



IJISS



วารสาร สหวิทยาการทางสังคมศาสตร์

(INTERDISCIPLINARY JOURNAL IN SOCIAL SCIENCES)

ISSN : (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3

พฤษภาคม - มิถุนายน 2566

Vol 1 No. 3

May - June 2023

ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย



วารสารสหวิทยาการทางสังคมศาสตร์

(INTERDISCIPLINARY JOURNAL IN SOCIAL SCIENCES : IJISS)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2566

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 6 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์

ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน

ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม

ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ วิจัย และงานสร้างสรรค์ อื่น ๆ ของคณาจารย์ นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไป อันครอบคลุมไปถึงศาสตร์ต่าง ๆ ด้านสังคมศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมผลงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ ประกอบด้วย รัฐศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา การพัฒนาชุมชน การพัฒนาสังคม สังคมสงเคราะห์ นิติศาสตร์ การจัดการ บริหารธุรกิจ การตลาด และศาสนา เป็นต้น โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ปริญญาวารสารสหวิทยาการทางสังคมศาสตร์

พระธรรมวัชรบัณฑิต, ศ.ดร.

พระเทพพรเมธี, รศ.ดร.

พระราชวัชรสารบัณฑิต, รศ. ดร.

พระเทพเวที, รศ.ดร.

พระมหาสมบุญ ฐิตมิกโร, รศ.ดร.

พระมหาสุรศักดิ์ ปัจจนตเสโน, ผศ.ดร.

พระมหาชำนาญ มหาชาโน, ดร.

พระสุธีรัตนบัณฑิต, รศ.ดร.

พระอุดมสิทธิธนายก, รศ.ดร.

พระครูสุธีกิตติบัณฑิต, รศ.ดร.

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

รศ.ดร.สุรพล สุยะพรหม

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

รศ.ดร.เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผศ.ดร.หิรัญภรณ์ แก่นท้าว

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.เดช ชูจันทร์

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

พระปลัดวีระศักดิ์ อธิวัตร, ดร.

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ทีมบรรณาธิการ

รศ.ดร.ดวงตา สราญรมย์

มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์

รศ.ดร.ภัทรพล ใจเย็น

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

รศ.ดร.ชัยยุทธ ชินกุล

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อาจารย์ ดร.ลำพอง กล่อมกุล

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

อาจารย์ ดร.ไชยา ประดิษฐ์ธรรม

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

กองจัดการ

พระคมสัน จิตเมธโส, ผศ.

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

พระมหาเกรียงศักดิ์ อินทปญโญ, ดร.

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

อาจารย์ ปริญญานี นิกรกุล

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

อาจารย์ ดาวเหนือ บุตรสีทา

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ศิลปินกรรม :

พระมหาเกรียงศักดิ์ อินทปญโญ, ดร.

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

นายถาวร ภูษา

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

สำนักงาน

สำนักงานวารสารสหวิทยาการทางสังคมศาสตร์

ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อาคารเรียนรวม โซน B ชั้น M เลขที่ 79 หมู่ 1 ตำบลลำไทร อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา 31170

คณะกรรมการกลั่นกรองบทความ : วารสารสหวิทยาการทางสังคมศาสตร์

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

1. พระสุธีรัตนบัณฑิต,รศ.ดร.
2. พระอุดมสิทธินายก,รศ.ดร.
3. พระครูสุธีภิตติบัณฑิต, รศ.ดร.
4. รศ.ดร.สุรพล สุยะพรหม
5. รศ.ดร.เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง
6. พระปลัดระพีณ พุทธิสารโร, ผศ.ดร.
7. รศ.ดร.ภัทรพล ใจเย็น
8. รศ.ดร.โกนิฐ์ ศรีทอง
9. ผศ.ดร.รัฐพล เย็นใจมา
10. ผศ.ดร.ผดุง วรณทอง
11. ผศ.ดร.ธิดาภูมิ หมั่นมี
12. ผศ.ดร.สมบัติ อรรถพิมล
13. อาจารย์ ดร.ลำพอง กล่อมกุล

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

1. พระเมธาวิเชียร รศ.ดร.
2. รศ.ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์
3. รศ.ดร.อัจฉรา หล่อตระกูล
4. รศ.ดร.ชัยยุทธ ชีโนกุล
5. รศ.ดร.ดวงตา สราญรมย์
6. รศ.ดร.นงเยาว์ อุทุมพร
7. รศ.ดร.มนตรี วิวัฒน์สุข
8. รศ.ดร.ภูมิ โชคเหมาะ
9. รศ.ดร.ว่าที่ พ.ต.ดร.สวัสดิ์ จิรัฏฐิติกาล
10. ผศ.ดร.พลปลั่ง คงชนะ
11. ผศ.ดร.ชุมพล รอดแจ่ม
12. ผศ.ดร.นฤมล อนุสนธิพัฒน์
13. ผศ.ดร.ปิ่นนธร หอมบุญมา
14. ผศ.ดร.สุธี โกสิทธิ์
15. ผศ.ดร.พงษ์พันธ์ นารีน้อย

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 16. ผศ.ดร.คณกร สว่างเจริญ | มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |
| 17. ผศ.ดร.อนันต์ อุปสอด | มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง |
| 18. ผศ.ดร.บุษกร วัฒนบุตร | มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ |
| 19. ผศ.ดร.ตระกูล จิตวัฒนากร | มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ |
| 20. อาจารย์ ดร.พรพรรณ โปรงจิตร | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 21. อาจารย์ ดร. สุพรรณนิกา ศรีพูล | มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ |
| 22. อาจารย์ ดร.ไชยา ประดิษฐ์ธรรม | มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ |
| 23. อาจารย์ พีรพัฒน์ พันศิริ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |

บทบรรณาธิการ

วารสารสหวิทยาการสังคมศาสตร์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ประจำปี 2566 (พฤษภาคม - มิถุนายน) และเป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิจัย และบทความวิชาการด้านสังคมศาสตร์ ดังนั้น กองบรรณาธิการมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพวารสารตามกรอบการประเมินคุณภาพวารสาร บทความทางวิชาการและงานวิจัยได้รับการคัดเลือกและคัดกรองอย่างเข้มข้นโดยผู้เขียนเพื่อตีพิมพ์บทความตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อปรับปรุงคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ กองบรรณาธิการยังได้ปรับปรุงรูปแบบและรายละเอียดของเนื้อหา ในปริมาณที่จะทำให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น วารสารสหวิทยาการสังคมศาสตร์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ประจำปี 2566 (พฤษภาคม - มิถุนายน) ประกอบด้วยบทความวิชาการและงานวิจัย จำนวน 4 บทความ สุดท้ายนี้ บรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านตามความเหมาะสม หากผู้อ่านให้คำแนะนำในการปรับปรุงวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ด้านการศึกษาไทย กองบรรณาธิการขอขอบคุณและยินดีรับไว้เพื่อการปรับปรุงวารสารต่อไป



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดช ชูจันทร์

บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กองบรรณาธิการ	(1)
คณะกรรมการกลั่นกรองบทความ	(3)
บทบรรณาธิการ	(5)
สารบัญ	(6)
บทความวิชาการและบทความวิจัย	
คุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย : บทบาทของการรับรู้ผลการรักษาในฐานะตัวแปรแทรก	1-14
ศรัณยพงศ์ เทียงธรรม	
การประยุกต์หลักธรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงวัย	15-25
อรพิน ตันติวิรุฬห์, เทพ เทพวัฒน์ปิยกุล	
เศรษฐกิจสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	26-37
จิรภา สุขนวนิช	
การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม โดยใช้หลักการกัญแจแก้้ดอก	38-49
กุลณา โรจนเกตุปัญญา	

คุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของ

ผู้ป่วย: บทบาทของการรับรู้ผลการรักษาในฐานะตัวแปรแทรก

SERVICE QUALITY OF SPECIAL MEDICAL CLINICS AFFECTING SATISFACTION OF
PATIENTS: THE ROLE OF PERCEIVED TREATMENT OUTCOME AS
THE MEDIATOR VARIABLE

ศรัณยพงศ์ เทียงธรรม

Saranyapong Thiangtam

มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

Bangkok University

Corresponding Author E-mail: saranyapong.t@bu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ผลการรักษาในฐานะตัวแปรแทรกในความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการและความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้บริโภครายหนึ่งที่เคยใช้บริการทางการแพทย์ของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการแห่งหนึ่งใน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ ศิริราชปิยมหาราชพยาบาล รามาธิบดี และ จุฬาลงกรณ์ ที่ได้จากการสุ่มเลือกแบบสะดวกจำนวน 128 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ใช้คำถามปิดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงโดยมีค่าอัลฟาของครอนบักอยู่ในช่วง .72-.80 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ในการตรวจสอบสมมติฐาน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการส่งผลทางตรงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่ากับ .36 และส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจโดยผ่านตัวแปรแทรกคือการรับรู้ผลการรักษาเท่ากับ .12 สัมประสิทธิ์ความแม่นยำในการพยากรณ์ของแบบจำลองที่มีการรับรู้ผลการรักษาเป็นตัวแปรแทรกในความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการและความพึงพอใจมีค่าเท่ากับร้อยละ 27.95

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ การรับรู้ผลการรักษา; อิทธิพลส่งผ่าน; ความพึงพอใจ; คลินิกพิเศษนอกเวลา

Abstract

The objective of this research was to study perceived treatment outcome as the mediator variable in the relationship between service quality of special medical clinics (SMC) and satisfaction of patients. People who had ever used medical service in a SMC of the 3 hospitals including Siriraj Piyamaharajkarun, Ramathibodi and Chulalongkorn Hospital were selected as research sample by convenience sampling. The sample size was 128. The research tool was the unstructured, close-ended questionnaire that had passed both the validity and reliability tests, with Cronbach's Alpha ranged from .72 to .80. Descriptive statistics was utilized in the analysis, and Multiple Regression Analysis (MRA), at .05 significance level, was applied in testing the hypotheses. Results reveal that service quality has both direct effect (.36) and indirect effect mediated by perceived treatment outcome (.12). on patient satisfaction. The coefficient of determination of the mediation model with perceived treatment outcome as the mediator variable in the relationship between service quality and satisfaction of patients is equal to 27.95%.

Keywords: Service quality; perceived treatment outcome; mediating effect; satisfaction, special medical clinics

บทนำ

จากความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี จุฬาลงกรณ์ ที่เปิดให้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการเพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้รับบริการบางกลุ่มที่เต็มใจจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รับความสะดวกเรื่องวันเวลาไปใช้บริการ ที่ประเมินจากจำนวนผู้ใช้บริการเฉลี่ย 90,000 รายต่อเดือน (คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ม.ป.ป.) การขยายบริการและพัฒนามาตรฐานบริการอย่างต่อเนื่อง (คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2562) จึงสรุปได้ว่าคลินิกพิเศษสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม กระทรวงสาธารณสุขจึงมีประกาศเรื่องการกำหนดแนวทางให้โรงพยาบาลในสังกัดในการเปิดให้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (Special Medical Clinic: SMC) เพื่อลดความแออัดใน

เวลาทำการปกติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยมีการอ้างอิงข้อมูลด้วยว่าประชาชนที่ร่วมในการทำประชาพิจารณ์มากกว่าร้อยละ 98 เห็นด้วยว่าควรมีบริการนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

อย่างไรก็ตาม บริการนี้ยังคงมีปัญหาในเชิงธุรกิจ โดยพบว่ามี SMC ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งมีผลประกอบการที่ขาดทุนเนื่องจากมีจำนวนผู้ใช้บริการน้อยจนไม่เพียงพอกับต้นทุนส่วนเพิ่มของการเปิด SMC (นิธิวัฒน์ ศรีกาญจนวัชร และ วรรณพินันต์ วิจิตร, 2563) หากเป็นเช่นนี้ ก็อาจจะส่งผลให้มีความเป็นไปได้ที่จะต้องปิดบริการทางเลือกรายนี้ จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ตัวแปรที่สำคัญที่ควรทำการศึกษาคือความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ เพราะเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลและใช้ประเมินความตั้งใจจะใช้บริการในอนาคต การสื่อสารบอกต่อเชิงบวก รวมทั้งการสนับสนุนเช่นร่วมบริจาคเงินได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้นพบว่ามีการวิจัยจำนวนมากที่สรุปว่าความพึงพอใจเป็นผลจากคุณภาพบริการ (อัยดา คงสินชัย และ พัทธ์ทัย จารุทวีผลนุกุล, 2020 ; สำเร็จงามสม, 2017 ; Kim et al., 2017) ในขณะที่มีผลวิจัยบางชิ้นที่พบว่าการรับรู้ผลการรักษาของบริการทางการแพทย์ก็ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (Giao et al., 2020 ; Kim et al., 2017) แต่มีงานวิจัยน้อยมากที่มีขอบเขตการศึกษาที่เจาะจงเรื่อง SMC ผู้วิจัยจึงมีคำถามนำในการวิจัยว่า สำหรับ SMC แล้วการรับรู้ผลการรักษาเป็นตัวแปรแทรกที่ส่งผ่านอิทธิพลของคุณภาพบริการไปยังความพึงพอใจหรือไม่ อย่างไร จึงเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ผลการรักษาในฐานะตัวแปรแทรกในความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอิสระ คือ คุณภาพบริการของบุคลากรคลินิกพิเศษ ตัวแปรส่งผ่านหรือตัวแปรแทรกคือการรับรู้ผลการรักษา ตัวแปรตามคือความพึงพอใจของผู้ใช้บริการด้านขอบเขตของช่วงเวลา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2564

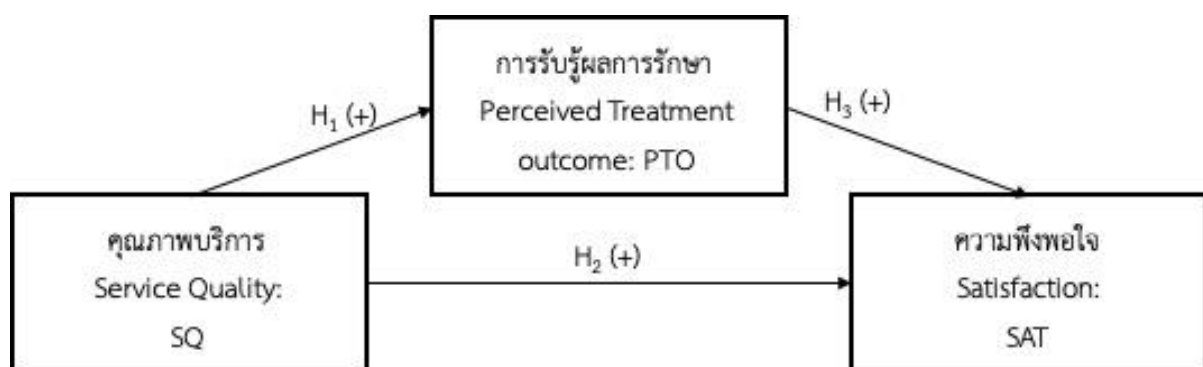
วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้การสอบถามความคิดเห็นที่ไม่ได้มีรายการหรือข้อคำถามใดที่เจาะจงข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ตอบและไม่ได้เก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาลใดๆ ที่เป็นการละเมิดหรือรบกวนผู้ป่วย แต่ใช้การเก็บข้อมูลทางออนไลน์ที่เหมาะสมกับช่วงเวลาของการหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดเนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เคยเป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราชหรือรามาธิบดีหรือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกพิเศษมายาวนานที่ประสบความสำเร็จ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยอ้างอิงผลการวิจัยของ Tran et al. (2019) ที่มีผลวิจัยว่า SQ มีความสัมพันธ์กับ PTO และงานวิจัยของ Giao et al. (2020) ที่มีข้อสรุปว่า PTO ส่งผลต่อ SAT และ Kim et al. (2017) ที่มีผลวิจัยว่า มีอิทธิพลระหว่าง SQ->SAT และ SQ->PTO->SAT นำมาพัฒนาเป็นกรอบความคิดที่มีตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ตัวแปรแทรก 1 ตัวแปรและตัวแปรตาม 1 ตัวแปร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบความคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน H_1 : คุณภาพบริการส่งผลทางบวกต่อการรับรู้ผลการรักษา

สมมติฐาน H_2 : คุณภาพบริการส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจ

สมมติฐาน H_3 : คุณภาพบริการส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจผ่านการรับรู้ผลการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่เคยใช้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power v3.1 กำหนดเงื่อนไขการทดสอบของการวิจัย (Test Family) เป็น F-test Linear Multiple Regression, Fixed Model R^2 Deviation from Zero โดยมีพารามิเตอร์ (Input Parameter) คือจำนวนตัวแปรอิสระและตัวแปรแทรกตามกรอบความคิดในการวิจัย (Number of Predictors) เท่ากับ 2 คือ ความพึงพอใจและการรับรู้ผลการรักษา และกำหนดค่า Alpha และค่า 1-Beta ที่ค่ามาตรฐานคือ .05 และ .95 ตามลำดับ และใช้การเทียบเคียงค่า R^2 ของงานวิจัยในอดีตเพื่อคำนวณและกำหนดค่าขนาดของผล (Effect size) โดยเลือกใช้งานวิจัยของ อัยรดา คงสินชัย และ พัทธ์หทัย จารุทวีผลนุกุล. (2020, August) ที่มีตัวแปรคุณภาพบริการที่อธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจได้ .60 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในช่วง .50-.70 คือระดับปานกลาง (Moderate or Medium) (Moore et al., 2013, p. 138) ดังนั้นจึงใช้ค่า Effect Size ตามที่โปรแกรม G*Power แนะนำโดยอ้างอิงจาก Cohen (1988, p. 407) คือกรณีค่า R^2 or Square Multiple Correlation อยู่ในช่วงระดับกลางให้ใช้ค่า Effect Size = .15 ในการคำนวณ มีผลให้ได้ค่าคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์โมเดลตามกรอบความคิดของการวิจัยนี้คือ 107 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ว่าผลการวิเคราะห์จะให้ค่า R^2 ที่แตกต่างจากศูนย์ (Deviation from Zero) อย่างมีนัยสำคัญ (G*Power Manual, 2017) แต่เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลวิจัยลงอีก ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 128 ตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบสะดวกทางออนไลน์โดยทำแบบสำรวจแล้วนำ URL Link ไปยังการตอบแบบสำรวจไปโพสต์ไว้ในกลุ่มต่างๆ ของสื่อสังคมออนไลน์เพื่อให้ผู้บริโภคร่วมมือตอบแบบสำรวจและแชร์แบบสำรวจต่อให้ผู้อื่น โดยกำหนดคำถามคัดคุณสมบัติผู้ตอบก่อนเพื่อคัดเลือกเฉพาะผู้บริโภคที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ที่ใช้คำถามปิด (Close-ended Questions) โดยใช้มาตราวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) และแบบประเมินค่า (Rating or Interval Scale) ตามวิธีของ Likert 5 ระดับตั้งแต่ระดับ 1 คือผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ ไปจนถึงระดับ 5 เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ เป็นเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่าง ผู้วิจัยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอ้างอิงงานหลักของการวัดคุณภาพบริการของ Parasuraman et al. (1985) และ Parasuraman et al. (1988) และวัดตัวแปรความพึงพอใจด้านบริการตามทฤษฎีของ Zeithaml et al. (1990) มาดัดแปลงเพื่อวัดตัวแปรในงานวิจัยครั้งนี้ โดยด้านคุณภาพบริการ ผู้วิจัยมีขอบเขตการวัดการให้บริการโดยบุคลากรในมิติด้านความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) และการตอบสนอง (Responsiveness) ส่วนมิติด้านกายภาพหรือสิ่งที่มองเห็นจับต้องได้ เช่น เครื่องมือเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมิติการรับประกันได้ (Assurance) ที่ประเมินความเชี่ยวชาญของบุคลากร และความวางใจได้ (Reliability) นั้นไม่นำมาวัดเนื่องจากขอบเขตการเก็บข้อมูลเลือกโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์และเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ดีที่สุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย (ชุม, 19 มีนาคม 2565) จึงมีข้อสมมติว่าไม่มีความแตกต่างกันในมิติดังกล่าวที่ไม่นำมาวัด เพื่อลดข้อจำกัดของผลเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับ SMC อื่นที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์หรือไม่ได้อยู่ในอันดับสูงสุดของโรงพยาบาลที่ดีที่สุดของประเทศ จากนั้นแล้วจึงสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่สามารถวัดได้แล้วพัฒนารายการวัดคือข้อคำถามแต่ละข้อให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้ แบบสอบถามที่ได้พัฒนาเสร็จในขั้นแรก ถูกนำเสนอเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการตลาด 1 ท่าน เพื่อให้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ว่าข้อคำถามที่ใช้ในเครื่องมือ นั้นตรงกับตัวแปรที่ต้องการวัด แล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try Out) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเพื่อนำมาประมวลผลหาค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบัค ได้ค่าครอนบัคอัลฟาของตัวแปรทุกตัวอยู่ในช่วง .72-.80 ($n = 30$) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ .70 ทั้ง 3 ตัวแปร จึงสรุปได้ว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น (Reliability) สูงเพียงพอที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้ (Nunnally, 1978) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม

ตัวแปร/มิติตัวแปร	จำนวนข้อ คำถาม	ค่าความเชื่อมั่น (n=30)
1. คุณภาพบริการ (SQ)	6	.80
2. การรับรู้ผลการรักษา (PTO)	5	.72
3. ความพึงพอใจ (SAT)	5	.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้สถิติในการอธิบายผลการศึกษและทดสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรด้านคุณสมบัติของตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้มาตรวจวัดแบบนามบัญญัติที่ไม่สามารถวัดเป็นมูลค่าได้และ ผู้วิจัยต้องการบรรยายเพื่อให้ทราบถึงจำนวนตัวอย่างจำแนกตามคุณสมบัติเท่านั้น สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ (จำนวน) และค่าร้อยละ

2. ตัวแปรที่วัดระดับความคิดเห็น ได้แก่ คุณภาพบริการ การรับรู้ผลการรักษา และความพึงพอใจเป็นข้อมูลที่ใช้มาตรวจวัดอันตรภาค เนื่องจากการกำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับคือ 1-5 และต้องการทราบค่าเฉลี่ยคะแนนของความคิดเห็น สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้การคำนวณค่าสูงสุดของคำตอบที่เป็นไปได้ ลบด้วย ค่าต่ำสุดหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการแปลความหมายค่าเฉลี่ย กำหนดเป็น 5 ช่วง ได้เป็นช่วงความกว้างละ $(5-1)/5 = .8$ จากนั้นจึงนำมากำหนดเป็นเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 1.80	น้อยหรือไม่ดี
1.81 – 2.60	ค่อนข้างน้อยหรือค่อนข้างไม่ดี
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	ค่อนข้างมากหรือค่อนข้างดี
4.21 – 5.00	มากหรือดี

3. การตรวจสอบเงื่อนไขความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนวิเคราะห์เพื่อทดสอบความมีอิทธิพลหรือการส่งผลกระทบต่อกันระหว่างตัวแปรอิสระคือ คุณภาพบริการตัวแปรแทรกหรือตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรส่งผ่านคือ การรับรู้

ผลการรักษา และตัวแปรตามคือความพึงพอใจ โดยทั้ง 3 ตัวแปรใช้มาตรวัดอันตรภาคชั้น สถิติวิเคราะห์ที่เลือกใช้คือ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้เครื่องมือคือ Process-Macro SPSS Mediation Model Analysis

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีจำนวน 66 คนคิดเป็นร้อยละ 51.6 เพศชายมีจำนวน 62 คนคิดเป็นร้อยละ 48.4 กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่ม 35-39 ปี จำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 18.0 รองลงไปคือกลุ่มอายุ 45-49 ปีมีจำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 14.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 32.8 ผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 รองลงไปคือกลุ่มผู้ที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายมีจำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 18.0 ด้านรายได้ ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มใหญ่ที่สุดมีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาทมีจำนวน 36 คนคิดเป็นร้อยละ 28.1 รองลงไปเป็นกลุ่มที่มีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน 30,001-45,000 บาทมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4 และรายได้ 45,000-60,000 บาทมีจำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 22.7

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพบริการอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ค่าเฉลี่ย 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .69) ประเมินผลการรักษาอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .55) และมีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .63) ส่วนผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อตรวจสอบเงื่อนไขก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณว่าตัวแปรต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ คุณภาพบริการ* ผลการรักษา ($r = .48$) ผลการรักษา*ความพึงพอใจ ($r = .47$) และ คุณภาพบริการ*ความพึงพอใจ ($r = .53$) ทั้ง 3 คู่ไม่มีค่า r ที่เกินกว่า .75 ที่เป็นระดับที่ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงเกินไปจนไม่ควรใช้การวิเคราะห์ถดถอย จึงสรุปว่าชุดข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยนี้สามารถวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้เนื่องจากไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (Kumari, 2008) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความหมาย ค่าเฉลี่ย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน		
				SQ	PTO	SAT
คุณภาพบริการ (SQ)	3.77	0.69	ค่อนข้างดี	1.00	.48**	.53**
การรับรู้ผลการรักษา (PTO)	3.82	0.55	ค่อนข้างดี	.48**	1.00	.47**
ความพึงพอใจ (SAT)	3.84	0.63	ค่อนข้างมาก	.53**	.47**	1.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (2-tailed)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่มีตัวแปรอิสระคือคุณภาพบริการ (SQ) ตัวแปรแทรกคือการรับรู้ผลการรักษา (PTO) และตัวแปรตามคือความพึงพอใจ (SAT) พบว่าคุณภาพบริการส่งผลทางบวกต่อการรับรู้ผลการรักษา (Direct effect size = .38, p-value = .00) และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโดยมีการรับรู้ผลการรักษาเป็นตัวแปรแทรกระหว่างความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการและความพึงพอใจพบว่า คุณภาพบริการส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ (Total effect size = .48, p-value = .00) โดยคุณภาพบริการส่งผลทางตรงเชิงบวกต่อความพึงพอใจ (Direct effect size = .36, p-value = .00) และคุณภาพบริการส่งผลทางอ้อมเชิงบวกต่อความพึงพอใจผ่านการรับรู้ผลการรักษา (Indirect effect size = .12, p-value = .00) โดยแบบจำลองคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจโดยที่มีตัวแปรแทรกคือการรับรู้ผลการรักษา มีค่าสัมประสิทธิ์ความแม่นยำในการพยากรณ์ตัวแปรตามเท่ากับร้อยละ 27.95 (F-value = 48.87, p-value = .00) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 อิทธิพลของตัวแปรในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่มีตัวแปรแทรกแบบคู่ขนาน

Relationship		Direct Effect	Indirect Effect	t-value	p-value	LLCI	ULCI
H ₁	SQ – PTO	.38	-	6.02	.00	.26	.51
H ₂	SQ – SAT	.36	-	4.77	.00	.21	.51
H ₃	SQ – PTO - SAT	-	.12	2.67	<.05	.04	.22

Unstandardized coefficients are reported

Level of confidence for all confidence intervals in output: 95

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ความแม่นยำในการพยากรณ์

Variable	R ²	F-value	p-value
PTO	.22	36.22	.00
SAT	.2795	48.87	.00

No. of bootstrap samples for percentile

bootstrap confidence intervals: 5000

จากผลการวิเคราะห์จึงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

	สมมติฐาน	ผลการทดสอบ
H ₁	คุณภาพบริการส่งผลทางบวกต่อการรับรู้ผลการรักษา	ยอมรับ
H ₂	คุณภาพบริการส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจ	ยอมรับ
H ₃	คุณภาพบริการส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจผ่านการรับรู้ผลการรักษา	ยอมรับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าคุณภาพบริการส่งผลต่อการรับรู้ผลการรักษาหมายความว่าเมื่อผู้บริโภครู้คุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐเป็นเชิงบวกมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้บริโภค รับรู้ผลการรักษาเป็นเชิงบวกมากขึ้นในทิศทางเดียวกัน เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทันทีที่ร้องขอ ได้รับบริการที่เอาใจใส่ผู้ป่วยแบบเป็นรายบุคคล ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้น เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และโดยรวมมีกระบวนการตอบสนองผู้ป่วยอย่างเข้าใจปัญหา ผู้ป่วยก็เกิดการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองจะดีขึ้นจากการได้รับบริการ เชื่อว่าการมารับบริการรักษาจะทำให้แข็งแรงขึ้น เกิดผลการรักษาที่คุ้มค่าการจ่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tran et al. (2019) ที่พบว่าคุณภาพการให้บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการรักษาผู้ป่วยที่ประเทศเวียดนาม และงานวิจัยของ Gupta, Lis and Rodeghler (2013) ที่สรุปว่าคุณภาพบริการส่งผลต่อผลการรักษากรณีผู้ป่วยมะเร็ง และผลวิจัยพบว่าการ

รับรู้ผลการรักษาส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนผลวิจัยของ Giao et al. (2020) ที่สรุปว่าผลการรักษาเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุดต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่เวียดนาม

จากผลการวิจัยพบว่าคุณภาพบริการส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจ หมายความว่าเมื่อผู้บริโภครับรู้คุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐเป็นเชิงบวกมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้นในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัยรดา คงสินชัย และ พัทธ์หทัย จารุทวีผลนุกูล (2020) งานวิจัยของ สำเร็จ งามสม (2017) และงานวิจัยของ Kim et al. (2017) ในรายละเอียดของผลวิจัยพบว่า คุณภาพบริการส่งผลทางตรงเชิงบวกต่อความพึงพอใจมากกว่าส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจผ่านการรับรู้ผลการรักษา เนื่องจากความพึงพอใจเป็นการเปรียบเทียบระดับที่ได้รับจริงกับระดับความคาดหวัง แต่สำหรับบริการทางการแพทย์นั้น ผลการรักษาซึ่งเป็นผลผลิต (Output) เป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องมองเห็นได้เหมือนกับสินค้าที่ลูกค้าสามารถประเมินสิ่งที่ตนเองได้รับได้โดยตรงจากขนาด มิติ น้ำหนัก สี สัน องค์กรประกอบต่าง ๆ ตลอดจนคุณภาพการใช้สอย เช่น ความทนทาน ความแม่นยำในการทำงานของสินค้า ฯลฯ เป็นต้น ลูกค้าหรือผู้ป่วยจึงใช้การประเมินผลการรักษาด้วยความเชื่อ (Credence Quality) โดยคุณภาพบริการส่งผลต่อความเชื่อนี้ กล่าวคือเมื่อเกิดการรับรู้คุณภาพบริการในระดับดีมากขึ้นก็เกิดความเชื่อมากขึ้นว่าผลการรักษาจะดีขึ้นในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนผลวิจัยของ Hsieh and Hiang (2004) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lynch and Schuler (1990) ที่พบว่าคุณภาพการรักษาเป็นเรื่องมุมมอง (Perspective) ของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการรักษาจะเป็นไปตามที่คาดหวังจึงเกิดความพึงพอใจซึ่งสนับสนุนผลวิจัยของ Kim et al. (2017) และเนื่องจากคุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตั้งระดับความคาดหวังไว้ได้โดยตรง อาทิ ความรวดเร็วในการได้รับบริการ การตอบสนองของบุคลากรใน SMC อย่างเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย การได้รับบริการอย่างเป็นพิเศษกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน จึงเป็นสิ่งที่เปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังกับการได้รับบริการจริงได้ คุณภาพบริการจึงเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักการส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่าการรับรู้ผลการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim et al. (2017) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลในเกาหลี 15 แห่งแล้วพบว่ามิติคุณภาพบริการส่งผลต่อความพึงพอใจโดยมีผลการรักษาเป็นตัวแปรแทรก

จากการวิจัยโดยการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เคยใช้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐ 3 แห่งจำนวน 128 รายที่ได้จากการสุ่มเลือกแบบสะดวกทางออนไลน์ โดย

ใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างเป็นคำถามปิดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงและความเที่ยงแล้วในครั้งนี้ ได้ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ คุณภาพบริการของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐส่งผลทางบวกต่อการรับรู้ผลการรักษาของผู้ป่วย คุณภาพบริการของคลินิกพิเศษส่งผลทางตรงเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และคุณภาพบริการของคลินิกพิเศษส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่านการรับรู้ผลการรักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่าคุณภาพบริการส่งผลทางตรงเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่าส่งผลทางอ้อมผ่านการรับรู้ผลการรักษา ผู้วิจัยจึงเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานบริการทางการแพทย์ ควรกำหนดแนวทางการจัดการอย่างชัดเจนว่า สำหรับกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ ให้มุ่งความสำคัญหนึ่งเดียวกับการพัฒนายกระดับมาตรฐานคุณภาพบริการให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ส่วนการสร้างการรับรู้ผลการรักษาควรกำหนดให้เป็นงานการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างภาพลักษณ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐยังเป็นเรื่องใหม่ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยกว้างจึงเป็นข้อจำกัด การวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในการเปิดคลินิกพิเศษ การวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใช้บริการคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลรัฐต่าง ๆ ให้กว้างขวางขึ้นแล้วนำผลวิจัยมาเปรียบเทียบกัน และอาจเพิ่มตัวแปรผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วยเป็นตัวแปรกำกับที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. บอรรถนุปี พับบลิชซิง.
- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2562). *หน้าแรก*. สืบค้นจาก <https://chulalongkornhospital.go.th/specialclinics/>

- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (ม.ป.ป.). ประวัติความเป็นมาโครงการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/special_clinic/morepages.asp?pg=h
- ไทยรัฐออนไลน์. 10 อันดับ “โรงพยาบาล” ไทยไม่เป็นที่น่าพอใจ ในปี 2565. สืบค้น 19 มีนาคม 2565, จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/2337671>
- นิธิวัฒน์ ศรีกาญจนาวัชร และวรรณพี บานชื่นวิจิตร. (2563). แนวทางการแก้ปัญหาการขาดทุนจากการดำเนินงานของคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง. ใน Rangsit Graduate Research Conference, รายงานสืบเนื่องจากการประชุมนำเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติครั้งที่ 15 ประจำปีการศึกษา 2563 (น. 1573-1586). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สธ.เปิดคลินิกพิเศษเฉพาะทางเพิ่มทางเลือกประชาชน ลดแออัด ลดรอคอย. สืบค้น 20 มกราคม 2562 <https://gnews.apps.go.th/news?news=34247>
- สำเร็จ งามสม. (2017). การรับรู้คุณภาพการบริการทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความภักดีของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลภายในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*, 10(3), 1393-1408.
- อัยรดา คงสินชัย และพัชรหทัย จารุทวิผลบุญกุล. (2020). คุณภาพการให้บริการและส่วนประสมทางการตลาดบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลสินแพทย์ลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. In *Rangsit Graduate Research Conference: RGRC*, 15(2563), 363-373.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates
- G*Power Manual*. (2017). Retrieved 1 March 2017, <https://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/GPower3-2.pdf>
- Giao, Ha Nam Khanh and Thy, Nguyen Thi Anh and Vuong, Bui Nhat and Kiet, Truong Van and Lien, Le Thi Phuong, Outpatient Satisfaction at Private

- General Hospitals in Ho Chi Minh City, Vietnam (August 13, 2020). *Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 7(7), 323-334. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=3672888>
- Gupta, D., Lis, C. G., and Rodeghier, M. (2013). Can patient experience with service quality predict survival in colorectal cancer?. *Journal for Healthcare Quality*, 35(6), 37-43.
- Hsieh, Y. C., and Hiang, S. T. (2004). A study of the impacts of service quality on relationship quality in search-experience-credence services. *Total Quality Management & Business Excellence*, 15(1), 43-58.
- Kim, C. E. et al. (2017). Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of and complementary alternative medicine (CAM) hospitals. *BMC complementary alternative and medicine*, 17(1), 1-12.
- Moore, D. S., Notz, W. I, and Flinger, M. A. (2013). *The basic practice of statistics* (6th ed.). W. H. Freeman and Company.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Parasuraman. A., Valarie A. Zeithaml, and Leonard L. Berry. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49 (Fall): 41-50.
- Parasuraman. A., Valarie A. Zeithaml, and Leonard L. Berry. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64 (Spring): 12-40.
- Tran, B. X. et al. (2019). Patient satisfaction with HIV services in Vietnam: status, service models and association with treatment outcome. *PloS one*, 14(11), e0223723.
- Zeithaml, V, Parasuraman, A. and Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service*. The Free Press, NY.

การประยุกต์หลักธรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

APPLICATION OF PRINCIPLES IN HEALTH CARE IN THE ELDERLY

อรพิน ตันติวิรุฬห์, เทพ เทพวัฒนปิยกุล

Orapin Tantivirun, Thep Thepwattanapiyakul

นักวิชาการอิสระ

Independent Scholars

Corresponding Author E-mail: oprin25@gmail.com

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2022 โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 12,698,362 คน (19.21%) ของประชากรทั้งหมดประมาณ 66,090,475 คน จาก การที่มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ต่ำ กว่า 600,000 คนต่อปี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ส่งผลให้เกิด ภาวะการขาดแคลนแรงงาน รัฐต้องจ่ายเงินสวัสดิการผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้นสวนทางกับการเก็บ ภาษีที่ลดลง องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะใช้กับสังคมผู้สูงอายุ คือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดี มีคุณค่าทางสังคม สนับสนุนให้เป็นส่วนหนึ่งของกำลังแรงงาน มีรายได้ ซึ่งโดยหลัก สำคัญ ก็คือการมีสุขภาพที่ดี โดยนำหลักธรรมมาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคือ “อปณณกปฏิบัติ” หมายถึง ข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด ซึ่งพระผู้มีพระภาคได้แสดงไว้ว่า ภิกษุผู้ประกอบด้วยธรรม 3 ประการ เชื่อ ว่าเป็นผู้ปฏิบัติไม่ผิด และเชื่อว่าเธอปรารถนาปัญญาเพื่อความสิ้นอาสวะทั้งหลาย ธรรม 3 ประการ ภิกษุในธรรมวินัยนี้ เป็นผู้คุ้มครองทวารในอินทรีทั้งหลาย 1 เป็นผู้ประมาณในโภชนะ 1 เป็นผู้ ประกอบความเพียร 1 (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต, 2546) การคุ้มครองทวาร หมายถึง การมีสติดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสื่อมถอยช้า ดูแลอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และมีความเพียรในการทำงานที่ตนเองสามารถทำได้อย่างขยันและมีจิตใจแจ่มใส จึงเป็นคนสูงอายุที่มี คุณค่า

คำสำคัญ: การประยุกต์; หลักธรรม; สุขภาพ; ผู้สูงอายุ

Abstract

At present, Thailand has entered an aging society since 2022, with an elderly population of 12,116,199 people (18.3%) of the total population, approximately 70,080,000 people, from the number of children being born less than 600,000 people per year (statistical system Registration, 2022) resulting in a labor shortage situation. The government must pay more for the elderly welfare in contrast to the lower tax collection. The World Health Organization has made recommendations for the aging society such as promoting good health for the elderly, support as part of the working force of valued social. They get earning income for their living, which is essentially is to have good health. Therefore, the health of the elderly has been promoted by applying the principles, namely “Apannakapatipada” means conduct that is not wrong. which the Blessed One has shown that A bhikkhu endowed with the three virtues is known as one who does not go wrong. Buddha preached for the depletion of all defilements. He is the guardian of the gates in the senses, He is the protector of food, He is the one who works diligently. 1 (Phra Brahmakunabhorn (P.A. Payutto, 2003). Protection of the gates mean having health consciousness to slow deterioration. They have been taken care of the right diet suitable for your age. and have perseverance in the work that they can do diligently and have a clear mind Therefore, it is a valuable elderly person.

Keywords: Application; Principles; Health Care; The elderly

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO : World Health Organization, 1984) ให้คำจำกัดความคำว่า “สุขภาพ (Healthy) ใหม่ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้นยังรวมถึงคำว่าสุขภาวะ (Well-being) คือสุขภาพองค์รวมของชีวิตทั้งหมด ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและปัญญา โดยเน้นผู้สูงวัยให้มีการส่งเสริมแนวคิดพลฒพลัง (Active Ageing) คือ การมีสุขภาพดี มีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต และมีส่วนร่วมและมีคุณค่าทางสังคม นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing)

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยการมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผลให้ประชากรวัยแรงงานเริ่มมีผลกระทบและแรงกดดัน เนื่องจากอัตราการเกิดลดลงสวนทางโดยมีสัดส่วนของการเกิด กำลังแรงงาน: ผู้สูงอายุ: เด็ก อยู่ที่ 4: 1: 1 คาดว่าในปี 2579 จะปรับลงไปอยู่ที่ 2: 1: 1 (สอวช, 2021) จึงเป็นผลกระทบทั้งการขาดแคลนแรงงาน วิกฤติการคลัง จากภาระของรัฐที่เกิดจากการเก็บภาษีที่ลดลงสวนทางกับการใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องเพิ่มขึ้น

การพัฒนาผู้สูงอายุหรือคนวัยเกษียณ ต้องพิจารณาเป็นด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อาจมีปัญหาสุขภาพร่างกายที่มาจากความเสื่อมถอย จึงต้องพัฒนาด้านร่างกาย เริ่มจากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ย่อยง่ายครบ 5 หมู่ ในปริมาณเหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นพิษเป็นโทษ อยู่อาศัยในที่ถูกสุขลักษณะ ออกกำลังกายให้สมวัยในด้านจิตใจ ผู้สูงวัยย่อมมีสภาพการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น จากการที่เคยทำงานเป็นประจำ เป็นคนไร้งาน รายได้ลดหรือไม่มีรายได้ ขาดสังคม แต่ยังมีรายจ่ายในชีวิตประจำวันภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ มีผลต่อสภาพจิตใจทำให้เกิดโรคซึมเศร้า จึงต้องพัฒนาด้านจิตใจ ด้วยการมีกัลยาณมิตรให้กำลังใจ ให้ปรับสภาพจิตใจในการดำเนินชีวิตด้วยปัญญา ไม่ประมาท มีสติ ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2551)

พระพุทธศาสนามีหลักธรรมคำสอน “อปัณณกปฏิบัติ” หมายถึง ข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด ซึ่งพระผู้มีพระภาคได้แสดงไว้ว่า ภิกษุผู้ประกอบด้วยธรรม 3 ประการ เชื่อว่าเป็นผู้ปฏิบัติไม่ผิด และชื่อว่าเธอปรารถนาปัญญาเพื่อความสิ้นอาสวะทั้งหลาย ธรรม 3 ประการ ภิกษุในธรรมวินัยนี้ เป็นผู้คุ้มครองทวารในอินทรีทั้งหลาย 1 เป็นผู้ประมาณในโภชนะ 1 เป็นผู้ประกอบความเพียร 1

(พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต, 2546) ที่กล่าวถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริม ดูแล ให้ผู้สูงอายุมีพหุพลังทางบวกในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีและมีคุณค่า

ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุและปัญหาของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มาจากภาษาบาลีว่า “ชรา” หมายถึงความแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทรด โทรม คำว่า “ชรา” หรือ “Senescent” หรือ “Elderly” หรือ “Aging” หมายถึง “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่มีความหมายยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่มีความชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิและประสบการณ์ (Sasiphat Yotphet, 2006) ซึ่งตามมติของสหประชาชาติ (United Nations) ถือว่าผู้สูงอายุ คือ มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และความหมายของผู้สูงอายุ ก็มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะของธรรมชาติทางกายภาพ มีความอ่อนแอ มีความเสื่อมตามวัย ความต้านทานโรคลดลง อาจเริ่มมีปัญหาทางสุขภาพกายและจิต ดังนั้น อาจสรุปว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้าย ที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม

ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องอยู่ 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ทางกายภาพและปัจจัยสี่ของผู้สูงอายุ ความต้องการให้รัฐส่งเสริมการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ การให้ความรู้ความเข้าใจ การให้การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ และเตรียมตัวเพื่อรองรับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ 2) ความต้องการทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการมีรายได้ ต้องการประกอบอาชีพ ได้รับการเลี้ยงดูจนเจือจากบุตรหลาน และหน่วยงานรัฐ 3) ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการในควมมีคุณค่า ได้รับการยอมรับและยังทำประโยชน์ให้แก่สังคม 4) ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการการเอาใจใส่ ดูแล ได้รับความรัก ความอบอุ่น มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ถูกทอดทิ้ง โดยรัฐจัดกิจกรรมช่วยเหลือให้กลุ่มผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ศูนย์ออกกำลังกาย 5) ความต้องการความรู้ ได้แก่ ต้องการความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในทางการแพทย์เพื่อควมมีสุขภาพดี ความรู้ด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยหรือความสนใจ (Somporn Thepsithar, 2526) เพื่อให้มีชีวิตที่ปกติสุข เช่น การใช้เครื่องมือสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงและมีส่วนในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงวัย

สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ การใช้ชีวิตอยู่เป็นปกติสุข รวมถึงสังคมสิ่งแวดล้อม และอยู่ด้วยปัญญา ซึ่งตรงกับคำว่า “Spiritual well-being” จึงรวมถึงวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางกายที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ตรงกับคำกล่าวทางพุทธศาสนา คือ กายิกสุข คือสุขทางกายและเจตสิกสุข คือสุขทางใจ (พระราชปริยัติวิมล, 2564) ซึ่งรวมแล้วคือ สุขภาพทางกาย จิต สังคม ปัญญา รวมเป็น วิชชา วิมุตติ วิสุทธิ สันติ คือ ความสว่างผ่องใส ความหลุดพ้นเป็นอิสระ ความหมดจดไม่ขุ่นมัวเศร้าหมอง ความสงบ ไร้ความร้อนรนกระวนกระวาย เกิดเป็นองค์รวม คือ สุขภาพกาย สุขภาพจิตดี พร้อมกับการใช้ชีวิตอยู่กับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ปราศจากทุกข์ ดังพุทธภาษิตกล่าวว่า “ อโรคฺยปรมา ลาภา ” ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ

การดูแลผู้สูงวัย (Caring) การดำรงชีวิตของบุคคลในวัยเกษียณย่อมมีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว หรือวัยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันที่ลดลง จึงต้องการสวัสดิการที่ช่วยเหลือดูแลจากภาครัฐอย่างเป็นกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อการแสดงออก ในด้านการเข้าถึงความรู้สึก (Empathic) ความเอาใจใส่ (Attention) การช่วยเหลือ (Supportive) การให้ความรู้ (Education) ด้านกาย คือ การฟังกาย การพูด หรือการสัมผัส การอำนวยความสะดวก (Facilitative) เช่น ทางลาดหรือราวเกาะ ห้องน้ำพิเศษในที่สาธารณะ ความต้องการเฉพาะของกลุ่ม (Special Need Function) เช่น ความสะดวกในการเดินทาง การจัดศูนย์ออกกำลังกาย หรือสันทนาการสำหรับผู้สูงวัย การจัดคลินิกผู้สูงวัยในการให้คำแนะนำในเรื่อง โภชนาการ การดูแลในโรคที่มักเกิดกับผู้สูงวัย เป็นต้น (Sasiphat Yotphet, 2010)

การเสริมสร้างสุขภาพ เป็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีหน่วยงานด้านการแพทย์เป็นหลัก เพื่อการป้องกันโรค (Preventive) (อาภาพร เผ่าวัฒนะ, 2556) หลักสำคัญคือ การเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาวะ การมีส่วนร่วมของสาธารณะ คือบุคคลและชุมชน สามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา ที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะของชุมชน อีกทั้งให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินงานการเสริมสร้างสุขภาพของชุมชน (ศิริพร ชัมภลลิขิต และประภาพร จินันทุยา, 2545) เพื่อเกิดความร่วมมือและสร้างสังคมคุณภาพไปพร้อมกัน เนื่องจากส่งผล

ทางบวกโดยตรงต่อสุขภาพองค์รวม เศรษฐกิจและสังคม คือ 1) ผู้สูงวัยและคนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง 2) ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราการป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้ หรือลดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 3) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของบุคคลและส่วนรวม 4) เพิ่มโอกาสการมีรายได้ เพราะคนสุขภาพแข็งแรงแม้สูงวัยก็ทำงานให้เกิดรายได้ 5) ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 6) สังคมมีสภาพความเป็นอยู่ดีขึ้นจากรายได้ที่เพิ่มขึ้น

การประยุกต์หลักธรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงวัย

ผู้สูงวัยหรือวัยเกษียณ เป็นเรื่องของความเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งในชีวิต หลายท่านมีความรู้สึกว่าเป็นการสูญเสีย หดสั้นตำแหน่ง ฐานะ เกียรติยศ อำนาจ และการขาดความเคารพนับถือต่างๆ จิตใจเกิดความว้าวุ่น เหงา สิ้นหวัง หรือท้อแท้ใจ แต่ถ้ามองตามความจริงจะเห็นว่าเป็นแค่ความเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสีย การเปลี่ยนจากภาวะเดิมไปสู่ภาวะใหม่ อาจทำให้มีโอกาสได้ทำสิ่งใหม่หรือสลับสภาพชีวิตที่ดียิ่งกว่าเดิม ในแง่ธรรมะก็ถือเป็นโอกาสที่จะเข้าถึงความจริงของชีวิต ได้บอกตนเองว่า นี่แหละโลกที่แท้จริง ไม่ต้องสวมหัวโขนกันตลอดเวลา

ในทางพุทธศาสนาดำเนินชีวิตให้มีความสุขทางกายและใจ ต้องบรรลุจุดหมาย 3 ชั้น คือ **ขั้นที่ 1** ภูมิจิตมิกัตถะ คือ ประโยชน์ปัจจุบัน ได้แก่ ก) มีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง ไร้โรคอายุยืน ข) มีเงินมีงาน คือ มีอาชีพสุจริต พึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ ค) มีสถานภาพดี คือ เป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม ง) มีครอบครัวผาสุก คือ ทำวงศ์ตระกูลให้เป็นที่น่าพอใจ ทั้ง 4 นี้พึงให้เกิดมีโดยธรรม และใช้ให้เป็นประโยชน์ทั้งแก่ตนและผู้อื่น **ขั้นที่ 2** สัมปรายิกัตถะ ประโยชน์เบื้องหน้า ได้แก่ ก) มีความอบอุ่นสบายซึ่งใจ ไม่อ้างว้างเลือนลอย มีหลักยึดเหนี่ยวใจให้เข้มแข็ง ด้วยศรัทธา ข) มีความภูมิใจ ในชีวิตสะอาด ที่ได้ประพฤติแต่การอันดีงามด้วยความสุจริต ค) มีความอึดใจ ในชีวิตมีคุณค่า ที่ได้ทำประโยชน์ตลอดมา ด้วยน้ำใจเสียสละ ง) มีความกล้า้วกล้ามั่นใจ ที่จะแก้ไขปัญหานำชีวิตและการกิจไปได้ ด้วยปัญญา จ) มีความโล่งจิตมั่นใจ มีทุนประกันภพใหม่ ด้วยได้ทำไว้แต่กรรมที่ดี **ขั้นที่ 3** ปรมัตถะ ประโยชน์อย่างยิ่ง ได้แก่ ก) ถึงถูกโลกธรรมกระทบ ถึงจะพบความผันผวนปรวนแปร ก็ไม่หวั่นไหว มีใจเกษมศานต์มั่นคง ข) ไม่ถูกความยึดติดถือมั่นบีบคั้นจิตให้ผิดหวังโศกเศร้า มีจิตโล่งโปร่งเบาเป็นอิสระ ค) สดชื่น เบิกบานใจ ไม่ขุ่นมัวเศร้าหมอง ผ่องใสไร้ทุกข์ มีความสุขที่แท้จริง ง) รู้เท่าทันและทำการตรงตามเหตุปัจจัย ชีวิตหมดจดสดใสเป็นอยู่ด้วยปัญญา (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2564)

เมื่อได้ทำให้มีสุขภาพกายดี ก็ต้องทำชีวิตให้เข้าถึงความสุข ซึ่งประกอบด้วยความสุข 5 ชั้นได้แก่ ชั้นที่ 1 คือความสุข จากการเสพวัตถุ หรือสิ่งบำรุงบำเรอภายนอก ที่มาทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย เป็นความสุขสามัญ ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เมื่อมีวัตถุมาก เสพมากก็ขาดวัตถุ เหล่านั้นไม่ได้ทำให้ยังต้องแสวงหา คนที่สูญเสียอิสรภาพในการหาความสุขแบบง่าย ๆ การถือศีล 8 เป็นวิธีง่าย ๆ ที่ทำให้เราลดความต้องการทางวัตถุ ลดความพึงอาศัยวัตถุที่มาบำรุง บำเรอ ด้วยวัตถุ เริ่มด้วยข้อวิกาลโภชนาฯ ไม่ต้องบำรุงเลี้ยงด้วยอาหารอร่อย ไม่ต้องกินอาหารมากกลับ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เป็นการฝึกให้เราใช้ชีวิตโดยไม่ต้องขึ้นกับวัตถุมากเกินไป ชั้นที่ 2 เจริญ คุณธรรม มีเมตตา กรุณา มีศรัทธา ทำให้มีความสุขจากการให้อภัยในความช่วยเหลือผู้อื่น ชั้นที่ 3 ความสุขเกิดจากการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความจริงของธรรมชาติ ไม่หลงอยู่กับโลก สมมติ อยู่ด้วยความหวังสุขจากสมมติที่ไม่จริงจางยั่งยืน เหมือนคนทำสวนที่มัวหวังความสุขจาก เงินเดือน มองข้ามผลที่แท้จริงตามธรรมชาติจากการทำงาน คือ ความเจริญงอกงามของต้นไม้ ความสุขอยู่ที่ได้เงินเดือนอย่างเดียว แต่ผลที่แท้จริงจากการทำงาน คือ อยากรู้อยากเห็นต้นไม้เจริญงอก งาม คนที่ปรับชีวิตได้เข้าถึงความจริงของธรรมชาติย่อมสามารถหาความสุขจากการดำเนินชีวิต

ชั้นที่ 4 ความสุขจากความสามารถในการปรุงแต่ง ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษ ที่มนุษย์สามารถปรุง แต่งสุขก็ได้ ปรุงแต่งทุกข์ก็ได้ คือเก็บเอาอารมณ์ที่ไม่ดี ที่ขัดใจ ขัดหู ขัดตา เอามาครุ่นคิดให้ไม่ สบายใจ ชุ่นมัวเศร้าหมอง โดยเฉพาะผู้สูงวัย ใจคอยจะเก็บอารมณ์ที่กระทบกระเทือน ไม่สบาย แล้วเอามาปรุงแต่งให้เกิดความกลุ้มใจ ว้าวุ่น เหงา การปรุงแต่งความสุข แม้แต่ฝึกจากลมหายใจ ก็ยังปรุงแต่งสุขได้ ฝึกให้ใจเบิกบาน ทำให้โปร่งเบา มีสภาพจิต 5 อย่างที่ควรปรุงแต่งให้มีอยู่เสมอ คือ 1) ปราโมทย์ ความร่าเริงเบิกบานใจ 2) ปีติ ความอิ่มใจ 3) ปัสสัทธิ ความสงบเย็น ผ่อนคลาย กายใจ ไม่เครียด 4) สุข ความโปร่งโล่งใจ คล่องใจสะดวกใจ ไม่มีอะไรมาบีบคั้น หรือติดขัดคับ ข้าง 5) สมาธิ ภาวะที่จิตอยู่กับสิ่งที่ต้องการ ได้ตามต้องการ ไม่มีอะไรมารบกวน พระพุทธเจ้า ทรงตรัสว่า “ตโต ปาโมชชพหุล ทุกขสสันตํ กริสสตี” แปลว่า “ภิกษุผู้ปฏิบัติถูกต้องแล้ว มาก ด้วยปราโมทย์ มีจิตใจร่าเริงเบิกบานอยู่เสมอ จักทำทุกข์ให้หมดสิ้นไป”(ขุ.ธ.(ไทย)25/35/66))

ฉะนั้น ผู้สูงวัย ควรใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ ถือเป็นโอกาสดี ปรุงแต่งใจ แม้ว่าแต่ก่อนจะปรุงแต่ง แต่ทุกข์ ทำให้ใจเครียด ชุ่นมัว เศร้าหมอง แต่เมื่อถึงวัยเกษียณก็ต้องปรุงแต่งให้มีธรรม 5 อย่าง คือ ปราโมทย์ มีความร่าเริงเบิกบานใจ ปีติ ความอิ่มใจ ปัสสัทธิ ความผ่อนสบายสงบเย็นกายใจ สุข โล่งโปร่งใจ สมาธิ สงบใจตั้งมั่น ชั้นที่ 5 ความสุขเหนือการปรุงแต่ง คือ อยู่ด้วยปัญญา ที่รู้ทัน ความจริงของโลกและชีวิต การเข้าถึงความจริงด้วยปัญญา เห็นแจ้ง ทำให้วางจิตวางใจลงตัว

สนิทสหายกับทุกสิ่งทุกอย่าง อยู่อย่างผู้เจนจบชีวิต อย่างผู้ชำนาญ จะมีปัญญารู้พร้อมอยู่ถ้ามี เหตุเกิดขึ้นก็แก้ไขได้ทันที ทำให้สภาพจิตที่เรียบสงบสบาย (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต), 2564)

การประยุกต์หลักธรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงวัย นำหลัก อปถกปฏิบัติ (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต), 2564) อันเป็นธรรมที่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ได้ทรงแสดงว่าเป็นข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด ปฏิบัติที่เป็นส่วนแก่นสารเนื้อแท้ ซึ่งจะนำผู้ปฏิบัติให้ถึงความเจริญงอกงามในธรรม เป็นผู้ดำเนินอยู่ในแนวทางแห่งความปลอดภัยจากทุกข้ออย่างแนบแน่นไม่ผิดพลาด ได้แก่ 1) อินทริสังวร การสำรวมอินทรี คือระวังไม่ให้บาปอกุศลธรรมครอบงำใจ เมื่อรับรู้อารมณ์ด้วยอินทรีทั้ง 6 การที่ผู้สูงวัยต้องมีการระมัดระวังอินทรีทั้ง 6 ตามข้อธรรมนี้ เนื่องจาก ทวาร 6 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ แบ่งใหญ่ ๆ ได้เป็น กาย และใจ การมีสุขภาพที่ดี ต้องมีการดูแลสุขภาพและใจไปพร้อมกัน การรับรู้อารมณ์ทางใจ ทางพุทธศาสนาเป็นช่องทางแห่งทุกข์ การรับผัสสะหรือการกระทบทางตา หู จมูก ลิ้น กายและใจ ด้วยสติ ทำให้สามารถปรับความคิดให้เป็น โยนิโสมนัสสิกการ และมีสมาธิฐาน การเห็นถูกทำให้เข้าใจในธรรมชาติ ความเหมาะสมแก่ตน การไม่ทุกข์กับความเปลี่ยนแปลง และจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ เข้าใจผัสสะที่มากระทบไม่ทำให้ใจเป็นทุกข์ จะมีผลให้ร่างกายมีความแข็งแรงขึ้น อีกทั้งเกิดปัญญาในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมทำให้เกิดความชรา หรือความเสื่อมช้าลงมีจิตใจแจ่มใส ร่างกายแข็งแรง 2) โภชนะมัตตัญญูตา ความรู้จักประมาณในการบริโภค คือ รู้จักพิจารณารับประทานอาหารเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกายใช้ทำกิจให้ชีวิตผาสุก มิใช่เพื่อสนุกสนานมัวเมา เป็นหลักธรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงวัยในการบริโภค เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยชราร่างกายย่อมมีความเสื่อม เช่น ระบบการย่อยอาหาร จึงต้องมีการดูแลสุขภาพให้เป็นอาหารที่ย่อยง่าย มีคุณค่าต่อร่างกาย ไม่ดื่มหรือรับประทานสิ่งที่เปื้อนโทษ ได้แก่ สุรายาเมา ของหมักดอง รับประทานแต่พอประมาณ ไม่มากไม่น้อยเกินไป และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ ควรหาความรู้ในด้านโภชนาการเพื่อจัดอาหารที่เหมาะสมกับวัย เพราะช่วยให้ร่างกายทำงานเป็นปกติ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ มะเร็ง เป็นต้นเนื่องจากโรคดังกล่าว พบว่ามีอัตราการเป็นโรคในคนสูงวัยสูงกว่าในวัยอื่น ๆ 3) ชาคริยานุโยค การหมั่นประกอบความดี ไม่เห็นแก่นอน คือ ขยันหมั่นเพียรตื่นตัวอยู่เป็นนิตย์ ชำระจิตมิให้มีนิวรณ์ พร้อมเสมอทุกเวลาที่จะปฏิบัติกิจให้ก้าวหน้าต่อไป หลักธรรมนี้ เพื่อให้มีความขยันหมั่นเพียรในกิจที่ทำเพื่อให้การงานนั้นประสบความสำเร็จ การที่คนสูงวัยได้พ้นจากการทำงานประจำ ไม่ว่าจะเป็นงานภาครัฐ หรืองานเอกชน เมื่อได้มีอิสระจาก

การทำงานที่ใช้เลี้ยงชีพ ลดจากความเครียดในความรับผิดชอบ หรือการดูแลงานหรือลูกน้องจำนวนมาก ก็ควรจะถือเป็นโอกาสที่ดีในการที่จะเลือกทำงานที่ตนสนใจหรือมีความตั้งใจที่จะได้ลงมือทำในความถนัดส่วนตัว อาจไม่ได้ทำให้มีรายได้มากแต่เป็นการทำเพื่อให้เกิดคุณค่าในตนเองและสามารถเติมเต็มความสุขที่สามารถทำในเวลาที่ไม่ต้องห่วงกังวลกับผลประโยชน์มากมายแต่ให้ความภูมิใจ ความปรารถนาที่เคยอยากทำในอดีต แต่ทั้งนี้การงานใดๆ ก็จำเป็นต้องมีความขยันหมั่นเพียรเป็นหลักปฏิบัติจึงจะทำให้การงานนั้นประสบผลตามที่มุ่งหวัง



ภาพที่ 1 แสดงหลักอปณกปฏิบัติและการประยุกต์หลักธรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงวัย

สรุป

ผู้สูงวัยสามารถอยู่อย่างมีร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี เป็นผู้ที่มียาได้พึ่งพิงตนเอง และมีความสุขโดยการเป็นผู้มีสุขภาพดี ผสานกับหลักธรรม “อปถมกปฏิบัติ” (ส.บ.ไทย) 17/146-147/216) เป็นเครื่องอยู่ของจิตก็จะเป็นผู้ที่เห็นอนิจจัง ทุกขัง เห็นอนัตตา เห็นสุญญตา มากขึ้น จนคงที่ไม่หวั่นไหว มีความเป็นผู้มีอินทรีย์สังวร คือ การสำรวมอินทรีย์ ทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ให้เป็นปกติ ไม่หลงเพลินเพลินในกามคุณ อีกทั้งยังต้องอยู่ในที่สัปปายะ มีโภชนาณัตตัญญูตา คือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มกินในอาหารที่เป็นโทษ หรือปริมาณมากเกินไป สมควร และชาคริยานุโยค คือ การตื่นอยู่ หรือการมีความเพียร ตั้งใจในการทำสิ่งใดด้วยความเพียร การไม่เห็นแก่ความสุขสบายเพียงเล็กน้อย การทำตนให้เป็นประโยชน์ในงานที่คิดริเริ่มจากความสนใจ เพื่อเป็นการทำตนให้มีคุณค่า ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ ได้นำประสบการณ์อันยาวนานจากการทำงานประจำมาใช้ ยิ่งจะทำให้เป็นการบริหารสมองและมีความพึงพอใจในตนเองเป็นการไม่ละทิ้งให้ตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่นและสังคม อีกทั้งยังเป็นผู้มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญชำนาญในงานที่ผ่านมา สามารถให้คำสอน คำแนะนำแก่เยาวชนหรือถ่ายทอดความรู้ ความชำนาญให้แก่ชุมชนรุ่นต่อไป เป็นบุคคลที่น่าเคารพเลื่อมใส ทำคุณประโยชน์และมีคุณค่าในสังคม

เอกสารอ้างอิง

- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2535). พระไตรปิฎกภาษาไทย กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย,
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุ 2565. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2566, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). คู่มือการดูแลสุขภาพใจ สำหรับผู้สูงอายุ “สูงวัยด้วยใจสุข” กรุงเทพมหานคร : เรือนปัญญา, 28.
- พระราชปริยัติวิมล. (2564). การประยุกต์หลักพุทธธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์. (5), (2), 261.
- ศิริพร ชัมภลชีต และประภาพร จินันทุยา. (2545). แนวคิดสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2534). ผู้สูงวัยด้วยคุณภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 81.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2542).แนวทางในการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร เทพสิทธิ์. (2549). แก่อย่างมีค่า ชราอย่างมีสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ : สำนักงานวิทยทรัพยากร), 56.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2564). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 45 (กรุงเทพมหานคร : สหธรรมิก), 108-109.
- _____ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2560).ถ้าสูงอายุเป็น ก็น่าเป็นผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 8. (กรุงเทพมหานคร : เพ็ทแอนด์โฮม), 9.
- _____ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2564). ธรรมานุญชีวิต: พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม. พิมพ์ครั้งที่ 232. (กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส), 8-9.
- สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.). (2021). ผู้สูงอายุไทยต้องปรับตัวอย่างไร? เพื่อพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Active Aging). สืบค้น 9 มิถุนายน 2023, จาก<https://www.nwpo.or.th/th/8078/>
- อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน, กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- WHO. (1984). International Standards for Drinking Water. 2nd ed. World Health Organization: Geneva.

เศรษฐกิจสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

THE CREATIVE ECONOMY FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT

จิรภา สุขนวนิช

Jirapa Suchonwanich

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

Mahachulalongkornrajavidyalaya University

Corresponding Author E-mail: suchon.ying@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ “The Creative for Sustainable Development” เศรษฐกิจสร้างสรรค์ คือ แนวคิดในการนำ “สินทรัพย์ทางวัฒนธรรม” (cultural assets-based) ทั้งที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ผนวกเข้ากับ “นวัตกรรม” (innovation) และ “ความคิดสร้างสรรค์” (creativity) มาใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ (commercialization) สร้างเป็นสินค้าและบริการที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ จนอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์คือการคิดต่อยอดจากสิ่งที่มีสิ่งที่เป็น ให้มีคุณค่ามากขึ้น เศรษฐกิจสร้างสรรค์จะสมบูรณ์ได้ต้องมีความแข็งแกร่งของ B2P คือ business, people and place (ธุรกิจ, ผู้คน และพื้นที่) พัฒนาไปด้วยกัน เศรษฐกิจสร้างสรรค์จึงไม่ใช่การมุ่งใช้จินตนาการเพื่อสร้างผลกำไรเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการคิดถึงทุกฝ่าย ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง แล้วผลลัพธ์ในท้ายที่สุดคือ ธุรกิจมีการเติบโตอย่างเข้มแข็ง มีฐานรากที่มั่นคง และมีพันธมิตรมากขึ้น

สำหรับประเทศไทยมีการจัดตั้ง สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (องค์การมหาชน) หรือ Creative Economy Agency (CEA) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในการส่งเสริมผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ของไทย โดยมีภารกิจใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการพัฒนาบุคลากรสร้างสรรค์ (creative people), ด้านการเพิ่มขีดความสามารถให้แก่ธุรกิจสร้างสรรค์ (creative business) และด้านการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ (creative place)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) กำหนดไว้ว่า อุตสาหกรรมสร้างสรรค์ ประกอบด้วย 12 สาขาหลัก ได้แก่ งานฝีมือและหัตถกรรม, ศิลปะ การแสดง, ทัศนศิลป์, ดนตรี, ภาพยนตร์ และวีดิทัศน์, การพิมพ์, การกระจายเสียง, ซอฟต์แวร์,

โฆษณา, การออกแบบ, สถาปัตยกรรมและแฟชั่น โดยมีอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องอีก 3 สาขา คือ อาหารไทย, การแพทย์แผนไทย และการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์

คำสำคัญ: เศรษฐกิจสร้างสรรค์; การพัฒนาประเทศ; ประเทศไทย

Abstract

This article was to study regarding “The Creative for Sustainable”, the creative economy was the concept of bringing “cultural assets-based” both tangible and intangible by combining with "innovation" and "creativity" (creativity) for commercial use (commercialization) to make the products and services with economic value. It can be said that the concept of the creative economy was further thinking from what had and existed to be more valuable. The creative economy can be perfected by the strength of B2P: business, people and place that develop together. The creative economy therefore did not focus only on using imagination to generate profits but thinking about all parties without leaving anyone behind. The result was a strong business growth with a solid foundation and having more partnerships.

For Thailand, the Creative Economy Promotion Agency had been established (Public Organization) or Creative Economy Agency (CEA) to perform in promoting entrepreneurs of the creative industry in Thailand by having three main missions, including the development of creative people, the empowerment of creative business, and the development of creative spaces.

Office of the National Economic and Social Development Council (NESDB) defined that the creative industries consisted of 12 main sectors, including crafts and handicrafts, arts, performance, visual arts, music, film and video, publication, broadcasting, software, advertising, design, architecture and fashion, there were three related industries as follows: Thai food, Thai traditional medicine, and creative tourism.

Keywords: Creative Economy; National Development; Thailand

บทนำ

จากโครงสร้างเศรษฐกิจผู้ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมากที่สุด แต่กลับสร้างรายได้เข้าประเทศและ GDP น้อยที่สุด ทำให้ประเทศไทยติดกับดักรายได้ปานกลางนานนับสิบปี ประกอบกับในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยได้กำหนดรูปแบบ การพัฒนาประเทศโครงสร้างการใช้ปัจจัยการผลิตของ ประเทศไทย โดยเมื่อวิเคราะห์ในทางอุปทานรวม (Aggregate Supply) แล้วพบว่า ภาคการผลิตของไทยยังคงพึ่งพาการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆ น้อยมาก แต่เป็นการพึ่งพาปัจจัยแรงงานและปัจจัยทุนทางกายภาพเป็นสำคัญจากผลการศึกษา ของธนาคารโลกร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (World Bank and NESDB, 2008) พบว่า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ในช่วงเวลาดังแต่อดีตถึงปัจจุบัน (ประมาณร้อยละ 6 ต่อปีระหว่างปีพ.ศ. 2520-2547 4 NIDA Economic Review (ค.ศ. 1977-2004) เกิดขึ้นจากการจ้างงาน (ร้อยละ 1.8) และการลงทุนในเครื่องจักร (ร้อยละ 3.1) เป็นสำคัญ ในขณะที่เทคโนโลยีและนวัตกรรมอันสะท้อนถึงผลิตภาพ โดยรวม (หรือที่เรียกว่า Total Factor Productivity หรือ TFP) ส่งผลเพียงแค่อ้อยู่ที่ 1 ของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ซึ่งตัวเลขดังกล่าวเป็นตัวเลขที่ ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค เช่น จีน สิงคโปร์ ไต้หวัน และเกาหลีใต้ที่มีการ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีในกรณีของประเทศไทย ผลิตภาพโดยรวม (TFP) นี้เกิดขึ้นมากกับการผลิตในภาคอุตสาหกรรม (TFP = 1.2) แต่ยังมีระดับต่ำในภาคเกษตรกรรม (TFP = 0.5) และบริการ (TFP = -0.5) ในระหว่าง ปีพ.ศ. 2540 – 2547 (ค.ศ. 1977 - 2004)

ดังนั้น ถ้าประเทศไทยต้องการหลุดพ้นจากการเป็นเพียง “ลูกจ้าง” ทำผลิตของโลก การมุ่งพัฒนาประเทศไปสู่ระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์จึงเป็นทางเลือกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการพยายามยกระดับประเทศไปสู่การสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้า และบริการเพื่อที่จะได้นำมาสู่การเจริญเติบโตและความกินดีอยู่ดีของคนในประเทศ ซึ่งในทางปฏิบัติประเทศไทยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเพิ่มผลิตภาพการผลิต ของประเทศ (Productivity) เพื่อให้สามารถเท่าเทียมกับประเทศผู้นำทางเศรษฐกิจ ในภูมิภาคอย่างเกาหลีใต้ สิงคโปร์ ไต้หวัน และมาเลเซีย ด้วยการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจและสังคมจากการปรับโครงสร้างไปสู่ระดับสูงขึ้นคือการสร้าง “ระบบเศรษฐกิจที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างนวัตกรรม” (Efficiency-driven and Innovation-driven and Economy) โดยการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไปสู่ระดับการพัฒนา ที่สูงขึ้นนี้จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการก้าวไปสู่การเป็นเศรษฐกิจสร้างสรรค์จาก การสร้าง

ความคิดสร้างสรรค์และสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆให้ออกมาสู่สังคมอันจะเป็นการช่วย ต่อยอดไปสู่การ สร้างสรรค์และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว

สหประชาชาติประกาศให้ปี ค.ศ. 2021 เป็นปีแห่งเศรษฐกิจสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (International Year of Creative Economy for Sustainable Development) เศรษฐกิจสร้างสรรค์ เป็นที่กล่าวถึงในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ในฐานะ “อนาคตของเศรษฐกิจโลก” จนเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย โดยมีที่มาจากหนังสือของ “จอห์น ฮาวกินส์ (John Howkins)” ที่มีชื่อว่า “The Creative Economy : How People Make Money from Ideas” ซึ่งจัดพิมพ์ ขึ้นในปี ค.ศ. 2001ว่าด้วยเศรษฐกิจที่มีแนวคิดเติมเต็มไปด้วย “จินตนาการ ภูมิปัญญา สังคม วัฒนธรรม และผู้คน”

ปัจจุบันโลกมีเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมาย หลายประเทศทั่วโลกจึงมี แผนผลักดันนโยบายต่างๆ ที่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจผ่านการ พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม รวมไปถึงการพัฒนาความสามารถของประชาชนในประเทศด้วย วันนี้ สอวช. จึงอยากแนะนำให้ทุกคนรู้จักกับอีกหนึ่งระบบเศรษฐกิจที่กำลังเป็นที่สนใจอย่าง Creative Economy หรือ ระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์ โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ให้คำนิยาม Creative Economy ไว้ว่า “เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจ บนพื้นฐานของการสร้างและใช้องค์ความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ และทรัพย์สินทางปัญญาที่ เชื่อมโยงกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม การสั่งสมความรู้ของสังคม เทคโนโลยี และนวัตกรรม ในการ ผลิตสินค้าและบริการใหม่ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ”หรือถ้าพูดให้เข้าใจง่ายๆ เศรษฐกิจ สร้างสรรค์ ก็คือ การนำสินค้าหรือบริการมาเพิ่มมูลค่า โดยผ่านการคิดอย่างสร้างสรรค์ และนำ เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมใหม่ๆ รวมถึงพื้นฐานทางวัฒนธรรม สังคม เข้ามาช่วยในการสร้างสรรค์ ผลงานนั่นเอง

จากแนวโน้มเศรษฐกิจโลกในอนาคต จะมีการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในภูมิภาค ซึ่งส่งผล ดีต่อเศรษฐกิจในเอเชีย ทำให้มีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสที่จะส่งผลให้ เศรษฐกิจโลกเปลี่ยนศูนย์กลางอำนาจมาอยู่ที่แถบเอเชียมากขึ้น จึงน่าจะเป็นโอกาสที่ประเทศ ไทยจะได้ปรับกลยุทธ์ทางเศรษฐกิจ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมุ่งเน้นไป ที่การเพิ่มคุณค่า สร้างมูลค่า และส่งเสริมความสามารถให้สินค้าไทยที่มีศักยภาพในการแข่งขัน อยู่แล้ว มาสร้างสรรค์ให้เกิดความแตกต่างเพื่อหลีกเลี่ยงการแข่งขันแบบเดิมๆ “เศรษฐกิจ สร้างสรรค์” จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย โดยเน้นการพัฒนาอย่าง

สมดุล และยั่งยืนบนพื้นฐานความได้เปรียบของประเทศ ทั้งในด้านความหลากหลายของวัฒนธรรม และภูมิปัญญาด้านงานศิลปหัตถกรรมที่สามารถนำมาต่อยอดในเชิงสร้างสรรค์ได้ ซึ่งในปัจจุบัน “เศรษฐกิจสร้างสรรค์” ได้ถูกบรรจุเป็นหนึ่งในสาขา ภายใต้ระเบียบวาระแห่งชาติ BCG Economy Model สาขาการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ด้วย

นอกจากนี้ รัฐบาลมองเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงจัดตั้งสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (Creative Economy Agency หรือ CEA) ขึ้นในรูปแบบขององค์การมหาชน เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของเศรษฐกิจสร้างสรรค์ ผ่านการพัฒนาผู้ประกอบการและกำลังแรงงาน การสร้างระบบนิเวศที่เหมาะสม ที่จะเชื่อมโยงภูมิปัญญาวัฒนธรรม และภาคการผลิตจริง

และมีการเดินทางส่งเสริมอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ของไทยใน 15 สาขา ได้แก่ 1. งานฝีมือและหัตถกรรม 2. ดนตรี 3. ศิลปะการแสดง 4. ทักษะศิลป์ 5. ภาพยนตร์ 6. การแพร่ภาพและกระจายเสียง 7. การพิมพ์ 8. ซอฟต์แวร์ 9. การโฆษณา 10. การออกแบบ 11. การให้บริการด้านสถาปัตยกรรม 12. แฟชั่น 13. อาหารไทย 14. การแพทย์แผนไทย 15. การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ควบคู่ไปกับการผลักดันวัฒนธรรมที่มีศักยภาพ 5 F ได้แก่ 1. อาหาร (Food) 2. ภาพยนตร์และวีดิทัศน์ (Film) 3. ผ้าไทยและการออกแบบแฟชั่น (Fashion) 4. มวยไทย (Fighting) และ 5. การอนุรักษ์และขับเคลื่อนเทศกาล ประเพณีสู่ระดับโลก (Festival)

สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ยังได้เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง และโอกาสในการเติบโตของอุตสาหกรรมงานฝีมือและหัตถกรรมในอนาคตและชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการเชื่อมโยงเศรษฐกิจสร้างสรรค์กับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และกระแสด้านความต้องการของผู้บริโภคที่มีแนวโน้มเปลี่ยนไปจากแต่ก่อน ว่าผู้บริโภคจะเลือกซื้อสินค้าที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวมากกว่าสินค้าที่พบได้ทั่วไป และยังเลือกใช้สินค้าที่มีความยั่งยืน เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

นอกจากนี้ ยังมีกระแส Digital Craft Trend หรือการสร้างสรรค์งานฝีมือที่นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งอีกด้วย เช่น ใช้เครื่องพิมพ์ 3 มิติในการออกแบบผลิตภัณฑ์ต้นแบบ รวมไปถึงการนำเครื่องจักรเข้ามาใช้ในกระบวนการผลิตเพื่อความรวดเร็วและได้มาตรฐาน เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ผลิตงานฝีมือไม่ควรมองว่าระบบดิจิทัลเป็นทางเลือกใหม่ที่สามารถทดแทนการทำงานรูปแบบเดิม แต่ควรมองว่าระบบดิจิทัลจะเข้ามาช่วยให้ความคิดสร้างสรรค์ของเราก้าวไปอีกขั้นได้

อีกหนึ่งปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสร้างสรรค์ คือ กำลังคน เมื่อเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศต้นแบบด้านความคิดสร้างสรรค์ในอาเซียน อย่างประเทศอินโดนีเซียแล้ว จะพบว่า มีระดับคุณภาพของปัจจัยที่ใช้ส่งเสริมพัฒนาการเศรษฐกิจสร้างสรรค์ใกล้เคียงกัน แต่อินโดนีเซียมีการจ้างงานในอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ถึง 15.9 ล้านคน ส่วนไทยมีจำนวนแรงงานสร้างสรรค์เพียง 9.31 แสนคน และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเศรษฐกิจไทยที่เติบโตช้าลง ทั้งนี้หากมองในมุมที่ว่าอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ส่วนใหญ่ขับเคลื่อนได้จากกำลังแรงงานที่มีประสิทธิภาพแล้ว ทำให้ในอนาคตอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ของอินโดนีเซียอาจมีมูลค่าสูงขึ้นแซงหน้าไทยได้ไม่ยาก

ดังนั้น เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจสร้างสรรค์ไทยให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีการถ่ายทอดแนวคิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์ให้กับคนในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตลักษณ์เป็นของตนเอง เพราะวัฒนธรรมท้องถิ่นจะส่งผลให้เกิดความหลากหลายในงานฝีมือ และยังเป็นการกระจายรายได้สู่ชุมชนอีกด้วย

นอกจากนี้ ยังต้องสร้างแรงบันดาลใจให้กับเยาวชนไทย และผู้อยู่ในอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ของไทย ในการนำศิลปวัฒนธรรมไทยมาสร้างสรรค์ เพราะคนกลุ่มนี้จะเป็นกำลังสำคัญในอนาคต ช่วยเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ ผลักดันให้สินค้าไทยได้เป็นที่รู้จักในระดับโลก เรียกว่าระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์นั้น นอกจากจะช่วยให้เศรษฐกิจไทยเติบโตอย่างสมดุลและยั่งยืนแล้ว ยังเป็นการคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ วัฒนธรรมท้องถิ่น ช่วยสร้างงาน สร้างรายได้ และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ประชาชนในประเทศได้อย่างทั่วถึงอีกด้วย

คำจำกัดความของเศรษฐกิจสร้างสรรค์

เศรษฐกิจสร้างสรรค์คือกระบวนการหรือกิจกรรม (Processor Activity) โดย เกิดจาก 2 ส่วนปัจจัยหลักด้วยกันคือ 1) ทักษะปัญญา หรือองค์ความรู้ และ 2) ทักษะ การประยุกต์นำความคิดสร้างสรรค์ (หรือองค์ความรู้) นั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในเชิงพาณิชย์โดย

1. ทักษะปัญญา (Intellectual Capital) สามารถอยู่ในรูปแบบของ “ฐานความรู้” เดิม หรือ “ความรู้ใหม่” ที่จะสามารถ นำไปใช้ต่อยอดความคิดโดยทุนในลักษณะนี้สามารถเกิดได้จาก ทุนมนุษย์ (Human Capital) เช่น ศึกษาและการฝึกอบรมที่นำมาสู่ความคิดใหม่ๆ ทุนทางวัฒนธรรม (Culture Capital) เช่น วัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยและทุนทางสังคม (Social Capital) เช่น ขนบธรรมเนียมและองค์ความรู้ในท้องถิ่น เป็นต้น NIDA Economic Review

2. ทักษะการประยุกต์(Adaptive Skills) ได้แก่ ทักษะที่สนับสนุนการนำองค์ความรู้และทุนทางปัญญานั้นมาประยุกต์ ให้เกิดการผลิต/บริการที่สามารถสร้างคุณค่า/มูลค่าได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น คำว่า “เศรษฐกิจสร้างสรรค์” อันประกอบไปด้วยคำว่า 1) เศรษฐกิจ (Economy) และ 2) สร้างสรรค์(Creative) จะเกิดขึ้นได้ต้องมีทั้งสองส่วนนี้เกิดคู่กัน การมีเพียงความคิดสร้างสรรค์ (หรือองค์ความรู้) แต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถสร้าง ระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์ได้ถ้าความคิดนั้นไม่ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจ แก่ผู้สร้างสรรค์การนำความคิดเข้าไปประสานกับการดำเนินธุรกิจทำให้เกิดการต่อยอด ไปสู่ทั้งการสร้าง “ความแตกต่าง” ซึ่งจะส่งผลต่อการ “สร้างมูลค่า” และท้ายที่สุด เป็นการ“สร้างคุณค่า”ซึ่งความหมายของคำว่าเศรษฐกิจสร้างสรรค์นี้สอดคล้องกับคำว่า นวัตกรรม (Innovation) โดย Swann (2007) ได้ระบุความหมายของนวัตกรรม ไว้ว่า“TheSuccessfulExploitationof New Ideas” ซึ่งหมายถึง“การใช้ประโยชน์ จากความคิดใหม่ๆ” นั่นเอง

ในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดคำนิยามของเศรษฐกิจสร้างสรรค์ที่เป็นหนึ่งเดียวกันทั้งโลก โดยคำนิยามต่างๆขึ้นอยู่กับการนำไปปรับใช้ให้เข้ากับระบบเศรษฐกิจ ของแต่ละประเทศและกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในระดับสากลการแบ่งกลุ่มของเศรษฐกิจ สร้างสรรค์มีความแตกต่างกัน โดยมีรูปแบบ 2 แนวคิดหลัก ได้แก่

1. กลุ่มเศรษฐกิจสร้างสรรค์ที่แยกประเภทตามชนิดสินค้า/บริการ Department for Culture Mediaand Sport (DCMS) ของประเทศสหราชอาณาจักร (DCMS Model) เป็นหน่วยงานแรกที่ได้เริ่มกำหนดประเภทของเศรษฐกิจ สร้างสรรค์ขึ้นในปีค.ศ. 1998 โดยได้ตั้งคำจำกัดความว่า “เศรษฐกิจสร้างสรรค์คือ จุดเริ่มต้นของการใช้ความคิดสร้างสรรค์, ทักษะ, และพรสวรรค์ส่วนบุคคลเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการสร้างความมั่งคั่งและการสร้างงานจากการใช้ประโยชน์ในเชิงของ ทรัพย์สินทางปัญญา” โดยประเทศอังกฤษได้กำหนดให้เศรษฐกิจสร้างสรรค์ประกอบไปด้วย 13 ประเภทของอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ (Creative Industries) ได้แก่ 1) โฆษณา (Advertising) 2) สถาปัตยกรรม (Architecture) 3) งานศิลปะและโบราณวัตถุ (Art 8 NIDA Economic Review and Antiques) 4) งานฝีมือ (Craft) 5) งานออกแบบ (Design) 6) แฟชั่น (Fashion) 7) ภาพยนตร์และวิดีโอ (Film and Video) 8) ซอฟต์แวร์/เกมส์ (Leisure Software) 9) เพลง (Music) 10)ศิลปะการแสดง (Performing Arts) 11)สิ่งพิมพ์(Publishing) 12)ซอฟต์แวร์และบริการทางด้านคอมพิวเตอร์(Softwareand ComputerServices) และ 13)

โทรทัศน์และวิทยุ(TVandRadio) โดยรัฐบาลอังกฤษได้สร้างหน่วยงานย่อย เพื่อบริหารงานเศรษฐกิจสร้างสรรค์นี้โดยเป็นการทำงานร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและ ตัวแทนจากภาคเอกชน

2. กลุ่มเศรษฐกิจสร้างสรรค์ที่แยกตามประเภทกิจกรรมการผลิตและห่วงโซ่ การผลิต การจำแนกในลักษณะนี้จะเน้นการจำแนกตามวัฒนธรรมเป็นหลัก(เช่น แบบ Symbolic TextsModel หรือแบบขององค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม แห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) ตาม ศิลปะ (Concentric Circle Model) หรือตามระดับ NIDA Economic Review 9 ของความเข้มข้นของการใช้ลิขสิทธิ์อย่างขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลกองค์การ ทรัพย์สินทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization: WIPO) ในรูปแบบของ Concentric CircleModel ในส่วนของWIPO ได้จัดตั้งส่วนงานทางด้านเศรษฐกิจสร้างสรรค์(CreativeIndustry Division) ในปีพ.ศ.2548(ค.ศ.2005) เพื่อ ทำการวิเคราะห์และศึกษางานทางด้านนี้โดยตรงซึ่ง ทาง WIPO จะเน้นให้ความสำคัญ กับงานประเภทอุตสาหกรรมสร้างสรรค์และสิทธิ์ที่เกี่ยวข้อง Copyright Industry ในขณะที่ UNESCO InstituteofStatistics (UIS)ซึ่งเป็นหน่วยงาน ภายใต้UNESCO ที่เก็บข้อมูลสถิติทางวัฒนธรรมและนำเศรษฐกิจสร้างสรรค์เข้ามาอยู่ใน Framework for Cultural Statistics โดย UNESCO ได้มีการกำหนดของเขตของอุตสาหกรรม ที่คล้ายๆ กับ WIPO แต่จะให้ความสำคัญกับสินค้าประเภทวัฒนธรรม (Cultural Products) และได้เพิ่มแพชชั่นเข้าเป็นเศรษฐกิจสร้างสรรค์ด้วย

ในกรณีของประเทศไทย ได้ให้คำจำกัดความของ “เศรษฐกิจสร้างสรรค์” ไว้ว่า “แนวคิดการขับเคลื่อนเศรษฐกิจบนพื้นฐานของการใช้องค์ความรู้การศึกษา การ สร้างสรรค์งาน และการใช้ทรัพย์สินทางปัญญาที่เชื่อมโยงกับรากฐานทางวัฒนธรรม การสั่งสมความรู้ของสังคม และเทคโนโลยี/นวัตกรรมสมัยใหม่” โดยสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)ซึ่งได้กำหนดขอบเขตขนาดของเศรษฐกิจ สร้างสรรค์ในประเทศไทยโดยยึดตามรูปแบบ ขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยการค้า และการพัฒนา (UNCTAD) และปรับเปลี่ยนตาม รูปแบบของ UNESCO โดยได้รวม อาหารไทยและการแพทย์แผนไทยเข้าไว้ในอุตสาหกรรม สร้างสรรค์ด้วย พร้อมทั้งได้ จำแนกประเภทอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ออกเป็น 4 กลุ่ม อุตสาหกรรมหลัก (และ 15 กลุ่มอุตสาหกรรมย่อย) ได้แก่

1) มรดกทางวัฒนธรรม (Cultural Heritage) ได้แก่ งานฝีมือและหัตถกรรม การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและความหลากหลายทางชีวภาพ การแพทย์ แผนไทย และอาหารไทย

2) ศิลปะ (Arts) ได้แก่ศิลปะการแสดง และ ทัศนศิลป์

3) สื่อสมัยใหม่(Media)ได้แก่ภาพยนตร์และวีดิทัศน์การพิมพ์การกระจายเสียง และดนตรี 10 NIDA Economic Review

4) งานสร้างสรรค์และออกแบบ (Functional Creation) ได้แก่การออกแบบ แฟชั่น สถาปัตยกรรม การโฆษณา และซอฟต์แวร์

อย่างไรก็ดี การพัฒนาที่จะก่อให้เกิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์ยังคงเป็นความท้าทาย ที่ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องปรับตัวให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ โดยมองในมิติของการพัฒนาใน 2 รูปแบบดังต่อไปนี้

1. การสร้าง“คุณลักษณะความเป็นไทย” ที่นำมาสู่การรังสรรค์ในบริบทต่าง ๆ 9 คุณลักษณะ เช่น ความละเอียดพิถีพิถัน ทักษะฝีมือเชิงช่าง ความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรม ความสนุกสนาน มีชีวิตชีวา มองโลกในแง่บวก และสร้างสรรค์ ทั้งหมดนี้สะท้อน “ความเป็นไทย” ที่โดดเด่น เป็น “Soft Power” ที่สามารถสร้าง “คุณค่า” และ “มูลค่า” ในตัวเอง จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความมั่งคั่ง ผ่านแพลตฟอร์มของ Place x People x Product การผสมผสาน Place, People และ Product อย่างลงตัว ทำให้ประเทศไทยติดอันดับโลกของ Place to Live, Place to Invest, Place to Work, Place to Visit, Place to Shop เช่น ติดอันดับ 6 ของประเทศที่มีระบบสุขภาพดีที่สุดในโลก อันดับ 7 ของประเทศที่ร่ำรวยมรดกทางวัฒนธรรมมากที่สุดในโลก และอันดับ 2 ของประเทศที่เหมาะสมกับการลงทุน นอกจากนี้ ในปี 2020 จากการจัดอันดับอาหารอร่อยของโลกรวม 50 อันดับ ปรากฏว่าอาหารไทยติดอันดับถึง 3 เมนูด้วยกัน และยังได้ครองแชมป์อาหารที่อร่อยที่สุดในโลกอีกด้วย

“Soft Power ต้องเป็นส่วนผสมระหว่าง High Tech กับ High Touch โดยนำพลังของเยาวชนมาเป็นผู้นำการขับเคลื่อน Soft Power ในมิติต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม ประเทศไทยมีศักยภาพอยู่แล้ว สามารถเป็น Creative Hub ของอาเซียนได้ ประเด็นสำคัญคือภาครัฐต้องกล้าคิด กล้าทำ มีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เอาจริงเอาจังอย่างต่อเนื่อง มีการผนึกกำลังกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเข้มแข็ง การลงทุนและการสร้างงานขนาดใหญ่ หากดำเนินการตามนี้ไม่เกิน 5-10 ปี จะเห็นการพลิกโฉมอย่างมีนัยยะที่เกิดจาก Soft Power อย่างแน่นอน”

2.ปรับเปลี่ยนกระบวนความคิด และพัฒนาทักษะแรงงาน เนื่องจากปัจจุบัน โลกในยุคใหม่ ประกอบด้วย 3 โลก คือ โลกเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) คนเปลี่ยนพฤติกรรมมา

ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น โลกเศรษฐกิจใส่ใจ (Care Economy) ที่คนตระหนักถึงความสำคัญ
ของสุขภาพกายและใจมากขึ้น และโลกเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) ที่คนตื่นตัวด้าน
สิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

เมื่อโลกเปลี่ยนไปคนไทยก็ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและกระบวนการ
ทำงานใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งใน 3 โลกใหม่นั้น มีโลกที่ประเทศ
ไทยปรับตัวได้ไม่ยากคือ “โลกเศรษฐกิจใส่ใจ” เพราะเป็นทักษะที่เรามีอยู่แล้ว แต่โลกสีเขียวและ
โลกเศรษฐกิจดิจิทัลนั้นเรายังต้องปรับตัวอีกมาก

เมื่อเทรนด์โลกเปลี่ยนไป ความต้องการทักษะแรงงานก็เปลี่ยนไป งานที่มีความต้องการ
สูงและรายได้ดียิ่งต้องการทักษะที่หลากหลาย เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านความยั่งยืน นอกจาก
จะต้องมีความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม กฎหมาย และภาษาอังกฤษแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการ
คิดเชิงวิพากษ์และความสามารถในการสื่อสารอีกด้วย จะเห็นได้ว่างานและทักษะในโลกใหม่จะมี
ความหลากหลายซับซ้อน นอกจากรู้ลึกและกว้างแล้ว ยังต้องสามารถเชื่อมโยง บูรณาการได้ เก่ง
ทั้งวิเคราะห์และสังเคราะห์ แล้วทักษะใดที่จำเป็นต่อความอยู่รอดและการเติบโตในอนาคต “ผล
สำรวจจาก World Economic Forum พบว่าจากการสัมภาษณ์ CEO จากทั่วโลก ทักษะที่
ต้องการภายในปี 2025 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ การแก้ปัญหา การจัดการตัวเอง การทำงาน
ร่วมกับผู้อื่น การใช้เทคโนโลยี ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องฝึกฝนสำหรับเด็กรุ่นใหม่ นอกเหนือจากทักษะ
เหล่านี้แล้วนายจ้างจำนวนมากต้องการพนักงานที่มี Soft Skills ไม่ว่าจะเป็นความสามารถใน
การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การมีความคิดสร้างสรรค์ ความเป็นมืออาชีพ การปรับตัวได้เร็ว”

คำถามต่อมาคือทักษะของคนไทยใช้ได้ตลอดชีวิตจริงหรือ ผลสำรวจหนุ่มสาว อายุ 15-
35 ปี ในอาเซียน 56,000 คน พบว่าร้อยละ 30 ของหนุ่มสาวไทยเชื่อว่าทักษะใช้ได้ตลอดชีวิต
ขณะที่เพียงร้อยละ 10 ของหนุ่มสาวสิงคโปร์และเวียดนามที่คิดแบบนี้ ซึ่งน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง
เพราะว่าทักษะที่โลกใหม่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ขณะที่สัดส่วน
ของเด็กไทยที่ตอบว่า “สติปัญญาเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้” มีเพียงร้อยละ 40 ขณะที่เด็กเกือบ
ร้อยละ 70 ในญี่ปุ่นที่คิดแบบนี้

ส่วนอนาคตการเติบโตต่อไปของอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ไทยจะเป็นอย่างไรนั้น ในช่วงปี
2568-2574 TDRI มองว่าฉากทัศน์อาจเป็นไปได้ 2 รูปแบบ ฉากทัศน์แรก อุตสาหกรรมสร้าง
สรรค์ไทยแบบไปเรื่อย ๆ ไม่ปรับตัวและไม่ต่อยอดด้วยเทคโนโลยี โดยทำแบบเดิม ๆ ภายใต้ฉาก
ทัศน์นี้อัตราการเติบโตเฉลี่ยสะสมต่อไปจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2.1 ส่วนฉากทัศน์ที่สอง แบบมี

โมเดลใหม่ คือพลิกโฉมอุตสาหกรรมสร้างสรรค์โดยปรับตัวและต่อยอดด้วยเทคโนโลยี จนทำให้อุตสาหกรรมดังกล่าวมีอัตราการเติบโตได้อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของสหราชอาณาจักรและเกาหลีใต้ อัตราการเติบโตเฉลี่ยสะสมต่อปีจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 4.5

“เมื่อโลกเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทักษะที่คนไทยเคยเรียนรู้จะไม่สามารถใช้ได้ตลอดชีวิต คนไทยต้องรีบ reskill อย่างเร่งด่วน ถ้าไม่ปรับตัว อัตราการเติบโตของเศรษฐกิจสร้างสรรค์ในปี 2568-2574 จะอยู่ที่ร้อยละ 2 ซึ่งน้อยมาก แต่หากพยายามอย่างเต็มที่จนสามารถเติบโตเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของประเทศเกาหลีใต้ จะทำให้ประเทศไทยเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เท่าตัว”

สรุป

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มองว่าภาครัฐควรสนับสนุนอุตสาหกรรมสร้างสรรค์อย่างจริงจังและต่อเนื่องตลอดห่วงโซ่คุณค่า บูรณาการนโยบายอุตสาหกรรมสร้างสรรค์อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรเร่งพัฒนาทักษะแรงงานสร้างสรรค์สู่โมเดลใหม่ โดยให้ทุนสนับสนุนแรงงานสร้างสรรค์ในทุกช่วงวัยผ่านการแจกคูปองฝึกทักษะให้แก่คนอายุ 18 ปีขึ้นไปทุกคน รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลการมีงานทำและรายได้ของผู้เรียนรายสถาบันและสาขาวิชา เพื่อให้ผู้เรียนมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกเข้าเรียนในสถาบันการศึกษาและสาขาวิชาต่างๆ ส่วนสถาบันการศึกษาควรร่วมมือกับภาคเอกชนพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนและเน้นการนำไปปฏิบัติจริง รวมถึงการออกนโยบายเพื่อส่งเสริมให้แรงงานสร้างสรรค์ทักษะสูงจากต่างประเทศเข้ามาทำงานในประเทศได้

บูรณาการความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ แบ่งงานกันทำในส่วนที่ภาคเอกชนถนัด โดยมีภาครัฐในการสนับสนุนด้านเงินทุนและทรัพยากรในหน่วยงาน และเชื่อมโยงแต่ละภาคส่วนให้เป็นเนื้อเดียวกัน ทิศทางเดียวกัน โดยจัดทำแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว เพื่อส่งเสริมให้เกิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์อย่างเป็นรูปธรรม มากกว่าต่างคนต่างทำ จะเป็นการสร้างปรากฏการณ์ให้เกิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์ได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2559). *วัฒนธรรมวิถีชีวิตและภูมิปัญญา*.

กรุงเทพมหานคร : บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด.

สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (องค์การมหาชน) หรือ Creative Economy Agency (CEA)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและศูนย์สร้างสรรค์ และ

ออกแบบ. 2552. เศรษฐกิจสร้างสรรค์, กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

วารสารเศรษฐศาสตร์ปริทรรศน์ สถาบันพัฒนาศาสตร์ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม 2556

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้หลักการกุญแจเก้าดอก

ENHANCING THE QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH END-STAGE RENAL
DISEASE RECEIVING HEMODIALYSIS (HD) BY UTILIZATION OF
THE NINE KEYS PRINCIPLES

กุลณา โรจนเกตุปัญญา

KULLANA ROJANAKETPANYA

นักวิชาการอิสระ

Independent Scholar

Corresponding Author E-mail: wikilee.analysis@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้หลักการกุญแจเก้าดอก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการทบทวนเอกสาร บทความวิจัย บทความวิชาการ ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้หลักการกุญแจเก้าดอก คือ 1) การแก้ไขปัญหา เรียนรู้ และปรับตัวที่จะอยู่กับความยากลำบากจากภาวะของโรคไต 2) การเสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ความรู้ในการจัดการกับโรคและชีวิตประจำวันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 3) การสำรวจอารมณ์ตนเองผ่านการสังเกตและบันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ 4) การใช้วิธีการและเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อสร้างความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม 5) การพยายามแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานะที่ผู้ป่วยอาจพบในชีวิตประจำวัน 6) การบริการและการดูแลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ 7) การนำตนเอง 8) การเข้าใจและยอมรับความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางจิตใจที่ผู้ป่วยโรคไตวาย และ 9) การให้คำปรึกษาและข้อมูล เกี่ยวกับโรคหรือการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคไตและผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยในลักษณะอื่น ในการนำแนวทางไปส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย; การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม; หลักการกุญแจเก้าดอก

Abstract

This academic article aims to present the enhancing among patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis by utilization of the nine keys principles. Data was collected by reviewing documents, research articles, and academic articles. The study found that the following principles contribute to enhancing the quality of life for these patients were 1) Problem-solving, learning, and adapting to living with the challenges of kidney disease 2) Enhancing analytical thinking and applying knowledge to effectively deal with the disease and daily life 3) Self-exploration through observing and recording feelings in various situations 4) Utilizing appropriate methods and tools 5) Attempting to solve problems related to the patients' daily life circumstances 6) Recognizing the importance of services and care received from medical staff 7) Exercising for self-direction 8) Understanding and accepting the diversity associated with the mental state of patients with kidney failure 9) Providing counseling and information about the disease and healthcare. The findings of this study have implications not only for patients with kidney disease but also for individuals with other medical conditions in applying guidelines to promote physical, mental, emotional, and social well-being.

Keywords: Quality of life; End Stage Renal Disease (ESRD); Hemodialysis (HD); The Nine Keys principles

บทนำ

แนวคิดเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญและใช้เป็นกรอบในการพัฒนาของโลก เพื่อร่วมกันบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน โดยสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนา ภายในระยะเวลา 15 ปี (ค.ศ.2015-2030) ซึ่งเป็นแนวทางให้แต่ละประเทศดำเนินการร่วมกัน ประกอบด้วยการพัฒนาในด้านต่างๆ ที่ครอบคลุมทั้ง 17 เป้าหมาย (Goals) (United Nations, 2015) ประเทศไทยและประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติรวมทั้งหมด 193 ประเทศได้ ร่วมกันลงนามรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.2030 เพื่อร่วมกันสร้างโลกที่ดีและยกระดับ

คุณภาพชีวิตของทุกคนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยเป้าหมายที่มีความท้าทายสูง (สถานะสีแดง) ได้แก่ การขจัดความหิวโหย (SDG2) ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (SDG3) การลดความเหลื่อมล้ำ (SDG10) การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทะเล (SDG14) และการใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก (SDG15) (ไกรสร วันละ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, 2564) ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในข้อที่ 3 มีความเชื่อมโยงกับการยกระดับคุณภาพชีวิตของทุกคนในสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นโรคที่จัดได้ว่าอยู่ในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากคือกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การทำงานและการเข้าสังคม ค่าใช้จ่ายในการฟอกไตในระยะยาวหรืออาจจะตลอดชีวิต (สมพร ชินโนรส และชุตินา ตีปัญญา, 2562) จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim et al (2022) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรัง จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะการเพิ่มภาระทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้กิจกรรมในการใช้ชีวิตมีความยากลำบากมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยต้องเสียเวลาไปกับการฟอกไต ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาต่อเนื่อง ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่นเดียวกันกับที่ Wang et al (2019) ระบุว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับหน้าที่การทำงานของไต และภาวะซึมเศร้า มีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นั่นหมายถึงว่าเมื่อการทำงานของไตลดลงอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านสุขภาพ

จากที่กล่าวมาเบื้องต้น จึงเป็นที่มาของการจัดทำบทความวิชาการชิ้นนี้ และเนื่องจากผู้เขียนคือผู้ที่มีภาวะผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้นำหลักการทฤษฎีแก็ดดอกมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในขณะที่ป่วยภาวะโรคดังกล่าว ผู้เขียนจึงนำหลักการนี้มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการมีชีวิตที่ดี โดยที่แนวคิดนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาจาก ทฤษฎีในกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic) โดยมาสโลว์มีมุมมองว่าสังคมที่พัฒนาแล้วคือสังคมที่ เห็นคุณค่าต่อกันและมนุษย์มีความต้องการที่จะบรรลุศักยภาพสูงสุดในตนเอง ซึ่งคุณภาพชีวิต ถูกกำหนดในแง่ของระดับความพึงพอใจของความต้องการตามลำดับขั้นของสมาชิกส่วนใหญ่ใน สังคม ยิ่งการที่มนุษย์ต้องการความพึงพอใจของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้นสูงเท่าใด คุณภาพชีวิต ของสังคมนั้นก็ยิ่งสูงขึ้น (Maslow, 1987) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ความคาดหวังและมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น และมีความสัมพันธ์ กับจุดมุ่งหมายทั้ง 4 มิติคือ สุขภาพกาย (physical) สุขภาพจิต (psychological) ความสัมพันธ์ ทางสังคม (social relationship) และสภาพแวดล้อม (environment) (WHO, 1995)

นอกจากนี้การวัดคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลควรมีองค์ประกอบที่แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) มิติด้านภาวะวิสัย (objective indicators) เป็นการวัดในลักษณะของสิ่งที่เป็นรูปธรรม ทางด้านสรีรวิทยา ไม่ว่าจะเป็นอัตราการเต้นของหัวใจ หรือแม้กระทั่งการตรวจอัตราการกรอง ของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) 2) มิติด้านอัตวิสัย (subjective indicators) เป็นการวัดสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นสภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งจะเป็น รูปแบบการประเมินตนเองในภาพรวม (global self – report) ประกอบไปด้วย ความเป็นอยู่ที่ดี (well – being) ความพึงพอใจกับชีวิต (satisfaction with life) ความสุข (happiness) และ ความหมายในชีวิต (meaning in life) ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้เป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ ดังนั้นการ วัดคุณภาพชีวิตควรทำการวัดองค์ประกอบทั้ง 2 มิติไปพร้อมกัน (Bake et al, 2012)

ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคไตวายเรื้อรัง คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ อาทิเช่น ด้านอาการของโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นผลกระทบจากภาวะของโรค ด้านความ ยากลำบากจากสภาวะโรคไต สมรรถภาพในการทำงาน การรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บทบาททางสังคมที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์หรือร่างกาย หรือความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อการรักษาและการรับบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้เมื่อทำการทบทวนเอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีปัญหหลายด้าน เช่น 1) ด้านความยากลำบากจากภาวะของ โรคไต 2) ด้านการรับรู้ 3) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ 4) ด้าน ปฏิสัมพันธ์ในสังคม 5) ด้านผลกระทบของสภาวะจากโรคไตต่อผู้ป่วย 6) ด้านความพึงพอใจที่

ได้รับจากเจ้าหน้าที่ / ความพึงพอใจต่อการรักษา 7) ด้านบทบาททางสังคม 8) ด้านสุขภาพจิต และ 9) ด้านการสนับสนุนจากสังคม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ผู้เขียนจะนำหลักการกุญแจแก้แอดอก ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นบันไดแห่งการดำเนินชีวิตมาเป็นแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้สามารถเกิดการฟื้นฟูพลังใจที่แข็งแกร่ง สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้นได้อย่างมีความสุข และสามารถเข้าสังคมได้เหมือนกับคนปกติทั่วไป (Chow and Tam, 2014)

หลักการกุญแจแก้แอดอก

หลักการกุญแจแก้แอดอก ของสถาบัน พลังจิต ธรรมะ จักรวาล ที่ผู้เขียนได้ทบทวนจาก Chonnapha Punnanun (Punnanan, 2020) เป็นหลักการที่มุ่งเน้นให้มนุษย์เกิดการพัฒนาตนทั้งทางด้านปัญญา จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีฐานคิดที่พัฒนามาจากการคิดในรูปแบบญาณวิทยา (Epistemology) โดยใช้กระบวนการแสวงหาความจริงตามหลักของเหตุและผล โดยมีองค์ประกอบของหลักการกุญแจแก้แอดอก อันประกอบไปด้วย 1) กุญแจแห่งความเพียร (The key of perseverance) หมายถึง การที่บุคคลมีความเพียร มีความอดทนเป็นที่ตั้งและมีการเตรียมพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ในทุกรูปแบบที่ผ่านเข้ามา 2) กุญแจแห่งปัญญา (The key of intellectual) หมายถึง การที่บุคคลมีสติปัญญา เป็นความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้และรู้จักการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) กุญแจแห่งการสำรวจตน (The key of self-exploration) หมายถึง การที่บุคคลสามารถวิเคราะห์และสามารถสำรวจตนเองได้ เป็นการรับรู้สภาพของการดำรงชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน 4) กุญแจแห่งการสื่อสารและทักษะทางปัญญา (The key of communication and intellectual skills) หมายถึง การที่บุคคลมีทักษะการสื่อสารที่ดี เป็นความสามารถในการรับและส่งสารเพื่อถ่ายทอดความคิดทัศนคติและความรู้ของตนอย่างเหมาะสม 5) กุญแจแห่งการแก้ไขปัญหา (The key of problem solving) หมายถึง การที่บุคคลสามารถแก้ปัญหาก่อนเกิดเหตุ รวมถึงความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา และการวางแผนในอนาคต 6) กุญแจแห่งการคิดบวกและการให้อภัย (The key of positive thinking and forgiveness) หมายถึง การที่บุคคลสามารถคิดบวกและมีความเมตตา เกิดจากการมองสิ่งต่างๆ อย่างเข้าใจ และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น 7) กุญแจแห่งภาวะผู้นำ (The key of leadership) หมายถึง การที่บุคคลสามารถสร้างตนให้แข็งแกร่งและช่วยเหลือผู้อื่นได้ รวมถึงสามารถในการคิดสิ่งใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ 8) กุญแจแห่งการยอมรับความหลากหลาย (The key of accepting diversity) หมายถึง การที่

บุคคลสามารถยอมรับในความแตกต่างหลากหลายไม่ว่าจะเป็น ความคิด ความรู้ ความสามารถ ศักยภาพ เพศ เชื้อชาติ ศาสนาวัฒนธรรม รวมถึงการให้คุณค่าและการยอมรับในความแตกต่างของบุคคล 9) กุญแจแห่งการเป็นผู้ให้ (The key of giving and sharing) หมายถึง การที่บุคคลรู้จักยินดีในความสำเร็จของผู้อื่น ให้ความช่วยเหลือบุคคลรอบข้าง รวมถึงการสร้างตน สร้างคน สร้างงาน การเข้าอกเข้าใจตนเองและบุคคลรอบข้าง การมีจริยธรรมในตน

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้หลักการกุญแจเก้าดอก

1) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านความยากลำบากจากภาวะของโรคไตด้วยกุญแจแห่งความเพียร ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายและการก้าวข้ามอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลในการมีความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ในการแก้ไขปัญหา เรียนรู้ และปรับตัวที่จะอยู่กับความยากลำบากจากภาวะของโรคไต และปัญหาที่ผ่านเข้ามาจากการใช้ชีวิตที่มีข้อจำกัด ในงานวิจัยของ Jin et al (2023) ได้ระบุว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะป่วยเรื้อรังนั้นหมายความว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจและทางกายมีผลต่อการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในสถานการณ์ที่มีภาวะเรื้อรัง การมีความยืดหยุ่นในการคิด การปรับตัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังสามารถจัดการกับอุปสรรคและภาวะทางสุขภาพที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจช่วยให้สามารถเผชิญหน้ากับความสำเร็จและความล้มเหลวได้อย่างเหมาะสม และมีการจัดการกับความเครียดและสภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ด้วยกุญแจแห่งปัญญา หมายถึงการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถในการรับรู้และคิดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเติมเต็มความรู้และการเข้าใจในด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันเช่น การเสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ความรู้ในการจัดการกับโรคและชีวิตประจำวันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในงานวิจัยของ Dreaw et al (2019) ได้สรุปถึงปัญหาความผิดปกติในการรับรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ซึ่งอาจประสบปัญหาในการคิด เรียนรู้ จดจำ และสมาธิ ดังนั้นการเสริมสร้างด้วยกุญแจแห่งปัญญาจึงเน้นไปที่กระบวนการภายในสมองเช่น 1)

ความสามารถในการเรียนรู้และศึกษาเกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรคได้จากแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ เช่น หนังสือ เว็บไซต์ทางการแพทย์ และแหล่งข้อมูลทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อเพิ่ม ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้เร็วขึ้นและวิธีการดูแลตนเอง

3) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านบทบาทที่ถูก จำกัดอันเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ด้วยกุญแจแห่งการสำรวจตน หมายถึง ความผิดปกติหรือ ข้อจำกัดในการรับรู้และการคิดเนื่องจากสภาวะอารมณ์ที่ไม่เสถียรภาพ อาจมีผลต่อการเรียนรู้ การจดจำ การตัดสินใจ และการวางแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย การใช้กุญแจแห่งการสำรวจตนจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตมีการเข้าใจและการ รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของตนเองมากยิ่งขึ้นเช่น การสำรวจอารมณ์ตนเองผ่านการสังเกตและ บันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ อาจใช้วิธีการเขียนหรือการบันทึกประสบการณ์ เพื่อช่วยให้รับรู้และเข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น ในงานวิจัยของ Philip and Silvia (2005) ได้กล่าวถึงการสำรวจอารมณ์ว่า เป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและ ผลกระทบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ยิ่งผู้ป่วยโรคไตตระหนักในการสำรวจอารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ นั่นหมายถึงการเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ ความฉลาดทางอารมณ์ที่จะช่วยให้มีแรงจูงใจภายในที่แข็งแกร่ง เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และ ปรับปรุงความสามารถในการบรรลุถึงเป้าหมาย

4) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านปฏิสัมพันธ์ใน สังคมด้วยกุญแจแห่งการสื่อสารและทักษะทางปัญญา หมายถึง การใช้วิธีการและเครื่องมือที่ เหมาะสมเพื่อสร้างความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ซึ่งจะสามารถช่วย สร้างความเข้าใจและให้ความร่วมมือกับทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้กุญแจแห่งการสื่อสารและทักษะทางปัญญา ต้องเริ่มจาก กระบวนการฟังอย่างลึกซึ้ง (Active listening) (Ismatovna, 2020) จากแพทย์ที่ให้คำแนะนำ เพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจข้อมูลที่ได้ฟังอย่างเต็มที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประมวลผลข้อมูล ที่ได้รับ และนำข้อมูลนั้นไปใช้ในการตัดสินใจหรือการแก้ไขปัญหา นำมาสู่ความร่วมมือกับทาง การแพทย์ ผู้ป่วยโรคไตสามารถใช้ทักษะการสื่อสารในการสอบถาม แสดงความคิดเห็น และเข้า ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของตนได้อย่างมีส่วนร่วม ซึ่ง การฟังอย่างลึกซึ้งจึงเป็นตัวแปรแทรกแซงที่สำคัญเพื่อให้ไม่เกิดความผิดพลาดในข้อมูลจากการ ดูแลสุขภาพของตน

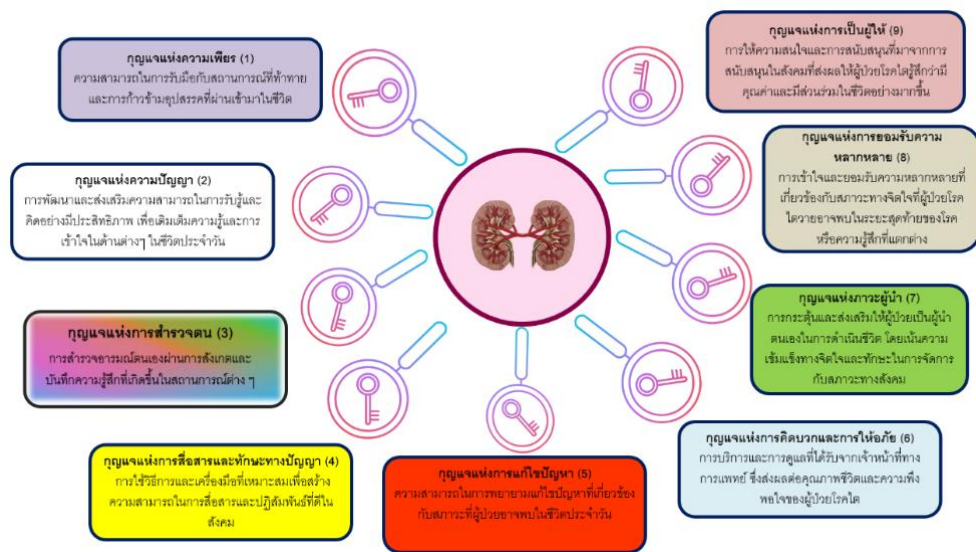
5) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านผลกระทบของสภาวะจากโรคไตต่อผู้ป่วยด้วยกลยุทธ์แห่งการแก้ไขปัญหามีเป้าหมายถึงความสามารถในการพยายามแก้ไขปัญหายุ่งยากที่เกี่ยวข้องกับสภาวะที่ผู้ป่วยอาจพบในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นอาการซึมเศร้าและความท้อแท้ ปัญหาการควบคุมอาหาร เช่น การจำกัดปริมาณโซเดียม ปัญหาการเคลื่อนไหวและความสามารถทางกายภาพ เช่น ความยากลำบากในการเดิน ความอ่อนแรง หรือข้ออักเสบ เพราะการทำงานของไตที่ผิดปกติส่งผลให้ร่างกายมีปัญหาในการเคลื่อนไหว (สุกัลลักษณ์ ธาณิรัตน์ และคณะ, 2564) ดังนั้นการใช้กลยุทธ์แห่งการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยโรคไตในอาการซึมเศร้าและความท้อแท้นั้น ทำได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตมีพื้นที่ในการพูดคุยและแสดงความรู้สึก ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาว่า การพูดคุยและแสดงความรู้สึกสามารถช่วยรักษาความเจ็บปวดทางอารมณ์ เพราะสมองส่วนอะมิกดาลา(amygdala) ที่กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาสู้หรือหนี จะลดปฏิกิริยาลิมบิก (limbic) ซึ่งเป็นการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในส่วนของระบบประสาทปอร์นในสมอง เมื่อพบกับสิ่งที่เรียกว่า "สิ่งกระตุ้น" (trigger) ที่สามารถเรียกให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ เพราะเมื่อเกิดการพูดคุยและแสดงความรู้สึก สมองที่จัดการกับภาษาและความหมายในเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าของช่องท้องด้านขวาจะไปกระตุ้นลิมบิกให้มีปฏิกิริยาน้อยลงและเพิ่มการมีสติสัมปชัญญะมากขึ้น (Lieberman et al, 2007) นอกจากนี้การกำกับตนเอง (self-regulation) ยังเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยโรคไตสามารถใช้เพื่อควบคุมและปรับปรุงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการหรือตรงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งนำมาสู่การแก้ไขปัญหและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Lin and Hwang, 2020)

6) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ / ความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยกลยุทธ์แห่งการคิดบวกและการให้อภัย หมายถึง การบริการและการดูแลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไต การให้อภัยและคิดบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถมีการรับมือและก้าวข้ามอุปสรรคในการรักษาโรคได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและมีความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษา ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ซึ่งมีผลต่อความสุขและความเจริญรุ่งเรืองทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคไต (Wulandari and Megawati, 2020)

7) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านบทบาททางสังคมด้วยกลยุทธ์แห่งภาวะผู้นำ หมายถึง การกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำตนเองในการดำเนินชีวิต โดยเน้นความเข้มแข็งทางจิตใจและทักษะในการจัดการกับสภาวะทางสังคม ผู้ป่วยโรคไตที่ใช้กลยุทธ์แห่งภาวะผู้นำจะสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (self-directed learning โดยการมีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค ทำให้มีความตั้งใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำจากทีมแพทย์และผู้ให้การดูแลสุขภาพ (Lin et al, 2017)

8) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านสุขภาพจิตด้วยกลยุทธ์แห่งการยอมรับความหลากหลาย หมายถึง การเข้าใจและยอมรับความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจที่ผู้ป่วยโรคไตวายอาจพบในระยะสุดท้ายของโรค หรือความรู้สึกที่แตกต่าง ซึ่งสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทางจิตใจโดยการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้พื้นที่ให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยและการสนับสนุนในการค้นหาวิธีการจัดการกับความเครียดหรือภาวะอื่นๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การยอมรับความแตกต่างยังสร้างโอกาสในการเรียนรู้และเติบโต เมื่อผู้ป่วยโรคไตยอมรับว่ามีความแตกต่าง ก็สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์และมุมมองของผู้อื่นได้ และสามารถพัฒนาตนเองและเติบโตได้ในทุกด้านของชีวิต (Lorijn et al, 2022)

9) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านการสนับสนุนจากสังคมด้วยกลยุทธ์แห่งการเป็นผู้ให้ หมายถึง การให้ความสนใจและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีส่วนร่วมในชีวิตอย่างมากขึ้น ซึ่งมีผลในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือการดูแลสุขภาพ การให้ความสนใจและกำลังใจในเวลาที่ผู้อื่นต้องการ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้อื่น ซึ่งการสนับสนุนจากสังคมด้วยกลยุทธ์แห่งการเป็นผู้ให้ที่เต็มไปด้วยความเข้าใจและความเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น มีผลในการเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความหวังในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Martin, 2016) จากแนวทางที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้เขียนสามารถแสดงภาพประกอบได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้หลักการกลยุทธ์เก้าดอก (กุลณา โรจนเกตุปัญญา, 2566)

สรุป

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้หลักการกลยุทธ์เก้าดอกมีความสำคัญอย่างมากในการใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับประชากรทั่วไป โดยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะต้องปรับตัวและปรับปรุงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมตามคำแนะนำจากแพทย์ นอกจากนี้ความสำคัญของการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนและควบคุมพฤติกรรมทางอาหารที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบและรับรู้อารมณ์ปัจจุบันของตนเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถรับรู้ความรู้สึกและมีผลต่อการตัดสินใจที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ไกรสร วันละ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2564). การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศไทย. *วารสาร มจร. บาลีศึกษายุทธศาสตร์ปริทัศน์*, 7(3), 56-66.
- สมพร ชินโนรส และชุตินา ตีปัญญา. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 5(2), 54-67.
- สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์, วิญญา สุมาวัน. (2564). การรับรู้และ

ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(3), 83-94.

Chow, S. K., & Tam, B. M. (2014). Is the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients?. *BMC nephrology*, 15, 199.

Jin, Y., Bhattarai, M., Kuo, W. C., & Bratzke, L. C. (2023). Relationship between resilience and self-care in people with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 32, 9-10.

Kim, D. S., Kim, S. W., & Gil, H. W. (2022). Emotional and cognitive changes in chronic kidney disease. *The Korean journal of internal medicine*, 37(3), 489–501.

Lorijn, S. J., Engels, M. C., Huisman, M., & Veenstra, R. (2022). Long-term effects of acceptance and rejection by parents and peers on educational attainment: A study from pre-adolescence to early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(3), 540–555

Lin, M., Liu, M.F., Hsu, L., & Tsai, P. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 74, 128-137 .

Lin, C. C., & Hwang, S. J. (2020). Patient-Centered Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease: Challenges and Implications. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9443.

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M.J., Tom, S. M., Pfeiffer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18, 421-427.

Maslow, A.H. (1987). *Motivation and Personality*. 3rd Edition. New York: Harper & Row, Publishers, Inc.

Martins, P., & Costa, L. (2016). The impact of social support on the quality of life of patients with end-stage renal disease. *Social Work in Health Care*, 55(7), 561-579.

- Punananun C. (2020). The Process of Seeking Nine-Keys Philosophy of Palangjit Dhamma Jakrawan Institute and Utilization for Human Development, *Solid State Technology*, 63(2), 1998-2008.
- Susnienė, D., & Jurkauskas, A. (2009). The Concepts of Quality of Life and Happiness - Correlation and Differences. *The Engineering Economics*, 63, 58-66.
- Phillips, A. G., & Silvia, P. J. (2005). Self-awareness and the emotional consequences of self-discrepancies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 703-713
- United Nation(2020). Sustainable Development Goals สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2566, จาก <https://sdgs.un.org/goals>
- Wulandari, I., & Megawati, F. E. (2020). The role of forgiveness on psychological well-being in adolescents: A review. In *5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019)*, 99-103 Atlantis Press.
- WHOQOL Group, WHO, Div of Mental Health, Geneva. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.
- Wang, W. L., Liang, S., Zhu, F. L., Liu, J. Q., Wang, S. Y., Chen, X. M., & Cai, G. Y. (2019). The prevalence of depression and the association between depression and kidney function and health-related quality of life in elderly patients with chronic kidney disease: a multicenter cross-sectional study. *Clinical interventions in aging*, 14, 905–913.