of Life and Law Journal

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561

Vol. 14 No. 2 July - December 2018

ISSN 1686-9443

บทความวิชาการ

- ❖ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ : บทบาทที่ทำหายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ทัศนีย์ พลชนะ

รายงานวิจัย

- ❖ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง
กรรณิการ์ คาโลดม
- ❖ ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย
ธรรมรัตน์ มณีโรหิตบุตร
- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม
ปวีวรรณ ตีรันโปล
- ❖ การศึกษาการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี
พัชรี ใจการณ
- ❖ รูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน
วรานิษฐ์ ลำไย
- ❖ มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง
ศิริพันธ์ อินทรวิชย
- ❖ ลักษณะของภัยแล้งมีสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย
สิริกร นามลาบุตร

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ISSN : 1686 - 9443

“เป็นวารสารที่มุ่งเน้นเฉพาะวิชาการทางด้านสังคมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต รวมถึงวิชาการทางด้านกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ ตลอดจนสหวิทยาการและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสรรค์สร้างสังคมสุขภาวะ”

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ ตลอดจนสหวิทยาการและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสรรค์สร้างสังคมสุขภาวะ
 2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางด้านสังคมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต รวมถึงวิชาการทางด้านกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ ตลอดจนสหวิทยาการและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสรรค์สร้างสังคมสุขภาวะ ของคณาจารย์ นักวิชาการทั้งภายในและภายนอกสถาบัน
 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายใน และภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
 4. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
 5. เพื่อให้เป็นเอกสารประกอบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

คณะที่ปรึกษา สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก (อัมพร อมฺพโร)
ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร
ศาสตราจารย์นายแพทย์สมพล พงศ์ไทย
ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล
ศาสตราจารย์ ดร. มร.ว. ชินสุวรร สวัสดิวัฒน์
ศาสตราจารย์ ดร.รัศมีดารา หนูสวัสดิ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง

บรรณาธิการ รองศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชีพ เปียดนอก มหาวิทยาลัยปทุมธานี

กองบรรณาธิการ ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ฒ หนองคาย มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์พรณิภา บุรพาชีพ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์อัจฉริยา ชูตินันท์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ ดร.พนอเนือง สุทัศน์ ฒ อยู่ธยา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
บ้านสมเด็จพระเจ้าพระยา

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏ บ้านสมเด็จเจ้าพระยา
รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.ดร.พงศ์กุลธร โรจน์วิรุฬห์	โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ตฤณยา โรจน์ทั้งคำ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณวิภา ไตลังคะ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ดร.นพดล กรรณิกา	บริษัท ซูเปอร์โพล จำกัด
ดร.สุภัทรา กรอุไร	ศาลยุติธรรม
อาจารย์มณีสรา จุลสมัย	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
อาจารย์รณภูมิ สามัคคีคารมย์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายสุรพล ศุขอัจจะสกุล	ศาลยุติธรรม
นายสรภพ แต่สุวรรณ	สพฐ. ประถมศึกษาธิการบุรี
นายจักรพงษ์ ทัพหิบริญญา	การประปาส่วนภูมิภาค
นางสาววรรณมา บุญศรีเมือง	มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวปรีดาภรณ์ สีปากดี	โรงพยาบาลศิริราช
นางสาวอิสริยาศิริ พยัตติกุล	กระทรวงพาณิชย์
นายคำรณ โชชนะโชติ	มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวฤชราณ์ ไทยวัฒน์	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ฝ่ายจัดการ	ดร.วรานิษฐ์ ลำไย
เจ้าของ	ศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงาน	999 อาคาร 3 ชั้น 3 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พุทธมณฑลสาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 โทรศัพท์/แฟกซ์. 02-4419787 โทรศัพท์. 02-8002840 ต่อ 1257
กำหนดออก	ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน) , (กรกฎาคม - ธันวาคม)
พิมพ์ที่	บริษัท กอล์ฟ กราฟฟิคส์ไชด์แอนด์ปรินต์ติ้ง 164/9 ถ.บอนด์สตรีท ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์. 02-9829360

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI)
ในสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
ซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI



ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

☆ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมายเป็น
วรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะ ศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม
และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ
กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

☆ กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความเพื่อการศึกษาแต่
ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

☆ ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการลง
ตีพิมพ์วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย กรุณาส่งมาที่ศูนย์กฎหมายการแพทย์
สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.รัตนา ศิริพานิช
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร
มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์คลินิก พญ.อรพรรณ ทองแดง
ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศิริราช
ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิรุณ บุญนุช
โรงพยาบาลศิริราช
ศาสตราจารย์ ดร.พญ.สาวิตรี อัมมามงคลชัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงษ์นิญโญ
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ คติการ
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.อภิญา เลื่อนฉวี
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิวโรจน์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภวัณ ปลายน้อย
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมบุรณ์ ศิริสรสิริบุญ
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ ลิงส์สุริยา
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ มาลี พงษ์พวงสาวลี
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.ดร.กิตติธเนศ เลอวงศ์รัตน์
โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

ศาสตราจารย์ ดร.จ่านงค์ อดิวัฒนสิทธิ์
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.จิรัช วิจารณ์
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ศาสตราจารย์ ดร.สันติ เสริมศรี
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ศาสตราจารย์ พล.ต.ต.หญิง ดร.พัชรา สิ้นลอยมา
โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
รองศาสตราจารย์ ดร.โกวิท วงศ์สุรวัฒน์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา กงตาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ สมพงษ์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์ นพ.สมชาติ ไตรักษา
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.มานพ คณะโต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.ประธาน วัฒนวนิชย์
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวรัตน์ ปลายน้อย
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนัย กล้วยจิตร
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ชูณะ รุ่งปัจฉิม
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รองศาสตราจารย์ วุฒิชัย มูลศิลป์
ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ พินิจ ทิพย์มณี
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review) ต่อ

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงเทียน อยู่เถา

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษิษา เลิศโตมรสกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโท นพ.เอนก ยมจินดา

กระทรวงยุติธรรม

พ.ต.ต.ดร.สิทธิพัฒน์ เฉลิมยศ

วิทยาลัยการตำรวจ

นาวาอากาศโทหญิง ดร.ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ

ดร.ชวลิต หมื่นนุช

มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป ฉัตรสุภาวงศ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิพพล มหาอาชา

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.บุรฉกร ไตรรัตน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

Asst.Prof. Jannice M. Wongsurawat

ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ประยงค์ เต็มขวาลา

วิทยาลัยทันตแพทย์

พลโท ดร.วีระ วงศ์สรรค์

กองบัญชาการกองทัพไทย

พลเรือตรี นพ.วิชัย มนต์ศิริวิทยา (ร.น.)

โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท ดร.เพชร สันทัด

โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

ดร.ธีรภัทร วรบำรุง

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คนางค์ คันธมธุรพจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินันทกานต์ รุจิภักดิ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ กฤษฎา แสงเจริญทรัพย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี



บทบรรณาธิการ

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ ได้แก่ การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และปัญหาความเสื่อมถอยของอวัยวะในร่างกายที่เสื่อมสภาพตามกาลเวลา จากบุคคลที่แข็งแรง คล่องแคล่ว สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตัวเอง เมื่ออายุเข้าสู่วัยชราย่อมเกิดการเสื่อมถอยในการทำงานของอวัยวะลง รวมถึงปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงวัย

นักวิชาการ บุคลากรทางการศึกษา และนักวิจัยต่างๆ ล้วนให้ความสนใจต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นทางสุขภาวะต่างๆ โดยเฉพาะในด้านสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการเป็นพิเศษ ดังเช่นที่นำเสนอในวารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมายปีที่ 14 ฉบับที่ 2 นี้ เช่นเรื่อง “การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน” “การศึกษาการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในชุมชนหนึ่งจังหวัดอุบลราชธานี” และเรื่อง “รูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน” นอกจากนี้วารสารฉบับนี้ยังคงนำเสนอบทความวิจัยอีกหลากหลายแนวความรู้ด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้อ่านได้เลือกศึกษาตามความสนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมายได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเปิดมุมมองแนวคิดในการศึกษาพัฒนางานวิจัยของท่านต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิชาการ

- ❖ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ : บทบาทที่ทำนายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ทัศนภรณ์ พลไชย ศิริณพพร บุสหงส์ และ อนุชา ไทยวงษ์.....1-11

รายงานวิจัย

- ❖ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง
ศรณิการ์ ดาโลดม อรุณช ภาชนะ และ ฉวีวรรณ บุญสุยา.....12 - 26
- ❖ ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย
ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร.....27- 41
- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม
นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ วิลาวรรณย์ ชาดา วิพา ชูปวา และวรกมล ปรากฏหาญ.....42 - 52
- ❖ การศึกษาการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในชุมชนหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี
พัชรี ใจการุณ รัตนา บุญพา และ วิษณุ จันทร์สดี.....53 - 65
- ❖ รูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน
วรานิษฐ์ ลำไย และ เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล.....66 - 76
- ❖ มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง
ศิรินทร์ อินทวิชชะ จินตนา ต้นสุวรรณนนท์ และ อาภาศิริ สุวรรณานนท์.....77- 93
- ❖ ลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย
สิริกร นามลาบุตร และ วรานิษฐ์ ลำไย.....94 -108

**การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ :
บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน**
**Home Management for the Elderly : Challenging Role of
Community Nurses Practitioner**

ทัตถณ พละไชย* ศิริญพร บุสหงส์* อนุชา ไทยวงษ์**
Tattapon Palachai Sirinporn Bussahong* Anucha Thaiwong***



บทคัดย่อ

การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ (Environment management in home) เป็นการจัดการและควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ โดยจัดให้เหมาะสมกับความต้องการสำหรับผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความสะดวกสบายสำหรับผู้สูงอายุ ผลจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จะช่วยลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงอัมพาตหรือเสียชีวิต พยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดกับ ชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วยมากที่สุด และยังเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับทีมสหวิชาชีพเพื่อประสานงานร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้และมีทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ลดความพิการหรือความสูญเสียในชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ : การจัดสิ่งแวดล้อม / ผู้สูงอายุ / บทบาทพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*Register Nurse, Borommaratjonnani college of nursing Sanpasithiprasong.

** Register Nurse, College of nursing Srimahasarakarm.



Abstract

Environment management for elderly in home is the management and control of clean and hygienic housing by meeting the basic needs and daily living needs. The study aimed to provide safety and comfort for the elderly. The effects of home-based environmental management are safe for the elderly will reduce the chance of an accident, minor to paralysis or death. Practitioner nurse who is the most closely related to the community, patients and families are also mediated between patients and family with multidisciplinary team to coordinate cooperate in the care of the elderly. Therefore, it is necessary to have the knowledge and skills to organize the home environment to reduce the chance of accidents in the home for the elderly reduce disability or loss of life that may occur.

Keywords : Environmental management/ elderly/ nursing roles

บทนำ

บ้านเป็นที่พักอาศัยที่ผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดมากที่สุด ในปัจจุบันสิ่งแวดล้อมในบ้านมีทั้งอุปกรณ์ตกแต่งบ้านเพื่อความสวยงามถูกใจผู้อยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้นที่บ้าน ไม่โล่งโปร่งสบายเหมือนบ้านในสมัยก่อน ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุภายในบ้านได้ และสำหรับผู้สูงอายุปัญหาความเสื่อมของร่างกายตามวัยและการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุภายในบ้านในผู้สูงอายุได้ง่ายตามมาโดยเฉพาะการพลัดตกหกล้ม จากสถิติ ปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการตายในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาจากการพลัดตกหกล้ม พบมากเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุบนท้องถนนและในประเทศไทยพบสถิติการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 10 คน ต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการคาดการณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มจำนวน 300,000 – 400,000 คนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตถึงร้อยละ 15 – 20 และยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชายถึง 1.5 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560 : 1-4) ซึ่งเกิดจากการควบคุมร่างกายได้ไม่ดี เนื่องจากมีกำลังของกล้ามเนื้อน้อยกว่าผู้ชาย และการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยบ่อยๆ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน จะเป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ครอบคลุมไปยังพื้นที่รอบบ้านด้วย

อีกทั้งปัจจุบัน เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้าและทันสมัยยิ่งขึ้น ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น จำนวนประชากรสูงอายุจึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่ได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 66 ล้านคน มีประชากรสูงอายุประมาณ 11.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.9 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2561: 1) และความเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต คือการพลัดตกหกล้ม ให้มีความพิการทางกายหรือมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว พบมีสูงถึงร้อยละ 2.4 (วิชัย เอกพลากร, 2559: 221) ซึ่งอาจเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงและทำให้เสียชีวิตได้ ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 28 – 35 จะมีประสบการณ์การหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และประมาณร้อยละ 32 – 42 ของผู้ที่มีอายุ 70 ปี มีประสบการณ์การหกล้มมากกว่าปีละ 1 ครั้ง ถือได้ว่าการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงที่สุดและผู้สูงอายุร้อยละ 0.5 ถึง 20.2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (ADL) (วิชัย เอกพลากร, 2559: 236, 244) แม้ว่าข้อมูลการเสียชีวิตด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มาก แต่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 60 มีประสบการณ์หกล้มนอกบ้าน ผู้สูงอายุเพศหญิง มากกว่าครึ่ง





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

มีประสบการณ์ล้มในบ้านและในรั้วบ้าน ร้อยละ 55 และผู้สูงอายุมีประสบการณ์หกล้มซ้ำสูงขึ้นตามอายุ (วิชัย เอกพลากร, 2553: 267-268)

ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติจึงมีบทบาทที่สำคัญในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ครอบครัวและผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะและแสดงบทบาทในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้านเพื่อป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุได้

ปัญหา สาเหตุ การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (กรมควบคุมโรค, 2560: 1) และจากปัญหาความเสื่อมถอยของอวัยวะในร่างกายที่เสื่อมสภาพตามกาลเวลา จากบุคคลที่แข็งแรงคล่องแคล่ว สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตัวเอง เมื่ออายุเข้าสู่วัยชราอ่อนแอเพิ่มปัจจัยในการเกิดการพลัดตกหกล้มจากการเสื่อมถอยในการทำงานของอวัยวะลง ผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้ม พบสาเหตุที่สำคัญ สรุปได้ 2 ปัจจัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560 : 3-4) คือ

1. ปัจจัยภายใน หมายถึงปัจจัยของความสูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุนั้นลดลง เช่น ปัจจัยด้านร่างกาย การเจ็บป่วยและการรักษา ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ภาวะทางด้านจิตใจ ที่เกิดจากความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สับสน และเพ้อคลั่ง หรือความหวาดกลัวต่อการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอก หมายถึงปัจจัยรอบตัวผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุเอง เช่น ความไม่เป็นระเบียบของที่อยู่อาศัย โครงสร้างที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม การถูกทอดทิ้ง หรือการปล่อยปะละเลยผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพที่พบคือ การมองเห็นไม่ชัดเจน การเดินและการเสียการทรงตัวของร่างกายและกล้ามเนื้ออ่อนแรง การอยู่ในพื้นที่ที่มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น พื้นผิวที่ไม่สม่ำเสมอ ในบ้านมีพื้นต่างระดับ พื้นลื่น การตกบันได การที่แสงสว่างไม่เพียงพอและสะดุดสิ่งกีดขวาง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มทั้งสิ้นเช่นกัน และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองและชนบท มีความชุกในการเกิดการพลัดตกหกล้มใกล้เคียงกัน และผู้สูงอายุไทยมีโอกาสเกิดการหกล้มไม่แตกต่างกันตามเศรษฐกิจและอายุและยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีอุบัติการณ์หกล้มนอกบ้านมากกว่าในบ้าน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่จะมีอุบัติการณ์หกล้มภายในบริเวณบ้านมากกว่านอกบ้าน (วิชัย เอกพลากร, 2553: 267-268)

จากปัญหาและสาเหตุในการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จะพบว่ามีหลายปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น ซึ่งในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถประเมิน ให้

คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อความปลอดภัยและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ความหมาย แนวคิดและหลักการทั่วไปในการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

ความหมายของการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดที่อยู่อาศัย หมายถึง การจัดการและควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยหรือให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ โดยจัดการให้ได้ตามความต้องการขั้นพื้นฐาน ทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตใจให้มีความปลอดภัย ลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุและเกิดโรคระบาดในผู้พักอาศัยได้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2559: 7)

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การทำสภาพแวดล้อมให้เป็นพื้นที่ปลอดภัย เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมถึงที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนรวมถึงพื้นที่สาธารณะและระบบขนส่งมวลชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและการยอมรับในสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2558: 3-4)

แนวคิดและหลักการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นการจัดการและควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยให้สะอาดถูกสุขลักษณะ โดยจัดให้ได้ตามความต้องการขั้นพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ป้องกันโรคติดต่อ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่อผู้พักอาศัย ซึ่งต้องคำนึงถึงการดำเนินชีวิตทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ รอบตัวผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุด้วย (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, ม.ป.พ.: 4)

กล่าวได้ว่าการจัดการที่อยู่อาศัยเป็นการจัดการและควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยหรือสถาบันให้สะอาดถูกสุขลักษณะ โดยจัดการให้ได้ตามความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ การป้องกันโรคติดต่อ รวมทั้งก่อให้เกิดความปลอดภัยจากอุบัติเหตุแก่ผู้พักอาศัย

ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้สูงอายุ

ปัจจัยสนับสนุนในชุมชน หมายถึง ปัจจัยอื่นที่มีส่วนช่วยส่งเสริม ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้ง่าย ได้แก่ ศักยภาพของชุมชน ผู้ดูแลที่บ้านและแหล่งประโยชน์ในชุมชน (สำนักการพยาบาล, 2556: 36-38) ดังนี้

1. ศักยภาพของชุมชน เป็นภารกิจที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องสร้างระบบการดูแลให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความมั่นใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลให้เกิดความปลอดภัย เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีบุคลากรสาธารณสุขอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนช่วยดูแล โดยการหาคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือจิตอาสา หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ฯลฯ มาช่วยดูแลและเพื่อให้เป็นคนส่งข่าวเมื่อผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ





2. ผู้ดูแลที่บ้าน หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิตที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคอง ผู้สูงอายุดังกล่าว

3. แหล่งประโยชน์ในชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องรู้จักชุมชน ทราบถึงเครือข่ายชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อสามารถขอความร่วมมือในเรื่องต่างๆ ให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดได้ แหล่งประโยชน์ในชุมชนอาจเป็นบุคคล กลุ่มคนหรือหน่วยงาน ที่มีอยู่ในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ เช่น ร้านขายผักไร้สารพิษ ร้านทำอาหารผสม วิทยาลัยเทคนิคช่วยดัดแปลงบ้าน ช่างซ่อมอุปกรณ์ประจำหมู่บ้าน กลุ่มหมอนวดพื้นบ้าน ร้านถึงบรรจ้ออกซิเจน ร้านขายอุปกรณ์สุขภาพ ร้านอาหารสุขภาพผู้ป่วยต้นแบบที่ดูแลตนเองดี เป็นต้น เครือข่ายชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เกษตรอำเภอ ให้บริการและส่งเสริมอาชีพการเกษตรทุกสาขาการศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) ผู้นำศาสนา (พระ โต๊ะอิหม่าม บาทหลวง) เครือข่ายคนพิการ โรงเรียน องค์กรพัฒนาเอกชน หรืออพช. โดยทั่วไปรู้จักในนาม “เอ็นจีโอ” (NGOs) ที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสังคมโดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ของกลุ่มบุคคลผู้ด้อยโอกาส และประชาชนผู้ทุกข์ยาก สภาวิชาชีพไทยทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบบรอบด้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข หรือแม้กระทั่งชมรมผู้สูงอายุ มูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดในการออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุและการจัดที่พักให้เอื้อต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นมีหลายวิธี หลักการจัดการที่อยู่อาศัยที่ดีจะต้องทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความมั่นคงแข็งแรงให้มีความปลอดภัย อยู่สบาย เพราะว่าผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนมากในการอยู่ที่บ้านทำกิจวัตรภายในบ้านและรอบตัวบ้าน ดังนั้นการจัดบ้านและพื้นที่รอบบ้านให้มีลักษณะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงการลดโอกาสที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงเสียชีวิตได้ ผู้เขียนจะขอแนะนำวิธีการเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อผู้ปฏิบัติมากที่สุด ซึ่งสามารถสรุปได้ 5 ข้อดังนี้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2558 : 6-21) (สำนักการพยาบาล, 2556: 47-49)

บทบาทการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยทางกายภาพและส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี และควรจัดตามความต้องการของผู้อยู่อาศัย เช่น แนะนำให้ผู้สูงอายุจัดบ้านหรือที่พักที่เพียงพอและแยกเป็นสัดส่วน ง่ายต่อการใช้งาน แบ่งออกเป็น

การจัดที่อยู่อาศัยตามความต้องการของร่างกาย หมายถึงการจัดที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุ ที่สำคัญได้แก่ การจัดให้มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่าง

เพียงพอ การปราศจากเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกรำคาญ การดัดแปลงโครงสร้างบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัยของผู้อยู่อาศัยนั้น แต่ยังคงพบว่ามีสัดส่วนที่น้อย ร้อยละ 24.6 (วิชัย เอกพลากร, 2559: 237) เช่น เสียงดัง กลิ่นเหม็น รกرائัง เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เป็นต้น พื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ได้แก่ ห้องนอน ห้องโถงหรือพื้นที่ส่วนกลางหรือพื้นที่ว่างเอนกประสงค์ ห้องครัวหรือพื้นที่ใช้ปรุงอาหาร ห้องน้ำหรือห้องส้วม และส่วนซักล้าง พื้นที่พักผ่อน ห้องโถงหรือห้องนอนอย่างชัดเจน หมายความว่ามีการกั้นพื้นที่เป็นส่วนชัดเจน และจัดอยู่ใกล้จุดจ่ายน้ำและมีการระบายน้ำที่ดี มีราวจับในห้องน้ำช่วยในการพยุงตัวและปูพื้นด้วยวัสดุที่ป้องกันการลื่นล้มได้ มีสัญญาณฉุกเฉินที่สามารถขอความช่วยเหลือได้จากภายในห้อง

การจัดที่อยู่อาศัยให้ได้ตามความต้องการทางจิตใจ หมายถึง การแบ่งสัดส่วนของที่อยู่อาศัยและให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ อยู่ห่างจากสิ่งรบกวน ห้องนอนควรจัดให้พอเหมาะ ไม่แออัด และไม่กว้างมากเกินไป มีความสวยงาม และความเป็นระเบียบเรียบร้อย

ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งของที่โง่งนเสี่ยงต่อการล้ม เช่น แจกัน หรือของประดับที่มีทรงสูง และต้องจัดให้มีการวางในตำแหน่งที่ไม่สะดวกหกล้มได้ง่าย เช่น บริเวณกลางบ้าน เพราะผู้สูงอายุที่ร่างกายไม่แข็งแรง เวลาเดินจะต้องมีการพยุงตัว ช่วยในการทรงตัวและช่วยถ่ายโอนการลงน้ำหนักเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม หากสิ่งที่จับพยุงไม่มั่นคงจะทำให้เกิดการหกล้มได้ การมีระบบสาธารณูปโภคที่ดี ได้แก่ น้ำและไฟฟ้า จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกสบายและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย ซึ่งในพื้นที่ชนบทประเทศไทยพบว่าไม่มีย่านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว การที่มีระบบสาธารณูปโภคที่ดีทั่วถึง จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้ง่ายมากขึ้น และการมีระบบการป้องกันจากสิ่งรบกวนภายนอก เช่น เสียง แสง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ชอบอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสียงดังหรือมีกลิ่นไม่พึงประสงค์หรือแสงสว่างมากเกินไปและการที่มีแสงสว่างมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นลดลงซึ่งจะทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้ ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมักจะนอนน้อย นอนเร็ว ตื่นเช้า อาจจะทำให้นอนไม่หลับ การจัดที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัย ยังต้องคำนึงถึงการสร้างที่อยู่อาศัยให้มั่นคงแข็งแรงปลอดภัย มีระบบการป้องกันอัคคีภัยและมีทางหนีไฟ การป้องกันอันตรายจากภัยธรรมชาติ สามารถป้องกันอุบัติเหตุจากแมลงและสัตว์กัดต่อย ป้องกันการรุกรานจากโจรผู้ร้าย สามารถบำรุงรักษาซ่อมแซมบ้านอย่างง่ายได้ ตัวอย่างการปรับเปลี่ยนบ้านตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกิดอุบัติเหตุหกล้มในตัวเอง ขาข้างซ้ายหักรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุเล่าว่าเป็นประสบการณ์เฉียดตาย มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดของกระดูก ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เช่นเดิม ทำให้รู้สึกกลัวที่จะลุกเดิน จนทำให้มีปัญหาข้อติด และกล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการลงเยี่ยมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้สอนวิธีการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ป้องกันภาวะข้อติดและส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ





บทบาทในการเป็นผู้จัดการดูแลสุขภาพและกระทำทำให้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องแสดงบทบาทเป็นผู้จัดระบบการดูแลและการบริการ โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ หรือการกระทำหรือการกระทำแทนในช่วงแรกที่สูงอายุยังต้องการให้ช่วยเหลือ พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มไปด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนยังต้องเสริมสร้างและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่รอให้ทำให้เพียงอย่างเดียว เช่น การประสานงานกับครอบครัวเพื่อร่วมวางแผน กำหนดเป้าหมายและร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งทีมผู้นำในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ทำการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสำรวจจุดเสี่ยงภายในบ้านและรอบบ้านที่เป็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุซ้ำให้และช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเสี่ยงทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งสภาพที่เปลี่ยนแปลงให้ได้มากที่สุด

บทบาทในการเป็นผู้นำที่คอยชี้แนะและการให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษา

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องมีลักษณะที่เป็นผู้นำ กล่าวคือ ถ้าแสดงออกมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ประยุกต์ใช้สิ่งต่างๆ ที่มีเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างระบบในการป้องกันการหกล้ม พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะมีบทบาทหน้าที่คอยให้คำแนะนำในเวลาที่มีปัญหารวมถึงการให้ข้อมูลเพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องประกอบการตัดสินใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแล รวมถึงการเป็นผู้คอยชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องแก่คนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโดยอาศัยข้อมูลที่มีหลักการและหน้าเชื่อถือ มีระบบ ระเบียบ แบบแผนชัดเจนในการชี้แนะ แนะนำให้มีการจัดสิ่งของต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่ายแก่ชุมชน เช่น การสนับสนุนให้มีทางลาดสำหรับรถเข็นเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่เดินเองลำบากหรือเดินเองไม่ได้ทั้งบริเวณรอบบ้านและในชุมชนในพื้นที่สาธารณะ เช่น ห้องน้ำสาธารณะ ตลาด วัด โบสถ์ เป็นต้น ความสูงของสิ่งของสำหรับผู้สูงอายุใช้ต้องสามารถหยิบของได้สะดวกไม่ต้องใช้อุปกรณ์อื่นในการเกี่ยวหรือคล้องสิ่งของเพราะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่สิ่งของตกลงมาใส่ผู้สูงอายุได้ หรือการจัดให้อยู่ใกล้แหล่งบริการในชุมชน เช่น วัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร สถาบันการศึกษา สถานบริการด้านสุขภาพอยู่ในระยะที่สามารถเดินถึงได้และการจัดให้อยู่ใกล้แหล่งระบบขนส่งมวลชนและใกล้แหล่งชุมชนเดิมเพื่อให้ครอบครัว ญาติ คนในชุมชน ทีมบุคลากร สามารถมาเยี่ยมได้สะดวก ตัวอย่างการให้คำแนะนำและการให้ความรู้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องพูดให้กำลังใจ แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ผู้สูงอายุสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุจำเป็น รวมทั้งการให้ข้อมูลเรื่องการบริหารร่างกายเพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อและกระดูกมีความแข็งแรงสามารถทรงตัวได้ลดโอกาสการหกล้มลงได้ และให้คำแนะนำในการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวบ้าน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมเพิ่มความสามารถของกล้ามเนื้อและคงไว้ซึ่งทักษะทางสังคม โดยให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด และเป็นผู้ที่คอยอยู่ใกล้ตัว ใกล้ใจผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว คอยให้ข้อมูล ให้คำแนะนำในการพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ หรือแม้กระทั่งช่วยให้ผู้สูงอายุก้าวข้ามช่วงเวลาเศร้าโศกที่สูญเสียการควบคุมตัวเองไปได้

บทบาทในการสนับสนุน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร แนวทางปฏิบัติที่ดีและถูกต้อง รวมถึงการหาแรงสนับสนุนจากองค์กรภายนอก มีการรณรงค์ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน สร้างแรงกระตุ้นให้เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จากการตกแต่งสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่มีความน่าสนใจ การเลือกใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างที่เพียงพอ มองเห็นได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความกระชุ่มกระชวย จิตใจร่าเริง ไม่ซึมเศร้าและการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนจะกระตุ้นให้เกิดการนำความสามารถต่างๆ และทักษะที่สั่งสมประสบการณ์มาตลอดทั้งชีวิตของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถที่ก่อประโยชน์ให้กับชุมชนตามความถนัด เช่น จัดที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไว้ใกล้กับโรงเรียนสอนเด็กเล็กหรือห้องสมุด หรือให้ผู้สูงอายุที่เคยปฏิบัติงานในหน้าที่ครู ได้เป็นจิตอาสาในการใช้ความรู้ที่ตัวเองมีในการสอนดูแลนักเรียนต่อไปได้ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

บทบาทในการสอนและการแนะนำ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งทักษะที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ไว้ การออกกำลังกายเพิ่มความสามารถในการทรงตัว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะเป็นผู้สอนให้เกิดแนวทางการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานรวมถึงการติดตามประเมินผลการสอนอย่างเป็นระบบ รวมถึงแนะนำให้จัดบ้านและสิ่งแวดล้อมรอบบ้านให้ดูแลรักษาง่ายและมีความปลอดภัย ไม่เสี่ยงให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและไม่เสี่ยงต่อสัตว์มีพิษหรือแมลงก่อกวนทั้งสัตว์นำโรค แยกขยะมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะ ไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์แมลงและเชื้อโรค รวมถึงการควบคุมป้องกันแมลงและสัตว์พาหะนำโรค อาคารที่พักอาศัยต่างๆ ควรมีการควบคุม ป้องกัน และกำจัดแมลงและสัตว์พาหะนำโรค การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในที่อยู่อาศัย น้ำอุปโภคและบริโภคจะต้องสะอาดได้มาตรฐาน การกำจัดน้ำเสียที่เกิดขึ้นตามอาคารที่อยู่อาศัยควรรวบรวมและกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง รวมถึงการเก็บรักษาอาหารและการถนอมอาหารเพื่อบริโภคในมือถัดไปได้ การกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในที่อยู่อาศัยจะต้องถูกสุขลักษณะ การกำจัดขยะมูลฝอย ตามอาคารที่อยู่อาศัยควรจัดให้มีการเก็บ บ้าน ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรออกแบบให้ดูแลรักษาง่าย ควรจะมีขนาดพอเหมาะ ถ้าเป็นหลังใหญ่ควรจะมีห้องซึ่งง่ายต่อการปิดไว้เพื่อสะดวกสบายในการดูแลบ้าน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ชั้นบนของตัวบ้านเพราะมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกบันไดได้ ควรจัดห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุให้นอนในชั้น 1 ของบ้าน ซึ่งอาจมีบันไดเลื่อนลูมึนนิยมนป้องกันพายุ ลมแรงที่อาจจะกระหน่ำประตุนกเกิดอันตรายได้ และพื้นที่รอบบ้าน ควรมีสวนหญ้าที่มีพุ่มไม้เตี้ย ไม่ควรปลูกต้นไม้ใหญ่สูงเพื่อลดงานสนามลง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาผู้อื่นและพึ่งพาตัวเองให้มากที่สุด ในการ



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

เยี่ยมบ้านเพื่อดูสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน จะทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้การดูแลและติดตามต่อเนื่องได้ ตัวอย่างการสอนและให้คำแนะนำการปรับพื้นบ้านป้องกันอุบัติเหตุให้มีการปรับพื้นบ้านให้อยู่ในระนาบเดียวกันทั้งบ้าน ลดการเล่นระดับภายในบ้าน เพิ่มราวจับกระชับมือเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุพยุงตัวขึ้นและฝึกเดินโดยการจับราว และจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่จำจนเกินไปเพราะจะทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นแย่ลงได้ แนะนำให้มีการจัดของเพื่อให้เป็นระเบียบ ชิดตัวกำแพงบ้าน โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการคว่ำหรือล้มได้

สรุป

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือว่าเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับชุมชน ครอบครัว และบุคคลมากที่สุด เข้าใจความแตกต่างของบุคคลในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและอยู่ในความดูแลจะเชื่อและปฏิบัติตามข้อมูล คำแนะนำและการช่วยเหลือของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องมีศักยภาพในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก และต้องมีความสามารถในการที่จะส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยภายใน โดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ป้องกันการอ่อนแรง ส่งเสริมการทรงตัว ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความสามารถที่จะทำได้ ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเอง สำหรับพื้นที่รอบบ้าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณรอบบ้าน ให้สะอาด เรียบร้อย พื้นเรียบเสมอกันหรือมีการวางของกีดขวางจนอาจจะเป็นแหล่งอาศัยของสัตว์มีพิษ ซึ่งเป็นจุดเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุและเนื่องด้วยความเสี่ยงของร่างกายตามวัยของผู้สูงอายุ ย่อมจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายอยู่แล้ว ผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการทำให้ไม่ให้เกิดการหกล้มหรืออุบัติเหตุของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และต้องส่งเสริมให้มีการจัดเตรียมบ้านและบริเวณรอบบ้าน ตระหนักในความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุและปัญหาการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้



บรรณานุกรม

- อนามัยสิ่งแวดล้อม, สำนัก. (2558). การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. นนทบุรี : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- โรคไม่ติดต่อ, สำนัก. (2560). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 – 2564. นนทบุรี : ผู้แต่ง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

มหิดล, มหาวิทยาลัย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2561). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล.

นครปฐม : ผู้แต่ง.

วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5

พ.ศ. 2557. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่

4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด.

อนามัยสิ่งแวดล้อม, สำนัก. (2559). คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบูรณ์. นนทบุรี : สำนัก

อนามัย สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนัก. (ม.ป.พ.). คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อย

โอกาสและผู้สูงอายุ.

การพยาบาล, สำนัก. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward. สำนักงานปลัดกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.



**แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและ
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง**

**SOCIAL SUPPORT, DEPRESSION AND RESILIENCE
QUOTIENT IN RELATION TO SELF-CARE AMONG HIV
INFECTED PERSON**

กรรณิการ์ ดาโลดม* อรณัฐ ภาชีน** ชวีวรรณ บุญสุยา**
Kannika Dalodom Oranut Pacheun** Chaweewon Boonshuyar***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง อายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 165 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามถึงคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One-way ANOVA ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และ Multiple Regression analysis ณ ระดับนัยสำคัญ 5%

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สำหรับการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ

* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*Master of Art Program in Health Promotion, Faculty of Public Health, Thammasat University.

**Assoc.Prof., Department of Health Promotion, Faculty of Public Health, Thammasat University.



ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) กล่าวคือผู้ติดเชื้อที่มีการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทั้ง 3 ด้านดังกล่าวในระดับที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ($p\text{-value} < 0.01$) ข้อเสนอแนะคือ คลินิกควรเพิ่มการประเมินพลังสุขภาพจิตและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไข้รายใหม่และส่งเสริมให้มีการจัดโปรแกรมสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ภาวะซึมเศร้า/พลังสุขภาพจิต/แรงสนับสนุนทางสังคม

ABSTRACT



This descriptive research measured the relationship of social supports depression and resilience quotient on self-care behaviors. The participants are 165 HIV infected patients receiving care at a clinic who's aged from 25 to 60. In-person interviews used structured questionnaires to obtain information. The statistic methods included One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient, and Multiple Regression analysis at a 5 % significance level were applied.

The results showed that, Self-care of the sample was at a good level 49.1%, followed by medium level 47.9%, and showed that the respondents with good score for resilience quotient related to good self-care behaviors ($p\text{-value} < 0.01$). However, the respondents with good perception on social supports showed lesser in self-care behaviors ($p\text{-value} < 0.01$). Moreover, depression was the only factor that correlated with self-care behavior. The HIV-infected with depressive symptom had lesser self-care behaviors significantly ($p\text{-values} < 0.01$).

To improve the self-care behaviors of HIV infected patient, an assessment of resilience quotient and screening for depression should be performed within clinic. Moreover, the resilience improvement program should be developed.

Keywords: Self-care behaviors/ Depression/ Resilience quotient/ Social supports

บทนำ

ในปัจจุบันโรคเอดส์ ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประชากรและยังเป็นโรค ที่ยากต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง โรคเอดส์จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และการสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 36.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.2 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัส 15.8 ล้านคน โดยจำแนกเป็นผู้ใหญ่ที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา ร้อยละ 41 และเด็ก ร้อยละ 32 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ร้อยละ 73 (UNAIDS/WHO, 2013)

สำหรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสะสม 1,526,028 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 6,759 ราย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นประชาชนวัยแรงงาน ซึ่งเป็นทรัพยากรหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเอดส์มีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ เกษตรกรรม ค้าขาย แม่บ้านและข้าราชการ (สำนักโรคเอดส์รณรงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557) การป้องกันและแก้ไขปัญหาจึงต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และเอกชน ในการดำเนินงานและระดมทรัพยากร ประเทศไทยจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ควบคู่ไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557-2559 อยู่ในหลักการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสร้างความเป็นธรรมในสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียมโดยเคารพต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กรมควบคุมโรค, 2555 : 11)

ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 3.5 แสนราย ได้รับยาต้านไวรัส 1.7 แสนราย และในปี พ.ศ. 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบกองทุนเอดส์ 2,946 ล้านบาท สำหรับดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสทั้งสูตรพื้นฐาน สูตรด้อยา ป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดติดเชื้อภาวะหลังสัมผัส การตรวจเลือดและการป้องกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศต้องมีการวางแผนจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พัฒนาระบบและเตรียมความพร้อมบุคลากรในระบบสาธารณสุข (อรดี โชติเสน, 2558 : 1) โรคเอดส์เป็นโรคที่มีผลกระทบรุนแรงซับซ้อน มากกว่าการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพราะเป็นโรคติดต่อที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสังคมรังเกียจ ถือเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต เหมือนชีวิตมืดมิด (ทองดาร์นิ เมียสพรม, 2556 : 58) อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

จากสถิติดังกล่าวพบว่าสถานการณ์เอดส์รุนแรงและวิกฤติมาก การดำเนินของโรคที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ชุดวีรกรรม จันคามิ, 2550 : 2) ปัจจุบันไม่สามารถรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคได้โดยการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคทำให้ปริมาณเชื้อในร่างกายลดลงมากที่สุดและยาวนานที่สุด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดต่อเนื่อง และสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต เพื่อไม่ให้เกิดการดื้อยาและการรักษาล้มเหลว ควบคู่กับการดูแลตนเองให้ดีเพื่อส่งเสริมให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัดพบแพทย์และดูแลตนเองไม่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การเกิดการดื้อยา การรักษาล้มเหลว ไม่มีสูตรยาใดสามารถรักษาได้ เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น (ทองดาร์ริน เมียสพรม, 2556 : 58) ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและถ้าขาดการสนับสนุนและการเสริมกำลังใจที่ดี อาจนำไปสู่ความท้อแท้ หดหู่ บางรายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนมากไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้น้อยมาก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเอง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

คลินิกโรคติดเชื้อแห่งนี้ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งครอบครัวแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้ออายุรกรรม สูติแพทย์และกุมารแพทย์ ร่วมกับทีมพยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และชมรมผู้ติดเชื้อ โดยมีผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 900 ราย ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ คลินิกนี้ให้การรักษารอบทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มเปราะบางต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมสูงและยังไม่มีเคยมีการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาทำความเข้าใจพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อติดตามให้การช่วยเหลืออย่างจริงจังและต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกมิติ ร่วมกับการมีระบบเฝ้าระวังและการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่บุคคลกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ระบุพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. วัดระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามาใช้บริการและมีการบันทึกประวัติในการรักษา ณ คลินิกแห่งหนึ่ง จำนวน 165 คน ที่เข้ารับการรักษาดังตั้ง 2 สัปดาห์ ถึง 2 ปี เพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 25-60 ปี

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้ One-way ANOVA ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และ Multiple Regression analysis ณ ระดับนัยสำคัญ .05

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้อธิบายสาระสำคัญของการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจและยินยอมจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ที่ทำให้เกิดความเสียหาย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำหรือเช็ดตัวทุกวัน ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีครบถ้วน ตรงเวลา และใช้ถุงยางในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.1, 80.0, 79.4 และ 67.9 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 51.5 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รองลงมาคือ ร้อยละ 47.9 เมื่อมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า จะผ่อนคลายโดยการพูดคุยกับคนที่คุ้นเคย ไว้ใจได้ ร้อยละ 47.3 เมื่อมีปัญหาหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคจะปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 46.1 หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกในบ้านที่ป่วยในระบบทางเดินหายใจ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 70.9 และ ร้อยละ 86.1 รับประทานอาหารเสริมและรับประทานยาสมุนไพร ร้อยละ 26.7 หากไม่สบายมักปล่อยทิ้งไว้ให้หายเองมากกว่าที่จะไปรับการรักษาจากแพทย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.2 มีอายุเฉลี่ย 36.87 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.85 ปี) ร้อยละ 64.9 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และร้อยละ 35.1 มีอายุ 40-60 ปี ส่วนการศึกษาสูงสุด ร้อยละ 56.3 มีการศึกษาดำรงปริญญาตรี ร้อยละ 33.3 มีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี และร้อยละ 10.3 มีการศึกษาระดับปริญญาโท ส่วนสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 30.3 มีสถานภาพสมรส ส่วนร้อยละ 8.4 มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ย 20,000-34,999 บาท ร้อยละ 42.4 มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท และร้อยละ 19.2 เป็นผู้มีรายได้ 35,000-200,000 บาท สำหรับความเพียงพอของรายได้เพื่อใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 46.1 ระบุว่าเพียงพอ ร้อยละ 43.0 ระบุว่าเพียงพอบ้างไม่เพียงพอ บ้าง และร้อยละ 10.9 ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ ส่วนการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 26.0 ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 14.5 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว สำหรับสถานที่พักอาศัย ร้อยละ 72.6 อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยพบว่า ร้อยละ 50.9 พักอาศัยในจังหวัดปทุมธานี และร้อยละ 12.7 พักอาศัยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนร้อยละ 15.8 พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 4.2 พักอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับบุคคลที่พักอาศัยด้วยในปัจจุบัน ร้อยละ 30.3 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา/คู่นอน ร้อยละ 24.8 อาศัยอยู่คนเดียว และร้อยละ 23.6 อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 61.8 ยอมเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ โดยร้อยละ 26.1 เปิดเผยสถานะ การติดเชื้อมีสามี/ภรรยา ร้อยละ 20.6 เปิดเผยสถานะ การติดเชื้อมีบิดา/มารดา และร้อยละ 19.4 เปิดเผยสถานะการติดเชื้อมีญาติ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อมีร้อยละ 38.2 ส่วนระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาดังตั้ง 2 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน และ 13 เดือน ถึง 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.9 และ ร้อยละ 46.1

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การพักอาศัย การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี						
คุณลักษณะส่วนบุคคล	n	mean	SD	p-values	95% CI	
					LL	UL
รวม	165	58.91	7.50		57.76	60.06
เพศ				.360		
ชาย	124	59.22	7.42		57.90	60.54
หญิง	41	57.98	7.76		55.53	60.43
ระดับการศึกษา				.824		
ประถมศึกษา	20	59.00	6.65		55.89	62.11
มัธยมศึกษา/ปวช	56	59.23	7.40		57.25	61.21
อนุปริญญา/ปวส	17	60.29	6.26		57.07	63.51
ปริญญาตรี	55	58.00	8.46		55.71	60.29
ปริญญาโท	17	59.29	7.05		55.67	62.92
สถานภาพสมรส				.179		
โสด	101	59.53	7.65		58.02	61.05
สมรส/หม้าย/หย่า/แยก	64	57.92	7.21		56.12	59.72
ความเพียงพอของรายได้				.618		
เพียงพอ	76	59.45	7.48		57.74	61.16
เพียงพอบ้าง/ไม่เพียงพอบ้าง	71	58.65	7.20		56.94	60.35
ไม่เพียงพอ	18	57.67	8.94		53.22	62.11

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี						
คุณลักษณะส่วนบุคคล	n	mean	SD	p-values	95% CI	
					LL	UL
อาชีพ				.152		
ประกอบอาชีพ	153	59.14	7.50		51.36	60.48
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	55.92	7.18		57.95	60.34
การพักอาศัย				.743		
อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	124	58.80	6.90		57.57	60.02
อยู่คนเดียว	41	59.24	9.18		56.35	62.14
การเปิดเผยสถานะ				.836		
เปิดเผย	102	58.81	7.42		57.36	60.27
ไม่เปิดเผย	63	58.91	7.50		57.13	61.00
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา				.462		
2 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน	89	58.07	9.25		56.11	60.01
13 เดือน ถึง 24 เดือน	76	59.06	7.92		57.25	60.87

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและการจัดการกับปัญหาที่ดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สำหรับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั่นคือ ผู้ที่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหรืออย่างใดอย่างหนึ่งจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่รู้สึกท้อแท้ ไม่รู้สึกสิ้นหวังและไม่รู้สึกเบื่อ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับจาก สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) กล่าวคือผู้ติดเชื้อที่มีการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทั้ง 3 ด้านดังกล่าวในระดับที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 165 คน

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
	r	p-values
พลังสุขภาพจิต		
ความมั่นคงทางอารมณ์	.297	.000
กำลังใจ	.395	.000
การจัดการกับปัญหา	.281	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.335	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม		
สมาชิกในครอบครัว	-.180	.010
เพื่อน	-.169	.015
บุคลากรทางการแพทย์	-.220	.002

จากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ พลังสุขภาพจิต (ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ การจัดการกับปัญหา) ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เข้าไปในสมการแสดงความสัมพันธ์ (Multiple Regression) รายละเอียดดังตารางที่ 3 โดยควบคุมตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย เพศ อายุ ความพอเพียงของรายได้ สถานภาพสมรสและอาชีพ พบว่าตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ 23.7% มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ ภาวะซึมเศร้า เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นในสมการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าพลังสุขภาพจิตแต่ละด้านจะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นในสมการก็ตาม แต่เมื่อมีความมั่นคงทางอารมณ์และกำลังใจที่ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้วย หากผู้ป่วยเอชไอวีมีพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการกับปัญหาที่ดีขึ้นจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม



กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการ พบว่า แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น สำหรับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ที่มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 165 คน

ตัวแปร	b	s.e(b)	b _{std}	p-values LB	95 % CI for B	
					UB	
ค่าคงที่	47.979	6.067			35.993	59.965
พลังสุขภาพจิต						
ความมั่นคงทางอารมณ์	0.157	0.137	0.111	0.253	-0.114	0.429
กำลังใจ	0.553	0.289	0.206	0.057	-0.017	1.124
การจัดการกับปัญหา	-0.001	0.274	-0.001	0.996	-0.543	0.541
ภาวะซึมเศร้า	-3.127	1.37	-0.189	0.024	-5.833	-0.421
แรงสนับสนุนทางสังคม จาก						
สมาชิกในครอบครัว	0.021	0.142	0.013	0.880	-0.258	0.301
เพื่อน	-0.103	0.115	-0.07	0.370	-0.331	0.124
บุคลากรทางการแพทย์	-0.331	0.198	-0.131	0.097	-0.723	0.06
เพศ (0=ชาย , 1=หญิง)	0.931	1.46	0.054	0.525	-1.953	3.816
อายุ (ปี)	0.067	0.064	0.088	0.294	-0.059	0.193
ความเพียงพอของรายได้						
(0=ไม่เพียงพอ , 1=เพียงพอ)	0.05	1.124	0.003	0.965	-2.171	2.271





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ตัวแปร	b	s.e(b)	b _{std}	p-values LB	95 % CI for B	
					UB	
สถานภาพสมรส (0=โสด 1=ไม่โสด)	-2.272	1.384	-0.148	0.103	-5.007	0.463
อาชีพ (0= ไม่ประกอบอาชีพ 1= ประกอบอาชีพ)	-2.581	2.126	-0.09	0.227	-6.781	1.619
R Square=.2R Square=.237, Adjusted R Square=.177 , $\sqrt{MSE}$ =6.80455, df=(12,152), p-value<.001						

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ รับประทานยาต้านไวรัสครบถ้วน ตรงเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ติดตามผลการรักษา ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกในบ้านที่ป่วยในระบบทางเดินหายใจ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเสริมหรือสมุนไพรเพื่อช่วยบำรุงร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกา ศรีราช กล่าวไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจถึงผลของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่จะส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาสูง ดังนั้นผู้ที่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรจึงมีความตั้งใจที่จะดูแลตนเองที่เหมาะสมส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสกว่าผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เน้นศึกษาทางด้านจิตใจแต่ขาดผลการรักษาทางด้านร่างกาย เช่น ค่า CD4 ที่บ่งชี้ถึงความแข็งแรงทางด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกายเมื่อได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วย

นอกจากนี้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ได้แก่ การพูดคุยหรือปรึกษาญาติหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหา พบว่าปฏิบัติกันบ้าง ครั้ง และ ไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 27.3 และ 12.2 ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ในด้านการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกาย ร้อยละ 6.1 และยังพบว่าพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ยังมีกลุ่มผู้ติดเชือบางส่วนที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 6.1 และ 4.8 ซึ่งมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้จึงควรให้ความรู้เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ แล้วพบว่าการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ถามถึงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญเชิงลบที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้นได้ เช่น พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอาจลดลงเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้โอกาส ในการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้มากขึ้น

พลังสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 63.0 , 60.6 และ 56.0 ตามลำดับ ส่วนพลังสุขภาพจิตที่สูงกว่าปกติพบว่า ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 23.6 สำหรับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คือ ด้านการจัดการกับปัญหาร้อยละ 4.4

ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง นั่นคือ ร้อยละ 28.5 เป็นผู้ที่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่รู้สึกท้อแท้ ไม่รู้สึกสิ้นหวังและไม่รู้สึกเบื่อ

แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ร้อยละ 80.0 , 61.1 และ 55.8 ตามลำดับ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในระดับดี คือ เพื่อน ร้อยละ 38.8 และแรงสนับสนุนที่ได้รับในระดับน้อย คือ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 30.9

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิต ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-values} < 0.01$) กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับ เชิดเกียรติ แก้วกลี (2552) กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะในระยะแรกที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเครียดขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นความเครียด (stress) ที่ส่งผลทั้งทางกายและทางจิตใจในเวลาเดียวกันและบางครั้งเป็นความเครียดต่อเนื่องที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ผู้ติดเชื้อ





เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะช็อกและปฏิเสธ รู้สึกสับสน ตกใจ ไม่เชื่อว่าตนเองติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิภา ศรีราช (2559) กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาดังแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 10 ปี มีทั้งผู้ติดเชื้อรายใหม่และรายเก่าอาจทำให้ผู้ที่สามารถปรับตัวกับการรักษา ภาวะเครียดลดลงตามระยะเวลาที่เข้าระบบการดูแลสุขภาพ ส่วนภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับ พุชียะห์ หะยี (2551) กล่าวว่า การจัดการความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกท้อแท้ เพลีย ไม่สดชื่น ไม่มีแรง อยากพักผ่อนของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าด้วยตนเองและโดยพยาบาล การแสดงต่อผู้อื่นด้วยความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยให้ความเป็นกันเองและกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น พรนิภา หาญละคร (2556) กล่าวว่า การที่จะลดอาการซึมเศร้าลงได้จำเป็นต้องปรับแก้ที่กระบวนการคิดของผู้ป่วยและในการที่จะปรับแก้กระบวนการคิดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้ามีอารมณ์ผ่อนคลายขึ้นโดยการฝึกสมาธิ เมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์ผ่อนคลายแล้วจึงจะสามารถเรียนรู้ในการปรับความคิดใหม่ได้ดีขึ้น

แรงงานสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-values} < 0.01$) นั่นคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง อาจเนื่องมาจากคลินิกแห่งนี้มีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นศูนย์คลินิกเฉพาะทาง มีระบบแนวทางปฏิบัติและอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ จึงทำให้ผลการศึกษาก่อนได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาอยู่ในวัยทำงาน สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่จะคอยรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างมากนักและอาจเนื่องมาจากหลายคนยังมองว่าเป็นโรคที่น่าอายไม่เหมือนกับการเกิดโรคชนิดอื่นๆ จึงมีคนไข้บางส่วนที่ยังไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อให้บุคคลอื่นทราบ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ถวนันท์ สัจจเจริญพงษ์ (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส และไม่สอดคล้องกับ ดวงนา ดิสมุท (2557) ซึ่งกล่าวว่า ได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทั้งในเรื่องการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การดูแลทางด้านจิตใจและการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยความจริงเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัว การที่ผู้ติดเชื้อได้รับการยอมรับและไม่มีการแสดงออกซึ่งความรังเกียจจากครอบครัวนั้น

ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่สอดคล้องกับทฤษฎี เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถแสดงให้ เห็นว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างใดเกิดก่อนหรือเกิดหลัง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1) เพื่อให้ผลการวิจัยนำไปสู่การดำเนินการ ทิมีสุขภาพของคลินิกแห่งนี้ควรมุ่งเน้นการทำความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น พฤติกรรม การใช้ ยาอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ หากไม่สบายควรรมาพบแพทย์ไม่ปล่อยทิ้งไว้ให้หายเอง
- 2) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มวิธีการป้องกันและควบคุมโรคซึมเศร้าและ สอบถามเรื่องจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบสอบถาม 2Q ในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี
- 3) เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น โอกาสในการเข้าถึงบริการของชมรม เพื่อนช่วยเพื่อน จัดกิจกรรมในชมรมเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้มากขึ้น และเพิ่มกิจกรรมสร้างกำลังใจทางบวก เป็นต้น



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อเป็น แนวทางในการดูแลภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2558). สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย. สำนักโรคบาติวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม, 2558, จาก <http://www.m-society.go.th>
- ชนิกา ศรีราช. (2559). พฤติกรรม การกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกการจัดการ การสร้างเสริมสุขภาพ.
- ชุตีวรรณ จันคามิ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชีวิ ภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับ ชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

- เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ. (2552). ภาวะการรักษาล้มเหลวและสงสัยว่าเกิดภาวะเชื้อดื้อยาต่อต้านไวรัส.
[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม, 2556, จาก: <http://tci-thaijo.org/index.php>.
- ดวงนา ดิสมุท. (2557). การรับรู้ตราใบในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
ถวนันท์ สัจเจริญพงษ์. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอก
สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.
- พรนิภา หาญละคร. (2556). ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึก
สมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะ
แพทยศาสตร์.
- ทองดาริน เมียสพรม. (2556). ประสบการณ์การดูแลตนเองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับ
ยาต้านไวรัส. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
31(3), 57-58.
- ฟูซิยะห์ หะยี. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่ผสมผสานการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2557). คู่มือแนวทางการตรวจรักษาและ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. ประเทศไทย (Thailand National Guidelines on HIV/
AIDS Treatment and Prevention 2014). สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน, 2558, จาก
<http://www.bob.moph.go.th>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). สถิติผู้ป่วยเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
โปรแกรมระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP สืบค้น
เมื่อ 22 มิถุนายน, 2558, จาก <http://dmis.nhso.go.th>
- อรดี โชติเสน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- UNAIDS/WHO. UNAIDS report on the global AIDS epidemic [Online]. 2013. สืบค้นเมื่อวันที่
16 มิถุนายน, 2558, จาก <http://www.unaids.org/en>

**ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์
(Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบ
สุขภาพของประเทศไทย**

**Medical Hub Policy Strategy and Situations Reflecting Impact
on the Health System of Thailand**

ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร*

Thammarat Marohabutr*

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทบทวนสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ขอบเขตของการวิจัยเป็นการศึกษาครอบคลุมตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) จนกระทั่งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) โดยใช้ระเบียบการวิจัยแบบการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการศึกษาเอกสารจากข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลตติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

ผลการวิจัยพบว่า นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคเอกชน หลังจากประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลเอกชนจึงปรับตัวโดยการเน้นรักษาพยาบาลชาวต่างชาติมากขึ้นเพื่อเข้ามาทดแทนรายได้ที่ลดลง ประกอบกับรัฐบาลเห็นโอกาสในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและเพิ่มรายได้ให้กับประเทศจากการให้บริการชาวต่างชาติ จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 2 แผน โดยการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดช่วงเวลาของแผนยุทธศาสตร์มีจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นสะท้อนความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากนโยบาย อย่างไรก็ตามการที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งลาออกจากการทำงานในภาครัฐในช่วงเวลาดังกล่าวที่สะท้อนภาวะสมองไหลไปสู่ภาคเอกชนที่เป็นผู้ให้บริการหลักแก่ชาวต่างชาติ แสดงถึงผลกระทบประการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยพบว่า การกำหนดและดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ควรให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบาย ทั้งนี้ เพื่อได้รับมุมมองที่รอบด้านในการแก้ไขปัญหาและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพหลักของประเทศ อีกทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ควรจัดตั้งกลไก และแนวทางในการแบ่งปัน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Asst.Prof., Department of Society and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันโดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการให้บริการในภาคเอกชนและภาครัฐที่ให้บริการหลักในระบบสุขภาพของประเทศ

คำสำคัญ : ศูนย์กลางทางการแพทย์/ ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ/ การรักษาพยาบาลชาวต่างชาติ

Abstract

The objective of the research titled “Medical Hub Policy Strategy and Situations Reflecting Impact on the Health System of Thailand” is to study and review situations amid the Medical Hub policy and its impacts on the health system of Thailand. The scope of study covers the “Center of Excellent Health Care of Asia” strategic plan (2004-2008) until the “Thailand as World Class Health Care Provider” strategic plan (2010-2014). The methodology is based on qualitative approach using documentary research from secondary and tertiary data in relation to the Medical Hub policy strategy, including the impacts on Thailand’s health system.

The findings revealed that the Medical Hub policy had its origin in the increasing number of foreigners traveling to Thailand for medical purposes, especially in the private sector. After the 1997 economic crisis in Thailand, private hospitals had to adapt themselves to revenue decreases by rendering more healthcare services to foreigners. In the meantime, the government used this opportunity to solve the economic problems seeking earnings for the country by means of providing healthcare to foreigners. The two strategies were therefore instigated through the actions of related public agencies. Throughout the implementation of the strategic plans, there had been an increase in the number of foreign healthcare receivers reflecting a success of the policy. However, there had also been a certain number of doctors and nurse practitioners resigning from the public sector during this period reflecting a brain drain to the private sector as the main service provider to the foreigners. This situation implied an impact on the health system of Thailand.

The research recommended that the participation in making and implementation of the Medical Hub policy should include all sectors namely the public, private and societal sectors in order to get comprehensive perspectives to solve problems and mitigate impacts incurred in the mainstream health system of the country. Moreover, the public and private sectors should establish mechanism and guidelines to share the use of medical resources, especially the human resources, in order to manage balance between the services provided by the private and public sectors as the public sector is the main provider in the national health system.

Keywords: Medical Hub/ health system impact/ healthcare for foreigners

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนชาวต่างชาติเข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยในส่วนของธุรกิจบริการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากในช่วงของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) (พ.ศ. 2547-2551) ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้สะท้อนความสำคัญของนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เพื่อให้บริการชาวต่างชาติ ถือเป็นช่องทางในการแสวงหารายได้เข้าประเทศทางหนึ่ง ธุรกิจบริการรักษาพยาบาลเป็นผลผลิตหลักผลผลิตหนึ่งจากจำนวน 3 ผลผลิตหลักของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้แก่ ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย ทั้งนี้ รัฐบาลไทยได้แสดงเจตนารมณ์ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) (Thailand as World Class Health Care Provider) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2 โดยมีการเพิ่มบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ามาอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ด้วย จากการแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2555 ที่นโยบายนี้ปรากฏในนโยบายที่ 4 เกี่ยวกับนโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต ข้อที่ 4.3 เรื่องนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีสาระสำคัญเพื่อขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นเลิศในผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพการักษาพยาบาลโดยการประสานความร่วมมือเพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จากคำแถลงของนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน

ตัวเลขผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลัง พ.ศ. 2543 สถิติของจำนวนและอัตราการขยายตัวของผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 27.2 ต่อปี (สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548: ธ-1) การเพิ่มขึ้นดังกล่าวทำให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติมากที่สุดในเอเชีย และมากกว่าประเทศสิงคโปร์ (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2553) โดยปัจจัยที่ส่งเสริมการขยายตัวดังกล่าวได้แก่การเปิดเสรีทางการค้าบริการในภาคธุรกิจการักษาพยาบาลของประเทศไทยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของควมมีศักยภาพในการให้บริการด้วยมาตรฐานระดับโลกและราคาไม่แพง รวมทั้งควมมีชื่อเสียงในเรื่องการให้บริการที่เป็นเลิศ (service hospitality) (วรรณวิภา ปสันธนาธร เสาวคนธ์ พิระพันธุ์ กวีพงษ์ เลิศวัชราร และธวัชชัย บุญโชติ, 2552) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาตินี้ มีส่วนเสริมสร้างเศรษฐกิจไทยเนื่องจากภาคเศรษฐกิจซึ่งสามารถนำรายได้เข้าสู่ประเทศมหาศาล รวมทั้งการมีรายได้เข้าประเทศเพิ่มมากขึ้น (เดลินิวส์ “เมดิคัล ฮับ” เฟส 2, 2553) การที่รายได้เข้าประเทศ





เพิ่มขึ้น นอกจากจะเป็นรายได้จากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยชาวต่างชาติเองแล้ว ยังมีรายได้ที่ได้จากผู้ติดตามเข้ามาใช้บริการทางด้านอื่นที่เกี่ยวข้องเนื่องภายใต้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) เช่น การพักผ่อนหลังการรักษาพยาบาล หรือสปาเพื่อสุขภาพ เช่นกัน

ข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จของนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) จากจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อาจก่อให้เกิดปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบที่มีต่อความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงระบบสุขภาพของประเทศไทย (Pachanee, 2009; NaRanong & NaRanong, 2011: 336–344; อติสร ภัทราดุลย์, ม.ป.ป.) ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวสะท้อนได้จากการที่จะเข้าสู่ศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคอาจต้องมีการใช้ทรัพยากรต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ กำลังคนที่ต้องใช้เพื่อดูแลทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากขึ้นเพื่อดูแลชาวต่างชาติ อันได้แก่ แพทย์ และพยาบาล ในขณะที่อัตราส่วนของบุคลากรเหล่านี้สำหรับประชากรในประเทศยังขาดแคลนอยู่มาก อีกประการหนึ่งทางด้านกำลังคนอาจเกิดภาวะสมองไหล (brain drain) ที่จะเกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐจากโรงเรียนแพทย์ไปยังภาคเอกชน เพื่อรองรับผู้มาใช้บริการจากต่างชาติ จะทำให้เกิดปัญหาขาดกำลังคนในการดูแลทางด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทย นอกจากนี้ การที่ภาคเอกชนแข่งขันกันมากเกินไปโดยไม่มีระบบและการจัดสรรปันส่วนที่ดี อาจทำให้เกิดการลงทุนสูงในเทคโนโลยีเกินความจำเป็นในภาคเอกชน และอาจเกิดการซื้อตัวแพทย์และพยาบาลที่มีความสามารถสูงจากภาครัฐส่งผลกระทบต่อขาดบุคลากรรักษาผู้ป่วยภายใต้ระบบสุขภาพของรัฐ ทำให้การบริการที่ให้แก่ประชาชนไทยโดยรวมต้องคุณภาพลง (อติสร ภัทราดุลย์, ม.ป.ป.)

แม้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่คาดการณ์ไว้ไม่ว่าจะเป็นในแง่บวก อันได้แก่ การเพิ่มโอกาสทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศ และในแง่ลบ อันได้แก่ การเพิ่มการแข่งขันช่วงชิงทรัพยากรทางการแพทย์ในประเทศ รวมทั้ง ความสามารถในการตอบสนองด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐที่มีน้อยลง จากข้อมูลและการศึกษาดังกล่าวจึงทำให้เป็นที่สนใจศึกษาสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ท่ามกลางนโยบายสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของรัฐบาล ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายและประกอบการตัดสินใจในการดำเนินนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย
2. เพื่อทบทวนสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาครอบคลุมตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) (พ.ศ. 2547-2551) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะแรก จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as World Class Health Care Provider) (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้ระเบียบการวิจัยแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยการศึกษาเอกสาร (documentary research) จากข้อมูลทุติยภูมิศึกษาข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย และจากข้อมูลตติยภูมิศึกษาจากบทความ บทวิเคราะห์ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการศึกษาเกี่ยวข้องกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยย้อนหลังไป 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเอกสารเป็นการรวบรวมข้อมูลในระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยข้อมูลทุติยภูมินี้จะนำมาใช้สนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลตติยภูมิ ได้แก่ บทความ บทวิเคราะห์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ข้อมูลทั้งข้อมูลทุติยภูมิและตติยภูมิใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการเนื้อหา (content analysis) เพื่อการวิเคราะห์ โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-SSIRB No.: 2017/193 (B2) เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

พัฒนาการเชิงนโยบายของนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เริ่มเกิดขึ้นในประเทศไทยหลังยุค พ.ศ. 2510 แต่หลังจากความต้องการจากประเทศตะวันตกด้านการแพทย์เพื่อความงามและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น อีก





ทั้งการแพทย์ทั้งสองแขนงดังกล่าวมิได้รวมอยู่ในระบบประกันสุขภาพของชาติตะวันตก ทำให้ชาวตะวันตกเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อรับบริการ จนกระทั่งราวปี พ.ศ. 2530 ประเทศไทยได้กลายเป็นจุดหมายสำคัญของการบริการศัลยกรรมเสริมความงาม ส่วนการรักษาพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนยังได้เริ่มนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและใช้บุคลากรที่ได้รับการศึกษาจากประเทศตะวันตกโดยให้บริการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น ศัลยกรรมหัวใจ การให้บริการเวชศาสตร์เชิงป้องกัน การบริการตรวจสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ รวมทั้งโปรแกรมรักษาพยาบาลร่วมกับการท่องเที่ยวพักผ่อน (Cohen, 2008)

จุดเปลี่ยนที่สำคัญของการขยายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยเกิดขึ้นหลังภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในปี พ.ศ. 2540 ภาคเอกชนพยายามแก้ปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากก่อนปีดังกล่าวประเทศไทยมีการลงทุนและขยายกิจการโรงพยาบาลเอกชนเป็นอย่างมาก โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2534-2542 มีการขยายจำนวนเตียงจาก 14,927 เตียง เพิ่มขึ้นเป็น 40,825 เตียง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 173.5 (อัญญา ณ ระนอง, 2554: 47-81) หลังเศรษฐกิจตกต่ำ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งประสบปัญหาอัตราการครองเตียงลดลงมากและเกิดภาวะเตียงว่างจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้รับบริการในระดับบน เนื่องจากกลุ่มที่เคยเป็นลูกค้าหลักมีรายได้ลดลง จึงหันไปรับบริการรักษาพยาบาลที่อื่น จึงพยายามปรับตัวโดยการหาลูกค้าจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูง เช่น ญี่ปุ่น ยุโรป และตะวันออกกลางเข้ามาเสริม รัฐบาลจึงหันมาสนใจการหารายได้เข้าประเทศจากบริการด้านสาธารณสุขซึ่งมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันดีในระดับภูมิภาคอยู่แล้ว โดยการนำคนไข้จากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงเข้ามารับบริการทางการแพทย์และสุขภาพในประเทศไทย (ครรชิต พุทธโกษา, 2554) รัฐบาลจึงเกิดแนวคิดเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยจัดทำยุทธศาสตร์เฉพาะเพื่อพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) โดยมีเป้าหมายเพื่อดึงดูดเม็ดเงินจากต่างประเทศเพื่อสร้างรายได้ให้แก่ประเทศในเวลาต่อมา

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Medical Hub of Asia) (พ.ศ. 2547-2551) เป็นนโยบายที่ประกาศใช้โดยรัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยเมื่อ พ.ศ. 2546 (อัญญา ณ ระนอง, 2554: 47-81; Cohen, 2008) รัฐบาลได้จัดประชุมเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546 โดยมี คณะทำงานจาก 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง และกระทรวงพาณิชย์ รวมถึงโรงพยาบาลและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง โดยกระทรวงสาธารณสุขนำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นกลไกหลักในการผลักดันนโยบาย ทำให้นโยบายนี้ได้ถูกกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551) (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554; สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ, 2555) รัฐบาลเห็นชอบในหลักการกรอบเงินงบประมาณรายจ่ายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพเอเชียระหว่าง พ.ศ. 2547-2551 รวมเป็นจำนวน 564.5 ล้านบาท โดยครอบคลุมบริการ 3 ด้าน ได้แก่

1) การส่งเสริมการบริการด้านการแพทย์ 2) การบริการด้านสุขภาพ และ 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร (ครรชิต พุทธิโกษา, 2554; สำนักการค้ำบริการและการลงทุน, 2554) ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2551 นโยบายศูนย์กลางบริการสุขภาพได้รับการหยิบยกขึ้นมาอีกครั้งในสมัยรัฐบาลสมชาย วงศ์สวัสดิ์ ในปี พ.ศ. 2551 และรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ในปี พ.ศ. 2551 โดยเน้นการพัฒนามาตรฐานบริการในระดับสากล ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (อัญญา ณ ระนอง, 2554: 47-81)

ในช่วงการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 1 มีผู้รับบริการชาวต่างชาติให้ความสนใจเดินทางเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เป็นการสร้างรายได้ และสร้างอาชีพให้แก่ธุรกิจบริการในสาขานี้และสาขาที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานสนับสนุนนโยบายพัฒนาด้านบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 2 ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) (Thailand as World Class Health Care Provider) และกำหนดให้ไทยเป็น Academic Medical Hub of Asia เพื่อเพิ่มและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีบริการหลักรวม 4 ด้าน คือ บริการหลัก 3 ด้านเช่นเดียวกับแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 1 และเพิ่มบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาตามนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการทั้งของภาครัฐและเอกชนในบริการสาขานี้ให้มีมาตรฐานระดับสากล บนพื้นฐานการเพิ่มมูลค่าผลผลิตด้วยฐานความรู้และการสร้างเอกลักษณ์ของการบริการให้โดดเด่น โดยต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ (ครรชิต พุทธิโกษา, 2554; สำนักการค้ำบริการและการลงทุน, 2554; สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ, 2555)

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับโครงสร้างการทำงานภายในเพื่อรองรับต้นนโยบายข้างต้น มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อรับผิดชอบการดำเนินงานในเบื้องต้น โดยมีบทบาทในการกำหนดทิศทางของประเทศไทยด้วยการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมธุรกิจแพทย์แผนไทย ยาและสมุนไพรไทย ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาธุรกิจยาสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งได้จัดให้มีการหารือระหว่างหน่วยงานต่างๆ อาทิ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อพัฒนานโยบายกลางอย่างเป็นระบบ สำหรับธุรกิจบริการสุขภาพ เน้นการให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ การสร้างองค์ความรู้ และการพัฒนาเครือข่ายสู่สากล (สำนักการค้ำบริการและการลงทุน, 2554) สำหรับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยได้เปิดโครงการการตลาดอิเล็กทรอนิกส์ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และจัดทำเว็บไซต์ Thailand Medical Tourism ในปี พ.ศ. 2553 เพื่อให้ข้อมูลด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แก่สถานประกอบการด้านสุขภาพในประเทศไทย (Ricafort, 2011) ในขณะที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้ทำการศึกษา





การลงทุนของสถานประกอบการด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับนโยบายส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพ โดยการลดข้อกำหนดการลงทุนสร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ และเพิ่มระยะเวลาการงดเว้นภาษี สำหรับสถานประกอบการด้านการฟื้นฟู ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ศูนย์บริการเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และการขนส่ง และสินค้าและบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งยกเว้นภาษีนำเข้าอุปกรณ์การแพทย์ตลอดระยะเวลาโครงการ เป็นต้น (Institute for Population and Social Research, 2012)

แม้ว่าประเทศไทยไม่ได้นำบริการสุขภาพเข้าไปอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services: GATS) ภายใต้กรอบขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) GATS แต่ได้มีการนำบริการสุขภาพเข้าสู่การเจรจาการค้าบริการภายใต้ความตกลงว่าด้วยบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement for Services: AFAS) (Pachanee, 2003; เพ็ญพิสุทธิ์ ศรีกาญจน์, 2557) ซึ่งถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ประเทศไทยขยายยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพในระดับนานาชาติกว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยอาเซียนเริ่มการเจรจาข้อตกลงจำกัดด้านการค้าบริการระหว่างกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2538 และจัดทำข้อผูกพันการเปิดตลาดด้านบริการโดยลด/ยกเลิกข้อจำกัดและทยอยเปิดตลาดมากขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554) ทั้งนี้ ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นการเปิดในกรอบที่กฎหมายปัจจุบันอนุญาตไว้ภายใต้ AFAS ที่บริการด้านการแพทย์ต่างๆ ได้แก่ บริการด้านการแพทย์เฉพาะทาง บริการด้านทันตกรรม บริการด้านพยาบาล และบริการโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ มีเงื่อนไขเพิ่มเติมว่าผู้ที่ดำเนินการธุรกิจนั้นต้องมีใบอนุญาตดำเนินการและเป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วย ในปัจจุบัน อาเซียนโดยองค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติทางวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangement: MRA) ในสาขาวิชาชีพหลักๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยได้มีการลงนาม MRA สาขาวิชาชีพการพยาบาล การแพทย์ และทันตแพทย์แล้ว (สำนักการค้าบริการและการลงทุน, 2554) ข้อตกลงดังกล่าวมีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิกอาเซียนสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้อย่างเสรี

จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

หลังการเกิดขึ้นของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) ในปี พ.ศ. 2547 จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าหนึ่งล้านคนเป็นครั้งแรก จากนั้นได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.25 ล้านคนในปี พ.ศ. 2548 และประมาณ 1.33 ล้านคนในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 1.37 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 เมื่อพิจารณาจากจำนวนแล้ว สามารถกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จตามเป้าที่ตั้งไว้ว่าประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียตั้งแต่ พ.ศ. 2551 (อัญชนา रणอง, 2554: 47-81) ในปี พ.ศ. 2551 มีชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยมา

จากประเทศญี่ปุ่นมากที่สุด ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ร้อยละ 24.7 นอกจากนี้จำนวนชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกอาเซียนที่มารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. 2546-2550 เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนไทยรวม 36,708 คน ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเป็น 115,561 คน ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจากอาเซียนมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นได้อีกมากในอนาคต โดยเฉพาะเมื่ออาเซียนเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2553) เมื่อเกิดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่รับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ จากการสำรวจของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนไทยมากที่สุดมาจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกมากที่สุด โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 251,000 ราย ทั้งนี้ เมื่อรวมจำนวนชาวต่างชาติทั้งหมดที่รับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนไทยพบว่า มีจำนวน 954,107 ราย เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนแล้วเป็นชาวต่างชาติจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกมีอัตราส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 23 ตามมาด้วยยุโรปตะวันตกร้อยละ 20.43 เมื่อจำแนกตามการเข้ารับบริการตามขนาดของโรงพยาบาล และสถานพยาบาลแล้ว ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียงมากที่สุด และโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 30 เตียงน้อยที่สุด โดยร้อยละ 95.2 รับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทุกขนาด อัตราดังกล่าวแตกต่างจากการเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยในมาก โดยมีชาวต่างชาติรับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในคิดเป็นเพียงร้อยละ 4.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการชาวต่างชาติและการรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาล

ชาวต่างชาติโดยส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และในจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญเป็นหลัก บริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความนิยม คือ ศัลยกรรมด้านกระดูก ผ่าตัดหัวใจ และความงาม ทันตกรรม การตรวจสุขภาพ และโรคทางเดินอาหาร เป็นต้น (สำนักการค้าบริการและการลงทุน, 2554) โดยเป็นศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 5.85 ผ่าตัดโรคหัวใจ ร้อยละ 5.06 ศัลยกรรมความงาม ร้อยละ 4.46 ทันตกรรม ร้อยละ 3.46 โรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 3.46 ตรวจสุขภาพ และอื่นๆ ร้อยละ 4.51 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) เมื่อแยกเป็นการรักษาในฐานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน 226 แห่งทั่วประเทศรายงานว่า โรคที่ชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกเป็นอันดับ 1 มากที่สุดคือโรคระบบหายใจ คิดเป็นร้อยละ 24.7 ตามมาด้วย สาเหตุจากภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย ร้อยละ 13.2 โรคระบบไหลเวียนเลือด ร้อยละ 9.6 โรคติดเชื้อและปรสิต ร้อยละ 7.8 และอาการแสดงและสิ่งผิดปกติ



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้ ร้อยละ 6.9 การรักษาพยาบาลส่วนในฐานผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชน 236 แห่งทั่วประเทศรายงานว่า ชาวต่างชาติเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อและปรสิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.4 รองลงมาคือโรกระบบหายใจ ร้อยละ 11.3 อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้ ร้อยละ 8.4 โรกระบบไหลเวียนเลือด ร้อยละ 7.1 และโรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก ร้อยละ 5.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานในระดับนานาชาติ

เมื่อพิจารณาถึงความได้เปรียบและศักยภาพในการแข่งขันด้านบริการรักษาพยาบาลระยะยาวของประเทศไทยพบว่า บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยยังอยู่ในลักษณะทั่วไปซึ่งให้มูลค่าต่ำ แต่ยังคงจัดให้มีบริการที่เป็นเลิศ บุคลากรมีคุณภาพมาตรฐาน บริการระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ มีเทคโนโลยีระดับสูงและมีทรัพยากรท่องเที่ยวที่สวยงาม จึงมีศักยภาพในการเติบโตได้อีก โดยต้องมุ่งเน้นให้บริการในสาขาที่ไทยมีความชำนาญ (niche) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มสัดส่วนรายได้ของธุรกิจสุขภาพ ปัจจุบันมี โรงพยาบาลในประเทศไทยได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับนานาชาติแบบ 1) JCI (Joint Commission International) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ 2) HA (Hospital Accreditation) และ 3) ISO (International Organization for Standardization) ในปี พ.ศ. 2553 มีโรงพยาบาลไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI จำนวน 16 แห่ง และผ่านการรับรองมาตรฐานแบบ HA หรือ ISO จำนวน 58 แห่ง (ครุฑิต พุทธิโกษา, 2554) จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) มีจำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ประเภทโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 30 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ ยังมีสถานพยาบาลประเภทอื่นที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ได้แก่ สถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำนวน 1 แห่ง สถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 1 แห่ง สถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 5 แห่งภายในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 12 แห่งเมื่อถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางจำนวน 17 แห่งภายในปี พ.ศ. 2557 (Joint Commission International, 2018)

บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

ประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตแพทย์ผ่านสถาบันการศึกษาต่างๆ ต่อปีเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากแพทย์สภาในปี พ.ศ. 2558 ชี้ว่าประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้ทั้งหมด 2,537 คน ซึ่งเพิ่มจากปี พ.ศ. 2539 ที่ผลิตได้เพียง 899 คนต่อปี (สมานฉันท พุทธิจักร, 2560) ทั้งนี้ จากการสำรวจตามรายงานทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยพบว่า ในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2547- 2557) ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเพิ่มและยังคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพประมาณ 6,720 คน 1,979 คน 2,761 คน และ 32,565 คน ตามลำดับ ในขณะที่การผลิตแพทย์ ประเทศไทยมีสถาบันการศึกษา



ที่ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 13 สถาบัน เป็น 21 สถาบัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) อย่างไรก็ตาม แพทยสภาได้ทำการการสำรวจโดยเกี่ยวกับปัญหาแพทย์ลาออกในปี พ.ศ. 2558 พบ 10 สาเหตุหลักที่แพทย์ออกจากระบบของกระทรวงสาธารณสุข อาทิ ภาระงานหนัก เหนื่อย เกินกำลัง เสี่ยงค่าตอบแทนต่ำ ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม สถานที่อยู่ในพื้นที่กันดาร ห่างไกล อันตราย ไกลครอบครัว และสนใจและชอบด้านความงาม ได้รับการเชิญชวน เงื่อนไขดี รายได้ดี อิสระ จึงเข้าสู่ธุรกิจความงาม และธุรกิจการตลาดแบบเครือข่าย เป็นต้น ทั้งนี้ จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า แพทย์หันไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.18 ไปทำคลินิก 317 คน คิดเป็นร้อยละ 37.29 เลิกเป็นแพทย์ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 4.82 และไปเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 2.71 (สมานฉันท์ พุทธจักร, 2560)

สำหรับจำนวนพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพในภาคส่วนต่างๆ ทั้งสิ้น 150,085 คน โดยอยู่ในภาครัฐ 129,529 คน ภาคเอกชน 17,584 คน และองค์กรอิสระ 2,986 คน เมื่อเทียบสัดส่วนของจำนวนพยาบาลที่อยู่ในภาคเอกชนและภาครัฐแล้ว จะมีจำนวนพยาบาลในภาคเอกชน 1 คนต่อจำนวนพยาบาลในภาครัฐ 7.4 คน โดยการผลิตพยาบาลในประเทศไทย มีคณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันอุดมศึกษารัฐบาลจำนวน 29 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ได้แก่ หน่วยงานทหาร ตำรวจ และสภากาชาดไทย จำนวน 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 แห่ง และสถาบันอุดมศึกษาเอกชน 21 แห่ง (มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ม.ป.ป.) ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพประมาณ 180,000 คน แต่ทำงานในระบบจริงเพียง 130,000 คน ขณะที่ความต้องการพยาบาลมีถึง 160,000 คน จึงยังขาดแคลนอยู่อีก 30,000 คน (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2559) อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยเริ่มส่อเค้าความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่มีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และการมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการผลิตพยาบาลเพิ่มให้ทันต่อความต้องการ อันเป็นผลจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การมีข้อจำกัดของตำแหน่งในการจ้างงานในระบบราชการ และไม่สามารถรักษากำลังคนทางการพยาบาลไว้ในระบบสุขภาพได้ การเปิดเสรีเกี่ยวกับอาชีพการบริการใน 8 วิชาชีพภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะเคลื่อนย้ายออกไปประกอบวิชาชีพนอกประเทศที่ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า รวมทั้งการที่มีชาวต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพในประเทศ และปัจจัยสำคัญคือ นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ (Medical Hub) ทำให้ปริมาณชาวต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยมากขึ้น และการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของบริการสุขภาพภาคเอกชนทำให้มีความต้องการกำลังคนในภาคเอกชนเพื่อรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น (อรุณรัตน์ คันทา, 2557: 81-90)



สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทบทวนสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยขอบเขตของการวิจัยเป็นการศึกษาครอบคลุมแผนยุทธศาสตร์ในระยะแรก คือแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2 พบว่า พัฒนาการของนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคเอกชน โดยในระยะแรกผู้รับบริการได้ใช้บริการด้านการแพทย์เพื่อความงาม ต่อมาได้หันมาใช้บริการด้านการแพทย์ที่มีลักษณะซับซ้อนมากขึ้น และอาศัยจุดเด่นของประเทศไทยในแง่ของการมีค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่สูงจนเกินไป ประกอบกับคุณภาพและการบริการทั้งเทคโนโลยีและบุคลากรที่ให้การรักษาที่ดีและเป็นที่ยอมรับ หลังจากประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540 ทำให้อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนลดลง เพราะกลุ่มคนที่มีรายได้สูงที่ผู้ใช้บริการหลักมีรายได้ลดลง โรงพยาบาลเอกชนจึงปรับตัวโดยการแสวงหารายได้จากชาวต่างชาติจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงเข้ามาทดแทน รัฐบาลในขณะนั้นจึงเห็นโอกาสในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและเพิ่มรายได้ให้กับประเทศจากการให้บริการชาวต่างชาติ จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) ในเวลาต่อมา เพื่อดึงดูดและส่งเสริมการรักษาพยาบาลเพื่อให้บริการชาวต่างชาติ การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งสองดังกล่าวได้รวบรวมบทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น เพื่อผลักดันให้การส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นและประสบความสำเร็จในทางปฏิบัติ

ตลอดช่วงระยะเวลาของการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ทั้งสอง การมีจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับทั้งจากประเทศแถบตะวันตก ตะวันออกกลาง เอเชีย รวมทั้งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้สะท้อนความสำเร็จของนโยบาย โดยได้สร้างเม็ดเงินเข้าประเทศเพื่อกระตุ้นและเพิ่มพูนมูลค่าทางเศรษฐกิจ ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมการเข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของชาวต่างชาตินี้เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาในภาคเอกชน ได้แก่ การมีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานต่างประเทศ เช่น JCI เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านการเปิดเสรีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นผ่านการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามารักษาพยาบาลภายใต้การส่งเสริมจากนโยบายรัฐตามแผนยุทธศาสตร์ได้เกิดขึ้นพร้อมกับภาพสะท้อนจากสถานการณ์ที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพ

ของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ที่ให้บริการ เนื่องจากทรัพยากรบุคคลในการให้การรักษายาบาลคนไทยซึ่งในปัจจุบันประสบกับภาวะขาดแคลน แม้ว่ารัฐบาลมีความพยายามในการเพิ่มจำนวนบุคลากร แต่ด้วยภาระงานที่หนัก และค่าตอบแทนที่ได้รับน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ รวมทั้งปัญหาจากระบบราชการ ทำให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งตัดสินใจลาออกจากราชการและการทำงานในภาครัฐโดยหันไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน สะท้อนภาวะสมองไหล (brain drain) ที่จะเกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐไปยังภาคเอกชน ทั้งนี้ ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการหลักแก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติภายใต้นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) แสดงถึงผลกระทบประการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศไทย ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งของนโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย คือการกำหนดนโยบายมีลักษณะการกำหนดแบบบนลงล่าง (top-down approach) กล่าวคือ ภาครัฐเป็นภาคส่วนหลักในการกำหนดนโยบาย โดยรวบรวมบทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายผ่านการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการส่งเสริมโดยมีภาคเอกชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญให้บริการรักษายาบาลชาวต่างชาติ ลักษณะที่เกิดขึ้นนี้เกิดการจำกัดบทบาทจากภาคประชาสังคมในการกำหนดและดำเนินนโยบายร่วมกันเพื่อบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ให้บริการคนไทยเป็นหลัก



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการสรุปและอภิปรายผลวิจัยที่ได้ ทำให้สามารถให้ข้อเสนอแนะ กล่าวคือ

- 1) การกำหนดและดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางแพทย์ (Medical Hub) ควรให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบาย ทั้งนี้เพื่อได้รับมุมมองที่รอบด้านในการแก้ไขปัญหาและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพหลักของประเทศ โดยเฉพาะภาคประชาสังคมสามารถตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแก่นโยบายที่เกิดขึ้นจากภาครัฐเพื่อให้คำนึงถึงผลประโยชน์ของการให้บริการรักษายาบาลเพื่อคนในชาติเป็นสำคัญ
- 2) ภาครัฐและภาคเอกชนควรจัดตั้งกลไกและแนวทางในการแบ่งปันการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล การที่ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการสำคัญภายใต้การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และทรัพยากรบุคคลบางส่วนได้ไหลไปสู่ภาคเอกชนเพื่อทั้งให้บริการทั้งคนไทยที่มีรายได้สูงและชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการในประเทศ ทั้งนี้ เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการให้บริการในภาคเอกชนและภาครัฐที่เป็นผู้ให้บริการหลักในระบบสุขภาพของประเทศ

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นดำเนินการวิจัยเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาผลกระทบของการดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้ได้ทราบผลของการดำเนินนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการให้ข้อเสนอแนะในการบรรเทาและลดผลกระทบอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณานุกรม

- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2554). **ธุรกิจบริการ: สປาและนวดไทย**. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). **ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ. 2560-2569)**. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ครุฑชิต พุทธิโกษา. (2554). **กรอบประเด็นการวิจัยของประเทศไทยให้พร้อมรับสถานการณ์การรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- เดลินิวส์ “เมดิคัล ฮับ” เฟส 2. (2553, 24 พฤศจิกายน). **โพสต์ทูเดย์**, สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม, 2560, จาก <https://www.posttoday.com/politic/report/61778>
- เพ็ญพิสุทธิ์ ศรีกาญจน์. (2557). **บริการสุขภาพและบริการสังคม (Health and Social Services)**. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- ราชภัฏชัยภูมิ, มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.). **รายชื่อคณะพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์, 2560, จาก http://nu.cpru.ac.th/thai/?page_id=573
- วรรณวิภา ปสันนารธร, เสาวคนธ์ พิระพันธุ์, กวีพงษ์ เลิศวีระ, และธวัชชัย บุญโชติ. (2552). **รายงานการวิจัย ผลกระทบและการประมวลผลประโยชน์ที่ไทยได้รับจากการเปิดเสรีทางการค้า (FTA) ในภาคธุรกิจบริการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). **ธุรกิจสุขภาพใน profile ภาคบริการ**. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สมานฉันท พุทธิจักร. (2560, 29 มกราคม). **ตรวจสอบ 10 เหตุผล ‘แพทย์ไหลออกจาก รพ.รัฐ’**. ศูนย์ข้อมูล & ข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. สืบค้นเมื่อ 9 กันยายน, 2560, จาก <http://www.tcijthai.com/news /2017/29/scoop/6707>
- สำนักงานการค้าบริการและการลงทุน. (2554). **สถานะความพร้อมธุรกิจบริการสาขาสุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง**. นนทบุรี: ผู้แต่ง.



- สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559). ปัญหาพยาบาลไทย ‘ขาดแคลน-กลไกรัฐไม่เอื้อ
ตั้งพยาบาลอยู่ในระบบ. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์, 2561, จาก [https://www.hfocus.org/
content/2016/04/11-994](https://www.hfocus.org/content/2016/04/11-994)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555.
นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. (2553). คู่มือเพื่อการบริการท่องเที่ยวเชิงการ
แพทย์สำหรับผู้ประกอบการตัวแทนท่องเที่ยว. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ. (2555). ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- อดิศร ภัทราดุลย์. (ม.ป.ป.). แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบนโยบายประเทศไทย
เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค (Medical Hub of Asia). กรุงเทพฯ: คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ คันธธา. (2557). ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการแพทย์ใน
ประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(1), 81-90.
- อัญญา ณ ระนอง. (2554). ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจกับการเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพของ
ประเทศ ไทย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 51(1), 47-81.
- Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. *AU-GSB e-Journal* [online], 1, 1. Avail-
able: <http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/AU-GSB/article/view/381>
[2018, March 21].
- Institute for Population and Social Research. (2012). *Thai Health 2012: Food Security -
The illusion of money vs the reality of food*. Nakhon Pathom: Author.
- Joint Commission International. (2018). Archive accreditation. Available: [http://www.
jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org) [2018, April 25].
- NaRanong, A., & NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's
experience. *Bulletin of World Health Organization*, 89, 336-344.
- Pachanee, C. (2009). *Implications on public health from Mode 2 Trade in Health
Services: Empirical evidence (a case of Thailand)*. Paper presented at the
Workshop on the Movement of Patients across International Borders - Emerging
Challenges and Opportunities for Health Care Systems, 24-25 February 2009,
Kobe, Japan.
- Ricafort, K.M.F. (2011). *A study of influencing factors that lead medical tourists to
choose Thailand hospitals as medical tourism destination*. Research paper,
School of Business and Technology, Webster University.





ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly with Diabetes Mellitus in Chen Chom District, Maha-sarakham Province

นิรุวรรณ เทิร์นโบล* วิลาวรรณ ชาดา** วิพา ชุप्พา***

วรกมล ปรากฏหาญ****

Niruwarn Turnbull* Wilawun Chada** Wipa Chuppawa***

Worrakamon Prakodhan****

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ใช้ขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 123 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาปัจจัยความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 7,000 บาท มีรอบเอวมากกว่า 80 ซม. มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคแทรกซ้อน มีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 126 mg/dL เมื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และระดับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการเกิดโรคแทรกซ้อน ($p=0.009$) และด้านอายุ ($p=0.025$) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตพบว่าสถานภาพสมรส สถานพยาบาลในรพ.ชื่นชม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายได้ร้อยละ 12.9

จากผลการวิจัยดังกล่าวควรมีการจัดกลุ่มแกนนำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและมีนโยบายสร้างเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Asst. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University

** Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*** Student of Bachelor of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

ประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/ ผู้สูงอายุ/ โรคเบาหวาน

Abstract

A study of the factors affecting the quality of life of the elderly with Diabetes Mellitus in Chen Chom district, Maha-Sarakham province investigated with the 26 Thai versions of quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI). The 123 diabetic elderly was selected for a sample size. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, minimum, maximum, standard deviation, and Multiple Regression Analysis.

The results indicated that the elderly with diabetes are mostly female. The average of income was less than 7,000 baht per month, a waistline more than 80 cm, carrying high blood pressure as a complication, retained blood glucose level of 126 mg/dL or greater. Elderly had a quality of life at a moderate level and it was associated with complications ($p = 0.009$) and age ($p = 0.025$). Factors that could predict the quality of life were the local hospital in Chen Chom hospital and the complications of Diabetes Mellitus with 12.9%.

The conclusion of this research should be enhancing healthcare providers to engage the elderly with the knowledge of self-care management to reduce the complications and enforcement the policymakers to constitute the activities for older people to participate in exchanging their experiences to promote the quality of life, mental support, social and environmental aspects, to empowerment the elderly a good standard of living.

Keywords: Elderly/ Diabetes/ Quality of life



บทนำ

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์และมนุษย์ทุกคนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่และความรู้สึกในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ (จินตนา สุวิทวัส และเนตรชนก แก้วจันทา, 2552: 29-38) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายการทำงานหน้าที่ของร่างกายลดลงมีการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น จากผลการสำรวจการทำสำมะโนประชากรและการเคหะรายงานจำนวนประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรและสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2537 ร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 14.9 ในปีพ.ศ. 2557 ร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 ผู้สูงอายุมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 16.5 ของประชากรไทย และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) โดยจำนวนผู้สูงอายุจะมีมากกว่าเด็กเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของร่างกายและเกิดปัญหาสุขภาพซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานถือเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุอันดับ 2 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, 2559) เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง สำหรับอัตราการชุกของผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชายโดยประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 (ศูนย์เบาหวานศิริราช, 2558)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่ระดับจังหวัด อัตราผู้ป่วยและอัตราตายจากโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2552-2558 จังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยสูงขึ้นทุกปี เท่ากับ 1228.50 ต่อแสนประชากรและเพิ่มเป็น 1769.09 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2558 อัตราตายจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มอัตราตายสูงขึ้นในปีพ.ศ. 2552 มีค่าเท่ากับ 24.09 ต่อแสนประชากรและเพิ่มเป็น 43.74 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2558 และยังพบว่าอัตราตายดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2559) ในปี พ.ศ. 2559 เขตพื้นที่อำเภอชื่นชมพบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 5,552 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 10 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 0.18 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอำเภออื่นในจังหวัดมหาสารคาม พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานเขตพื้นที่ชื่นชมสูงเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอโกสุมพิสัย ร้อยละ 7.6 (ศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2559)

ดังนั้นการศึกษาปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความสัมพันธ์ภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการค้นหาปัจจัยใดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ทราบปัจจัยที่ชัดเจน และนำข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งข้อมูลที่ได้ช่วยในการตัดสินใจวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross Sectional Data) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอชื่นชมจำนวน 1,079 คน ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 123 คน เลือกตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เข้ามารับบริการสุขภาพในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอชื่นชม จำนวน 2 แห่ง โดยใช้ขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วนประชากร ซึ่งสูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของประชากร โดยใช้ด้วยวิธีของ Wayne W.Daniel, 1998 ขั้นตอนในการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Multistage Sampling) คือ การสุ่มแบบแบ่งชั้น Stratified Random Sampling และการสุ่มอย่างมีระบบ Systematic Random Sampling (วิรัตน์ ปานศิลา, 2554)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์ 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) และการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน คำนวณค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์มีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.912 รายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ		ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ	
ข้อความ	คะแนน	ข้อความ	คะแนน
ไม่เลย	1	ไม่เลย	5
เล็กน้อย	2	เล็กน้อย	4
ปานกลาง	3	ปานกลาง	3
มาก	4	มาก	2
มากที่สุด	5	มากที่สุด	1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ใช้สถิติทั้งเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ส่วนในการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis แบบ Stepwise)

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดย กำหนดคะแนนตามการกำหนดของกรมสุขภาพจิต คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต. 2541)

ตาราง 1 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย(7ข้อ)	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ(6ข้อ)	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม(3ข้อ)	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม(8ข้อ)	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม(2ข้อ)	26-60	61-95	96-130



ผลการวิจัย

กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.5 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.78 ปี อายุสูงสุด 85 ปีและอายุต่ำสุด 60 ปี โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 67-72 ปี ร้อยละ 40.7 โดยส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 58.5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (4-6) ร้อยละ 83.7 อาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 45.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 1,627.64 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกาย คือ 25.00-29.99 กก./ม.² ร้อยละ 36.6 ส่วนสูงเฉลี่ย 153.63 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 58.48 กิโลกรัม และรอบเอวส่วนใหญ่เพศหญิงมีรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร (ภาวะอ้วนลงพุง) ร้อยละ 72.7 สำหรับเพศชายส่วนใหญ่มีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 55.3

การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อที่จะนำไปสู่การคาดการณ์หรือประมาณค่าและเป็นการทดสอบทางสถิติวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ (X) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) และระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ในกรณีตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal Scale) ผู้ศึกษาได้ทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0 ก่อนการวิเคราะห์ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ร้อยละ 12.9 โดยความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม สามารถเขียนสมการทำนาย คือ $Y = 84.549 + 6.182 + (-9.731) + (-5.178)X$ ผลการศึกษาได้ดังนี้

สถานภาพสมรส ($B = 5.057, p\text{-value} = 0.001$) พบว่า สถานภาพสมรสและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.272 ร้อยละ 7.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสมการพยากรณ์สถานภาพสมรส คือ $Y = 84.549 + 6.182X$

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

สถานพยาบาลพ.ชื่นชม ($B=-9.731$, $p\text{-value}=0.029$) พบว่า สถานพยาบาลโรงพยาบาลชื่นชมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.332 ร้อยละ 11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสมการพยากรณ์สถานพยาบาลพ.ชื่นชม คือ $Y=84.549+(-9.731)X$

การเกิดภาวะแทรกซ้อน ($B=-5.178$, $p\text{-value}=0.007$) พบว่า สถานพยาบาลพ.ชื่นชมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.035 ร้อยละ 4.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสมการพยากรณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ $Y=84.549+(-5.178)X$ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ($n=123$)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	B	Beta	t	p-value
สถานภาพสมรส	0.272	0.074	6.182	0.305	3.109	0.001
สถานพยาบาลพ.ชื่นชม	0.332	0.011	-9.731	-0.193	-2.203	0.029
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.035	0.044	-5.178	-0.259	-2.757	0.007
ค่าคงที่	84.549					

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ด้านร่างกาย ร้อยละ 51.9 ด้านจิตใจ ร้อยละ 34.6 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 55.1 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 29.4 กับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 3



ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม (n= 123)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	B	Beta	t	p
ด้านร่างกาย						
ระยะเวลาที่รักษาโรคเบาหวาน	0.273	0.074	-0.163	-0.203	-2.349	0.021
การเกิดโรคแทรกซ้อนความดันโลหิต	0.342	0.114	1.361	-0.158	1.770	0.079
ระดับน้ำตาลในเลือด	0.390	0.152	-0.023	-0.211	-2.502	0.014
อายุ ค่าคงที่	0.423 36.930	0.179	-0.139	-0.175	-1.954	0.050
ด้านจิตใจ						
การเกิดโรคแทรกซ้อนความดันโลหิต	0.225	0.051	1.965	0.349	3.783	0.001
ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย	0.300	0.009	1.798	0.236	2.749	0.007
สถานพยาบาลรพ.ชื่นชม	0.349	0.122	-3.076	-0.216	-2.484	0.014
การใช้บริการตามสิทธิ	0.405	0.164	-1.291	-0.225	-2.448	0.016
ค่าคงที่	18.990					
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
ระดับน้ำตาลในเลือด	0.359	0.129	0.012	0.303	3.336	0.001
อาชีพค้าขาย	0.433	0.188	1.874	0.227	2.525	0.013
จำนวนบุคคลากรในสถานพยาบาล	0.483	0.234	-0.357	-0.217	-2.397	0.018
ค่าคงที่	11.887					





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ตาราง 3 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม (n= 123)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	B	Beta	t	p
ด้านสิ่งแวดล้อม การใช้บริการตามสิทธิ	0.283	0.008	-1.294	-0.199	-2.327	0.022
สถานพยาบาลรพ.ชื่นชม	0.349	0.122	-3.889	-0.240	-2.798	0.006
สถานภาพสมรส	0.405	0.164	1.356	0.209	2.438	0.016
ค่าคงที่	27.451					

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางและเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 67 -72 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย อาชีพปัจจุบันไม่ได้ทำงาน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่เกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคแทรกซ้อน โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 126 mg/dL มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 จากการศึกษาปัจจัยด้านการเกิดโรคแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ($\chi^2 = 6.734$ $p = 0.009$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สง่า สงครามภักดี (2558) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านอายุกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันน้อยไปในทิศทางตรงข้าม ($r = -0.202$, $p = 0.025$) และผลการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า สถานภาพสมรส สถานพยาบาลรพ.ชื่นชมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ดวงใจ คำคง (2553) พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 51.9, 34.6, 55.1 และร้อยละ 29.4 ตามลำดับ มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ting-FanZhi et al. (2012) ซึ่งศึกษาพื้นฐานความคิดสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระบบการดูแลไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาการนอนหลับที่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุมากกว่า และยิ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Makiwane, M. & Kwizera

(2007) ซึ่งระบุตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแอฟริกาใต้ พบว่าตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของสัดส่วนของประชากรนี้ถูกระบุว่าเป็นโครงสร้างที่ใช้ในครัวเรือน สังคมการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลภารกิจส่วนตัวให้กับผู้สูงอายุ เช่น สุขภาพทั่วไป ความพึงพอใจที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ด้านอาหาร เสื้อผ้า และที่อยู่อาศัย ภาวะอารมณ์ที่ดี และความสามัคคีของผู้สูงอายุ รวมถึงด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของการขนส่งสุขภาพน้ำที่ปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ควรมีการจัดกลุ่มแกนนำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและมีนโยบายส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองและมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษามุ่งเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งไม่รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่น จึงทำให้ไม่ได้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนและครอบคลุม ในการศึกษาครั้งต่อไปควรปรับให้ครอบคลุมในประเด็นอื่นจึงจะทำให้ได้ภาพรวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้อย่างละเอียดยิ่งขึ้น เช่น ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพตนเอง และควรมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่นเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอชื่นชม และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2559). แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- จินตนา สุวิทวัส และเนตรชนก แก้วจันทา. (2552). คุณภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 32(3), 29-38.
- ดวงใจ คำคง. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสว่างวีรกรรม จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2554). **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. โครงการตำราหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ. (2559). สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดมหาสารคาม ปี 2559. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- ศูนย์เบาหวานศิริราช. (2558). **ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่หลอดเลือด**. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สง่า สงครามภักดี. (2558). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**, 9(1), 38-46.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). **แบบวัดคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบคุณภาพชีวิต**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). **การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (2559). รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “KICK OFF TO THE GOALS”. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- Makiwane, M. & Kwizera, S. A. (2007). An investigation of quality of life of the elderly in South Africa, with specific reference to Mpumalanga province. *HSRC Human Sciences Research Council*. 1 (3-4), 297-311.
- Ping, X. , Ningxiu, L. , Kit-Tai, H. , Chaojie, Liu. , & Yubo, Lu. (2012). **Quality of Life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF**. *BMC Medical Research Methodology*.
- Wayne W. Daniel. (1998). **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**, (7th Edition). John Wiley & Sons, inc.

การศึกษาการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในชุมชนหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

**Study of Perception of Impacts about Alcohol Consumption
among Adolescents, Adults, and Elderly People in a Community,
Ubon Ratchathani Province**

พัชรี ใจการุณ* รัตนา บุญพา* วิษณุ จันทร์สด*
Patcharee Jaigarun* Rattana Boonpha* Witsanu Chansod*



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อันจะนำไปสู่การได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและออกแบบกิจกรรมการป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ชุมชน อ.เมือง จ. อุบลราชธานี มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากแนวความคิดของ Yamane และสุ่มกลุ่มตัวอย่างง่าย (N = 327) โดยใช้แบบสอบถามที่มีคุณลักษณะเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (10 ข้อ, IOC = 1.00, $\alpha = 0.86$) และการรับรู้ผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่น (10 ข้อ, IOC = 0.67-1.00, $\alpha = 0.86$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ F-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคล และต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก (3.16 และ 3.13 ตามลำดับ) 2) การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคล และต่อบุคคลอื่นของประชาชนในกลุ่มแต่ละวัยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001 และ .002 ตามลำดับ) จากการศึกษาทำให้ทราบว่าวัยที่แตกต่างกันทำให้การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

*อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
Corresponding Author: patcharee_jai@bcnsp.ac.th

*Nursing instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong Corresponding Author: patcharee_jai@bcnsp.ac.th

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

และผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้สำหรับพัฒนาและออกแบบกิจกรรมรณรงค์ สำหรับการป้องกันและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เอื้อต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ผลกระทบ/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ วัยรุ่น/ วัยผู้ใหญ่/ วัยผู้สูงอายุ

Abstract

The study was a survey study. The purpose was to study and comparison of perception of impacts about alcohol consumption among adolescents, adults, and elderly people in a community, Ubon Ratchathani Province. This will be the basic knowledge for development and design to prevention and decrease of alcohol consumption among people in in a community, Ubon Ratchathani Province. Population and samples were adolescents, adults, and elderly people and were in a community, Meung, Ubon Ratchathani Province. Samples were calculated by Yamane and were applied by simple random sampling (N = 327). A questionnaire with a 4-point Likert scale concluded demographic data; perception of impacts of one alcohol consumption (10 items, IOC = 0.67-1.00, α = 0.86); and perception of impacts of others from one alcohol consumption (10 items, IOC = 0.67-1.00, α = 0.86). Data analyses were descriptive statistics and F-test.

Results showed two findings. First, means of perception of impacts of one alcohol consumption and of others from one alcohol consumption from samples were high (3.16 and 3.13 respectively). Second, comparisons in perception of impacts of one alcohol consumption and in perception of impacts of others from one alcohol consumption were different in age groups (p-value= .001 and .002 respectively). The findings showed that the perception of impact of one and others who drink alcohol was significantly different in age groups. These findings were a basic knowledge for development and design of promotion for prevention and behavioral change relating to alcohol consumption among people in a community, Ubon Ratchathani Province in the future.

Keywords: Impact/ alcohol/adolescent/ adult/ elderly

บทนำ

ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่ประเทศไทยกำลังเผชิญทุกช่วงวัย รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย และคณะ, 2559) พบว่า ประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 32.3 ในปี 2557 เป็น ร้อยละ 34.5 ในปี 2558 รวมทั้งประชาชนไทยมีการดื่มแบบประจำถึง ร้อยละ 40 และนานๆ ดื่มครั้ง ร้อยละ 60 สำหรับเด็กและเยาวชนไทยก็มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นกัน จากรายงานโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยง ต่อสุขภาพของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย (ดาริกา ไสงาม และ นันทน์ภัส พรเพชรแก้ว, 2559) รายงานว่า แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (Past-year Drinking) ยังอยู่ในระดับที่ต่ำเป็นห่วง พบร้อยละ 17.5 (ปี 2550) ร้อยละ 29.3 (ปี 2552) และ 25.6 (ปี 2559) ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน เด็ก และเยาวชนไทย จากการศึกษาในภาพรวม (อรทัย วลีวงศ์ และคณะ, 2558) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพียง 1 คน ส่งผลกระทบต่อครอบครัวข้างเฉลี่ย 2.4 คน ดังนั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ครอบครัวมากถึงเกือบ 56 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 80 ของคนไทย และผู้ได้รับผลกระทบจะมีการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้นเฉลี่ยคนละ 8,500 บาทต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ยังได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 24.6 เช่น ถูกดุด่าอย่างรุนแรง ถูกทอดทิ้งในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ถูกตีทำร้ายร่างกาย เคยอยู่ในเหตุการณ์ ความรุนแรงของครอบครัว เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงเหล่านี้ส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและใจ คุณภาพชีวิตและพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนผลต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ด้วย โดยการมีคนดื่มหนักในครอบครัวเพิ่มโอกาสที่เด็กจะได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ 3.3 เท่า ซึ่งมักจะได้รับผลกระทบจากการดื่มของพ่อแม่มากที่สุด 5.7% คนแปลกหน้า หรือคนในชุมชน 5.7% ญาติ พี่น้อง 3.5% และเพื่อน 1.4% (อรทัย วลีวงศ์ และคณะ, 2558) จึงเห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของ บุคคลมีผลกระทบทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยข้างต้น มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้ผลกระทบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งๆ ที่จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความชุกของนักดื่มอยู่ในอันดับที่ 24 และมีดัชนีความเสี่ยง ต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด 0.437 ซึ่งอยู่อันดับที่ 46 จากการสำรวจทั้ง 76 จังหวัดทั่วประเทศ (สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ, 2554) โดยเฉพาะเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานีกำลังมีความเจริญก้าวหน้า ทางเศรษฐกิจมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน ประกอบกับมีสถาบันทั้งวิทยาลัยอาชีวศึกษา เป็นจำนวนมาก มีประชากรอาศัยมากกว่าจำนวน 1.8 ล้านคน มีร้านค้าสะดวกซื้อมากกว่า 200 ร้านค้า





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

และเกือบทุกร้านค้ายังมีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขาย ร้านค้าบางร้านเปิดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมงและขายให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งบ่อยครั้งมีการก่อเหตุอาชญากรรมและเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีแนวโน้มที่ประชาชนทุกเพศทุกวัยจะหันมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น (พงษ์เดช สารการ, 2552; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สะท้อนของสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน นักศึกษา รวมทั้งประชาชนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อมีแนวโน้มของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ (สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ, 2554) และเป็นทรัพยากรบุคคลของประเทศชาติในอนาคต ซึ่งการสูญเสียต่างๆ อันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะเป็นการเสียสุขภาพ เสียการเรียน เสียทรัพย์สินเงินทองและที่ร้ายแรงที่สุดคือเสียชีวิต แม้ว่าหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะพยายามจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชากรในพื้นที่/ชุมชน มีการรับรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนผ่านสื่อที่หลากหลาย แต่หน่วยงานดังกล่าวยังขาดข้อมูลระดับการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้หน่วยงานดังกล่าวไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการพัฒนาและออกแบบกิจกรรมการป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ดังนั้น เพื่อลดข้อจำกัดของการพัฒนาและออกแบบกิจกรรมการป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี คณะผู้วิจัย จึงมุ่งเน้นความสนใจเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลผ่านการเห็น การได้ยิน หรือจากประสบการณ์เดิม ด้วยการเปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุจากพื้นที่ชุมชน จ.อุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและออกแบบกิจกรรมที่เอื้อต่อการป้องกันหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน อันจะนำไปสู่การลดผลกระทบที่อาจจะเกิดภายหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนหนึ่ง อ.เมือง จ. อุบลราชธานี จำนวน 1,800 ครอบครัว

2. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชุมชน อ.เมือง จ. อุบลราชธานี การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะแบบสำรวจ จากตารางตามแนวความคิดของ Yamane (สุพรรณิ อึ้งปัญญาวงศ์, 2558) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 327 ครอบครัว

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นครัวเรือนที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนหนึ่ง อ.เมือง จ. อุบลราชธานี มากกว่า 1 ปี 2) เป็นครัวเรือนที่มีสมาชิกที่มีอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มประชาชนจากชุมชนหนึ่ง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย ซึ่งมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ในผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และส่วนที่ 3 การรับรู้ในผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่น พัฒนาเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับผลกระทบของบุคคลและบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะของการรับรู้ในผลกระทบของบุคคลและบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกมาเป็นพฤติกรรมที่สามารถวัดได้

3. สร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมทั้ง 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จะเป็นข้อมูลทั่วไปทางด้านลักษณะประชากรศาสตร์ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (7 ข้อ) และด้านเศรษฐกิจ (3 ข้อ) เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริง และไม่จริงที่สุด และการแปลความหมายค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้ มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50) ระดับมาก (2.50 – 3.49) ระดับน้อย (1.50 – 2.49) และระดับน้อยที่สุด (น้อยกว่า 1.50) (ลักษณะ อินทร์กลับและคณะ, 2551)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ในผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลอื่น ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ด้านสังคม (7 ข้อ) และด้านเศรษฐกิจ (3 ข้อ) เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริง และไม่จริงที่สุด และการแปลความหมายค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้ มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50) ระดับมาก (2.50 – 3.49) ระดับน้อย (1.50 – 2.49) และระดับน้อยที่สุด (น้อยกว่า 1.50) (ลักษณะ อินทร์กลับและคณะ, 2551)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบว่าคำถามที่สร้างขึ้นนั้นสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ยอมรับได้ที่ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .05 ขึ้นไป (พรทิพย์ เกยุรานนท์ และ จักรกฤษณ์ ศิวัชเตชาเทพ, 2551) แล้วนำแบบสอบถามภายหลังการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง วยละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้และปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค ที่ยอมรับได้คือ .75 ขึ้นไป (พรทิพย์ เกยุรานนท์ และ จักรกฤษณ์ ศิวัชเตชาเทพ, 2551) พบว่า ค่า IOC ของแบบสอบถามการรับรู้ผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้ดำเนินการทำวิจัยจากการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2561 (หมายเลข EC 10/2561) และคณะผู้วิจัยได้รับการอนุญาตในการเข้าไปเก็บข้อมูลจากพื้นที่ชุมชนหนึ่ง แล้วมีการอธิบายชี้แจงให้ประชาชนผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจาก การเข้าร่วมการวิจัย ประชาชนผู้เข้าร่วมของการวิจัยครั้งนี้เป็นการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย กรณียุติ จะมีผู้ปกครองที่อนุญาตและวัยรุ่นสนใจ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้วัยรุ่นหรือผู้ปกครองที่อนุญาตเข้าร่วมการวิจัยวัยรุ่นและผู้สูงอายุสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบทั้งต่อประชาชนทุกวัย ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและไม่มีการระบุหรือแสดง ชื่อความในแบบบันทึกข้อมูลที่จะระบุถึงผู้ร่วมวิจัย ได้นำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำใน ลักษณะของภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บข้อมูลการรวบรวม

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนตุลาคมและพฤศจิกายน พ.ศ.2561 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
2. ติดต่อผู้นำชุมชนที่สุ่มได้ โดยทางโทรศัพท์ เพื่อแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ

ดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับของการเก็บข้อมูลพร้อมกับขออนุญาตเก็บข้อมูลกับประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับบันทึกวันและเวลา

3. ในวันที่เก็บข้อมูล ตรวจสอบรายชื่อของแต่ละครัวเรือน สุ่มประชาชน เพื่อให้ครบจำนวนที่คาดหวังไว้ หลังจากนั้นชี้แจงและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เมื่อตอบเสร็จแล้วให้ส่งคืนที่คณะผู้วิจัย โดยได้รับแบบสอบถามกลับมาและมีข้อมูลที่ตอบสมบูรณ์ทุกฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 คณะผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 327 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยค่าจำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์การรับรู้ในผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test

ผลการวิจัย

ผลวิจัยพบว่า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 48.0 ซึ่งอยู่ในช่วงอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 และระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.2

การรับรู้ผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคล และต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก (3.16 และ 3.13 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายย่อย พบว่า การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลที่มากที่สุดเป็นด้านเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ซึ่งมีการรับรู้ในระดับมาก สำหรับการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่มากที่สุดเป็นด้านเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ซึ่งมีการรับรู้ในระดับมาก ดังนั้น การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มและการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลอื่นของกลุ่มตัวอย่างนี้มีการรับรู้ในระดับมาก (ตารางที่ 2)

การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลของประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$) ในกลุ่มแต่ละวัย (ตารางที่ 3)

การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลอื่นของประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .002$) ในกลุ่มแต่ละวัย (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ในผลกระทบต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน

	ภาพรวม			วัยรุ่น			วัยผู้ใหญ่			วัยผู้สูงอายุ		
การรับรู้ในผลกระทบ		SD	ระดับการรับรู้		SD	ระดับการรับรู้		SD	ระดับการรับรู้		SD	ระดับการรับรู้
ผลกระทบต่อบุคคล	3.16	.63	มาก	3.20	.57	มาก	3.31	.56	มาก	3.01	.69	มาก
ด้านร่างกาย/จิตใจ	3.10	.62	มาก	3.12	.57	มาก	3.21	.57	มาก	2.99	.70	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.23	.74	มาก	3.27	.71	มาก	3.41	.65	มาก	3.03	.81	มาก
ผลกระทบต่อบุคคลอื่น	3.13	.66	มาก	3.16	.62	มาก	3.27	.60	มาก	2.96	.73	มาก
ด้านสังคม	3.10	.69	มาก	3.13	.65	มาก	3.22	.66	มาก	2.95	.73	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.15	.80	มาก	3.19	.78	มาก	3.32	.65	มาก	2.97	.90	มาก

ตารางที่ 2 แสดงว่า ประชาชน มีการรับรู้ในผลกระทบต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.16 และ 3.13 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการรับรู้ในผลกระทบในแต่ละวัย พบว่าการรับรู้ในผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.20, 3.31, และ 3.01 ตามลำดับ และ การรับรู้ในผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.16, 3.27, และ 2.96 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างการรับรู้ในผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนแต่ละวัย

การเปรียบเทียบ	Sum of Squares	df	Mean Square	F-test	p
Between Groups	5.21	2	2.61	6.89	.001
Within Groups	122.45	324	.38		



ตารางที่ 3 แสดงว่า ประชาชน มีการรับรู้ในผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันในวัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างการรับรู้ในผลกระทบของบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนแต่ละวัย

การเปรียบเทียบ	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F-test</i>	<i>p</i>
Between Groups	5.61	2	2.81	6.61	.002
Within Groups	137.68	324	.46		



ตารางที่ 4 แสดงว่า ประชาชน มีการรับรู้ในผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันในวัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002

อภิปรายผล

การรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

การรับรู้ผลกระทบของบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน พบว่า ในภาพรวมและแต่ละวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มในระดับมาก แสดงว่าประชาชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุมีการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากประชาชนในชุมชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเข้ากลุ่มในชุมชน ทำให้มีโอกาสได้รับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในแต่ละวัยได้มาก เห็นได้จากแม้ว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทั้ง 3 วัยก็อยู่ในระดับมาก (3.20, 3.31, และ 3.01 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ (2551) ที่การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ที่พบว่าการรับรู้ผลกระทบทางด้านร่างกายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เกิดอุบัติเหตุ โรคตับแข็ง โรคมะเร็ง หรือเสียชีวิต เป็นต้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wakabayashi และคณะ (2015) ที่ศึกษาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) ในประเทศไทย ซึ่งพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อบุคคลในโรคไม่ติดต่อจากการรายงานด้วยตนเองของประชาชนไทย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ และภาวะอ้วน เป็นต้น



การรับรู้ผลกระทบของบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน พบว่าทั้งภาพรวมและแต่ละวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ดื่มในระดับมาก แสดงว่า ประชาชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุมีการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากทั้ง 3 วัยมีการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสนทนากันในชุมชน หรือข่าวสารออนไลน์ต่างๆ สอดคล้องกับวิจัยของอรทัย วลีวงศ์และคณะ (2558) ที่พบว่าประชาชนมีการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลอื่น เช่น ต้องทำความสะอาด (บ้าน) หลังจากการดื่มของเพื่อน และต้องดูแลคนอื่นหรือเพื่อนเพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งผลกระทบต่อสังคมกรณีอุบัติเหตุจราจร และการศึกษาวิจัยของกนกวรรณ จังอินทร และสมเดช พินิจสุนทร (2560) ที่พบว่า ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และเกิดปัญหาด้านการเงิน

2. เปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ

การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคล และต่อบุคคลอื่นของประชาชนในกลุ่มแต่ละวัยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$ และ $.002$ ตามลำดับ) แสดงว่า ประชาชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุมีการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ แต่ก็พอจะอธิบายได้ว่า การรับรู้ผลกระทบต่อบุคคล และต่อบุคคลอื่นของประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันในกลุ่มแต่ละวัย อาจเนื่องจาก การสื่อสารกันในชุมชน หรือข่าวสารออนไลน์ ในปัจจุบัน ทำให้มีการเข้าถึงข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ได้รับรู้ผลกระทบดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดเกี่ยวกับ Generation (Tweng และ Campbell, 2008) อาจอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคล และต่อบุคคลอื่นของประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของแต่ละวัยได้มากขึ้น อาทิ วัยผู้สูงอายุ หรือ Gen B หรือ Gen X เป็นวัยที่ใช้ชีวิตหลังการทำงาน มักมีกิจกรรมต่างๆ อยู่ที่บ้านหรือในชุมชนที่ใกล้บ้าน แม้ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบของบุคคลและบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยที่สุด (3.01 และ 2.96 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น แต่การรับรู้ข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับผลกระทบดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่อาจมาจากการพูดคุย หรือฟังข่าวจากหอกระจายเสียงชุมชน หรือโทรทัศน์วิทยุ สำหรับวัยผู้ใหญ่ หรือ Gen Y เป็นวัยทำงาน ที่ต้องดูแลรับผิดชอบครอบครัว จึงมีความพร้อมในการใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีเพื่อการทำงานและการสื่อสารทั้งในงาน ครอบครัว และสังคม พร้อมทั้งต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสารทุกสิ่งอย่างที่ทำมีผลต่อตนเอง ครอบครัวและงาน เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบของบุคคลและบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด (3.31 และ 3.27 ตามลำดับ) ซึ่งอาจต้อง

รับทราบผลกระทบและต้องเป็นผู้แก้ไขปัญหามาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสำหรับวัยรุ่น หรือ Gen Y เป็นวัยที่มีเทคโนโลยีมาพร้อมกับคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี มีความรวดเร็วอย่างมากในการสื่อสาร ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆจะเป็นการสื่อสารผ่านข้อความบนหน้าจอมือถือ หรือคอมพิวเตอร์ แทนการพูด แม้ว่าวัยรุ่นจะยังมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่นไม่มากเท่าผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบของบุคคลและบุคคลอื่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผลกระทบในวัยผู้ใหญ่ (3.20 และ 3.16 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงว่า วัยรุ่นอาจมีการรับทราบผลกระทบและอาจมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัย ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการพัฒนาและออกแบบกิจกรรมการป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน โดยใช้ความแตกต่างของวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ในการพัฒนาและออกแบบกิจกรรมการป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิเคราะห์การศึกษาการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

จากการศึกษาผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าประชาชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุได้รับผลกระทบสูงสุดด้านเศรษฐกิจทั้งต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่น ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพชุมชนและทีมผู้นำชุมชนควรมีการบริการเชิงรุกในการดูแลประชาชนทุกวัยเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการการเลิกหรือป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิจัยในครั้งนี้แม้จะเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่ศึกษาในภาพรวมกว้างๆ ของประชาชนในแต่ละวัยจากชุมชนหนึ่งของ จังหวัดอุบลราชธานี แต่ได้แสดงผลการรับรู้ผลกระทบต่อบุคคลและต่อบุคคลอื่นในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันในทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการรับรู้ผลกระทบเชิงลึกของประชาชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ การวิจัยในครั้งต่อไปควรที่จะมุ่งเน้นถึงการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพของการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุทั้งจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการหาแนวทางในการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งด้านตัวบุคคลที่ดื่มและด้านบุคคลอื่นสำหรับแต่ละวัยได้อย่างเหมาะสมต่อไป



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ จังอินทร และ สมเดช พินิจสุนทร. (2560). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. **วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 5(3) : 487-500.
- ชนนาค พจนามาตรและคณะ. (2557). **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 37(4) :66-73
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนียเวทย์. (2540). **ยิ้มสู้เรียนรู้ยาเสพติด**. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ดาริกา ไสงาม และ นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว. (2559). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย. ใน **อดุมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย (บรรณาธิการ), ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย:17-27**. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- พงษ์เดช สารการ. (2552). **การประเมินผลพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี**. สืบค้นวันที่ 11 ตุลาคม, 2561, จาก <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2015/11/52-k-018.pdf>
- พรทิพย์ เกษุรานนท์ และ จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ. (2551). **สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มนตร์รัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงษ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, ประพัทธ์ เนรมิตพิทักษ์กุล. (2551). **การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. สืบค้นวันที่ 28 ธันวาคม, 2561, จาก http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/2010-04-21_Final-Report-01-317-2550-1.pdf
- ลักขณา อินทร์กลับ อัญชลี จงอร จันทาโก อารังศักดิ์ กรรณาริก กษวรรณ ขจรเสรี พจน์ย์ ศรีศรี และ สุนทร เอนก. (2551). **พฤติกรรมการดื่มสุราและการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุราของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. สืบค้นวันที่ 11 ตุลาคม, 2561, จาก <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2015/11/49-k-038.pdf>
- สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อดุมศักดิ์ แซ่โจ้ว, และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2559). **ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). **สถิติประชากร ประชากรและเคหะ**. สืบค้นวันที่ 20 ตุลาคม, 2561, จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- สุพรรณิ อึ้งปัญสดวงศ์. (2558). **เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง**. ขอนแก่น : ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- สุรศักดิ์ ไชยสงค์ กณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล และ ทักษพล ธรรมรังสี. (2554). รายงานสถานการณ์การ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด. สืบค้นวันที่ 1 ตุลาคม, 2561, จาก <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachbook/144/chapter1.pdf>
- อรทัย วลีวงศ์ จินตนา จันทร์โคตรแก้ว สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และทักษพล ธรรมรังสี. (2558). รายงาน
โครงการศึกษาวิจัย การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคล
รอบข้างผู้ดื่ม ในประเทศไทย (ระยะที่ 1). สืบค้นวันที่ 11 ตุลาคม, 2561, จาก <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/03/Binder1.pdf>
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาแบบต่างๆ. ใน อรุณ จิรวัดน์
กุล, สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย :174-175. กรุงเทพฯ: บริษัท วิทย์พัฒน์ จำกัด.
- Twenge, J.M. and Campbell, S.M. (2008). Generation differences in psychological traits
and their impact on the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 23(8),
862-877.
- Wakabayashi, M., McKetin, R., Banwell, C., Yiengprugsawan, V., Kelly, M., Seubsman,
S. A., Iso, H., Sleight, A., Thai Cohort Study Team (2015). Alcohol consumption
patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease.
BMC Public Health, 15, 1297. doi:10.1186/s12889-015-2662-9.



รูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน

The model of alcohol-free boat racing in Nan Province

วารานิสต์ ลำไย* เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล**

Waranist Lamyai* Chet Ratchadapannathikul**

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน วัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษารูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษากระบวนการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน และเพื่อนำเสนอรูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน ซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 25 คน ประกอบด้วย นายกเทศบาลตำบลหรือผู้แทน ผู้นำชุมชน ผู้รักเรือแข่ง ตำรวจ พระสงฆ์ ผู้แทนสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (NGO) และประชาชนที่เข้าร่วมงานแข่งขันเรือยาว โดยเลือกผู้ที่เคยเข้าร่วมงานแข่งเรือยาวมาแล้วมากกว่า 1 ครั้งและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป รวมถึงประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการแข่งขันเรือยาวปลอดเหล้า

ผลการศึกษา พบว่า 1.กระบวนการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน มีการจัดวางระบบงานที่ชัดเจน โดยก่อนการดำเนินกิจกรรมงานประเพณีแข่งเรือวันออกพรรษา คณะกรรมการหมู่บ้านจะออกประกาศคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในฝ่ายงานต่างๆ เพื่อให้ฝ่ายต่อการบริหารจัดการ โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะการเตรียมงาน ระยะการปฏิบัติตามแผน ระยะการแข่งขัน และระยะหลังการแข่งขัน แต่ในการจัดงานแข่งเรือปลอดเหล้าของอำเภอเวียงสา จะมีการทำพิธีการสู่ขวัญเรือ โดยจะนำเรือมาทำพิธีสู่ขวัญบนบกก่อนที่จะนำเรือลงแข่ง ซึ่งในพิธีจะมีเหล้า 1 ขวด ไก่ต้ม 2 ตัว หรือหัวหมูมาทำพิธี โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้ทำพิธีสู่ขวัญ ซึ่งเป็นประเพณีและความเชื่อที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา และพิธีกรรมการบายศรีสู่ขวัญเรือแข่ง เป็นความเชื่อที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณจนสืบทอดมาถึงปัจจุบันว่า การทำพิธีกรรมต่างๆ นั้น ของที่ใช้ประกอบในการทำพิธีกรรมจะมีสุราด้วยเสมอ โดยจะใช้สุราขาว เป็นเครื่องสังเวย โดยก่อนการแข่งขันเรือยาวจะมีการนำเครื่องสังเวยมาทำพิธีกรรมต่างๆ เมื่อเสร็จจากงานพิธีกรรมเรียบร้อยแล้ว ชาวบ้านจะช่วยกันเก็บสุราออกไปจากบริเวณงาน เพื่อไม่ให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันแข่งขันเรือยาว รวมทั้งไม่มีการจำหน่าย หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน ได้แก่ วิสัยทัศน์ของผู้ดำเนินการ ชุมชนเข้มแข็ง เครือข่ายในการณรงค์ ความเป็นอัตลักษณ์ของเรือน่าน และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการแข่งขันเรือปลอดเหล้า

2. รูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน ที่ได้จากการสังเคราะห์การศึกษากิจกรรมการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่า มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ผู้นำชุมชน (L=Leadership) 2. ความเป็นอัตลักษณ์ (I=Identity) 3. กฎชุมชน (R=Community Rules) 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (P=Participation) ซึ่งเรียกรูปแบบนี้ว่า “LIRP Model”

* นักวิจัยอิสระ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

**รองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรอาชีวศึกษาและงานยุติธรรม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Independent researcher, Ph.D. in Development Education, Department of Education Foundation, Graduate School, Silpakorn University

**Assoc.Prof. of Criminology and Criminal Justice Program, Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University.



ข้อเสนอแนะ พบว่า ผู้นำชุมชนเป็นบุคคลต้นแบบที่ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสนับสนุนให้มีการบังคับใช้มาตรการ กฎ หรือระเบียบตามกฎหมายชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนควรส่งเสริมความเข้าใจความเป็นอัตลักษณ์ของเรือนาน เรือแข่งเวียงสาพร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยใช้ประโยชน์จากการประชาสัมพันธ์ความเป็นอัตลักษณ์ของเรือนานร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชน

คำสำคัญ : การแข่งเรือปลอดเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/จังหวัดน่าน

Abstract

A research study on alcohol-free boat racing in Nan province had two main objectives: (1) To study the process of boat racing without alcohol in Nan province, (2) To propose a model of alcohol-free boat racing in Nan Province. This research utilizes qualitative data collection through in-depth interviews and participatory observation. There were 25 key informants include the Chief executive of the Sub-district Municipality or a representative, community leaders, boat racing enthusiasts, police officers, monks, StopDrink Network representatives, and people attending a long-boat race. The people were 18 years of age and over, and were selected from spectators who have participated in the long-boat race more than once and have engaged in some activities related to the long boat race. The study results showed that:

1. The process of boat racing without alcohol in Nan province was systematically planned and organized. Prior to the boat race at the End of Buddhist Lent Day or “Wan Ok Phansa”, the village board will issue a statement of declaration to appoint various committees to manage and facilitate different tasks. The process was divided into four phases: the preparation period, the planned implementation period, the competition period, and the post-competition period. However, for the event of the alcohol-free boat racing of Wiang Sa district in Nan province, there was a boat blessing ceremony on land before the boat race. In the ceremony performed by Buddhist monks, a bottle of spirit together with two whole boiled chickens or a swine head were presented as religious offerings. A tradition of constant use of Thai rice whisky or the so-called “white spirit” in such rituals is a solemn belief that has passed down from the ancient times to the present day. At the boat blessing ceremony, prior to the long boat race, these oblations, especially the white spirit, were offered and sacrificed to a supernatural figure. After the ritual had finished, however, the villagers helped keep the liquor out of the event to avoid drinking and/or selling alcohol on the day of the race. The factors that led to the success of an alcohol-free boat racing event in Nan Province are the vision of the event operator, a strong community, some networking in the campaign, the unique identity of Nan boats, and the outreach of publicity.

2. The proposed model (by the researchers), dubbed “LIRP Model”, for a successful free-alcohol boat racing in Nan Province consists of four components: (1) Community Leaders = L (2) Identity = I (3) Community Rules = R and (4) Community Participation = P

Some suggestions were (1) that the community leaders act as role models by not consuming alcohol and (2) to encourage continuous enforcement of rules and community by laws on alcohol consumption. To enhance the boat racing event to a greater extent, the uniqueness of the alcohol-free Nan boat racing and the community health promotion could be publicized, campaigned, and promoted simultaneously.

Keywords : alcohol-free boat racing /alcoholic beverages / Nan province



บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติของคนในสังคมไทย ซึ่งพบเห็นการดื่มได้ทั่วไป ในสถานที่และงานประเพณีต่างๆ โดยจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดื่มเอง รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลอื่น อาทิ การบาดเจ็บ การเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุ การใช้ความรุนแรง การทำลายทรัพย์สินส่วนรวม ความวุ่นวายไม่เป็นระเบียบของสังคม ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัญหาการทำงาน จะพบเห็นหรือรับทราบปัญหาเหล่านี้ได้จากสื่อสิ่งพิมพ์ จากผลการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า พบว่า คนไทยนิยมดื่มเหล้าในช่วงเวลางานประเพณี หรืองานเทศกาลต่างๆ เช่น ทอดกฐิน งานบวช งานศพ งานประจำปีต่างๆ มากถึงกว่าร้อยละ 40 อันส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุอยู่เสมอ (องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง, 2556)

ในท่ามกลางปัญหาเหล่านี้ ยังมีสิ่งสร้างสรรค์เพื่อให้เกิดการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและการฟื้นฟูชุมชน การฟื้นฟูวิถีวัฒนธรรมประเพณีพื้นบ้าน โดยมีผู้นำท้องถิ่น แกนนำชุมชน รวมทั้งการรวมตัวของประชาชนในพื้นที่ ช่วยกันสร้างสรรค์และสืบสานวิถีชุมชน วัฒนธรรมประเพณี หนึ่งในนั้นคือ ประเพณีการแข่งเรือยาว ซึ่งมีในหลายจังหวัดเช่น จังหวัดพิจิตร จังหวัดน่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดชุมพร จังหวัดชลบุรี เป็นต้น ซึ่งจะมีผู้แข่งขันเรือยาวมาจากในพื้นที่และในต่างจังหวัดทั่วประเทศเข้าร่วมแข่งขันอันเป็นเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย และที่หนักหนาสาหัส คือการที่นำประเพณีไปผูกติดกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนกลายเป็นสัญลักษณ์ที่แยกจากกันไม่ออก อันทำให้บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เข้ามาสนับสนุนงานประเพณีการแข่งเรือยาว เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของสินค้า และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมสร้างสีสันต่างๆ โดยรูปแบบการจัดงานมีการโฆษณาสินค้าและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนับวันยิ่งมากขึ้นเต็มพื้นที่สองฝั่งลำน้ำ และเพื่อผลทางการตลาดสร้างการจดจำสินค้าและช่องทางในการจำหน่ายสินค้า ที่อิงแอบคุณค่าประเพณีที่ดีงาม เป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบการจัดงานแข่งเรือปลอดเหล้า โดยมีหน่วยงานที่สนับสนุนการแข่งเรือปลอดเหล้าได้แก่ สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส ดำเนินการจัดการถ่ายทอดสดแข่งเรือปลอดเหล้า “ศึกเรือยาวเจ้าสายน้ำ” ซึ่งคัดเลือกสนามที่มีเอกลักษณ์โดดเด่นมาถ่ายทอดและทำต่อเนื่องมาทุกปี โดยร่วมรณรงค์ภายใต้แนวคิดแข่งเรือปลอดเหล้า วัฒนธรรมแห่งสายน้ำ เพื่อรักษาคุณค่าทางวัฒนธรรมพร้อมกับปกป้องประเพณีแข่งเรือในท้องถิ่น (สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2558) ในปี 2549 รายงานสถิติการป่วยและตายจากอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน พบว่าเทศกาลที่มี คนป่วยและคนตายจากอุบัติเหตุสูงสุด ได้แก่ การแข่งเรือ เข้าพรรษา ลอยกระทง สงกรานต์และปีใหม่ตามลำดับ (เยาวชนลักษณ์ อนุรักษ์, 2558)

จังหวัดน่าน เป็นต้นเกิดของแม่น้ำสายสำคัญคือ ลำน้ำน่าน สายน้ำที่หล่อเลี้ยงคนน่านมานานหลายชั่วอายุคน ทั้งยังก่อเกิดประเพณีที่เกี่ยวข้องกับสายน้ำมากมาย หนึ่งในประเพณีที่สำคัญของจังหวัดน่าน คืองานประเพณีแข่งเรือน่าน ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้บันทึกไว้ในหนังสือ 75 เทศกาลงานประเพณีทั่วไทย (กวิณธร เสถียร และ พชรินทร์ สิริสุนทร, 2557) จากข้อมูลรายงานผลการศึกษากการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประเทศไทย ปี 2547-2548 พบว่ากลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดน่านมีอัตราการดื่มเหล้า-เบียร์ สูงเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 52.67 และ 48.70 (กันต์ เจริญรุ่งโรจน์ และคณะ, 2548) จึงเป็นเหตุให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนในเมืองน่าน ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น จึงหันมาช่วยกันรณรงค์งดเหล้า โดยเริ่มจากการรณรงค์งดเหล้าในงานบุญงานประเพณี ซึ่งในจังหวัดน่านเริ่มทำงานแข่งเรือยาวประเพณี ซึ่งการแข่งขันเรือยาวประเพณีนั้นอยู่คู่ชุมชนถิ่นที่อยู่อาศัยริมน้ำสืบทอดมาแต่โบราณ



วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษารูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน และ มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษากระบวนการ การแข่งเรือโดยปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน
2. เพื่อนำเสนอรูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีขอบเขตพื้นที่ที่ศึกษา คือ สนามแข่งเรือยาว ณ เทศบาลตำบลเวียงสา อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 25 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลเวียงสาหรือผู้แทนสาธารณสุขอำเภอเวียงสา ผู้นำชุมชน ผู้รักเรือแข่ง ผู้แทนสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ตำรวจสรรพสามิต ผู้รับผิดชอบโครงการงานแข่งเรือปลอดเหล้าพ่อค้าแม่ค้า และประชาชนที่เข้าร่วมงานแข่งขันเรือยาวโดยเลือกผู้ที่เคยเข้าร่วมงานแข่งเรือยาวมาแล้วมากกว่า 1 ครั้งและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป รวมถึงประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการแข่งขันเรือยาวปลอดเหล้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา แยกแยะข้อมูล แจกแจงเนื้อหาให้เห็นภาพที่ชัดเจน โดยการสร้างข้อสรุปในแต่ละประเด็นและเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการตีความ ทำความเข้าใจและค้นหาความหมายที่แท้จริงของข้อมูล เพื่อสร้างข้อค้นพบและสรุปผลและนำผลที่ได้มาสังเคราะห์มาสร้างเป็นรูปแบบการแข่งขันเรือปลอดเหล้า



ผลการวิจัย

1. กระบวนการแข่งเรือโดยปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน

กระบวนการแข่งเรือปลอดเหล้า อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน มีการวางแผนงานที่ชัดเจน ก่อนการดำเนินกิจกรรมงานประเพณีแข่งเรือวันออกพรรษา คณะกรรมการหมู่บ้านจะออกประกาศคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในฝ่ายงานต่างๆ เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะการเตรียมงาน ระยะการปฏิบัติตามแผน ระยะการแข่งขัน และ ระยะหลังการแข่งขัน อย่างไรก็ตาม ในการจัดงานแข่งเรือปลอดเหล้าของอำเภอเวียงสา จะมีพิธีการสู่ขวัญเรือ ซึ่งเป็นประเพณีและความเชื่อที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา ตั้งแต่สมัยโบราณจนถึงปัจจุบัน โดยจะนำเรือมาทำพิธีสู่ขวัญบนบกก่อนที่จะนำเรือลงแข่ง ซึ่งในพิธีจะมีเหล้า 1 ขวด ไก่ต้ม 2 ตัว หรือเป็นหัวหมูมาทำพิธี โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้ทำพิธีสู่ขวัญ ซึ่งการทำพิธีกรรมต่างๆ นั้น ของที่ใช้ประกอบในการทำพิธีกรรมจะมีสุราด้วยเสมอ โดยจะใช้สุราราว เป็นเครื่องสังเวย ซึ่งก่อนการแข่งขันเรือยาวจะมีการนำเครื่องสังเวยมาทำพิธีกรรมต่างๆ เมื่อเสร็จจากงานพิธีกรรมเรียบร้อยแล้ว ชาวบ้านจะช่วยกันเก็บสุราออกไปจากบริเวณงาน เพื่อไม่ให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันงานแข่งขันเรือยาว รวมทั้งไม่มีการจำหน่ายหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งในวันงานแข่งเรือจะมีเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลเวียงสา ตำรวจ และแกนนำเยาวชนจะช่วยกันสอดส่องไม่ให้มีคนดื่มหรือจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าพบว่ามีคนดื่มหรือจำหน่าย ก็จะถูกจับกุมทันที

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน มีดังนี้

1. วิสัยทัศน์ของผู้ดำเนินการ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยมีคุณธัญญธิดา โรจน์ศิริภาณุกุล ที่เป็นแรงผลักดันที่สำคัญของการจัดงานและเป็นจุดประกายในการขับเคลื่อน ได้เล็งเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตประชาชนชาวเวียงสา ต้องการให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้ง การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต ที่ดีด้วย พร้อมทั้งเป็นการอนุรักษ์ประเพณีแข่งเรือให้ยั่งยืนตลอดไปควบคู่ไปกับการไม่ให้มีการจำหน่าย หรือ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณงาน

2. ชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้นำชุมชนต้องการให้คนในชุมชนช่วยกันรักษาประเพณีแข่งเรือให้ยั่งยืน พร้อมกับให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี จึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการจัดงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้า

3. เครือข่ายในการรณรงค์ มีการรณรงค์แข่งเรือปลอดเหล้าเปียร์อย่างต่อเนื่องทุกปี โดยกลุ่มพ่อค้าแม่ค้า และร้านค้าในเขตเทศบาลตำบลเวียงสา ร่วมรณรงค์งดจำหน่ายเหล้า-เปียร์ภายในงาน มีเจ้าหน้าที่สถานีตำรวจภูธรเวียงสา สรรพสามิต อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อปพร. และ ชุดปฏิบัติการเครือข่ายงดเหล้า เข้าร่วมตรวจร้านค้า รวมทั้ง สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ เยาวชน ที่

ร่วมรณรงค์แข่งเรือปลอดเหล้าเปียร์ และสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

4. ความเป็นอัตลักษณ์ของเรื่อนาน เป็นเรือเอกลักษณ์นาน คือ เป็นลักษณะเรือขุดจากไม้ท่อนยาว มีการแกะสลักหัวและหางเรือเป็นรูปพญานาค อ้าปาก ชูคอ มีเขี้ยวโจ่งอน สง่างาม และใช้ฝีพายคนในท้องถิ่น ซึ่งเรือแข่งทุกประเภทต้องเป็นเรือเอกลักษณ์นาน และเป็นสนามแรกและสนามเดียวในจังหวัดน่านที่มุ่งเน้นเรือเอกลักษณ์นาน โดยไม่มีคนจากต่างเมืองเข้ามาแข่ง ซึ่งมีกฎ กติกาที่ชัดเจน

5. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการแข่งเรือปลอดเหล้า มีการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ โดยทุกภาคส่วนช่วยกันประชาสัมพันธ์งาน เช่น ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายเทศบาลตำบลเวียงสา และเสียงตามสายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์ทางสถานีวิทยุท้องถิ่น และสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดน่าน ประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น แผ่นพับ โปสเตอร์ การถ่ายทอดสดเคเบิลทีวี และการเผยแพร่ถ่ายทอดสดงานประเพณีแข่งเรือวันออกพรรษาทางเว็บไซต์ www.nanlongboat.com และ ทางโทรศัพท์มือถือไทยพีบีเอส

2. รูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน

เมื่อทำการศึกษากระบวนการแข่งเรือโดยปลอดเหล้าของจังหวัดน่านแล้ว คณะวิจัยนำมาสังเคราะห์หารูปแบบของการแข่งเรือปลอดเหล้า พบว่า รูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ผู้นำชุมชน (L=Leadership) 2. ความเป็นอัตลักษณ์ (I=Identity) 3. กติกาชุมชน (R=Community Rules) 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (P=Participation) ซึ่งเรียกรูปแบบนี้ว่า “LIRP Model” อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. ผู้นำชุมชน (L=Leadership) เทศบาลตำบลเวียงสา มีผู้นำที่เข้มแข็ง คือนายกเทศมนตรีตำบลเวียงสา ต้องการให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ชาวบ้านมีความศรัทธาและให้ความไว้วางใจแก่ผู้นำ ในช่วงแรกการจัดงานแข่งเรือปลอดเหล้า ได้รับการต่อต้านเนื่องจากเป็นสิ่งที่เคยปฏิบัติกันมานาน แต่เวียงสาที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับนับถือจากคนในหมู่บ้าน ทำให้งานประเพณีแข่งเรือยาวปลอดเหล้าเป็นไปได้ง่าย

2. ความเป็นอัตลักษณ์ (I=Identity) หมายถึงความเป็นเรือเอกลักษณ์นาน คือ เป็นลักษณะเรือขุดจากไม้ท่อนยาว มีการแกะสลักหัวและหางเรือเป็นรูปพญานาค อ้าปาก ชูคอ มีเขี้ยวโจ่งอน สง่างาม และใช้ฝีพายคนในท้องถิ่น ซึ่งเรือแข่งทุกประเภทต้องเป็นเรือเอกลักษณ์นาน และเป็นสนามแรกและสนามเดียวในจังหวัดน่านที่มุ่งเน้นเรือเอกลักษณ์นาน โดยไม่มีคนจากต่างเมืองเข้ามาแข่ง และสามารถขยายเป็นต้นแบบแก่การแข่งขันเรือยาวในจังหวัดน่าน

3. กติกาชุมชน (R=Community Rules) กฎกติกาในชุมชนเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการกำหนดกฎกติการ่วมกัน เช่น ห้ามขาย ห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในงาน ถ้าเจอก็จะจับและปรับทันที ห้ามเรือจากต่างเมืองเข้ามาแข่งขัน



4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (P=Participation) ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมกันจัดกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณ เช่น อำเภอเวียงสา ส่วนราชการได้แก่ สรรพสามิต ตำรวจ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. เป็นต้น กำนันผู้ใหญ่บ้าน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย บริษัทไฟฟ้าหงสา การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยจังหวัดแพร่ สสส. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า รวมถึงเยาวชน พ่อค้าแม่ค้า และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่มีส่วนร่วมในการรณรงค์งดเหล้าเบียร์ในงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้าอย่างต่อเนื่องทุกปี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในวันที่ทำการแข่งขันเรือยาวเท่านั้น เพื่อศึกษารูปแบบการแข่งเรือโดยปลอดเหล้า คือไม่มีการจำหน่ายและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในวันงาน

การอภิปรายผล

ประเพณีการแข่งเรือจังหวัดน่าน ในช่วงแรงงานประเพณีแข่งเรือมีบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนหลัก ต่อมาปี 2547 จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีคนดื่มเหล้าเบียร์มากที่สุดอันดับหนึ่งของประเทศ ทางเครือข่ายสุขภาพและสาธารณสุขอำเภอ ไม่อยากให้มีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นในชุมชน จึงร่วมกันรณรงค์โดยใช้งานประเพณีแข่งเรือ ซึ่งเป็นงานแข่งเรือที่คนเมื่อนานติดมากที่สุด ทำให้งานประเพณีแข่งเรือยาวไม่มีเหล้าเบียร์ สอดคล้องกับงานวิจัยของพงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ (มปป.) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าได้อะไรจากงานแข่งเรือไม่มีเหล้าเบียร์ พบว่า จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงงานประเพณีแข่งเรือดั้งเดิมเปิด-ปิดสนามระหว่างปี 2549 -2556 มีผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 91.35 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 4 ราย จึงขอความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่จะไม่รับสนับสนุนจากบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการทำ MOU กับเจ้าภาพหลักที่เป็นผู้จัดงานแข่งเรือ ไม่ให้มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งไม่มีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณงานแข่งเรือ

รูปแบบการแข่งเรือปลอดเหล้าในจังหวัดน่าน มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ผู้นำชุมชน (L=Leadership) 2. ความเป็นอัตลักษณ์ (I=Identity) 3. กติกาชุมชน (R=Community Rules) 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (P=Participation) เรียกูปแบบนี้ว่า “LIRP Model”

1. ผู้นำชุมชน (L=Leadership) หมายถึงการมีผู้นำที่เข้มแข็ง ต้องการให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ชาวบ้านมีความศรัทธาและให้ความไว้วางใจแก่ผู้นำ ซึ่งที่ท่าเวียงสา เป็นที่แรกที่เริ่มต้นการแข่งเรือปลอดเหล้า เพราะมีการดื่มเหล้าเบียร์กันมาก เนื่องจากงานแข่งเรือที่เวียงสาจัดขึ้นในวันออกพรรษาเป็นช่วงงานประเพณีงานบุญตานก๋วยสลาก ในการจัดงานประเพณีงาน

บุญตานก้วยสลากจะมีการจัดเลี้ยงสังสรรค์ดื่มเหล้า เพราะเป็นประเพณีที่ทุกคนมารวมตัวกันช่วยกันทำตานก้วยสลากก่อนวันงาน ซึ่งในการจัดงานแข่งเรือปลอดเหล้าของทางเวียงสา นั้น จะมีพิธีการสู่ขวัญเรือ ซึ่งจะนำเรือมาทำพิธีสู่ขวัญบนบกก่อนที่จะนำเรือลงแข่ง ในพิธีจะมีเหล้า 1 ขวด ไก่ต้ม 2 ตัว หรือหัวหมูมาทำพิธี โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้ทำพิธีสู่ขวัญ ในช่วงแรกการจัดงานแข่งเรือปลอดเหล้า ได้รับการต่อต้านเนื่องจากเป็นสิ่งที่เคยปฏิบัติกันมานาน แต่เวียงสามีนุ่ที่เข้มแข็ง เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับนับถือจากคนในหมู่บ้าน ทำให้งานประเพณีแข่งเรือยาวปลอดเหล้าเป็นไปได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ และคณะ (2548 อ้างถึงใน เกตุ สมบัติแก้ว, 2550) ที่กล่าวว่า มีผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการอบรมจากค่ายศูนย์ขวัญน่าน จากการแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงบูรณาการตามโครงการศูนย์ขวัญน่าน จังหวัดน่าน คิดเป็นร้อยละ 95 ไม่กลับไปเสพซ้ำ หัวใจสำคัญของการดำเนินงานตามโครงการศูนย์ขวัญน่าน ได้แก่ ผู้นำชุมชน/ภาวะผู้นำ การใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง การสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วน การใช้ความเป็นมนุษย์เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนความเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน การใช้กระบวนการทางจิตและสังคม การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง

2. ความเป็นอัตลักษณ์ (Identity) หมายถึงความเป็นเรือเอกลักษณ์น่าน คือ เป็นลักษณะเรือขุดจากไม้ท่อนยาว มีการแกะสลักหัวและหางเรือเป็นรูปพญานาค อ้าปาก ชูคอ มีเขี้ยวโจ่งจอน สง่างาม และใช้ฝ้ายคนในท้องถิ่น ซึ่งเรือแข่งทุกประเภทต้องเป็นเรือเอกลักษณ์น่าน และเป็นสนามแรกและสนามเดียวในจังหวัดน่านที่มุ่งเน้นเรือเอกลักษณ์น่าน โดยไม่มีคนจากต่างเมืองเข้ามาแข่ง และสามารถขยายเป็นต้นแบบแก่การแข่งขันเรือยาวในจังหวัดน่าน เช่น การแข่งเรือของท่าวังผา กำลังเปลี่ยนรูปแบบการแข่งขันให้เป็นไปในทางเดียวกัน เพื่อรักษาความเป็นอัตลักษณ์อันโดดเด่นของการแข่งขันเรือล้านนาตะวันออกของจังหวัดน่าน

3. กติกาชุมชน (R=Community Rules) กฎกติกาในชุมชนเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการกำหนดกฎกติการ่วมกัน เช่น ห้ามขาย ห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในงาน ถ้าเจอก็จะจับและปรับทันที ห้ามเรือจากต่างเมืองเข้ามาแข่งขัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกตุ สมบัติแก้ว (2550) ที่พบว่า ประชาคมแต่ละตำบลและหมู่บ้าน จะมีการกำหนดกฎ ระเบียบของหมู่บ้านขึ้นมารองรับ เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เริ่มตั้งแต่การตักเตือนผู้ฝ่าฝืนที่มีการดื่มหรือมีการจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่กำหนด และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร อาญาเมืองและอมร สุวรรณนิมิต (2556) ที่พบว่า การใช้กฎกติกาหมู่บ้านในการควบคุมและเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันจนสามารถจัดงานศพปลอดเหล้าได้ 6 งาน 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (P=Participation) ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมกันจัดกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณ เช่น อำเภอเวียงสา ส่วนราชการได้แก่ สรรพสามิต ตำรวจ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. เป็นต้น กำนันผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย บริษัทไฟฟ้าทางสา การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยจังหวัดแพร่ สสส. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า รวมถึงเยาวชน พ่อค้าแม่ค้า และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่มี



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ส่วนร่วมในการรณรงค์ลดเหล้าเบียร์ในงานประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้าอย่างต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับงานวิจัยของอรณร จันทรสมวงศ์ (2554) ที่พบว่าการกำหนด กฎ กติกาหรือระเบียบร่วมกัน ทั้งที่มาจากมาตรการชุมชน และเป็นต้นแบบนำร่องปลอดเหล้าในงานประเพณีอื่นๆ มีการตรวจตรา และเฝ้าระวังการฝ่าฝืนระเบียบกฎหมายโดยเฉพาะในช่วงเทศกาลจัดงาน ทางจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศนโยบายสนับสนุนอย่างชัดเจน และมีการทำงานสร้างความเข้มแข็งจากรากฐานชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง เหตุปัจจัยความสำเร็จได้แก่ ความร่วมมือของภาคี ผู้นำ และการสื่อสารทางสังคม และยังสอดคล้องกับแนวคิดของกมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง (2540) ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วมนั้น ต้องเกิดจากความเต็มใจและความตั้งใจที่จะเข้าร่วม เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ในการแก้ไขปัญหาหรือตัดสินใจในเรื่องนั้นๆ อันจะทำให้เกิดความสามัคคีและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบ “LIRP Model” ไปใช้

1. ผู้นำชุมชน จากการวิจัยพบว่า ผู้นำมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ผู้นำชุมชนนอกจากจะมีวิสัยทัศน์กว้างไกล เข้าใจกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ เป็นอย่างดีแล้ว ผู้นำควรจะมีการเรียนรู้ตลอดเวลาเพราะสังคมมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว จะได้นำความรู้มาพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้นำชุมชนควรเป็นบุคคลต้นแบบในการไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้มีการบังคับใช้มาตรการ กฎ หรือระเบียบตามกติกาชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ความเป็นอัตลักษณ์ จากการวิจัยพบว่า ควรส่งเสริมความเข้าใจความเป็นอัตลักษณ์เรือเอกลักษณ์น่าน เรือแข่งเวียงสาพร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยใช้ประโยชน์จากการประชาสัมพันธ์ความเป็นอัตลักษณ์เรือเอกลักษณ์น่านร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน
3. กติกาชุมชน จากการวิจัยพบว่า กฎกติกาชุมชนเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการกำหนดกฎกติการ่วมกัน ดังนั้นควรเคารพกติกาชุมชน เพื่อให้เกิดความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเพื่อความสงบสุขของชุมชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน จากการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กิจกรรม/โครงการสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายการสนับสนุนการรณรงค์การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากใช้งานบุญประเพณีแข่งเรือยาวในการขับเคลื่อนรณรงค์การปลอดเหล้าแล้ว ควรขยายผลการรณรงค์ปลอดเหล้าในงานบุญประเพณีอื่นๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะเพื่อสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นในคนหมู่มาก โดยเชื่อมโยงกับค่านิยม ประเพณีและวัฒนธรรม



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการแข่งเรือปลอดเหล้า ดังนั้น จึงควรศึกษากระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีมาตรการอะไรบ้างที่ใช้ควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. ควรศึกษารูปแบบการปลอดเหล้าในงานบุญประเพณีอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนและลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. (2540). ประชาชนกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง : ประชาชนการมีส่วนร่วมทางการเมือง องค์การเอกชนกับบทบาทในการตรวจสอบการเลือกตั้งสู่การเมืองใหม่และประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : มูลนิธิองค์การกลางเพื่อประชาธิปไตย.
- กันต์ เขียวรุ่งโรจน์ และคณะ. (2548). รายงานผลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2547-2548. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กวิณธร เสถียร และ พชรินทร์ สิริสุนทร. (2557). รายงานวิจัยเรื่อง โครงการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงสร้างสรรค์ในประเพณีการแข่งเรือ อำเภอยางตลาด จังหวัดน่าน.สนับสนุนโดยงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เกตุ สมบัติแก้ว. (2550). รูปแบบการกำหนดมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ในเขตอำเภอยางตลาด จังหวัดน่าน. ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.
- พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์.(มปป.).คนน่านได้อะไรจากงานแข่งเรือไม่มีเหล้าเปียร์. เอกสารประกอบการประชุมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ.
- เยาวลักษณ์ อนุรักษณ์. (2558). สารานุกรมจังหวัดน่าน. องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์ราชการจังหวัดน่าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุภาพร อาญาเมือง และอมร สุวรรณนิมิต. (2556). บทความ “การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชีวิตชุมชนในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนชนบทจังหวัดบุรีรัมย์”. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ฉบับพิเศษ การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 9 การวิจัยสู่ประชาคมอาเซียน. สำนักงานกองบรรณาธิการกองส่งเสริมการวิจัยและบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า.(2558). แข่งเรือปลอดเหล้า ชิงจ้าวสาयน้ำปี 8. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม, 2558, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/29413-แข่งเรือปลอดเหล้าชิงจ้าวสาयน้ำปี8.html>



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

อาภรณ์ จันทน์สมวงศ์. (2554). เอกสารชุดความรู้งานรณรงค์งดเหล้า. แข่งเรือปลอดเหล้าจังหวัด
น่าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า.

Keeves, P. J. (1988). *Educational research methodology, and measurement: An international handbook*. Oxford, England: Pergamon Press.



**มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิง
กับบุตรของทัณฑสถานหญิง**
**Measurement of Promotion for Relationship between Women
Prisoners and Children of Woman Correctional Institution**

ศิริินทร์ อินทวิชะ* จินตนา ตันสุวรรณนนท์** อาภาศิริ สุวรรณานนท์***
Sirin Intaravicha Chintana Tansuwannond** Apasiri Suwannanon****



บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ต้องขังหญิงจากทัณฑสถานหญิงจำนวน 4 แห่ง

ผลการวิจัยพบว่ามาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่เหมาะสม จะเป็นรูปแบบ “Good APP” ซึ่งหมายความว่าต้องประกอบไปด้วย 1) เจตคติที่ดี (Good Attitude) ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งต้องเคารพในหลักสิทธิมนุษยชนทั้งในเรื่องสิทธิสตรีและเรื่องสิทธิเด็ก 2) นโยบายที่ดี (Good Policy) ได้แก่ การเบี่ยงเบนผู้กระทำความผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรม การจัดหาทรัพยากร การจัดโครงสร้างพื้นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การติดต่อสื่อสาร

*หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาอาชญาวิทยา การบริหารงานยุติธรรมและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาอาชญาวิทยา การบริหารงานยุติธรรมและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาอาชญาวิทยา การบริหารงานยุติธรรมและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

*Doctor of Philosophy Program in Criminology, Justice Administration and Society, Graduate School, Suan Dusit University

**Asst. Prof. Dr. , Graduate School, Suan Dusit University

***Asst. Prof. Dr. , Graduate School, Suan Dusit University

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

และการดูแลภายหลังพ้นโทษ และ 3) แนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ซึ่งต้องคำนึงถึงทั้งช่วงระยะเวลาแห่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร และมาตรการที่ใช้ในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร

คำสำคัญ: มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์/ผู้ต้องขังหญิง/บุตร/ทัณฑสถานหญิง/

Abstract

The research on measurement of promoting relationship between women prisoners and children of Woman Correctional Institution aimed to find out the effective measurement of promotion for relationship between women prisoners and children of Woman Correctional Institution.

The research methodology was mixed methods which were consisted of both qualitative and quantitative methods. The qualitative method was an in-depth interview by using the interview schedule with key informants. For the quantitative method, there was a questionnaire as the tool for collecting data. The samples were women prisoners and prison officers from 4 Woman Correctional Institutions.

The research found that the effective on measurement of promotion for relationship between women prisoners and children of Woman Correctional Institution were the “APP Model”. The “APP Model” consists of 1) “Good Attitude” of prison officers is to respect human rights, including women’s rights and the rights of the child, 2) “Good Policy” is to use alternative justice by diversion process, to supply the resources, to have available infrastructure, to participate with the community, to communicate with other persons, and to have aftercare programs, and 3) “Good Practice” takes into account the duration of the relationship between women prisoners and children and the measurement of promotion for relationship between women prisoners and children.

Keywords: Measurement of Promotion for Relationship/ Women Prisoners/ Children/ Woman Correctional Institution



บทนำ

ทัณฑสถานหรือเรือนจำไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก แต่เนื่องจากการดามีสถานะเป็นผู้ต้องขัง จึงส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งต้องดำเนินชีวิตอยู่กับมารดาภายในทัณฑสถานหรือเรือนจำ เพื่อให้มารดาได้สร้างความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพกับบุตรของตนด้วยการอบรมเลี้ยงดู เพราะความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของบุตรในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และจริยธรรม โดย ราโมนา ที เมอร์เซอร์ (Ramona T. Mercer) ได้อธิบายไว้ในหนังสือ *Becoming a mother* (1995) ว่าความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับบุตรนั้นเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ ซึ่งจะเริ่มชัดเจนเมื่อทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหว และจะเป็นไปอย่างรวดเร็วภายหลังการคลอด การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและบุตร จะส่งผลดีทั้งกับมารดาและบุตร กล่าวคือมารดามีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งเป็นผลดีที่มารดานั้นจะตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เมื่อมารดาและบุตรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน บุตรย่อมได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างดีย่อมมีพัฒนาการดี ในทางตรงข้ามหากมารดาและบุตรมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน บุตรก็ไม่อาจมีพัฒนาการที่ดีได้ ทั้งนี้พัฒนาการของบุตรจะมีผลเชื่อมโยงไปถึงบุคลิกภาพและวิถีชีวิตของบุตรในอนาคต (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2559: 19) หากแยกเด็กออกจากการเลี้ยงดูของมารดาจะเป็นการสร้างความคิดให้กับเด็ก และจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2554: 97-98)

ปัจจุบันจำนวนของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และจำนวนเด็กติดผู้ต้องขังก็เพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต โดยข้อมูลของกรมราชทัณฑ์ ณ เดือนพฤษภาคม 2560 พบว่ามีเด็กติดผู้ต้องขังจำนวน 74 คน ซึ่งเด็กเหล่านี้ถือเป็นผู้บริสุทธิ์จึงไม่ควรได้รับผลร้ายจากการกระทำผิดของมารดา และสมควรได้รับการดูแลให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยภายใต้บรรยากาศแห่งความผาสุก ความรักและความเข้าใจเช่นเดียวกับเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูและเติบโตภายนอกทัณฑสถานหรือเรือนจำ แต่ด้วยปัญหาความแออัดของผู้ต้องขังหญิง และปัญหาด้านการบริหารจัดการเรือนจำและทัณฑสถาน อาทิ ปัญหาการขาดแคลนอาหารกำลัง ปัญหาการขาดขวัญและกำลังใจของบุคลากรในเรือนจำและทัณฑสถาน ปัญหาความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักถึงความสำคัญของข้อกำหนดขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำและมาตรการที่มีใช้การคุมขังสำหรับผู้กระทำผิดที่เป็นหญิง (United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non - Custodial Measures of Women Offenders) หรือข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rules) ของบุคลากรในเรือนจำและทัณฑสถาน ล้วนส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรทั้งสิ้น

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและพัฒนาแนวปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขัง กล่าวคือในด้านกฎหมายได้มีการบัญญัติกฎหมายขึ้นใหม่ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายทางอาญาของประเทศ และสอดคล้องตามมาตรฐานสากล ทั้งข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

:SMR) และข้อกำหนดขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำและมาตรการที่มีใช้การคุมขังสำหรับผู้กระทำผิดหญิง (United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non - Custodial Measures of Women Offenders) หรือข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rules) เช่น การแก้ไข มาตรา 246 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 25) พ.ศ. 2550 ซึ่งบัญญัติให้ศาลมีอำนาจใช้ดุลพินิจสั่งให้ทุเลาการบังคับโทษจำคุกไว้ก่อน ในกรณีที่จำเลยมีครรภ์ (ตามมาตรา 246 (3)) และกรณีที่จำเลยคลอดบุตรแล้วยังไม่ถึงสามปี และจำเลยต้องเลี้ยงดูบุตรนั้น (ตามมาตรา 246 (4)) ซึ่งศาลจะใช้ดุลพินิจในการพิจารณาตามความเหมาะสมแห่งรูปคดี และการยกเลิกพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479 โดยพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2560 เพื่อให้พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2560 แต่การบัญญัติกฎหมายขึ้นใหม่ก็ไม่ได้ทำให้จำนวนผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขังลดจำนวนลง เนื่องจากในคดีที่มีอัตราโทษสูง ศาลมักจะไม่ให้ทุเลาการบังคับโทษจำคุก ในด้านพัฒนาแนวปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขัง แม้เรือนจำและทัณฑสถานต่างปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขังโดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน โดยพยายามดำเนินการให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child - CRC) แต่ไม่มีหน่วยงานใดเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางหรือมาตรการในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรให้เป็นมาตรฐานที่แน่ชัดสำหรับการดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่เด็ก

ฉะนั้นเพื่อให้เกิดมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็ก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง เพื่อให้มีนโยบายและแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่ชัดเจน ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนสามารถนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของหน่วยงานของตนได้ อาทิ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม สามารถนำมาใช้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกทัณฑสถานหญิง สถานสงเคราะห์ทั้งที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และที่อยู่ในความดูแลของภาคเอกชน สามารถนำมาใช้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่อยู่ภายนอกทัณฑสถานหญิง เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรในทัณฑสถานหญิง
2. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ต้องขังหญิงที่มีต่อการดูแลบุตรในทัณฑสถานหญิง

3. เพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม

4. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ต้องขังหญิงและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต่อมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรในทัณฑสถานหญิง ความต้องการของผู้ต้องขังหญิงที่มีต่อการดูแลบุตรในทัณฑสถานหญิงในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานระดับผู้บริหารและนักวิชาการ และมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) 2 กลุ่ม โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับผู้บริหารซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการทัณฑสถานหญิงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากทัณฑสถานหญิงซึ่งมีทั้งหมด 7 แห่ง คือ ทัณฑสถานหญิงกลาง ทัณฑสถานหญิงธนบุรี ทัณฑสถานหญิงชลบุรี ทัณฑสถานหญิงนครราชสีมา ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก ทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่ และทัณฑสถานหญิงสงขลา และผู้บริหารสถานสงเคราะห์ที่มีบุตรของผู้ต้องขังหญิงอยู่ในความดูแลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และ (2) กลุ่มนักวิชาการซึ่งแบ่งเป็นนักวิชาการทางอาชญาวิทยา นักวิชาการทางพันธุวิทยา นักวิชาการทางจิตวิทยา และนักวิชาการทางสิทธิมนุษยชน รวมเป็นจำนวน 36 คน โดยมีแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นที่ต้องการทราบ (item objective congruence index – IOC) จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน โดยผลจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อคำถามล้วนมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทั้งสิ้น หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ในชื่อว่า “มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง” ซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด (Close-Ended and Open Questions) เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นที่ต้องการทราบ (item objective congruence index –





IOC) จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ซึ่งผลจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อคำถามล้วนมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทั้งสิ้น ต่อจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งผลจากการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.985 แล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และ (2) กลุ่มผู้ต้องขัง ซึ่งผู้วิจัยใช้กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) จากประชากรเป้าหมายโดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยให้ทัศนสถานหญิงในภาคเดียวกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน จากนั้นจึงทำการเลือกตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ผลที่ได้คือ ภาคกลางได้ทัศนสถานหญิงกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ทัศนสถานหญิงนครราชสีมา ภาคเหนือได้ทัศนสถานหญิงเชียงใหม่ และภาคใต้ได้ทัศนสถานหญิงสงขลา หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) การหาค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลความเป็นอยู่ในทัศนสถานหญิงเพื่อทราบความต้องการของผู้ต้องขังหญิงที่มีต่อการดูแลบุตรในทัศนสถานหญิงของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ต้องขัง สำหรับข้อมูลในส่วนของความคิดเห็นที่มีต่อนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร และความคิดเห็นที่มีต่อแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร ใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Q.D.) ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากผลการวัดค่าสัมประสิทธิ์ความเอน (Skewness) พบว่าการแจกแจงความถี่เบ้ไปทางซ้ายและจากการวัดค่าสัมประสิทธิ์ความโด่ง (Kurtosis) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายมากกว่าการแจกแจงปกติ ส่วนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า “ผู้ต้องขังหญิงกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทัศนสถานหญิงมีความคิดเห็นต่อมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัศนสถานหญิงแตกต่างกัน” วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) แบบสถิตินอนพารามेटริก (Nonparametric Statistics) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย โดยใช้การทดสอบ Mann-Whitney U Test ในรูปแบบ 2 กลุ่มอิสระ (Independent Samples) เพื่อทดสอบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่ากลางเท่าเทียมกันหรือไม่ โดยนำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มมารวมกันเป็นชุดเดียวแล้วเรียงลำดับค่าต่ำสุดจนถึงสูงสุดแล้วหาผลรวมอันดับที่ (Rank) ของแต่ละกลุ่มแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต อีกทั้งได้รับอนุญาตจากกรมราชทัณฑ์ให้สัมภาษณ์บุคคลในสังกัดและให้เก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังหญิง นอกจากนี้

ยังมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลสำคัญและกลุ่มตัวอย่างในการจะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ ทั้งนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญและกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

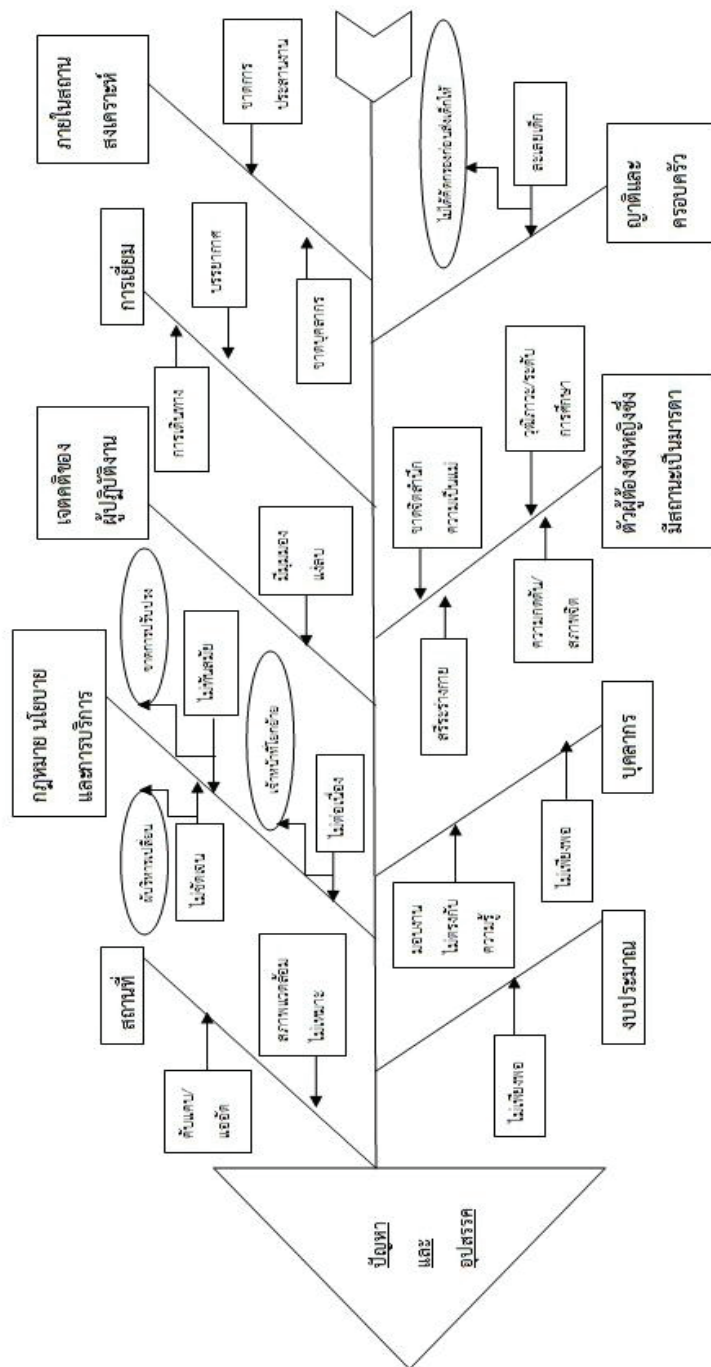
1. สภาพปัญหาที่ทำให้ผู้กระทำความผิดหญิงตั้งครรภ์ต้องเข้าสู่ทัณฑสถานหญิง คือมีการนำมาตรการที่มีใช้การคุมขังมาใช้ในทางปฏิบัติไม่มากนัก ไม่ว่าจะเป็นการลดโทษทางอาญา (Decriminalization) ในกรณีความผิดที่ไม่ร้ายแรง โดยนำโทษอื่น เช่น โทษปรับ มาลงโทษผู้กระทำความผิดหญิงตั้งครรภ์ การเบี่ยงเบนผู้กระทำความผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรม (Diversion) แม้ว่าในปัจจุบันประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ได้บัญญัติให้ศาลมีอำนาจสั่งทุเลาการบังคับโทษจำคุกแก่หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่คลอดบุตรแล้วยังไม่ถึง 3 ปีและต้องเลี้ยงดูบุตร ดังปรากฏตาม มาตรา 246 (3) และมาตรา 246 (4) หรือ การนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice) มาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีความผิดที่ไม่ร้ายแรง ทั้งนี้เพราะกฎหมายที่เกี่ยวข้องขาดความยืดหยุ่น ยากแก่การนำมาปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักสิทธิและเสรีภาพ อีกทั้งผู้พิพากษาไม่ใช้ดุลยพินิจให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ในกฎหมาย นอกจากนั้นยังขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการใช้มาตรการที่มีใช้การคุมขัง และขาดการประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานราชทัณฑ์กับผู้พิพากษา ประกอบกับบางบทบัญญัติของกฎหมาย สารบัญญัติที่กำหนดโทษทางอาญาไว้มากเกินสมควร

เมื่อผู้กระทำความผิดหญิงตั้งครรภ์ต้องเข้ามาสู่ทัณฑสถานหญิงแล้วมีสถานะเป็นผู้ต้องขังหญิงก็ต้องเผชิญกับสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง ในหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยเรื่องสถานที่ ปัจจัยเรื่องงบประมาณ ปัจจัยเรื่องกฎหมาย นโยบาย และการบริหาร ปัจจัยเรื่องบุคลากร ปัจจัยเรื่องเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดา ปัจจัยเรื่องการเยี่ยม ปัจจัยเกี่ยวกับญาติและครอบครัว และปัจจัยภายในสถานสงเคราะห์ ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดโดยใช้ผังก้างปลา (Fishbone Diagram) ได้ตามแผนภาพที่ 1



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)



แผนภาพที่ 1 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์และเด็กกีดกันต้องขัง

ทั้งนี้ปัจจัยเรื่องการเยี่ยมจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ สำหรับการเยี่ยมยาผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่เกิดจากปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขัง จะประกอบไปด้วยการปรับเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ทั้งในด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธินามัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนสิทธิเด็ก สำหรับเรื่องการเยี่ยมต้อง เปิดโอกาสให้พ่อ แม่ ลูกได้กอดกัน ให้ได้เจอแบบอิสระหรือที่เรียกว่าเยี่ยมใกล้ชิด โดยต้องอนุญาตให้มาเข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้ง ตามความต้องการของผู้ต้องขังหญิงและบุตร และต้องจัดสถานที่เยี่ยมให้เหมาะสมสำหรับเด็ก นอกจากนี้ในเรื่องของการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน หรือคนในชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการอบรมดูแลเด็กกลุ่มนี้ และไม่สร้างตราประทับหรือรอยมลทินให้กับเด็กเสียเอง

2. ด้านความต้องการของผู้ต้องขังหญิงที่มีต่อการดูแลบุตรในทัณฑสถานหญิง ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานระดับผู้บริหารและนักวิชาการ พบว่าผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดาควรจะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน ได้แก่ สิทธิในร่างกาย สิทธินามัยเจริญพันธุ์ สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดาจะต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และหลักความเสมอภาค รวมไปถึงการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงโดยคำนึงถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดาด้วย อีกทั้งควรจัดให้มีทางเลือกให้แก่ผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดา แต่ไม่ใช่ให้ผู้ต้องขังหญิงซึ่งเป็นมารดาได้เลือกอย่างเสรี กล่าวคือจะเป็นทางเลือกที่ทางกรมราชทัณฑ์หรือทางทัณฑสถานหญิงกำหนดทางเลือกที่หลากหลายไว้ให้ โดยการตัดสินใจจะเป็นของผู้ต้องขังหญิงซึ่งเป็นมารดาเองภายใต้คำปรึกษาที่ทางกรมราชทัณฑ์หรือทางทัณฑสถานหญิงได้จัดไว้ในรูปแบบบริการ Counseling อีกทั้งการปฏิบัติต่อเด็กควรคำนึงถึงความต้องการของเด็กในเรื่องสิทธิที่เด็กควรจะได้รับทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม สิทธิที่จะได้รับความรักและการคุ้มครองปกป้องจากมารดา เป็นต้น โดยไม่ปฏิบัติต่อเด็กเยี่ยงนักโทษเพราะเด็กไม่ใช่ผู้กระทำความผิด สำหรับความคิดเห็นของผู้ต้องขังหญิงเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในทัณฑสถานหญิงทั้งเรื่องปัจจัยดำรงชีวิตพื้นฐาน เรื่องบริการทางการแพทย์ เรื่องระยะเวลาสำหรับการดูแลบุตร เรื่องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุตร และเรื่องแนวทางของทัณฑสถานหญิงที่จะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร พบว่า ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เห็นว่า (1) ทัณฑสถานหญิงได้จัดปัจจัยดำรงชีวิตพื้นฐานเพียงพอแก่ความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 84.91 (2) ทัณฑสถานหญิงได้จัดบริการทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 92.45 (3) ทัณฑสถานหญิงได้จัดสรรเวลาให้ดูแลบุตรมากเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 98.11 (4) ทัณฑสถานหญิงเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุตร คิดเป็นร้อยละ 98.11 และ (5) ทัณฑสถานหญิงควรกำหนดแนวทางในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร คิดเป็นร้อยละ 98.11





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

3. มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัศนสถานหญิงที่มีความเหมาะสมจะต้องเป็นมาตรการที่คำนึงถึงเรื่องการเคารพสิทธิเด็กและสิทธิสตรี เรื่องเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เรื่องเจตคติของผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดา และ เรื่องทางเลือกของผู้ต้องขังหญิง ดังนั้นเพื่อให้การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรมีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการสร้างเจตคติที่ดีให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้เป็นไปในรูปแบบ “HER Child” โดย HER หมายถึงสิทธิสตรี (Women’s Rights) ซึ่งในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรต้องคำนึงถึงอย่างน้อย 3 เรื่องคือ H = Human Dignity (ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์), E = Equality (ความเสมอภาค) และ R = Reproductive Rights (สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์) ส่วน Child หมายถึงสิทธิเด็ก (Rights of the Child) ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีเจตคติที่ดีจะส่งผลให้เกิดการเคารพสิทธิเด็กและสิทธิสตรี เปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังมีทางเลือก และพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อมีเป้าหมายจะปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ต้องขังหญิงเท่าที่เป็นไปได้ นอกจากนั้นยังควรกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัศนสถานหญิงที่มีดีและมีความเหมาะสมดังนี้

นโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัศนสถานหญิงที่ดี จะประกอบด้วย นโยบายเรื่องการเบี่ยงเบนผู้กระทำความผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรม (Diversion) นโยบายเรื่องการจัดหาทรัพยากร (Resource) นโยบายเรื่องการจัดโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) นโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) นโยบายการติดต่อสื่อสาร (Communications) และ นโยบายการดูแลภายหลังพ้นโทษ (Aftercare) หรือเรียกว่ารูปแบบ “DRICCA”

สำหรับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่ดี จะต้องคำนึงถึงทั้งช่วงระยะเวลาแห่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร และมาตรการที่ใช้ในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร ซึ่งแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัศนสถานหญิงที่แบ่งตามช่วงระยะเวลาแห่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร จะแบ่งออกเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรในระหว่างตั้งครรภ์ แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรในระหว่างให้นมบุตร แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรติดผู้ต้องขัง และ แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่ถูกนำออกไปเลี้ยงดูภายนอกทัศนสถานหญิง ซึ่งเรียกว่ารูปแบบ “PBCM” โดย P = Pregnant (ตั้งครรภ์) B = Baby (ทารก) C = Child (เด็ก) และ M = Move Out (ย้ายออก) ส่วนแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัศนสถานหญิงที่แบ่งตามมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรจะแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ซึ่งกระจายอยู่ใน 4 ระยะเวลาแห่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ-อนามัย (Health) ด้านการบริบาล (Nursing) ด้านทรัพยากรและสภาพแวดล้อม (Resource and Environment) ด้านบรรยากาศที่ส่งเสริมสภาพจิตใจ (Mental State) ของผู้ต้องขังหญิง และด้านการติดต่อ (Communications) ซึ่งเรียกว่ารูปแบบ “HNRMC”

4. จากการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ต้องขังที่มีต่อมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ต้องขังที่มีต่อนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ทดสอบความแตกต่างของระดับความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ต้องขังที่มีต่อนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	23	20.13			
ผู้ต้องขัง	53	46.47	187.00	-4.862	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05

และความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ต้องขังที่มีต่อแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทดสอบความแตกต่างของระดับความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ต้องขังที่มีต่อแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรโดยแบ่งตามช่วงระยะเวลาแห่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p
แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรในระหว่างตั้งครรภ์					
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	23	24.87			
ผู้ต้องขัง	53	44.42	296.00	-3.559	.000*
แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรในระหว่างให้นมบุตร					
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	23	28.24			
ผู้ต้องขัง	53	42.95	373.50	-2.688	.007*
แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรติดผู้ต้องขัง					
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	23	27.46			
ผู้ต้องขัง	53	43.29	355.50	-2.896	.004*
แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่ถูกนำไปเลี้ยงดูภายนอกทัณฑสถานหญิง					
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	23	23.63			
ผู้ต้องขัง	53	44.95	267.50	-4.023	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05



สรุปและอภิปรายผล

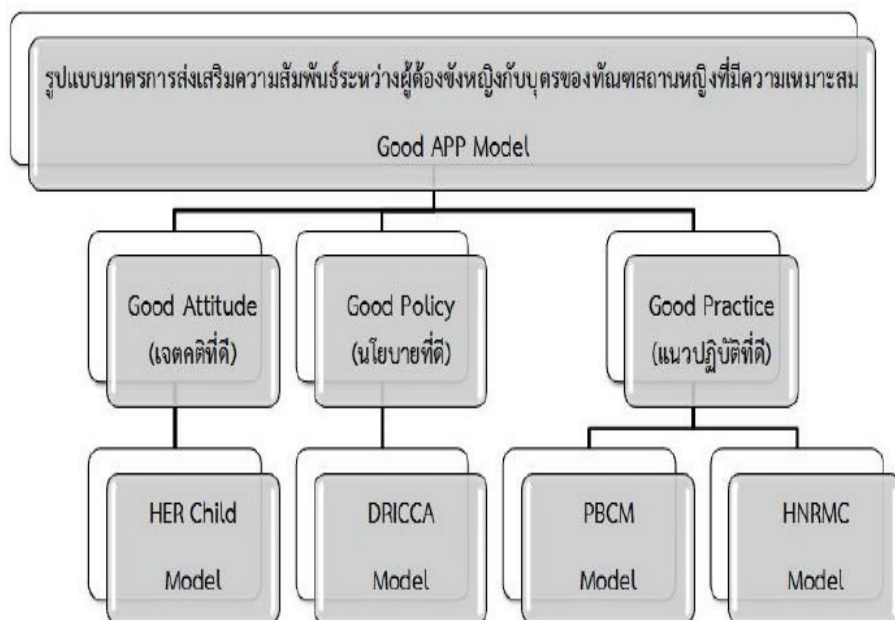
1. สภาพปัญหาที่ทำให้ผู้กระทำความผิดหญิงตั้งครรภ์ต้องเข้าสู่ทัณฑสถานหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ (2560) ซึ่งทำการวิจัยเรื่องการขับเคลื่อน “คุกไทย” สู่ “เรือนจำสุภาพระ” ที่พบว่านโยบายของรัฐไทยที่ยังคงใช้การลงโทษจำคุกเป็นทางออกกระแสหลัก (mainstream) ของการแก้ไขปัญหาดังกล่าวขัดแย้งกับแนวคิดของ เรมิง ซาเลย์ส์ (Raymond Saleilles) ที่อธิบายว่าโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิด จะต้องปรับให้เข้ากับสภาพของผู้กระทำความผิด และจะต้องมีการช่วยเหลือให้ผู้กระทำความผิดได้แก้ไขฟื้นฟูตนเอง (อุทัย อาทิวะ, 2558: 148-149) สำหรับสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลภา วจนสาระ และ กฤตยา อาชวนิจกุล (2558) ซึ่งทำการวิจัยเรื่อง ผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำไทย พบว่า คุณภาพชีวิตในเรือนจำ ทั้งการอยู่อาศัย การทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนหนังสือ การฝึกอาชีพ การพักผ่อน การหลับนอน ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่ที่คับแคบของแดนหญิงในเรือนจำหรือในทัณฑสถาน ซึ่งสภาพปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร เพราะการที่เด็กจะพัฒนาไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ได้อยู่ภายใต้เงื่อนไขของการมีสัมพันธภาพ ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อแม่แบบ (Parent Figure) อย่างต่อเนื่อง การได้รับความใกล้ชิดจากมารดาจะทำให้เด็กรู้สึกถึงความปลอดภัย ทั้งนี้หากแยกเด็กออกจากการเลี้ยงดูของมารดาอย่างส่งผลในทางตรงข้าม กล่าวคือ จะเป็นการสร้างความเครียดให้กับเด็ก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรด้วย ตามทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์ (Attachment Theory) ของ จอห์น โบลบี (John Bowlby) (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2554: 97-98) โดยการเยียวผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่เกิดจากปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขังที่เหมาะสมได้แก่การกำหนดมาตรการที่ไม่สร้างตราบาปหรือรอยมลทินให้กับเด็ก เพราะจะทำให้เด็กมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมอาชญากรรม เป็นไปตามทฤษฎีตราโดยผู้ปกครอง (Parental Labeling Theory) ซึ่งพัฒนาโดย แมทซูดะ (Matsueda) (พรชัย ชันดี, 2553: 282)

2. ด้านความต้องการของผู้ต้องขังหญิงที่มีต่อการดูแลบุตรในทัณฑสถานหญิง พบว่าผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดาควรจะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาค และความต้องการด้านจิตใจของผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดาด้วย สอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (Hierarchy of Need Theory) ของแอบราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) ที่อธิบายว่าความต้องการของมนุษย์เริ่มจากความต้องการพื้นฐานทางร่างกายขึ้นไปถึงขั้นสูงสุด (Fehr, 1983, อ้างถึงใน โสภา ชูพิกุลชัย ขปิลมันน์, 2548: 74 และพรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2556: 151) โดยผู้ต้องขังหญิงควรได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพสิทธิสตรี (Women's Rights) โดยจะต้องได้รับสิทธิความชอบธรรมในร่างกายของตน (Bodily Integrity) ซึ่งรวมไปถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive



Health) และการตัดสินใจในเรื่องส่วนบุคคล (Autonomy) ซึ่งผู้ต้องขังหญิงซึ่งมีสถานะเป็นมารดาควรมีสหิทธิในการตัดสินใจที่จะมีหรือไม่มีบุตร ตลอดจนการได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรได้อย่างปลอดภัยในกรณีตัดสินใจที่จะมีบุตร และการทำแท้งที่ปลอดภัยในกรณีที่ตั้งครรภ์แต่ไม่มีความพร้อมและตัดสินใจที่จะไม่มีบุตร แต่ไม่ใช่ให้ผู้ต้องขังหญิงซึ่งเป็นมารดาได้เลือกอย่างเสรี แต่เป็นการตัดสินใจของผู้ต้องขังหญิงซึ่งเป็นมารดาภายใต้คำปรึกษาที่ได้จัดไว้ให้ในรูปแบบบริการ Counseling

3. มาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำมาจัดทำเป็นรูปแบบ (Model) ชื่อรูปแบบมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม หรือเรียกอีกชื่อว่า “Good APP” โดยรูปแบบมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม จะประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ Good Attitude (เจตคติที่ดี) Good Policy (นโยบายที่ดี) และ Good Practice (แนวปฏิบัติที่ดี) โดยแต่ละเรื่องจะประกอบไปด้วยรูปแบบ (Model) ของเรื่องนั้นๆ ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ตามแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิง กับ บุตร
ของทัณฑสถานหญิงที่มีความเหมาะสม หรือ Good APP Model





4. จากการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ต้องขังที่มีต่อมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิง พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษาวิจัยที่ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ กล่าวคือผู้ต้องขังหญิงกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทัณฑสถานหญิงมีความคิดเห็นต่อมาตรการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยระดับความคิดเห็นทั้งในด้านความคิดเห็นต่อนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร และด้านความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือกลุ่มผู้ต้องขังมีระดับความคิดเห็นที่มากกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อาจเป็นนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร และแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรของทัณฑสถานหญิงนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์และส่งผลดีแก่กลุ่มผู้ต้องขังอย่างมากทั้งในด้านสิทธิขั้นพื้นฐาน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาค และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรโดยคำนึงถึงสิทธิเด็ก ซึ่งแตกต่างไปจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่จะต้องมีการะหน้าที่เพิ่มขึ้นทั้งในการดูแลเด็ก การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ต้องขังหญิงเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง ตลอดจนจัดให้มีการเยี่ยมอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรที่ถูกนำไปเลี้ยงดูภายนอกทัณฑสถานหญิง นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานถูกหล่อหลอมให้เชื่อว่าต้องใช้อำนาจในการควบคุมผู้ต้องขังเพราะพวกเขาเป็นผู้ต้องโทษ ในลักษณะที่เป็นตาต่อตา ฟันต่อฟัน จึงไม่ได้คำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน จึงไม่เกิดการปฏิบัติในลักษณะที่เคารพสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ต้องขัง และไม่มีทางเลือกให้แก่ผู้ต้องขังหญิงมากนัก เพราะหลงลืมว่าการแก้ไขฟื้นฟูและการปรับพฤติกรรม เป็นภารกิจสำคัญของการควบคุมผู้ต้องขัง อีกทั้งหลงลืมไปว่าบุตรของผู้ต้องขังถือเป็นผู้บริสุทธิ์ที่สมควรได้รับการดูแลจากมารดาเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ทั้งนี้ได้มีงานวิจัยหลายเรื่องที่เสนอแนวทางแก้ไขในปัญหาเกี่ยวกับเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไว้ ดังนั้นกฤษฎา อาชวนิจกุลและกุลภา วจนสาระ (2558) ซึ่งทำวิจัยเรื่องผู้ต้องขังหญิง : สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้เสนอให้ปรับฐานคิดเกี่ยวกับเรือนจำ โดยต้องใส่ใจกับความละเอียดอ่อนและความหลากหลายของมนุษย์ คำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน และการลดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ อีกทั้งใส่ใจในมิติด้านเพศภาวะและนภาพรณ หะวานนท์ และคณะ (2555) ซึ่งทำวิจัยเรื่อง การใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำข้อกำหนดกรุงเทพฯไปสู่การปฏิบัติ กรณีศึกษาประเทศไทย ได้เสนอให้มีการปฏิรูปฐานความคิดเกี่ยวกับเรือนจำซึ่งควบคุมผู้ต้องขังหญิง กล่าวคือต้องไม่ใช่ระเบียบและการควบคุมที่เข้มงวดเกินไป และต้องมีการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ในแนวตั้งระหว่างผู้บริหารเรือนจำและเจ้าหน้าที่กับผู้ต้องขังมาสู่ความสัมพันธ์ในแนวราบ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการวิจัย

1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย มีดังต่อไปนี้

(1) ควรเร่งดำเนินการปรับเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้เคารพในสิทธิมนุษยชนโดยเฉพาะในเรื่องของคือสิทธิสตรีและสิทธิเด็ก โดยควรกำหนดเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของกระทรวงยุติธรรม และของกรมราชทัณฑ์ และมีการจัดทำแผนปฏิบัติการและจัดสรรงบประมาณของกรมราชทัณฑ์ไปยังทัณฑสถานหญิงเพื่อให้การดำเนินการด้านการปรับเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

(2) ควรกำหนดการเปี่ยงเบนผู้กระทำผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรมเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของกระทรวงยุติธรรม และของกรมราชทัณฑ์ และจัดทำแนวปฏิบัติในการประสานงานกับส่วนงานในกระบวนการยุติธรรมหน่วยอื่น เช่น ศาลยุติธรรม ให้นำมาตรการดูแลการบังคับโทษจำคุกในกรณีที่ยังไม่ถึงครบ และกรณีที่ยังไม่ถึงครบแล้วยังไม่ถึง 3 ปี รวมถึงการนำมาตรการที่มีใช้การคุมขังซึ่งได้แก่ การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ติดตามตัว (Electronic Monitoring ; EM) มาใช้

(3) ควรจัดสรรงบประมาณของกรมราชทัณฑ์สำหรับจัดหาทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังหญิงระหว่างให้นมบุตร ทารกและเด็กติดผู้ต้องขังให้เพียงพอแก่ความต้องการของบุคคลดังกล่าว และควรจัดสรรงบประมาณของกรมราชทัณฑ์สำหรับการปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของทัณฑสถานหญิงให้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังหญิงระหว่างให้นมบุตร ทารกและเด็กติดผู้ต้องขัง

(4) ควรเปิดพื้นที่ทัณฑสถานหญิง ให้หน่วยงานอื่นของรัฐ ตลอดจนภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตรโดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility (CSR)) แล้วพัฒนาไปสู่การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันโดยจัดทำในรูปแบบบันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding : MOU)

(5) ควรพัฒนารูปแบบการติดต่อสื่อสาร โดยจัดเยื่อมอย่างใกล้ชิดในลักษณะใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตครอบครัวภายนอกทัณฑสถานหญิง ทั้งในเรื่องการจัดสถานที่และบรรยากาศในการเข้าเยี่ยม ตลอดจนปรับขั้นตอนการรักษาความปลอดภัยในการเข้าเยี่ยมเพื่อไม่ให้เกิดมีความหวาดกลัวและเครียดกับมาตรการรักษาความปลอดภัยนั้น นอกจากนั้นยังควรเพิ่มการสื่อสารให้มีรูปแบบที่หลากหลาย โดยควรมีการพัฒนาไปถึงขั้นที่จะนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร แต่อย่างไรก็ดีการใช้เทคโนโลยีก็ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่โดยออกกฎระเบียบในการดำเนินการให้รัดกุม

(6) ควรกำหนดให้การช่วยเหลือผู้ต้องขังหญิงหลังพ้นโทษเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของกระทรวงยุติธรรม และของกรมราชทัณฑ์ โดยเน้นให้ผู้ต้องขังหญิงกับบุตรได้ใช้ชีวิตร่วมกัน เพื่อฟื้นความสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งนี้อาจดำเนินการในรูปแบบบ้านกึ่งวิถี (Halfway House) หรือวิธีการอื่นตามความเหมาะสมซึ่งอาจพิจารณาเป็นรายกรณีไป



(7) กรมราชทัณฑ์ควรจัดทำแผนปฏิบัติการการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ ซึ่งถือเป็นการพัฒนาการทำงานของกรมราชทัณฑ์ในเรื่องของการดูแลผู้ต้องขังหญิงอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดให้มีระบบการตรวจสอบผลการปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ เพื่อทราบผลการดำเนินการว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ เพื่อจะนำไปวางแผนแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ มีดังต่อไปนี้

(1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ต้องขังหญิงและบุตร จะต้องดำเนินการโดยเคารพสิทธิของผู้ต้องขังหญิง โดยต้องคำนึงถึงอย่างน้อย 3 เรื่องคือ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาค และ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

(2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ต้องขังหญิงและบุตร จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังหญิงมีสิทธิที่จะเลือกตัดสินใจในเรื่องที่เป็นสิทธิส่วนบุคคลของตัวผู้ต้องขังหญิงเอง และในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลบุตรตามที่มารดาต่างๆไปจะพึงมี

(3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ต้องขังหญิงและบุตร จะต้องดูแลทารกและเด็กติดผู้ต้องขัง โดยต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็ก กล่าวคือจะต้องไม่ปฏิบัติต่อเด็กเช่นเดียวกับผู้ต้องขัง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเจาะลึกถึงแนวทางในเลี้ยงดูเด็กและการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังหญิงกับบุตร เมื่อเด็กถูกนำออกไปเลี้ยงดูภายนอกทัณฑสถานหญิง ทั้งในกรณีที่เด็กถูกนำไปเลี้ยงดูโดยครอบครัว และในกรณีที่เด็กถูกเลี้ยงดูโดยสถานสงเคราะห์

2. ควรศึกษาเจาะลึกถึงผลของการเบี่ยงเบนผู้กระทำผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรมด้วยวิธีใช้มาตรการทุเลาการบังคับโทษจำคุกในกรณีที่ทำลายตั้งครุฑ และกรณีที่ทำลายคลอบุตรแล้วยังไม่ถึง 3 ปี ว่าจำเลยและบุตรมีความสัมพันธ์ที่ดีกว่ากรณีผิดต้องขังหญิงกับบุตรในทัศนสถานหญิงหรือไม่ เพียงใด



กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ต้นสุวรรณนนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดุษฎีนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาศิริ สุวรรณานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมดุษฎีนิพนธ์ พร้อม ด้วยศาสตราจารย์ พลตำรวจตรีหญิง ดร.พัชรา สีนลอยมา คณบดีคณะนิติวิทยาศาสตร์โรงเรียนนายร้อย ตำรวจ ประชานกรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ ดร.นัทธี จิตสว่าง รองผู้อำนวยการสถาบันเพื่อการยุติธรรม แห่งประเทศไทย และ รองศาสตราจารย์ ดร.จิตตินันท์ เดชะคุปต์ อาจารย์สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ เป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้ความรู้ และให้คำ แนะนำ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินการวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์

ดร.เชษฐ รัชดาพรณานิกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล วิศิษฐ์สรรค์ดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพชร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พิงโพธิ์สม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาตุกร จันประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทรแรม เรือนแป้น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาณี เฟือกบัวขาว ดร.ปิ่นผยาศ ฌิตสุนทรโรทยาน และ คุณนิดา กุลจรรยาวิวัฒน์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย อีกทั้งขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความ อนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับดำเนินการวิจัยเรื่องนี้

บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2558). **ผู้ต้องขังหญิง : สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (บรรณาธิการ). (2560). **การขับเคลื่อน “คุกไทย” สู่ “เรือนจำสุภาพะ”**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2558). **ผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำไทย**. รายงานวิจัยเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (เอกสารอัดสำเนา).
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2559). **จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร หะวานนท์ และคณะ. (2555). **การใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำข้อกำหนดกรุงเทพฯไปสู่การปฏิบัติ กรณีศึกษาในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรชัย ชันดี. (2553). **ทฤษฎีอาชญาวิทยา : หลักการ งานวิจัย และนโยบายประยุกต์**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สุนทรฟิล์ม.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2556). **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ. (2554). **โครงการวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงและเด็กติดผู้ต้องขังในรอบ 7 ปี (พ.ศ.2545-2551)**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานโครงการกำลังใจในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.
- โสภา ชูพิกุลชัย ชปิลมันน์. (2548). **บุคลิกภาพ และพัฒนาการ : แนวโน้มสู่การมีพฤติกรรมปกติหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนของเด็กและเยาวชน**. กรุงเทพมหานคร : เสมาธรรม.
- อุทัย อาทิวะ. (2558). **ทฤษฎีอาชญาวิทยากับกระบวนการยุติธรรม Criminology Theory And Criminal Justice System**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์.
- Fehr, Lawrence A. (1983). **Introduction to Personality**. New York : Macmillan Publishing Co.
- Mercer, R. T. (1995). **Becoming a mother**. New York : Springer.



ลักษณะของภัยเหล้ามือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชน ในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย

A school-based study on harm to others due to alcohol consumption among youth in Nong Khai Province

สิริกร นามลาบุตร* วรานิษฐ์ ลำไย**

Sirikorn Namlabut* Waranist Lamyai**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะของภัยเหล้ามือสอง ที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย 2) ศึกษาผลกระทบต่อชุมชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณและนอกบริเวณของสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย ที่ได้รับผลกระทบจากภัยเหล้ามือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย นักเรียนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 14-18 ปี ครูประจำชั้น ครูฝ่ายปกครอง ผู้กำกับการ (สอบสวน) กลุ่มงานสอบสวน หรือผู้แทน ผู้อำนวยการกองกำลังรักษาความสงบหรือผู้แทน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือผู้แทน พ่อค้าแม่ค้า บุคคลในครอบครัวผู้ที่ได้รับผลกระทบ วัยรุ่นนอกระบบการศึกษา สามล้อเครื่องรับจ้าง และชาวบ้านที่อยู่บริเวณที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น จำนวน 60 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การจดบันทึก และมีการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ การวิเคราะห์ข้อมูลตีความข้อมูลตามคำถามที่ตั้งไว้ โดยใช้เทคนิคสามเสาในการตรวจสอบความเที่ยง และใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่ศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ลักษณะของภัยเหล้ามือสอง ที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ในทางลบ มีลักษณะดังนี้ การทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุจราจร เมื่อต้องเผชิญหน้ากับเยาวชนที่ดื่มตามถนน/ในสถานที่สาธารณะต่างๆ ส่วนใหญ่แล้วจะรู้สึกหวาดกลัว และกลัวถูกทำร้ายร่างกาย 2) ชุมชนที่อยู่ในบริเวณและหรือนอกบริเวณสถานศึกษา ผลกระทบที่ได้รับคือ การก่อให้เกิดความรำคาญใจ เปิดเพลงเสียงดังมาก คุกคามเสียงดัง และมีการรวมกลุ่มกันขับซัฟรัดจักรยานยนต์ ซึ่งระดับความรุนแรงของผลกระทบ เป็นความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง มูลค่าความสูญเสียจากการได้รับผลกระทบจากการดื่มของเยาวชนมีค่าใช้จ่ายไม่มากนัก เนื่องจากเป็นผลกระทบที่มีความรุนแรงเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นบุคคลในครอบครัวที่ดื่มสุรา ดื่มทุกวันและตามเทศกาลต่างๆ ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครัวเรือน

* นักวิจัยอิสระ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

** นักวิจัยอิสระ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

* Independent researcher, Master's Degree in Educational Administration Ramkhamhaeng University.

** Independent researcher, Ph.D. in Development Education, Department of Education Foundation, Graduate School, Silpakorn University



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย พบว่า 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป็นนโยบายเฉพาะเกี่ยวกับการป้องกันและมาตรการ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน รวมทั้งกำหนดแนวทางดำเนินงานให้ชัดเจนเพื่อเยาวชนจะได้มีที่ปรึกษาและสามารถขอคำแนะนำได้ถูกต้อง 2) จัดกิจกรรมป้องกันเยาวชนที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เช่น ออกกฎระเบียบในโรงเรียน มีการเฝ้าระวังและออกตรวจเพื่อป้องปราม มีมาตรการป้องกันไม่ให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียน

คำสำคัญ : ภัยเหล้ามือสอง/เยาวชน/สถานศึกษา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

This research aims to (1) study the characteristics of alcohol harm to others caused by youth drinking in a specific school in Nong Khai and (2) examine the impact of youth drinking on communities living in and around the school area. The study utilized qualitative data collected through in-depth interviews with 60 informants. This included some 14-year-old to 18-year-old non-drinking students that were selected by teachers. Other informants were their families, teachers, teens outside the educational system, police officers (the chief investigator and his team), the deputy director of the peacekeeping force, representatives from the Nong Khai Provincial Social Development and Human Security Office, retailers, tricycle drivers, and locals in the area who were affected by youth alcohol consumption.

The study results showed the following: (1) A school-based study on harm to others due to alcohol consumption among youth in Nong Khai Province. Alcohol abuse by teens resulted in negative acts such as brawling, bystanders being unintentionally hit during a brawl, drunk driving accidents, vulgarity, verbal/physical harassment, violating traffic rules, and fear of assaults in public by youth binge drinkers. (2) Communities located in and around the school were disturbed by unbearable and dangerous behaviours of teenage binge drinking such as loud music, rowdy talking, and unlawful motorcycle gangs. The degree of violence could range from not severe to moderate, such as nuisances, quarrels, mild injuries, and alcohol-related crashes. Evidently, daily and occasional drinking at festivities of the youth causes damage to their families. Financially, even though these families have insufficient income for regular household expenditure.

The research recommend the following: (1) Any relevant agencies should define specific prevention strategies on alcohol control and accessibility by youth. The guidelines must be clear-cut for who and where they were able to inquire when advice was needed. (2) Arrange Youth prevention activities are related to alcohol., such as school rules, Watch out and check to deter, There are measures to prevent alcohol in schools.

Keywords : harm to others / among youth / school /Alcoholic beverages



บทนำ

ปัจจุบันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ขยายเข้าสู่กลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้น จากปัจจัยต่างๆ เช่น ความอยากรู้อยากลอง การเข้าถึงสื่อโฆษณา เป็นต้น จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2557 พบว่า ภาพรวมของนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ค่อนข้างคงที่ โดยมีทิศทางการลดลงเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ.2557 มีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 32.3 ซึ่งลดลงร้อยละ 1.22 หรือลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.09 ต่อปี อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ในช่วงเวลา 13 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.5 หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4.96 ต่อปี นอกจากนี้ การสำรวจยังพบอีกว่าคนไทยใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 4.5 นาที ในการเดินทางไปร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากสถานการณ์ข้างต้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เป็นแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2554 - 2563) เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ ซึ่งมีเป้าหมายในการควบคุมและลดปริมาณการบริโภค ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ลดความเสี่ยงของการบริโภค รวมถึงจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อกำหนดมาตรการต่างๆ ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559 อ้างถึงใน สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ/สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรทัย วลีวงศ์ ทักษพลธรรมรังสี และจินตนา จันทร์โคตรแก้ว (2557) ได้ศึกษาไว้ว่าผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น เป็นมิติหนึ่งในผลกระทบทั้งหมดที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความสนใจผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นนอกจากผู้ดื่ม ซึ่งมักมีลักษณะตามรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดื่มกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น กรณีผู้ดื่มเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนแปลกหน้า ผลกระทบมีหลากหลายระดับ ครอบคลุมตั้งแต่ความรุนแรงในระดับเล็กน้อย

จังหวัดหนองคาย เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษของไทยเพื่อรองรับ AEC และเป็นพื้นที่ชายแดนติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ซึ่งมีการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาดื่มได้โดยง่าย และจากรายงานสถานการณ์ทางสังคมระดับท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย ปี 2558 ในภาพรวมของจังหวัดหนองคาย พบว่า ประชากรในท้องถิ่นมีจำนวนทั้งสิ้น 509,890 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย เพศหญิง จำนวน 255,059 คน คิดเป็นร้อยละ 50.02 เพศชาย จำนวน 254,831 คน คิดเป็นร้อยละ 49.98 ตามลำดับ และมีจำนวนครัวเรือนในท้องถิ่นทั้งสิ้น 157,573 ครัวเรือน ในปี 2558 มีประชาชนที่ติดสุรา จำนวน 1,912 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองคาย, 2558) และในปี 2554 ข้อมูลรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

รายจังหวัด พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.5 ซึ่งอยู่เป็นลำดับที่ 34 ของประเทศ ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย เนื่องจากมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ การติดตามผล รวมถึงการสร้างภาพลักษณ์ต่อสังคมของประเทศชาติได้ต่อไปอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาผลกระทบต่อชุมชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณและนอกบริเวณของสถานศึกษาแห่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชน



วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิธีการวิจัยเอกสาร เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาและวิเคราะห์เอกสารงานเขียนต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หนังสือวิทยานิพนธ์ บทความ วารสาร สิ่งพิมพ์ รวมทั้งสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มาจากเว็บไซต์ต่างๆ ทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศ
2. วิธีการเลือกตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 2 ถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 6 (ช่วงอายุระหว่าง 14-18 ปี) ที่ได้รับผลกระทบจากภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนโดยให้ครูประจำชั้นหรือครูฝ่ายปกครองเป็นผู้คัดเลือกนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่มีการบังคับหากผู้เข้าร่วมไม่เต็มใจ และประชากรวัยทำงานช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่ได้รับผลกระทบจากภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชน โดยใช้วิธี Snowball (การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่น่าเชื่อถือเพื่อตอบในประเด็นปัญหาการวิจัย) และไม่มีการบังคับหากผู้เข้าร่วมไม่เต็มใจ แนวข้อคำถามการสัมภาษณ์ ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน เคยได้รับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนหรือไม่อย่างไร (เช่น อุบัติเหตุจราจร ถูกกลั่นแกล้ง ทะเลาะวิวาท เคยถูก/โดนคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำร้ายร่างกายพูดจาหยาบคายใส่ เป็นต้น)
3. วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมวิธีการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในสถานที่เยาวชนดื่มสุรา สังเกตพฤติกรรมแสดงออกของเยาวชนดื่มสุรา และผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการดื่มของเยาวชน ต่อ ร้านค้า/ชุมชน และ ครอบครัว เป็นอย่างไร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะทำการศึกษา คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการ



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมจำนวน 60 ราย ได้แก่

1. นักเรียนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งอายุ 14-18 ปี โดยให้ครูประจำชั้นหรือครูฝ่ายปกครองเป็นผู้คัดเลือกนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 25 คน

2. ครูประจำชั้น ครูฝ่ายปกครอง จำนวน 3 คน

3. ผู้กำกับการ(สอบสวน) กลุ่มงานสอบสวน ภจว.หนองคาย หรือผู้แทนจำนวน 2 คน

4. ผู้อำนวยการกองกำลังรักษาความสงบประจำจังหวัดหนองคายหรือผู้แทน จำนวน 1 คน

5. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองคายหรือผู้แทน จำนวน 2 คน

6. กลุ่มคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของเยาวชน ได้แก่ พ่อค้าแม่ค้า บุคคลในครอบครัวของผู้ที่ได้รับผลกระทบ วัยรุ่นนอกระบบการศึกษา วินสามล้อเครื่อง กลุ่มวัยทำงานอายุ 25 ปีขึ้นไปและชาวบ้านที่อยู่บริเวณที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น จำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กำหนดประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดหนองคาย ประกอบไปด้วย

2.1 ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน เคยได้รับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการดื่มของเยาวชน หรือไม่อย่างไร (เช่น อุบัติเหตุจราจร ถูกกลั่นแกล้ง ทะเลาะวิวาท เคยถูก/โดน คนที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำร้ายร่างกายพูดจาหยาบคายใส่ เป็นต้น)

2.2 ระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นที่ท่านเคยได้รับ

2.3 ท่านเคยถูกรบกวน/คุกคามตามท้องถนน/ในสถานที่สาธารณะต่างๆ จากคนเยาวชนที่ดื่ม

2.4 ท่านรู้สึกหวาดกลัวเมื่อต้องเผชิญหน้ากับเยาวชนที่ดื่มตามถนน/ในสถานที่สาธารณะต่างๆ

2.5 ท่านต้องตื่นขึ้นกลางดึก/นอนไม่หลับเพราะการส่งเสียงดังรบกวนจากวงสุราหรือ

ผู้มันเมา (นอกบริเวณบ้าน, นอกหมู่บ้าน)

2.6 ท่านเคยต้องไปขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้นำชุมชน เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำศาสนา หรือหน่วยบริการอื่นๆ (ที่ไม่เป็นทางการ)

2.7 ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ในบริเวณและหรือนอกบริเวณสถานศึกษาได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน อย่างไร

2.8 ท่านเคยโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากตำรวจเนื่องจากการดื่มของคนอื่นหรือไม่

2.9 ท่านเคยต้องหยุด/ขาด/ลางาน (หรือหยุดเรียน) เพราะได้รับอันตรายหรือผลกระทบจากการดื่มของคนอื่น และเวลาที่ใช้ในการรักษา ใช้เวลาเท่าไร

2.10 มูลค่าความสูญเสียจากการได้รับผลกระทบจากการตีของผู้อื่น [ค่าเสียหาย เช่น ค่าซ่อมรถค่าซ่อมบ้าน/รั้ว ค่ารักษาพยาบาลจากเคสเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการตีของคนอื่น (เช่น เป็นผู้โดยสารเป็นคู่กรณีได้รับลูกหลงบาดเจ็บหรือทรัพย์สินเสียหาย) มูลค่าเงินที่เคยมีไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในบ้านเนื่องจากการตีของคนในบ้าน]

ประเด็นการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีดังนี้

1. ในสถานที่เยาวชนตีสุรา มีพฤติกรรมแสดงออกอย่างไรบ้าง
2. ผลกระทบของการตีแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการตีของเยาวชน ต่อ ร้านค้า/ชุมชน และครอบครัว เป็นอย่างไร

ซึ่งนักวิจัยหลักเป็นคนพื้นที่จังหวัดหนองคายมีความคุ้นเคยกับชุมชนเป็นอย่างดีสามารถแฝงตัวเข้าไปสังเกตอย่างมีส่วนร่วมได้ และมีผู้ช่วยวิจัยรุ่นเยาว์มีอายุใกล้เคียงกับวัยรุ่น เข้ามาเก็บข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการวิจัยดังนี้

1. คณะผู้วิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนักเรียนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี โดยให้ครูประจำชั้นหรือครูฝ่ายปกครองเป็นผู้คัดเลือกนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครูประจำชั้น ครูฝ่ายปกครอง ผู้กำกับการ(สอบสวน) กลุ่มงานสอบสวน ภจว.หนองคาย หรือผู้แทน ผู้อำนวยการกองกำลังรักษาความสงบประจำจังหวัดหนองคายหรือผู้แทน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองคายหรือผู้แทน พ่อแม่ค้ำบุคคลในครอบครัวผู้ที่ได้รับผลกระทบ วัยรุ่นนอกระบบการศึกษา วินสามล้อเครื่อง กลุ่มวัยทำงานอายุ 25 ปีขึ้นไปและชาวบ้านที่อยู่บริเวณที่ได้รับผลกระทบจากการตีแอลกอฮอล์ของผู้อื่นซึ่งใช้วิธีเฉพาะเจาะจง โดยใช้วิธี Snowball และไม่มีการบังคับหากผู้เข้าร่วมไม่เต็มใจ คณะผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับเข้าร่วมการวิจัย และได้มอบสำเนาเอกสารใบยินยอมด้วยความสมัครใจฉบับนี้ที่ลงนามและวันที่แล้วให้กับผู้ยินยอมจำนวน 1 ฉบับ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งที่เป็น “ข้อเท็จจริง” และ “ความคิดเห็น” ตามแนวคำถามในประเด็นต่างๆ ในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์และจดบันทึก คณะผู้วิจัย จะทำการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล ทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล

2. คณะผู้วิจัย สันทนาแต่ละราย วันละ 4 ราย โดยใช้คำถามปลายเปิด 10 คำถาม เพื่อหาลักษณะของภัยหล้ามือสอง ที่เกิดจากการตีของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคายเป็นอย่างไร ชุมชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณและนอกบริเวณของสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ได้รับผลกระทบจากภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการตีของเยาวชนอย่างไร โดยแต่ละรายใช้เวลาสนทนา 30 นาที

3. หลังจากนั้นนำผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย มาทำการถอดเทปหลังสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งและบันทึกเพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาประมวล และวิเคราะห์

4. การสัมภาษณ์ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ คณะผู้วิจัย จะมีการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ และนำมาตรวจสอบวิเคราะห์ โดยมีการกระทำซ้ำบุคคลเดิมในกรณีที่มีวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่ายังได้ข้อมูลไม่ชัดเจนครบถ้วน ในการสัมภาษณ์บางกรณี คณะผู้วิจัย จะใช้คำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในขณะนั้นบางประเด็นมาเป็นคำถามในการพูดคุยสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งคณะผู้วิจัยใช้การจดบันทึกและบันทึกเสียงพร้อมกับวิเคราะห์และตีความข้อมูลไปพร้อมกัน คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากการรวบรวมข้อมูล และจัดกลุ่มของคำให้สัมภาษณ์ตามประเด็นคำถาม และวิเคราะห์ ตีความข้อมูลตามคำถามที่ตั้งไว้ จะใช้เทคนิคสามเส้าในการตรวจสอบความเที่ยง เช่น การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยจะทำการตรวจสอบแหล่งของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถาม พร้อมกันนั้นก็ได้อ่านข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ จากนั้นใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับข้อมูลจากบริบท และข้อมูลด้านเอกสาร หนังสือ และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ ลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการตีของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย หากมีประเด็นใดไม่ชัดเจน คณะผู้วิจัยได้กลับไปเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพิ่มเติมจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ผลการวิจัย

การศึกษา“ลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการตีของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย” พบว่า เป็นผลกระทบเชิงลบ โดยมีลักษณะของผลกระทบที่ได้รับแตกต่างกันไป โดยแยก ดังนี้

1. นักเรียนในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 25 ราย เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 - 6 มีอายุระหว่าง 14 -18 ปี จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับผลกระทบจากการตีของเยาวชน มีเพียงจำนวน 10 ราย ที่เคยได้รับผลกระทบจากการตีของเยาวชน จากการสัมภาษณ์จะพบลักษณะภัยแล้งมือสองที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน ซึ่งเป็นผลกระทบที่ไม่รุนแรงมากนัก เช่น การทะเลาะวิวาท การพูดจาหยาบคายใส่ มีเสียงดังรบกวน ทำให้เกิดความรำคาญใจ ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ “พงษ์” (นามสมมุติ)



พงษ์ เป็นนักเรียนชั้น ม. 2 อายุ 13 ปี พงษ์ เคยได้รับผลกระทบของการตีแม่แอลกอฮอล์ที่เกิดจากการตีของเยาวชน ลักษณะภัยแล้งมือสอง คือ ทะเลาะวิวาท พุดจาหยาบคายใส่ เจอขณะเดินทางกลับบ้าน แต่ไม่รุนแรงมากนัก เมื่อต้องเผชิญหน้ากับเยาวชนที่ตีตามถนนหรือในสถานที่สาธารณะต่างๆ พงษ์ จะรู้สึกหวาดกลัว เพราะกลัวจะโดนทำร้าย ตอนกลางคืนมีบางครั้งนอนไม่หลับตื่นมากลางดึก เพราะมีเสียงดังรบกวนจากข้างบ้าน คุณพ่อของพงษ์เคยไปบอกกับกลุ่มที่กินเหล้าแต่ก็ไม่มีผล ยังคงมีพฤติกรรมเช่นเดิม ซึ่งต้องทนความรำคาญแบบนี้มาเป็นเวลา 3 ปี ยิ่งช่วงใกล้สอบต้องอ่านหนังสือ แถบจะไม่มีสมาธิในการอ่านเลย

2. ครูประจำชั้น และ ครูฝ่ายปกครอง จากการสัมภาษณ์คุณครู จำนวน 3 ราย ครูชา ครูวิน และครูสัน (นามสมมุติ) พบว่า คุณครูทั้งสามราย ไม่เคยได้รับผลกระทบจากการตีแม่แอลกอฮอล์ที่เกิดจากการตีของเยาวชนเลย ผู้วิจัย ได้สอบถามเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่พบนักเรียนตีแม่แอลกอฮอล์ คุณครูทั้งสาม เล่าให้ฟังว่า ครูมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสูตร แผนการเรียน ระบบการจัดการศึกษาและการประเมินผลระดับต่างๆ ที่มีการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา ตลอดจนระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียน ได้ให้ความรู้เรื่องภัยจากการตีแม่แอลกอฮอล์แก่นักเรียนโดยสอดแทรกในวิชาที่สอน จัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญต่างๆ และให้คำปรึกษา เป็นต้น

3. จากการสัมภาษณ์ ผู้กำกับการ(สืบสวน) กลุ่มงานสอบสวน ภจว.หนองคาย พบว่า ไม่เคยได้รับผลกระทบจากการตีแม่แอลกอฮอล์ที่เกิดจากการตีของเยาวชนเลย มีแต่การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการตีแม่แอลกอฮอล์ของเยาวชน

4. จากการสัมภาษณ์ ตัวแทนผู้อำนวยการกองกำลังรักษาความสงบประจำจังหวัดหนองคาย พบว่า โดยส่วนตัวไม่เคยได้รับผลกระทบจากการตีแม่แอลกอฮอล์ที่เกิดจากการตีของเยาวชนเลย มีแต่ผู้ได้รับความเดือดร้อนมาแจ้งว่า มีเสียงดังรบกวน ก่อให้เกิดความรำคาญใจ จากการสอบถาม พบว่า เมื่อเยาวชนตีสุรา มักจะตีช่วงเย็น หรือช่วงวันหยุด เทศกาลงานต่างๆ โดยจะซื้อสุรามากินที่บ้าน จะนั่งตีกันเป็นกลุ่มกับเพื่อนๆ จะมีการร้องเพลง หรือพูดเสียงดัง ทำให้ชาวบ้านในบริเวณนั้นเกิดความรำคาญใจ

5. จากการสัมภาษณ์ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า โดยส่วนตัวและคนในครอบครัวไม่เคยได้รับผลกระทบจากการตีแม่แอลกอฮอล์ที่เกิดจากการตีของเยาวชนเลย แต่ด้วยที่ทำงานตรงนี้จะได้รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการตีแม่แอลกอฮอล์ของกลุ่มเยาวชนที่ไปก่อความเดือดร้อนให้ชาวบ้านในละแวกใกล้เคียง ซึ่งมีเรื่องร้องเรียนเกือบทุกวัน ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการทะเลาะวิวาทตีกันของกลุ่มเยาวชน จนสร้างความหวาดกลัวให้กับผู้คนที่อยู่ในละแวกนั้น

6. จากการสัมภาษณ์ กลุ่มคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการตีของเยาวชน ได้แก่ พ่อค้า แม่ค้า บุคคลในครอบครัวของผู้ที่ได้รับผลกระทบ วัยรุ่นนอกระบบการศึกษา วินสามล้อเครื่อง กลุ่มวัยทำงานอายุ 25 ปีขึ้นไปและชาวบ้านที่อยู่บริเวณที่ได้รับผลกระทบจากการตีแม่แอลกอฮอล์ของผู้อื่น จำนวน 27 คน พบว่า ลักษณะภัยแล้งมือสองที่ได้รับผลกระทบจะคล้ายๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว คือ พบ



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

เสียงดังรบกวน เปิดเพลงเสียงดัง ทำให้รำคาญใจ นอนไม่หลับ สุขภาพจิตเสียเพราะเครียดกับเด็กพวกนี้ ช่วงที่เด็กๆ มานั่งล้อมวงตี๋มมักจะเบ็ตตอนเย็นๆ บางครั้งกลุ่มเยาวชนที่ตี๋มสุรามักจะเปิดเพลงเสียงดัง ทะเลาะวิวาทตีกัน และ รวมกลุ่มกันแข่งซิ่งรถจักรยานยนต์บนท้องถนน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “ช่วงที่ตี๋มเย็นๆ ไปแล้ว จะรวมกลุ่มกัน ส่วนมากจะตี๋มในบ้าน และตี๋มไม่เป็นที่ คุยกันเสียงดัง และเปิดเพลงเสียงดัง บางครั้งจะตี๋มนอนกลางดึกช่วงตี 1 กลุ่มเยาวชนซิ่งรถจักรยานยนต์มากันเป็นกลุ่มเสียงรุดังมาก ทำให้นอนไม่ค่อยหลับ”(แม่ค้า,30 พฤศจิกายน 2560)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ลักษณะภัยเหล้ามือสองที่เกิดจากการตี๋มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคายนั้น ส่วนใหญ่เป็นการทะเลาะวิวาท การก่อให้เกิดความรำคาญใจ หรือการพูดจาหยาบคาย การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งเป็นความรุนแรงที่เล็กน้อยถึงปานกลาง ในจังหวัดหนองคายปัญหาที่พบจากเยาวชนที่ตี๋มสุรามีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ผู้ที่ตี๋มสุราจะเป็นวัยแรงงานมากกว่า ที่ตี๋มแล้วไปเกิดผลกระทบต่อผู้อื่น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของนักสังคมสงเคราะห์ บ้านพักเด็กและครอบครัว “บ้านพักเด็กและครอบครัว รับเฉพาะเด็กผู้หญิง อายุ14-15 ปี ปัญหาพฤติกรรมเด็กวัยรุ่น ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ค่อยจะมีความรุนแรงของผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น ส่วนสุราเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตี๋มเหล้าขาว ส่วนเรื่องเด็ก ตี๋มสุรา มีค่อนข้างน้อย แต่ไม่ว่า เด็กที่ถูกกระทำจะอยู่ในสถานพินิจ เด็กผู้หญิง เด็กที่กระทำความผิดตี๋มเหล้ามีบ้าง ขวนไปกินเหล้าวัยรุ่นก่อเหตุ อาชญากรรม สถานพินิจจะมี ส่วนมากคนที่ตี๋มสุราจะเป็นวัยแรงงาน”

เมื่อกล่าวถึงการขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้นำชุมชน เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำศาสนา หรือหน่วยบริการอื่นๆ (ที่ไม่เป็นทางการ) จากการศึกษา พบว่า มีการบ่นผ่านทางทวิตเตอร์ ซึ่งก็มีคำแนะนำหลายวิธีมาให้ ส่วนผู้นำชุมชน ก็ไปว่ากล่าวตักเตือนให้เยาวชนหยุดการกระทำที่สร้างความเดือดร้อนให้ชาวบ้าน ทางด้านโรงเรียน ครูฝ่ายปกครองจะตักเตือนปัญหาเด็ก โดยยึดข้อมูลของเด็กเป็นรายบุคคล ดูถึงสภาพความเป็นจริง หรือปัญหาที่แท้จริง สภาพความเป็นอยู่ การอยู่กับผู้ปกครองของเด็กเป็นรายบุคคลไป ให้โอกาสเด็กเมื่อเด็กทำความผิด ให้เวลากลับเนื้อกลับใจ ส่งเสริมให้กำลังใจ และเก็บเรื่องนี้ไว้เป็นความลับ

เมื่อชุมชนได้รับผลกระทบจากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ได้โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากตำรวจ จากการศึกษาพบว่า มีการขอความช่วยเหลือจากตำรวจ เพราะชุมชนอยู่อย่างไม่สงบสุข มีความรำคาญใจ นอนไม่หลับ เพราะมีเสียงดังรบกวน และเป็นห่วงสุขภาพของลูกหลานที่ตี๋มสุรา บ้างก็ขาดเรียน บ้างก็ก่อให้เกิดปัญหาสังคม ประธานกรรมการชุมชนจึงไปร้องเรียนตำรวจให้ช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “ถ้าตำรวจสายตรงไปพบเยาวชนตี๋มสุรา จะว่ากล่าวตักเตือน แต่ถ้าทำความผิดจับกุมตามกฎหมาย ถ้าเป็นเด็กอายุไม่เกิน 10 ปี ไม่ต้องรับโทษ ไม่เกิน 18 ปี จะต้องเร่งส่งสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อายุไม่เกินสิบแปดปีร้องขอ การถามปากคำผู้เสียหายหรือพยานที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปี ให้พนักงานสอบสวนแยกกระทำเป็นส่วนสดในสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และให้มันักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่เด็กร้องขอ และพนักงาน



อัยการร่วมอยู่ด้วยในการถามปากคำเด็กนั้น และในกรณีที่นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เห็นว่าการถามปากคำเด็กคนใดหรือคำถามใด อาจจะมีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจเด็กอย่างรุนแรง ให้พนักงานสอบสวนถามผ่านนักจิตวิทยาหรือนักสังคม สงเคราะห์เป็นการเฉพาะตามประเด็นคำถามของพนักงานสอบสวน โดยมีให้เด็กได้ยินคำถามของ พนักงานสอบสวนและห้ามมิให้ถามเด็กซ้ำซ้อนหลายครั้งโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้เป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวนที่จะต้องแจ้งให้นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่ได้กร้องขอ และพนักงานอัยการทราบ รวมทั้งแจ้งให้ผู้เสียหายหรือพยานที่เป็นเด็กทราบถึงสิทธิด้วย”(ผู้กำกับการ(สืบสวน) กลุ่มงานสอบสวน ภจว.หนองคาย, 29 พฤศจิกายน 2560)

ผลการศึกษาจากการไปร่วมสังเกตการณ์กับกลุ่มเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสังเกตการณ์ ในช่วงเดือนธันวาคม 2560 พบว่า เยาวชนเมื่อมารวมกลุ่มกันจะไม่สวมชุดนักเรียน จะนำชุดเที่ยวมาเปลี่ยน บ้างก็ไปนั่งดื่มตามริมโขง บ้างก็ไปดื่มในเซ็นเตอร์พ้อยท์ บ้างก็ไปนั่งดื่มที่สวนสาธารณะ เมื่อเลิกเรียนจะยังไม่เข้าบ้าน บางคนไปรวมกลุ่มกับเพื่อนแต่งรถมอเตอร์ไซด์ซึ่งมีวัยรุ่นประมาณ 7-8 คนรวมกลุ่มกัน จับกลุ่มดื่มสุราในบ้านเพื่อน แต่ไม่ถึงกับสร้างความรำคาญใจให้กับเพื่อนบ้านรอบข้าง จะกลับบ้านประมาณ 3 ทุ่มทุกวัน ถ้าเป็นช่วงใกล้จะถึงวันปีใหม่ บ้านแต่ละหลัง จะนั่งล้อมวงดื่มสุรา คุยกัน ร้องคาราโอเกะและเปิดเพลงเสียงดังมาก ซึ่งสร้างความรำคาญใจให้กับคนในชุมชน แต่ก็เป็นที่เข้าใจว่าเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่จึงมีการฉลองเลี้ยงสังสรรค์กัน คนในชุมชนก็จะไม่ว่ากัน

สาเหตุของลักษณะภัยเหล้ามือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย พบว่า ลักษณะของภัยเหล้ามือสองไม่รุนแรง เพราะว่าชุมชนที่ศึกษาเข้าโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ทำให้ชาวบ้านน้อมนำหลักศีล 5 มาประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงสถานศึกษาต่างๆ เข้าร่วมโครงการด้วย ทำให้คนดื่มเหล้าน้อยลง ส่งผลให้ “ภัยเหล้ามือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย” มีผลกระทบค่อนข้างน้อยมากเป็นผลกระทบที่ไม่รุนแรง

สรุปภาพรวมของลักษณะภัยเหล้ามือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาวชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย

ลำดับ	ลักษณะภัยเหล้ามือสอง	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ (n=60)
1	เสียงดังรบกวนทำให้เกิดความรำคาญใจ นอนไม่หลับ	25
2	ถูกพูดจาหยาบคายใส่	10
3	ได้รับอุบัติเหตุทางถนน	2
4	หวาดกลัวเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ดื่มแอลกอฮอล์	3
5	ไม่เคยได้รับผลกระทบจากผู้ดื่ม	20



สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา คณะผู้วิจัยขอเสนอเป็น 2 ส่วน คือ (1) ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน (2) ชุมชนที่อยู่ในบริเวณและหรือนอกบริเวณสถานศึกษา ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

1) ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน

เยาวชนที่เริ่มดื่มสุราเพื่อต้องการเข้าสังคม/การสังสรรค์ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่มและอยากทดลองดื่ม ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ มากมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงผู้รอบข้าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเป็นปัญหาที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นและนำไปสู่ปัญหาอื่นหรือก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ในทางลบ เช่น ทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุจากรพุดจาหยาบคาย การถูกลูกลองจากการทะเลาะวิวาท การรบกวน/คุกคามตามท้องถนนในสถานที่สาธารณะต่างๆ จากคนเฒ่าที่ดื่ม เช่น การคุกคามด้วยคำพูด ข่มขืนจรรยาบรรณที่ไม่เคารพกฎจราจร อีกทั้ง เมื่อต้องเผชิญหน้ากับเยาวชนที่ดื่มตามถนน/ในสถานที่สาธารณะต่างๆ ส่วนใหญ่แล้วจะรู้สึกหวาดกลัว เนื่องจาก กลัวทำร้ายร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิธีธ บุญยรัตพันธุ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า การดื่มสุราทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ มากมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงผู้รอบข้างอย่างมาก การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเป็นปัญหาที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นและนำไปสู่ปัญหาอื่นหรือก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ในทางลบหรือสร้างความเสียหายแก่ประเทศชาติอย่างมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของอรรถพล เตจาคำ (2550) ที่พบว่า ผลกระทบของการดื่มสุรา เกิดได้ทั้งผลกระทบในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ โดยเฉพาะผลที่เกิดขึ้นกับคุณภาพของสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเกิดอุบัติเหตุ โรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาครอบครัว ระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน เป็นความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ก่อให้เกิดความรำคาญใจ ทะเลาะวิวาท บาดเจ็บเล็กน้อยไม่ถึงกับเข้าโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุตามท้องถนนแต่ไม่รุนแรง นอกจากนี้แล้ว ผู้ได้รับผลกระทบมักจะตื่นขึ้นกลางดึก/นอนไม่หลับ เพราะการส่งเสียงดังรบกวนจากวงสุราหรือผู้มึนเมา เปิดเพลงเสียงดัง ทะเลาะวิวาท รวมกลุ่มกันข่มขืนจรรยาบรรณ ซึ่งได้ขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากประธานคณะกรรมการชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำศาสนา หรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากตำรวจ เนื่องจากการดื่มของคนอื่น เช่น เยาวชนทะเลาะวิวาท

ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของเยาวชน ไม่ต้องหยุด/ขาด/ลางาน (หรือหยุดเรียน) และเวลาที่ใช้ในการรักษาใช้เวลาไม่มากนัก เพราะ เป็นผลกระทบที่ไม่มีความรุนแรงมากนัก

2) ชุมชนที่อยู่ในบริเวณและหรือนอกบริเวณสถานศึกษา ได้รับผลกระทบจากการตีมีแอลกอฮอล์ของเยาวชน

ชุมชนที่อยู่ในบริเวณและหรือนอกบริเวณสถานศึกษาได้รับผลกระทบจากการตีมีแอลกอฮอล์ของเยาวชน เช่น เปิดเพลงเสียงดังมาก คุยกันเสียงดัง รวมกลุ่มกันขับซิ่งจักรยานยนต์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิธีร บุษยรัตน์พันธุ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า การตีมีสุราทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ มากมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงผู้คนรอบข้างอย่างมาก การตีมี เครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของเยาวชนเป็นปัญหาที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นและนำไปสู่ปัญหาอื่นหรือก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ในทางลบหรือสร้างความเสียหายแก่ประเทศชาติอย่างมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของอรรถย์ วลีวงศ์ ทักษพล ธรรมรังสี และจินตนา จันทรีโคตรแก้ว (2557) ที่พบว่า ผลกระทบของการตีมีแอลกอฮอล์ เป็นมิติหนึ่งในผลกระทบทั้งหมดที่เกิดจากการตีมีแอลกอฮอล์ โดยให้ความสนใจผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นนอกจากผู้ตีมี ซึ่งมักมีลักษณะตามรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตีมีกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น กรณีผู้ตีมีเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนแปลกหน้า ผลกระทบมีหลากหลายระดับ ครอบคลุมตั้งแต่ความรุนแรงในระดับเล็กน้อย เช่น การรู้สึกรำคาญใจ จนถึงผลกระทบที่รุนแรงมาก เช่น การถูกทำร้ายเสียชีวิต นอกจากนี้คนที่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในจังหวัดหนองคาย จะเป็นวัยแรงงาน เป็นบุคคลในครอบครัวที่ตีมีสุรา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะเป็น การทะเลาะวิวาทตีกัน บางคนโดนลูกหลงจากการทะเลาะวิวาทตีกัน การพุดจาหยาบคายใส่กัน จนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย แต่ก็เป็นผลกระทบที่ไม่รุนแรงมากนัก การส่งเสียงดังรบกวน ทำให้เกิดความรำคาญใจอย่างมาก มูลค่าความสูญเสียที่เกิดจากการตีมีของเยาวชนมีไม่มากนัก เนื่องจากเป็นผลกระทบที่ไม่รุนแรงมากนัก เช่น ก่อให้เกิดความรำคาญใจ ทะเลาะวิวาทแต่ไม่รุนแรง ซึ่งผู้ตีมีสุราในจังหวัดหนองคายส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่ตีมีสุราที่ไม่ใช่เยาวชน ตีมีเหล้าขาว เปียร์กระป๋อง ตีมีทุกวันและตามเทศกาลต่างๆ ผู้ตีมีจะมีอาชีพรับจ้าง เป็นผู้ใช้แรงงาน หากวิเคราะห์เรื่องราวได้คนที่ทำงานรับจ้างมีรายได้ประมาณเดือนละ 5,000 – 8,000 บาท ซึ่งอาจจะมีรายได้เสริมจากครอบครัวที่มีอาชีพทำนา ทำให้รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนบางแห่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของจปฐ. (ข้อมูลจำเป็นพื้นฐานระดับชุมชน ปี 2559) ที่สำคัญรายได้ครอบครัวมากขึ้น จึงให้เงินแก่ลูกหลานได้มากขึ้น ซึ่งเงินดังกล่าวเพียงพอที่เยาวชนจะแบ่งไปซื้อเครื่องตีมีแอลกอฮอล์มาตีมีด้วยกันได้ พอตีมีเข้าไปมากๆ ก็ก่อให้เกิดอุบัติเหตุแก่ผู้อื่นได้ แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามูลค่าความสูญเสียจากการได้รับผลกระทบจากการตีมีของเยาวชน พบว่า ไม่ค่อยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากนัก เพราะเป็นการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่จะสูญเสียในเรื่องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้านมากกว่า คือผู้ตีมีจะนำเงินไปซื้อเหล้ามาตีมี ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอกับภาระค่าใช้จ่ายในบ้าน ซึ่งผลการศึกษาจะต่างกับงานวิจัยของกนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร (2560) ที่พบว่าครอบครัวได้รับผลกระทบจากการตีมีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่ตีมีแอลกอฮอล์ด้านเศรษฐกิจ มากที่สุด ร้อยละ 84.8 โดย ร้อยละ 37.0 ขาดคนทำงานช่วยครอบครัวร้อยละ 27.8 พบปัญหาทางด้าน



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

การเงินของครอบครัว รองลงมาคือผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของคนในครอบครัว ร้อยละ 74.6 โดยร้อยละ 33.3 เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจากการดูแล ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของอรัญ วลีวงศ์ ทักษพล ธรรมรังสี และจินตนา จันทร์โคตรแก้ว (2557) ที่พบว่าผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น ซึ่งมักมีลักษณะตามรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น กรณีผู้ดื่มเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนแปลกหน้า ผลกระทบมีหลากหลายระดับ ครอบคลุมตั้งแต่ความรุนแรงในระดับเล็กน้อย เช่น การรู้สึกรำคาญใจ จนถึงผลกระทบที่รุนแรงมาก เช่น การถูกทำร้ายเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป็นนโยบายเฉพาะเกี่ยวกับการป้องกันและมาตรการ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน รวมทั้งกำหนดแนวทางดำเนินงานให้ชัดเจนเพื่อเยาวชนจะได้ มีที่ปรึกษาและสามารถขอคำแนะนำได้ถูกต้อง
- 2 จัดกิจกรรมป้องกันเยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เช่น ออกกฎระเบียบในโรงเรียน มีการเฝ้าระวังและออกตรวจเพื่อป้องปราม มีมาตรการเพื่อโรงเรียนปลอดแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาขนาดและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนให้มากขึ้นเพื่อเชื่อมโยงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ในการที่จะลดวิกฤติผลกระทบทางสังคม จากสุราในกลุ่มเยาวชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาวิจัย



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร . (2560). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี นครสวรรค์ ครั้งที่ 13 วิจัยและนวัตกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม, 2560, จาก conference.nu.ac.th/nrC13/downloadPro.php?plD=103&file=103.pdf
- ข่าวสด.นิวส์มอนิเตอร์. (2560). WHO หนุนทั่วโลกจัดการปัญหาภัยเหล้ามือสอง คนไม่ดื่มกระทบพบคนไทย80% โดนคุกคาม. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม, 2560, จาก https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_236406

- พิรธร บุญยรัตพันธุ์ และคณะ. (2555).โครงการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการลดผลกระทบทางสังคม จากสถานการณ์สุราภัยกับเยาวชนไทยในอนาคต กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2560. จาก <http://cas.or.th/publication>
- รัฐบาลไทย. (2559). การประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 9. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม, 2560, จาก <http://www.thaigov.go.th/news/contents/details/881>
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (2555) จริยธรรมการวิจัยในคน. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน, 2561, จาก <https://nrms.go.th/FileUpload/.../256010121923328671661.p>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม, 2560, จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-4-7.html>
- _____. (2559). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2559 สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม, 2560, จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขารายได้/เศรษฐกิจสังคมครัวเรือน/59/Sociosum59.pdf>
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). กรมควบคุมโรค เผยผลสำรวจพบเยาวชนไทยดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.96 ต่อปี. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม, 2560, จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=84079
- สุพัฒน์ อธิเวชเจริญชัย.(2549). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- อรทัย วลีวงศ์ และคณะ.(2558). การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้อื่น ในประเทศไทย (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน, 2560, จาก <http://goo.gl/ufDaoB>
- อรทัย วลีวงศ์. (2559). แอลกอฮอล์ กับปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรง ความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยของสังคม (ร่าง 9 พฤษภาคม 2559) สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม, 2560, จาก cas.or.th/wp-content/uploads/2016/05/alh_social_safety_20160512.pdf
- อรทัย วลีวงศ์ ทักษพล ธรรมรังสีและจินตนา จันทรโคตรแก้ว.(2557).ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น: แนวคิด สถานการณ์ และช่องว่างของความรู้ของประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข 8,2 (เม.ย.-มิ.ย. 2557) : 111-119 สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน, 2560, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4067>





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

เอกชัย กันธะวงศ์ สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ .(2558). การพัฒนาการป้องกัน
การ ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน.
สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม, 2560, จาก:[https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/
article/.../36009](https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/.../36009)

อรรถพล เตจาคำ. (2550). ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อการใช้ความรุนแรงในครอบครัวเขตพื้นที่
บริการศูนย์สุขภาพชุมชนโป่งแพร์ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Jennie Connor, Sally Casswell. (2012). Alcohol-related harm to others in New Zealand:
evidence of the burden and gaps in knowledge. **The New Zealand Medical
Journal. Volume 125(1360).**

รายละเอียดสำหรับผู้เขียนในการส่งบทความ / รายงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ใน “วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย”

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย เป็นวารสารของศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และเพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ

คำแนะนำสำหรับผู้สนใจส่งบทความมาลงวารสาร

- ส่งต้นฉบับผลงานที่สรุปแล้วจำนวนไม่เกิน 15 หน้า จำนวน 3 ชุด พร้อมเขียนชื่อและเบอร์ติดต่อกลับ
- ทางศูนย์ฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจและจะติดต่อผู้เขียนในกรณีแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ Peer Review เพื่อให้ทางผู้เขียนนำไปดำเนินการแก้ไข เมื่อแก้ไขเสร็จตามที่ประเมินจาก Peer Review ให้นำต้นฉบับที่แก้ไขมาส่งพร้อมไฟล์
- เมื่อบทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว ทางศูนย์ฯ จะนำส่งให้กับผู้เขียน จำนวน 2 เล่ม ตามที่อยู่ที่คุณเขียนไว้ (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.sh.mahidol.ac.th ศูนย์กฎหมายการแพทย์ฯ)

• การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ (ไม่เกิน 15 หน้า)

- 1.ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียน ชื่อ นามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นโดยใช้เครื่องหมาย * , ** ,*** ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) ระบุตำแหน่งทางวิชาการ ชื่อสถานที่ทำงานหรือหน่วยงานและสถาบันของผู้เขียน ที่เป็นปัจจุบัน
- 3.บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการรวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น
- 4.หลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์โดยประกอบด้วยประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อยและคำอธิบาย ที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่
- 5.สรุป (Conclusion)
- 6.การจัดทำเชิงอรรถและบรรณานุกรม (References) อ้างอิงโดยใช้ระบบแบบ APA (ไม่ควรเกิน 20 เล่ม)

• การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) รายงานวิจัย (สรุปไม่เกิน 15 หน้า)

- 1.ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียน ชื่อ นามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นโดยใช้เครื่องหมาย * , ** ,*** ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) ระบุตำแหน่งทางวิชาการ ชื่อสถานที่ทำงานหรือหน่วยงานและสถาบันของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบัน
- 3.บทคัดย่อ (Abstract) มีทั้งฉบับภาษาไทยและอังกฤษต้องเป็นความเรียงย่อหน้าเดียวมีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีดำเนินการวิจัย (การเก็บข้อมูล/ กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การวิเคราะห์ผล) (Materials and Methods) และสรุปผล (Results Conclusion) จำนวน ไม่เกิน 300 คำ
- 4.คำสำคัญ (Keyword) เขียนเป็นคำ หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 คำ
- 5.บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการรวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น
- 6.วิธีดำเนินการวิจัย (Materials and methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

7.ผลการวิจัย (Result) รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นจริงอาจมีตารางและภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพไม่เข้าช้อนกับคำบรรยาย

8.อภิปรายผล (Discussion) นำประเด็นที่สำคัญเป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่เสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไรโดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมาประยุกต์ใช้รวมทั้งข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

9.การจัดทำเชิงบรรณานุกรมและบรรณานุกรม อ้างอิงโดยใช้ระบบแบบ APA โดยอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 เล่ม)

9.1) บรรณานุกรมหนังสือภาษาไทย

ชื่อ / ชื่อสกุล. // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อเรื่อง. // ครั้งที่พิมพ์. // เมืองที่พิมพ์ / : / ผู้รับผิดชอบการพิมพ์.

ตัวอย่าง การอ้างอิงในเนื้อหา : (กิตกร มีทรัพย์,2544 : 10)

กิตกร มีทรัพย์.(2544). จิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

9.2) บรรณานุกรมหนังสือภาษาอังกฤษ

ชื่อสกุล./อักษรย่อชื่อต้น / อักษรย่อชื่อกลาง(ถ้ามี). // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อเรื่อง. // ครั้งที่พิมพ์. //

เมืองที่พิมพ์ / : / ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์.

ตัวอย่าง การอ้างอิงในเนื้อหา : (Hartley,1989 : 97-153)

Hartley, E.K. (1989). *Childhood and Society*. 2 nd ed. New York : MC Graw -Hill.

9.3) บรรณานุกรมวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อเรื่อง. // ระดับวิทยานิพนธ์, / ชื่อสาขา / คณะ // ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง การอ้างอิงในเนื้อหา : (ภัครพร กอบพิงตน,2540 : 54-69)

ภัครพร กอบพิงตน. (2540). การประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้คลอดปกติในโรงพยาบาลนครพิงค์
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

9.4) บรรณานุกรมบทความจากหนังสือ

ชื่อผู้เขียน. // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อบทความ. // ใน / ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ)(ถ้ามี). //

ชื่อหนังสือ. // (หน้า / เลขหน้า). // เมือง / : / ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์.

ตัวอย่าง การอ้างอิงในเนื้อหา : (สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ,2536 : 749-781)

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. (2536). การประเมินผลการพยาบาล ในมยุรา
กาญจนากร (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาโมติและกระบวนการพยาบาล
หน่วยที่ 8 - 15. (หน้า 749- 781). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

9.5) บรรณานุกรมบทความจากวารสาร

ชื่อผู้เขียน. // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อบทความ. // ชื่อวารสาร. ปีที่หรือเล่ม(ฉบับที่),เลขหน้า.

ตัวอย่าง การอ้างอิงในเนื้อหา : (วิทยาคม ยาพิศาล,2547 : 147 - 153)

วิทยาคม ยาพิศาล. (2547). การพัฒนาคุณภาพระบบงานศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ตาม
แนวทางการตรวจติดตามทางวิชาการและระบบคุณภาพ. *กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์*,46(3),142 - 153.

9.6) บรรณานุกรมจากเว็บไซต์

ชื่อผู้เขียน./ (ปีที่พิมพ์). // ชื่อเรื่อง. // สืบค้นเมื่อวัน เดือน ,ปี , จากชื่อเว็บไซต์ : URL

**ตัวอย่าง การอ้างอิงในเนื้อหา : (Lynch T,1996.) ถ้าไม่มีชื่อผู้แต่งให้ใส่ชื่อเรื่องหรือดูจากเว็บว่าใคร
เป็นเจ้าของ**

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-ations review*. Retrieved October 8,1997, from Psi Phi :
Bradley's Science Fiction Club Website : <http://www.bradley.edu/psiphi/DS9/ep/503r.html>