



เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา
๑๒ สิงหาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๕๙ Vol.22 No.3 July - September 2016 ISSN 1685-1412

อาศิรวาทสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ
เนื่องในโอกาสเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา
วันที่ ๑๒ สิงหาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙

พลกไทยโชคดีมีแผ่นดิน	ทั้งมีป็นราชินีเป็นศรีนัคร
พระทรงคุณคุณมณีนพรัตน์	เคียงกษัตริย์ชัตติยาแห่งธานีินทร์
งานสืบสายลายศิลป์ไม่สิ้นสูญ	ทรงสืบสร้างจรรูญไม่สูญสิ้น
วัฒนธรรมค่าชูแผ่นดิน	ทั่วทุกถิ่นสง่างามความเป็นไทย
เยี่ยมพระสรวลด้วยเมตตาประชาชน	จิตรระรื่นเปี่ยมสุขทุกสมัย
ทรงแนะนำพร้าสอนดุจพรชัย	ให้คนไทยรักษาป่าพีชพันธุ์
ทั้งแหล่งน้ำบึงห้วยช่วยฟื้นฟู	ให้คงอยู่น้ำเย็นเป็นสุขสันต์
พระสิรินามบุญทรงคุณอนันต์	เป็นมิ่งขวัญปกฟ้าจิรากาล
วโรกาสแปดสิบสี่พรรษามหามงคล	ร้อยกมลตั้งจิตอธิษฐาน
น้อมพระพรพระผู้สร้างดลบันดาล	ทรงพระเกษมสำราญนรินทร์เทอญ

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อมขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้า คณะผู้บริหาร บุคลากร และนักศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ร้อยกรองโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพจน์ สุทธิศักดิ์



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๕๙ Vol.22 No.3 July - September 2016 ISSN 1685-1412

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บรรณาธิการบริหาร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพจน์ สุทธิศักดิ์

คณะบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.กาญจนา นาคสกุล | สำนักราชบัณฑิตยสภา |
| 2. ศาสตราจารย์ เกริกเกียรติ พิพัฒนเสรีธรรม | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว | ข้าราชการบำนาญ สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ |
| 4. ศาสตราจารย์ ดร.ทวีป ศิริรัตมี | สมาคมนักวิชาการการท่องเที่ยว (ประเทศไทย) |
| 5. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. ศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ โรจนกิจอำนวย | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 7. ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.สมอาจ วงษ์ชมทอง | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ | อุปนายกสภาการพยาบาล |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล กิรติพิบูลย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.ชาย โพธิ์ลีตา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร.มลิวรรณ บุญเสนอ | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 15. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ |
| 16. รองศาสตราจารย์ ดร.สืบสกุล อยู่ยี่นง | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 17. รองศาสตราจารย์ ดร.ปพฤกษ์ปารมี อุสาหะวานิชกิจ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 18. รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 19. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เน่าวัฒนา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20. รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ชินะตั้งกูร | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 21. รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ คูจิตันทรรัตน์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 22. รองศาสตราจารย์ ดร.สมบูรณ์ ศิริสรรหิรัญ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 23. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |

คณะบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 24. รองศาสตราจารย์ ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 25. รองศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชชาติ สุนทรสมัย | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 26. รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์ | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 27. รองศาสตราจารย์ สมประสงค์ น่วมบุญลือ | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 28. รองศาสตราจารย์ พิมพ์อำไพ เวนเซล | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 29. รองศาสตราจารย์ อัจฉรา ชิวตระกูลกิจ | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 30. รองศาสตราจารย์ โสภา พิชัยยงค์วงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 31. รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ทิพย์ธีระนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลพรรณ บุญกิจ | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤดี ขอบผล | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสียม ไตรรัตน์ | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มีชัย เอี่ยมจินดา | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประติษฐ์ เกกิงรังษฤกษ์ | นักวิชาการอิสระ |
| 38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญย์จิรา ชिरเวทย์ | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาณัติ นิตธรรมยง | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วริยา ล้ำเลิศ | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |
| 42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอานันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 45. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดาวรรณ ประสูตร์แสงจันทร์ | วิทยาลัยแสงธรรม |
| 46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพรัตน์ ภูมิวุฒิสาร | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 47. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพจน์ สุทธิศักดิ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 48. ดร.เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 49. ดร.เนตรชนก ศรีหุ้มนมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 50. ดร.ศศิธร รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

วัตถุประสงค์

1. ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสังคมศาสตร์
2. ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสังคมศาสตร์

ขอบเขต

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนรับพิจารณาตีพิมพ์ บทความวิจัย (Research Articles) และบทความวิชาการ (Academic Articles) ในสาขาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสังคมศาสตร์ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น ทั้งนี้ บทความวิจัยหรือบทความวิชาการจะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการผ่านการประเมินคุณภาพแบบ Double-blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงหรือสัมพันธ์กับสาขาวิชา

กำหนดการเผยแพร่วารสาร :

ราย 3 เดือน/ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน
(อาจารย์ นิพนธ์ ทวีทงกุลธร)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 0-3422-9480 ต่อ 3101-2 โทรสาร 0-3422-9499

e-mail : cutjournal@christian.ac.th

Website : library.christian.ac.th/CUTjournal/main.php

จัดรูปเล่ม-ออกแบบปก : ฝ่ายวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงสามตำบล

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1



บทบรรณาธิการ

ในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 84 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ วันที่ 12 สิงหาคม พุทธศักราช 2559 นี้ คณะบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน น้อมเกล้าฯ น้อมกระหม่อมถวาย พระพรชัยมงคล ขอพระองค์ทรงพระเจริญมีพระชนมายุยิ่งยืนนาน เป็นมิ่งขวัญแก่พสกนิกรชาวไทยสืบไป

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนฉบับที่ 3 ปีที่ 22 ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งมีเนื้อหาครบถ้วนทั้งสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสังคมศาสตร์

คณะบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ทำให้วารสารฯ ได้ตีพิมพ์บทความที่มีคุณภาพอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ทางวิชาการแก่นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป และขอขอบคุณผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการทุกท่าน ที่ได้มีส่วนสำคัญให้วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนฉบับนี้มีบทความที่มีคุณค่าทางวิชาการเผยแพร่สู่แวดวงการศึกษาและสาธารณชนต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง

บรรณาธิการบริหาร

และ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพจน์ สุทธิศักดิ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

บทความวิจัย

- ◆ สถานภาพของคนกลุ่มน้อยในจังหวัดชายแดนภาคใต้: กรณีศึกษาชุมชน คริสต์ในจังหวัดปัตตานี ดร. ศันสนีย์ จันทร์อานุกาพ 289
Dr. Sansanee Chanarnupap
- The Status of Subordinate Group in the Deep South of Thailand: A Case Study of Christian Community in Pattani Province
-
- ◆ ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนต่อ การรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด สุदारัตน์ ทัตติม 301
Sudarat Tubtim
- Effect of the Use of Nursing Service Model through Integrating Partnership Concept on Perception of Maternal Role Values among Mothers of Children with Asthma
-
- ◆ ประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 อาทิตย์ โพธิ์ศรีทอง 316
Arethit Posrithong
- The Effectiveness of the Teacher Professional Development Program for Developing the Competencies of Music Teachers in the 21st Century
-
- ◆ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อนงกรักษ์ พิมภาวะ 329
Anongrak Pimpava
- The Uncertainty in Illness of Caregivers in Ischemic Stroke Patients
-
- ◆ การพัฒนาเครื่องดื่มจากข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ นีอร ชุมศรี 340
Niorn Chumsri
- The Development of Drink from Riceberry with Black Sesame
-

◇ การระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม
Caregiving Burden and Quality of Life Amongst
Caregivers of the Elderly in Nakhon Pathom Province

สุปราณี แต่งวงษ์ 352
Asst.Prof.Supranee Taengwong

◇ สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชน
แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี
The Competencies of Nurse Preceptors for New Nurses
at a Private Hospital in Chonburi Province

จีราภร ธรรมศรีสวัสดิ์ 366
Jeeraporn Thamsrisawat

◇ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
เอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร
Factors Influencing Organizational Commitment of Registration
Nurses at a Private Hospital in Bangkok Metropolitan

วิไลลักษณ์ กุศล 377
Wilailuck Kusol

◇ การศึกษารูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นไทย
The Study of a Spiritual Well-being Promotion Pattern
Related to Early Sexual Behavior Prevention Among Thai
Adolescents

ดร.ศศิธร รุจนเวช 389
Dr. Sasitorn Roojanavech

บทความวิชาการ

◇ The Interpretation of Jewish Proverb, "Is Saul also Among the
Prophets?" According to the Deuteronomistic History Redaction
การตีความพระธรรมสุภาษิตของชาวยิว "ซาอูลเป็นหนึ่งในผู้เผยพระวจนะด้วย
หรือ"ตามแนววิพากษ์ประวัติศาสตร์สายเฉลยธรรมบัญญัติ

Nati Khoochotikul 401
เนติ คุชิตกุล

◇ การใช้ข้อมูลสารสนเทศจากการทำบัญชีครัวเรือนเพื่อวางแผนการเงินส่วนบุคคล
Using the Household Accounting Information for
Personal Financial Planning

อนุธิดา ประเสริฐศักดิ์ 412
Anuthida Prasertsak

◇ การสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นญาติ
Supportive Care Needs of Family Caregiver

ผศ.ดร. ศากุล ช่างไม้ 424
Asst.Prof Dr.Sakul Changmai

◇ ภาวะผู้นำไฟบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย
Servant Leadership of Head Nurses and the Patient
Unit Effectiveness

ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา 436
Dr. Netchanok Sritoomma



สถานภาพของคนกลุ่มน้อยในจังหวัดชายแดนภาคใต้: กรณีศึกษาชุมชนชาวคริสต์
ในจังหวัดปัตตานี*

The Status of Subordinate Group in the Deep South of Thailand:
A Case Study of Christian Community in Pattani Province

ดร.คันสนีย์ จันทร์อานุกาฬ**

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมาและสถานภาพของชุมชนชาวคริสต์ในจังหวัดปัตตานี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้นำองค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานี คริสตศาสนิกชนปัตตานี บุคลากรในหน่วยงานราชการ ท้องถิ่นและเอกชน ตลอดจนประชากรต่างวัฒนธรรมในจังหวัดปัตตานี จำนวนรวม 40 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมการประชุมสำคัญต่างๆ ของชุมชนชาวคริสต์เพื่อปฏิสัมพันธ์กับประชากรในวงกว้างและเพื่อตรวจสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูลผลการวิจัยพบว่าชุมชนชาวคริสต์ปัตตานีมีประวัติความเป็นมายาวนานเกือบหนึ่งร้อยปี ปัจจุบันเป็นชุมชนขนาดเล็กที่ดำรงอยู่

ท่ามกลางบริบททางสังคมซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม จากเดิมแทบไม่ถูกนับรวมให้เป็นหุ้นส่วนหนึ่งทางวัฒนธรรม แต่สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้นำมาซึ่งการจัดระเบียบใหม่ที่ให้ความสำคัญกับการมีตัวตนของศาสนาอื่น "ชุมชนชาวคริสต์" จึงได้รับการสนับสนุนจากทางราชการให้เปิดเผยตนในพื้นที่สาธารณะมากขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า รัฐบาลควรพิจารณาแนวทางที่เหมาะสม สำหรับการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ทางกฎหมายขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทย เพื่อเป็นหลักประกันเสรีภาพทางศาสนา ให้องค์กรศาสนาคริสต์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและท้องถิ่น

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559

** อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

Abstract

This paper is based on a qualitative study of Pattani Christianity focusing on its historical background and the status of the community. The research methodology comprises of documentary research and field research. Forty key informants generate the core data for the study. In addition, the researcher is welcome to attend most community meetings. This contributes a much greater understanding of the broader Christian community in Pattani and is for data triangulation. The

has occurred the awareness of cultural diversity, in the deep south of Thailand has been increasing significantly. Accordingly, the public policy applied to this unrest area has come to a change. This has led to a major cultural shift away from policies of 'assimilation' to the introduction of 'multiculturalism'. These create a public space for minorities such as Christian community and make this low profile and small community visible.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ศาสนาคริสต์เป็นศาสนาที่มีความเชื่อในองค์พระผู้เป็นเจ้า (God) และมีผู้นับถือมากที่สุดในโลก โดยข้อมูลสถิติอัตราการเติบโตของศาสนาต่างๆ ทั่วโลก ในปี 2553 (ค.ศ.2010) พบว่ามีคริสตศาสนิกชนทั่วโลก จำนวน 2,260.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32.8 ของจำนวนประชากรโลก (Brian G., 2012)

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถิติประชากรไทย ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมไว้ล่าสุดในปี 2553 ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 789,376 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.2 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยจังหวัดปัตตานีมีประชากรนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 221 คน

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประวัติความเป็นมา และสถานภาพของชุมชนชาวคริสต์ในจังหวัดปัตตานี เนื่องจากการปรากฏของเหตุการณ์สำคัญต่างๆต่อไปนี้

ประการแรก ในปีพ.ศ.2548 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เพียงหนึ่งปี ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานีในสมัยนั้น ได้ริเริ่มการจัดงานคริสต์มาสจังหวัดปัตตานีขึ้น เจตนารมณ์คือ ต้องการให้มีสัญลักษณ์ของศาสนาทุกศาสนาในพื้นที่ ในงานนี้องค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานีได้รับเชิญ

ให้เข้าร่วมประชุมและได้รับมอบหมายให้เป็นเจ้าภาพในการจัดงาน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานีมอบเงินอุดหนุนให้ส่วนหนึ่ง พร้อมมอบต้นคริสต์มาสขนาดใหญ่เป็นสัญลักษณ์ของงาน และยินดีให้จัดงานคริสต์มาสในพื้นที่สาธารณะของจังหวัด

ประการที่สอง หลังพ.ศ. 2548 เป็นต้นมา องค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานี ร่วมกับภาคราชการและภาคเอกชน ยังคงจัดงานคริสต์มาสจังหวัดปัตตานีอย่างต่อเนื่องในวันที่ 25 ธันวาคมของทุกปี งานคริสต์มาสจังหวัดปัตตานีกลายเป็นช่องทางสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทำให้ผู้คนในจังหวัดปัตตานีได้รู้จักชุมชนคริสต์มากขึ้น ชุมชนคริสต์เองก็ตระหนักถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมในพื้นที่ โดยมีความระมัดระวังในการออกแบบกิจกรรมภายในงาน เพื่อให้ชาวปัตตานีทุกศาสนา สามารถปฏิสัมพันธ์ข้ามวัฒนธรรมกับชุมชนได้

ประการที่สาม ภาคราชการในจังหวัดปัตตานี ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนชาวคริสต์ในจังหวัดปัตตานีจัดตั้งสมาคมขึ้นโดยสมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานีได้รับการจดทะเบียนขึ้นเมื่อ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

วันที่ 25 มีนาคม 2556 และได้กลายเป็นตัวแทนของชุมชนชาวคริสต์ในประเทศไทยทั้งหมด รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งในสภาวัฒนธรรมของจังหวัด

ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า "คนกลุ่มน้อย" ที่ดำรงอยู่ท่ามกลางบริบททางสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม จากเดิมแทบไม่ถูกมองเห็นหรือถูกนับรวมให้เป็นหนึ่งส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม แต่สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่นำมาซึ่งการจัดระเบียบใหม่ที่ทำให้ความสำคัญกับการมีตัวแทนของศาสนาอื่น ด้วยเหตุนี้ "ศาสนาคริสต์" และ "ชุมชนชาวคริสต์" จึงได้รับการสนับสนุนให้เปิดเผยตัวตนในพื้นที่สาธารณะมากขึ้น

วัตถุประสงค์

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายให้เห็นถึงประวัติความเป็นมาและสภาพของชุมชนชาวคริสต์ในจังหวัดปัตตานี คำว่า "สภาพของชุมชน" ในที่นี้หมายถึง ขนาดของชุมชน จำนวนองค์กรศาสนาคริสต์ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของชุมชน และการมีส่วนร่วมขององค์กรศาสนาคริสต์ในประชาสังคมของท้องถิ่น

ประโยชน์ที่ได้รับ

หากเราเห็นพ้องกันว่า บูรณาการทางสังคมไม่ใช่การกลืนกลายทางวัฒนธรรมและไม่ใช้การปล่อยไว้ต่างคนต่างอยู่โดยไม่เกี่ยวข้องกัน ระหว่างสองข้อสุดโต่งนี้ยังมีพื้นที่สำหรับบูรณาการทางสังคมที่จะสามารถแสดงตนออกมาได้ในหลายลักษณะ การขยายพรมแดนความรู้เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาและสภาพของชุมชนชาวคริสต์ในจังหวัดปัตตานีช่วยส่งเสริมให้สังคมไทยตระหนักรู้ถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่งเสริมการเพิ่มหุ้นส่วนทางวัฒนธรรมให้กับประชาสังคมในท้องถิ่น และส่งเสริมให้สังคมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถเตรียมตัวยอมรับความหลากหลายที่จะมากขึ้นในอนาคตอันเนื่องมาจากการเคลื่อนไหวของประชากรอาเซียนหลังปีพ.ศ. 2558

กรอบแนวคิดการวิจัย

ลักษณะของสังคมส่วนใหญ่ในปัจจุบันประกอบด้วยสมาชิกทางสังคมที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน ในสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม (Multicultural Society) ทากต่างฝ่ายต่างพยายามธำรงรักษาเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural Identity) ของกลุ่มตนไว้โดยไม่ยอมรับวัฒนธรรมของกลุ่มทางสังคมอื่น และเห็นว่าวัฒนธรรมของกลุ่มตนดีกว่าเหนือกว่า (Ethnocentrism) ความขัดแย้งทางวัฒนธรรมย่อมเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้สังคมจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ผู้คนจะต้องเผชิญในความสัมพันธ์ ที่ผ่านมามีการจัดระเบียบทางสังคมเพื่อการอยู่ร่วมกันในที่นี้อาจปรากฏออกมาในหลายลักษณะ บางยุคสมัย ด้วยเงื่อนไขทางสังคมชุดหนึ่ง สังคมอาจเลือกใช้นโยบายการกลืนกลายทางวัฒนธรรม (Assimilation) เพื่อสลายความแตกต่างของผู้คนและพยายามสร้างเอกภาพทางสังคมบนพื้นฐานของความเหมือน (Homogeneity) โดยมีแนวโน้มที่จะนิยมการลดความต่างว่าเป็นการสร้างสามัคคีของคนในชาติ ในขณะที่บางยุคสมัย ด้วยเงื่อนไขทางสังคมอีกชุดหนึ่ง สังคมอาจเลือกใช้นโยบายการแยกห่าง (Social Distance) เพื่อรักษาระยะห่างระหว่างกลุ่มโดยพยายามจำกัดโอกาสในการพบปะหรือติดต่อเกี่ยวข้องกัน เช่น แยกย่านที่พัก ตลาดและสถานศึกษา เป็นต้น แต่สำหรับทฤษฎีพหุวัฒนธรรมนิยม (Multiculturalism) แล้ว ตั้งอยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่า "กลุ่มวัฒนธรรมรองในรัฐ" (Subculture) มีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับและดำรงรักษาให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่ถูกกลืนเข้ากับวัฒนธรรมหลัก (Domain Culture) ทั้งนี้ "รัฐ" มีหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมวัฒนธรรมรองเพื่อรักษาความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยเอกภาพทางสังคมไม่ได้อยู่บนพื้นฐาน ของความเหมือนแต่เป็นความสมานฉันท์ (Harmony) ของกลุ่มที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย

การใช้ทฤษฎีพัฒนาธรรมนิยมในการจัดระเบียบสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมนั้น หมายความว่า บรรทัดฐานของสังคมมีลักษณะเปิดโอกาสให้มีทางเลือกในการปฏิบัติ โดยไม่มีวัฒนธรรมใดครอบงำหรือถูกครอบงำ สังคมยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรมและถือว่าวัฒนธรรมทั้งหลายนั้นมีคุณค่าเท่าเทียมกัน โดย "รัฐ" มีหน้าที่สนับสนุนการรวมกลุ่มและเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กับกลุ่มวัฒนธรรมต่างๆ ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมคือการมีวัฒนธรรมที่หลากหลายร่วมกัน กลุ่มคนต่างๆ ในสังคมมีการติดต่อคบค้าสมาคมระหว่างกัน และยังคงใช้พื้นที่สาธารณะร่วมกัน โดยในขณะที่กลุ่มคนต่างๆ ดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมของตน ก็จะพยายามทำความเข้าใจวัฒนธรรมของกลุ่มคนอื่นๆ โดยไม่ด่วนตัดสินเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความเห็นอกเห็นใจ และอดทนอดกลั้นต่อความแตกต่าง (Cultural Relativism) ด้วยเหตุนี้ ชนดิธรรมในความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมจึงไม่ใช้การแยกเขาแยกเรา ไม่ใช้การที่เรายอมอดทนต่อความเป็นอื่นแต่ไม่เคยเรียนรู้จากผู้ที่ต่างจากตน ชนดิธรรมในความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเป็นการเคารพในความต่าง ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าใจอีกฝ่ายหนึ่งและนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยสนาม (Field Research) อาศัยการสังเกต การปฏิสัมพันธ์กับประชากร การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อติดตามทำความเข้าใจปรากฏการณ์ตามสภาพธรรมชาติและตามบริบท ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีจำนวนรวม 40 คน ได้แก่ กรรมการสมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานี และผู้นำคริสตจักรต่างๆ ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 10 คน ราษฎรอาวุโสชาวมุสลิม ไทยพุทธ และไทยจีน ในจังหวัดปัตตานี รวม 7 คน บุคลากรในหน่วยงาน

ซึ่งเคยติดต่อสัมพันธ์กับองค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 7 คน ตัวแทนองค์กรศาสนาคริสต์ระดับภูมิภาคหรือระดับชาติ จำนวน 2 คน สมาชิกของคริสตจักรต่างๆ ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 7 คน ชาวปัตตานีที่ไม่ได้นับถือศาสนาคริสต์ แต่เป็นเพื่อนบ้าน เพื่อนนักเรียน หรือเพื่อนร่วมงานของคริสตศาสนิกชนปัตตานี จำนวน 7 คน

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเข้าร่วมการประชุมสำคัญต่างๆ ของชุมชนชาวคริสต์เพื่อปฏิสัมพันธ์กับประชากรในวงกว้างและเพื่อตรวจสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยยังได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิขององค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 10 ท่าน เป็นผู้อ่านผลงานและมีส่วนร่วมดำเนินการวิจัยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้เป็นองค์ความรู้ซึ่งชุมชนให้การยอมรับและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการทางองค์ประกอบหลัก (Thematic Analysis) โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. การถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด
2. การอ่านข้อมูลทำความเข้าใจและพยายามวิเคราะห์หาคำสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษา
3. การนำคำหลักมาปรับภาษาและจัดหมวดหมู่เพื่อลดความซ้ำซ้อนของประเด็นต่างๆ
4. การนำคำหลักกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
5. การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา และคงไว้ซึ่งบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบว่า (1) คริสตศาสนิกชนเก่าแก่ในจังหวัดปัตตานีจำนวนหนึ่งย้ายถิ่นฐาน และจำนวนหนึ่งถึงแก่กรรม การติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติความเป็นมาของชุมชนคริสต์ปัตตานีจึงค่อนข้างยากลำบากและใช้เวลานาน หลายกรณีต้องศึกษาผ่านทายาท (2) องค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่ไม่นิยมจดบันทึกเหตุการณ์

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

สำคัญที่เกี่ยวข้องกับชุมชนของตนเอง อีกทั้งบันทึกที่มีมือของผู้เจ้าอาวาสวัดคาทอลิกเป็นการบันทึกบทบาทของพระสงฆ์เป็นหลัก ผู้วิจัยจำเป็นต้องติดตามข้อมูลในมิติของชุมชนเพิ่มเติม ซึ่งมีบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลได้จำนวนไม่มากนัก (3) การเล่าเรื่องผ่านความทรงจำของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำเป็นต้องผ่านการตรวจสอบข้อมูลของกันและกัน (Inter-Subjectivity) และผู้วิจัยพยายามตรวจสอบข้อมูลผ่านแหล่งอ้างอิงอื่นๆ ประกอบด้วย

สรุปผลการวิจัย

หลักฐานทางประวัติศาสตร์บันทึกว่า ในปีพ.ศ.2081 มีชาวโปรตุเกสเข้ามาพำนักอยู่ที่ปัตตานี นครศรีธรรมราช ทวาย และตะนาวศรี เพื่อติดต่อทางการค้า นอกจากนั้นในปีพ.ศ.2156 มีคนฮอลันดาเข้ามาตั้งสถานีการค้าที่เมืองสงขลา โดยติดต่อกับเมืองปัตตานีและไทรบุรีด้วย และในปีพ.ศ.2228 กรุงศรีอยุธยาได้ทำสัญญายกเมืองสงขลาและเมืองขึ้นของสงขลาให้ฝรั่งเศสเพื่อตั้งสถานีการค้า (ศูนย์ข้อมูลกลางทางวัฒนธรรม, 2553) ด้วยเหตุนี้จึงสันนิษฐานว่าน่าจะมีคริสตศาสนิกชนชาวต่างประเทศ เช่นชาวโปรตุเกส

ฮอลันดา หรือฝรั่งเศส เดินทางเข้ามาหรืออาศัยอยู่ในปัตตานี แต่ด้วยเหตุเรื่องการติดต่อทางการค้ามากกว่า เป็นเรื่องการเผยแผ่ศาสนา

เมื่อมิชชันนารีเข้ามาเผยแผ่ศาสนาในประเทศไทย ก็ได้ปฏิบัติตามแนวคำสอนของศาสนา โดยนอกจากจะประกาศข่าวประเสริฐเรื่องของพระเยซูคริสต์แล้วยังจัดการศึกษา ให้บริการทางการแพทย์ และช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยากด้วย

ประเทศไทยให้เสรีภาพในการนับถือศาสนา และเปิดกว้างสำหรับมิชชันนารีนับตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาที่มีมิชชันนารีของนิกายโรมันคาทอลิกได้เข้ามาเผยแผ่ธรรม และเมื่อมิชชันนารีของนิกายโปรเตสแตนต์ได้เข้ามาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ต่างได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระมหากษัตริย์ไทยเสมอมา

พระราชดำรัสในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2512 ในโอกาสทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ อาร์คบิชอป ยิง ยาโดต์ เอกอัครราชทูตวาติกันประจำประเทศไทยคนแรกเข้าเฝ้าและถวายสาส์นตราตั้ง มีใจความสำคัญตอนหนึ่งว่า²

“ชาวไทยทุกคนมีเสรีภาพอย่างเต็มที่ในการเลือกนับถือศาสนาใดๆ ตลอดทั้งการปฏิบัติบูชาตามความเชื่อถือของตนด้วย รัฐธรรมนูญของไทยก็ได้รับรองสิทธิและอิสรภาพดังกล่าวข้างต้น โดยประการฉะนี้ บรรดาผู้ที่นับถือศาสนาต่างๆ กันในประเทศไทย จึงมีชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความผาสุกมานานนับศตวรรษ”

²

สืบค้นได้ใน <http://haab.catholic.or.th/photo/rama9.html>

ตำนานคาทอลิกปัตตานี

หลักฐานการบันทึกจากหอจดหมายเหตุ อัครสังฆมณฑลกรุงเทพฯ ระบุว่า ในปีพ.ศ.2478 (ค.ศ.1935) คุณพ่อมาริโอ รูซ็อดดู (Fr.Mario Ruzzeddu) และคุณพ่อย็อบ การ์นินี (Fr.Job Carnini) ได้รับมอบหมายให้เดินทางเยี่ยมเยียน คริสตศาสนิกชนที่กระจัดกระจายในพื้นที่ภาคใต้ตั้งแต่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์จนถึงจังหวัดนราธิวาสโดยใช้เส้นทางรถไฟเป็นหลัก บาทหลวงทั้งสองท่านเดินทางถึง จังหวัดปัตตานี ในวันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ.2478 (ค.ศ.1935) โดยมีนายเคียงซอ (เซี่ยวเหลียง) เจ้าของบริษัททรอมล์ สายปัตตานี-โคกโพธิ์-ยะลา เป็นผู้ให้การต้อนรับและ นำคณะบาทหลวงสำรวจพื้นที่จังหวัดปัตตานีไปตาม ถนนสายสำคัญต่าง ๆ และหลังจากปีนั้น ก็มีคณะเยี่ยมเยียนของบาทหลวงเดินทางมาปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส เป็นประจำทุกปี ปีละสองครั้ง³ เมื่อมีการ ตัดทางรถไฟจากหาดใหญ่ถึงสุโขทัยโดยผ่านเมือง ยะลา ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2506 (ค.ศ.1963) คุณพ่อเฮกเตอร์ ฟริเยรีโอ (Fr.Hector Frigerio) จึงได้ย้ายมาประจำที่จังหวัดยะลา และเป็นเจ้าอาวาส วัดคาทอลิกคนแรกในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดูแลชาว คาทอลิกในพื้นที่จังหวัดยะลา และออกเยี่ยมเยียนชาว คาทอลิกในจังหวัดปัตตานีและนราธิวาสด้วย

ในสมัยก่อนที่จะมีการสร้างวัดคาทอลิกใน จังหวัดปัตตานี ครอบครัวคาทอลิกเก่าแก่ของจังหวัด ปัตตานีครอบครัวหนึ่งคือ ครอบครัวร้านอินทร์ออน (นายฟงออยู่ แซ่เจียง และนางต่ายไถ่ แซ่โฮ)⁴ ได้เปิด บ้านบนถนนญาติ ตำบลลานะรุ อำเภอมือเมือง จังหวัด ปัตตานี เพื่อเป็นสถานที่ประกอบพิธีมิสซา⁵ เป็นประจำ

ทุกวันอาทิตย์ นายฟงออยู่ แซ่เจียง เป็นคาทอลิกเคร่ง คาสนาสัญชาติจกไมก้า ซึ่งเดินทางเข้ามาทำงานเป็น นายช่างในอุตสาหกรรมเหมืองแร่และสร้างถนนใน จังหวัดยะลา ภายหลังได้สมรสกับนางต่ายไถ่ แซ่โฮ เชื้อสายจีน ลูกสาวบ้านเหมืองลาบู ตำบลปะเต อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ท่านทั้งสองได้ย้ายครอบครัวมาเปิด ร้านขายของชำในจังหวัดปัตตานี โดยท่านจะปิดร้านใน วันอาทิตย์ และเตรียมสถานที่ภายในบ้านเพื่อใช้เป็น สถานที่ประกอบพิธีมิสซา และในทุกๆ เช้าวันอาทิตย์ เวลาประมาณสิบนาฬิกา คุณพ่อเฮกเตอร์ ฟริเยรีโอ จะเดินทางมาถึงจังหวัดปัตตานี และเริ่มประกอบพิธี ในช่วงเวลานั้นมีชาวคาทอลิกในอำเภอมือเมืองปัตตานี และ ครอบครัวคาทอลิกจากตำบลปาลัส อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี เข้าร่วมในพิธีมิสซาด้วยรวมทั้งสิ้น ประมาณ 15 คน

ภายหลังเมื่อคุณพ่อเฮกเตอร์ ฟริเยรีโอ ย้าย ไปประจำที่อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา คุณพ่อ ฟรังซิส ซักโก (Fr.Francis Sacco) ได้รับแต่งตั้ง เป็นเจ้าอาวาสวัดคาทอลิกคนที่สองในจังหวัดชายแดน ภาคใต้ และในปีพ.ศ.2515 (ค.ศ.1972) คุณพ่อฟรังซิส ซักโก ได้รับอนุมัติให้ซื้อที่ดินขนาดสิบไร่ในตำบล รุสมิแล อำเภอมือเมือง จังหวัดปัตตานี เพื่อสร้างวัดคาทอลิก ขึ้น เป็นวัดคาทอลิกแห่งแรกและแห่งเดียวในจังหวัด ปัตตานี ใช้ชื่อว่า "วัดอัครเทวดาคาเบรียล" ได้รับการ ทำพิธีเสกวัดในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2517 (ค.ศ.1974) ขณะนั้นมีจำนวนคาทอลิกในจังหวัดปัตตานี เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 70 คน เนื่องจากมีชาวประมงคาทอลิก ย้ายถิ่นมาจากภาคกลางโดยเฉพาะจากจังหวัดระยอง เข้ามาทำงานในอุตสาหกรรมประมงในจังหวัดปัตตานี

³ สืบค้นได้ใน <http://haab.catholic.or.th/priest/priestfr/sdb.html>

⁴ ปัจจุบันถึงแก่กรรมแล้วทั้งสองท่าน

⁵ เป็นพิธีบูชาขอบพระคุณ โดยผ่านพิธีการหักขนมปังบนพระแท่นเพื่อระลึกถึงการสิ้นพระชนม์บนไม้กางเขนของพระเยซู

ปัจจุบันวัดอัครเทวดาคาเบรียลมีคุณพ่อ สุขสันต์ ชาวปากน้ำ เป็นเจ้าอาวาส และยังมีโรงเรียน เอกชนคาทอลิกในจังหวัดปัตตานีด้วย โดยในปีพ.ศ.2535 (ค.ศ.1992) สมัยคุณพ่อกุสตาฟ โรเซนส์ (Fr.Gustav Roesens) เป็นเจ้าอาวาสวัดอัครเทวดาคาเบรียล ท่านได้รับบริจาคที่ดินกว่าสามไร่เพื่อส่งเสริมการศึกษา จึงได้ระดมทุนเพื่อสร้างอาคารเรียน ขนาดสามชั้น จนในที่สุดโรงเรียนเจริญศรีศึกษา จึงได้เริ่มเปิดดำเนินการ

ตำนานโปรเตสแตนต์ปัตตานี

คณะมิชชันนารีนิกายโปรเตสแตนต์กลุ่มแรกที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานีคือ คณะมิชชันนารีจากองค์กรซึ่งมีชื่อเรียกสั้นๆว่า โอเอ็มเอฟ (OMF: The China Inland Mission and Overseas Missionary Fellowship) องค์กรนี้ ถูกก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ.2408 (ค.ศ.1865) โดยผู้ก่อตั้งคือ มิชชันนารีชาวอังกฤษชื่อ นายเจมส์ ฮัดสัน เทย์เลอร์ (James Hudson Taylor) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแผ่พระคุณความรักของพระเยซูคริสต์ไปยังเอเชียตะวันออก

ในราวปีพ.ศ.2494 (ค.ศ.1951) โอเอ็มเอฟได้ย้ายคณะมิชชันนารีจำนวนหนึ่งจากประเทศจีนให้เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยเริ่มต้นทำงานทางด้านศาสนา การศึกษา การแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่ภาคกลาง และภาคเหนือ ก่อนที่จะขยายงานลงมายังพื้นที่ทางภาคใต้ของไทย โดยในราวปีพ.ศ.2495 (ค.ศ.1952) โอเอ็มเอฟได้ส่งบุคลากรทางการแพทย์เข้ามายังพื้นที่ปัตตานี จากนั้นได้เช่าที่ดินในตำบลตะลุบัน อำเภอสายบุรี

จังหวัดปัตตานี เพื่อเปิดโรงพยาบาลคริสเตียนสายบุรี ขึ้นในปีพ.ศ.2499 (ค.ศ.1956) และเปิดคลินิกโรคเรื้อนภายในโรงพยาบาลคริสเตียนสายบุรีในปีพ.ศ.2509 (ค.ศ.1966)⁷ บทบาทของมิชชันนารีที่เข้ามาในยุคแรกจึงเป็นทั้งหมอสอนศาสนา หมอสอนภาษา และหมอรักษาผู้ป่วยในขณะเดียวกัน⁸

เมื่อคณะมิชชันนารีเชื้อสายยุโรปแต่อาศัยอยู่ในประเทศจีนมาเป็นเวลานาน ถูกย้ายเข้ามาทำงานเผยแผ่ศาสนาในจังหวัดปัตตานี มิชชันนารีเหล่านี้สามารถพูดภาษาจีน-ไทยได้และคุ้นเคยกับวัฒนธรรมของคนจีน ทำให้สามารถเข้ากันได้ดีกับคนปัตตานีเชื้อสายจีน มิชชันนารีจะทำการเทศนาสั่งสอนเป็นภาษาจีนแล้วให้คนท้องถิ่นช่วยแปลเป็นภาษาไทย อีกทั้งพระคริสตธรรมคัมภีร์ (Bible) ยังมีทั้งฉบับที่เป็นภาษาจีนไทย ทำให้ชาวประเสริฐเรื่องพระเยซูคริสต์และหลักคำสอนของศาสนาคริสต์สามารถไปถึงคนปัตตานีเชื้อสายจีนได้รวดเร็วกว่าคนท้องถิ่นกลุ่มอื่นๆ

เมื่อคณะมิชชันนารีเชื้อสายยุโรปแต่อาศัยอยู่ในประเทศจีนมาเป็นเวลานาน ถูกย้ายเข้ามาทำงานเผยแผ่ศาสนาในจังหวัดปัตตานี มิชชันนารีเหล่านี้สามารถพูดภาษาจีน-ไทยได้และคุ้นเคยกับวัฒนธรรมของคนจีน ทำให้สามารถเข้ากันได้ดีกับคนปัตตานีเชื้อสายจีน มิชชันนารีจะทำการเทศนาสั่งสอนเป็นภาษาจีนแล้วให้คนท้องถิ่นช่วยแปลเป็นภาษาไทย อีกทั้งพระคริสตธรรมคัมภีร์ (Bible) ยังมีทั้งฉบับที่เป็นภาษาจีน-ไทย ทำให้ชาวประเสริฐเรื่องพระเยซูคริสต์และหลักคำสอนของศาสนาคริสต์สามารถไปถึงคนปัตตานีเชื้อสายจีนได้รวดเร็วกว่าคนท้องถิ่นกลุ่มอื่นๆ

⁶ ปัจจุบันมีซิสเตอร์ประยงค์ศรี แย้มสุนทร เป็นผู้อำนวยการ เปิดสอนนักเรียนตั้งแต่ชั้นบริหารถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

⁷ ปัจจุบันโรงพยาบาลคริสเตียนสายบุรีและคลินิกโรคเรื้อนได้ปิดทำการแล้วตั้งแต่ในราวปีพ.ศ.2522 (ค.ศ.1979) เนื่องจากประสบปัญหาเกี่ยวกับการขอใบอนุญาตทำงานของแพทย์และพยาบาลชาวต่างชาติ เมื่อขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลและคลินิกโรคเรื้อนจึงปิดทำการไปในที่สุด

⁸ สืบค้นได้ใน <http://omf.org/asia/thailand/thailand-profile/>

สถานที่รวมกลุ่มของคริสเตียนปัตตานี⁹ รุ่นแรกๆ ใช้ห้องเช่าบริเวณห้องแถวสิบห้าห้อง ถนนนาเกลือ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี¹⁰ ในช่วงเวลานั้นมีคนเข้าร่วมประชุมประมาณ 40 - 50 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนปัตตานีเชื้อสายจีน ภายหลังคณะมิชชันนารีซึ่งย้ายมาจากประเทศจีนกลุ่มนี้ได้เริ่มทยอยเดินทางออกจากประเทศไทย โดยโอเอ็มเอฟได้ส่งมิชชันนารีกลุ่มใหม่เข้ามาแทน เป็นมิชชันนารีชาวยุโรป อังกฤษ อเมริกา ซึ่งใช้ภาษาอังกฤษ-ไทย ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการปรับตัวเข้ากับคริสเตียนท้องถิ่นเชื้อสายจีน คริสเตียนปัตตานีเชื้อสายจีนจำนวนไม่น้อยจึงไม่ได้เข้าร่วมการประชุมอธิษฐานและนมัสการพระเจ้าตามปกติ

คณะมิชชันนารีได้พยายามรวบรวมคริสเตียนปัตตานีที่ยังคงหลงเหลืออยู่ โดยได้ย้ายสถานที่ประชุมไปใช้ห้องโถงรับแขกภายในบ้านของคุณหมอโยคี (นายเลียร จันทรโยธิ) ซึ่งขณะนั้นตั้งอยู่บนถนนญาติ ตำบลอาเนาะรู อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ซึ่งสามารถรองรับผู้เข้าร่วมประชุมได้ไม่เกิน 40 คน

คุณหมอโยคีเป็นคนอินเดียย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี ประกอบอาชีพแพทย์

แผนปัจจุบัน โดยเปิดคลินิกภายในบริเวณบ้าน ท่านสามารถพูดภาษาไทย-อังกฤษ-มลายูได้ คุณหมอโยคีสมรสกับนางศรีเลอร จันทรโยธิ ซึ่งเป็นคนมลายูปัตตานี โดยท่านทั้งสอง¹¹ ได้เปลี่ยนมานับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ภายหลังที่คุณหมอล้มป่วยและได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคริสเตียนสายบุรี ทำให้รู้จักสนิทสนมและไปมาหาสู่กับแพทย์มิชชันนารีอย่างสม่ำเสมอ

คริสเตียนปัตตานีได้ใช้บ้านของคุณหมอโยคีเพื่อประชุมอธิษฐานและนมัสการพระเจ้าอยู่ยานหลายปี จนเมื่อจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมมีจำนวนลดลง การนัดประชุมอธิษฐานและนมัสการพระเจ้าพร้อมกันที่บ้านคุณหมอโยคีจึงถูกยกเลิกไป เหลือเพียงการออกเยี่ยมเยียนและอธิษฐานตามบ้านของคณะมิชชันนารี

จนกระทั่งในราวปีพ.ศ.2520 คุณคุณวุฒิ สมิติเมธา ชาวปัตตานีเชื้อสายจีนซึ่งเติบโตมาในครอบครัวคริสเตียน¹² ได้ย้ายกลับมาดูแลกิจการของครอบครัว จึงได้มีส่วนสำคัญในการรวบรวมคริสเตียนญาติพี่น้องเชื้อสายจีนของตนเองให้กลับมาเข้าร่วมประชุมอธิษฐานและนมัสการพระเจ้าอีกครั้ง

⁹ "คริสเตียน" เป็นคำที่นิยมใช้เรียกคริสตศาสนิกชนในนิกายโปรเตสแตนต์ ส่วน "คาทอลิก หรือ คริสตัง" เป็นคำที่นิยมใช้เรียกคริสตศาสนิกชนในนิกายโรมันคาทอลิก

¹⁰ ใกล้กับธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทยสาขาปัตตานีในปัจจุบัน

¹¹ ปัจจุบันถึงแก่กรรมแล้วทั้งสองท่าน คุณหมอโยคีและภรรยา มีบุตรธิดารวมหกคน ซึ่งคุณหมอสันับสนุนให้บุตรธิดาเข้ารับการศึกษาในโรงเรียนคริสต์ ในสมัยนั้นยังไม่มีโรงเรียนคริสต์ในจังหวัดปัตตานี จำเป็นต้องส่งบุตรธิดาไปเรียนโรงเรียนเอกชนคาทอลิกในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และ/หรือในเมืองปิ่นัง ซึ่งไม่ไกลจากชายแดนไทย-มาเลเซีย

¹² ครอบครัวของคุณคุณวุฒิ สมิติเมธา เริ่มต้นจากพี่สาวและมารดาคือ นางเลือนยีน แซ่โล่ เปลี่ยนมานับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ ส่วนพี่ชาย (นายไชแสง อศิรวาท สกุลเดิม แซ่โล่) เปลี่ยนมานับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก ภายหลังเข้ารับการศึกษาจากโรงเรียนเอกชนคาทอลิกในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จากนั้นบิดาก็เปลี่ยนมานับถือศาสนาคริสต์ โดยบิดามีประสบการณ์หายโรคจากคำอธิษฐานเผื่อของคริสเตียน คุณคุณวุฒิ สมิติเมธาและพี่น้องทุกคนจึงได้รับการอบรมสั่งสอนและการขัดเกลาชีวิตในวิถีทางของคริสเตียนมาตั้งแต่เด็ก ครอบครัวของคุณคุณวุฒิ สมิติเมธา นับถือศาสนาคริสต์ทั้งครอบครัว

ในช่วงเวลาตัวเอง คริสเตียนปัตตานีและคณะมิชชันนารีได้ตัดสินใจเช่าอาคารพาณิชย์บนถนนกะลาพอ ตำบลจะบังติกอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เปิดเป็นคริสตจักรอย่างเป็นทางการขึ้นเป็นครั้งแรก ใช้ชื่อว่า **"คริสตจักรปัตตานี"** และกำหนดให้มีการประชุมอธิษฐานและนมัสการพระเจ้าเป็นประจำสม่ำเสมอในทุกวันอาทิตย์

คริสตจักรปัตตานีเจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการก่อตั้งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ตั้งแต่เมื่อปี.ศ.2510 เป็นต้นมา ผนวกกับการเติบโตของอุตสาหกรรมประมงในจังหวัดปัตตานี ส่งผลให้มีผู้คนจำนวนมากย้ายถิ่นฐานเข้ามาศึกษาและทำงานในจังหวัดปัตตานี จังหวัดปัตตานีกลายเป็นพื้นที่เปิดคนปัตตานีท้องถิ่นมีโอกาสติดต่อกับผู้คนที่ซึ่งมีภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากตนมากขึ้น

คริสตจักรปัตตานีใช้อาคารพาณิชย์ให้เช่าบนถนนกะลาพอเป็นสถานนมัสการนานประมาณสามปีก่อนจะมีผู้บริจาคที่ดินให้กับคริสตจักร เป็นที่ดินซึ่งอยู่ในซอยระเด่นอาหมัด ถนนมะรุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี คริสเตียนปัตตานีพร้อมทั้งคณะมิชชันนารีจากไอเอ็มเอฟ จึงได้ช่วยกันระดมทุนเพื่อสร้างอาคารคริสตจักรขึ้นบนที่ดินผืนนี้ และได้ตกลงใจกันที่จะเปลี่ยนชื่อคริสตจักร โดยใช้ชื่อใหม่ว่า **"คริสตจักรสัมพันธ์ร่วมพระคุณปัตตานี"** ซึ่งยังคงดำรงอยู่มาจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบันในจังหวัดปัตตานีมีคริสตจักรนิกายโปรเตสแตนต์จำนวน 5 แห่ง เรียงตามลำดับการก่อตั้งคือ คริสตจักรสัมพันธ์ร่วมพระคุณปัตตานี คริสตจักรความหวังปัตตานี คริสตจักรพระพรปัตตานี คริสตจักรร่วมเย็นปัตตานี และคริสตจักรปัตตานี

คริสตจักรทั้งหมดตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี ทำหน้าที่ทางศาสนาและเป็นศูนย์รวมของชุมชน โดยมีเพียงคริสตจักรสัมพันธ์ร่วมพระคุณปัตตานีเพียงแห่งเดียวที่มีประวัติศาสตร์การก่อตั้งคริสตจักรมาจาก

การเผยแพร่ศาสนาของคณะมิชชันนารีชาวต่างประเทศ ในขณะที่อีกสี่คริสตจักรซึ่งตั้งขึ้นภายหลังนั้นได้รับการบุกเบิกและก่อตั้งขึ้นจากคริสเตียนชาวไทย อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของคริสตจักรทั้งห้าแห่งในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานของคริสเตียนชาวไทยทั้งหมด โดยไม่มีมิชชันนารีนิกายโปรเตสแตนต์ชาวต่างประเทศหลงเหลืออยู่ในจังหวัดปัตตานี

สมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานี

องค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานีทั้งสองนิกายรวมทั้งหมดทุกแห่งมีการรวมตัวเพื่อประชุมอธิษฐานร่วมกันอยู่บ้างเป็นครั้งคราว จนกระทั่งเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลให้การรวมกลุ่มอธิษฐานเมื่อประเทศไทยและท้องถิ่นถูกจัดบ่อยครั้งมากขึ้น จากนั้นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานีได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อภาคราชการในจังหวัดปัตตานีต้องการให้องค์กรศาสนาคริสต์ต่างๆ ในจังหวัดปัตตานีร่วมกันเป็นเจ้าภาพจัดงานคริสต์มาสจังหวัด และต้องการให้มีตัวแทนของชุมชนคริสต์ในสภาวัฒนธรรมของท้องถิ่น ตลอดจนสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดปัตตานียังได้เริ่มเขียนโครงการประจำปีของทางสำนักงานให้ครอบคลุมถึงศาสนาคริสต์มากขึ้น เหล่านี้กลายเป็นเหตุผลความจำเป็นที่ผลักดันให้ชุมชนชาวคริสต์ปัตตานีจดทะเบียนจัดตั้ง "สมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานี" ขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนของชุมชนในประชาสังคมของท้องถิ่น

สมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานี ได้รับการจดทะเบียนเมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2556 โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

- (1) เพื่อก่อให้เกิดตัวแทนของคริสต์ศาสนิกชนในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ
- (2) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรและสถานนมัสการของชุมชนชาวคริสต์
- (3) เพื่อส่งเสริมความรักและสามัคคีระหว่างคริสต์ศาสนิกชนในจังหวัดปัตตานีและประเทศไทย

(4) เพื่อดำเนินการหรือร่วมมือกับองค์กรการกุศลเพื่อการกุศล และองค์กรสาธารณประโยชน์เพื่อสาธารณประโยชน์

(5) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของชุมชนคริสต์ในการประกอบการกุศลและช่วยบรรเทาทุกข์แก่สังคม ตัวอย่างผลงานที่ผ่านมาของสมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานีอาทิ

1) ร่วมเป็นเจ้าภาพจัดงานคริสต์มาสจังหวัดปัตตานี ในทุกวันที่ 25 ธันวาคมของทุกปี

2) ร่วมเป็นเจ้าภาพจัดงานเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ในทุกวันที่ 5 ธันวาคมของทุกปี

3) จัดวิทยากรรับเชิญไปบรรยายธรรมให้แก่สถาบันการศึกษา หน่วยงานทหาร และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมตามหลักการทางศาสนา สร้างขวัญกำลังใจ และเสริมสร้างความเข้าใจอันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ในสังคมพหุวัฒนธรรม

4) เข้าร่วมในเครือข่ายวัฒนธรรมจังหวัดปัตตานี เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของทางราชการและภาคประชาสังคมในโครงการต่างๆ

การได้เข้าร่วมประชุมและเข้าร่วมในกิจกรรมทางวัฒนธรรมต่างๆ ของสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดปัตตานี ทำให้ชุมชนคริสต์ปัตตานีได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาครัฐและภาคประชาสังคมและได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรข้ามวัฒนธรรมมากขึ้น

ทั้งนี้จะต้องไม่ลืมว่าองค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานีเป็นองค์กรขนาดเล็กที่สังกัดอยู่ในกำกับขององค์กรศาสนาคริสต์ขนาดใหญ่ต่างนิกายและต่างองค์กรกัน ฉะนั้นการที่จะร่วมมือกันจดทะเบียนจัดตั้งสมาคมคริสตชนจังหวัดปัตตานีขึ้นนั้น จำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบหรืออย่างน้อยไม่คัดค้านจากองค์กรต้นสังกัดเสียก่อน บทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรศาสนาคริสต์แต่ละแห่งในจังหวัดปัตตานีที่มีความแตกต่างกันไปตามนโยบายและกรอบบรรณานุกรมขององค์กรต้นสังกัด

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ชุมชนชาวคริสต์ในจังหวัดปัตตานีเป็นชุมชนขนาดเล็ก มีประวัติศาสตร์ยาวนานเกือบหนึ่งร้อยปีมาแล้ว และมีองค์กรศาสนาคริสต์จำนวนมากทำหน้าที่ทางศาสนาและเป็นศูนย์รวมของชุมชน ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นโยบายของทางราชการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาสังคมในท้องถิ่นและต้องการขยายโอกาสให้กับหุ้นส่วนทางวัฒนธรรมที่หลากหลายมากขึ้น ชุมชนคริสต์จึงได้รับการสนับสนุนโดยภาคราชการ ให้เปิดเผยตนเองต่อสาธารณะมากขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่า ด้วยลักษณะที่เปิดของชุมชนคริสต์ และลักษณะของการร่วมแรงร่วมใจกันขององค์กรศาสนาคริสต์ในจังหวัดปัตตานี ทำให้ชุมชนคริสต์ปัตตานีแม้ว่าจะมีขนาดเล็กแต่ก็มีศักยภาพเพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาและในการขับเคลื่อนความสมานฉันท์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ที่ผ่านมาชุมชนคริสต์ในจังหวัดปัตตานีไม่เคยปรากฏความขัดแย้งอย่างชัดเจนระหว่างนิกายหรือระหว่างองค์กรศาสนา อีกทั้งยังไม่เคยปรากฏการต่อต้านขัดขวางจากคนปัตตานีไม่ว่าจากมุสลิม พุทธ หรือจีน ความท้าทายของชุมชนคริสต์ปัตตานี ไม่ใช่การเป็นคนกลุ่มน้อยในพื้นที่ซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาพุทธ หากแต่เป็นการพยายามดิ้นรนต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งกฎหมายรับรองสถานภาพอย่างเป็นทางการ

ตั้งแต่ศาสนาคริสต์เข้ามาในประเทศไทยนับแต่ครั้งสมัยกรุงศรีอยุธยาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน มีกฎหมายรับรองสถานภาพทางกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติว่าด้วยลักษณะฐานะของวัดบาทหลวงโรมันคาทอลิกในกรุงเทพฯ ลงวันที่ 27 สิงหาคม ร.ศ.128 ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าอยู่หัวเพียงฉบับเดียว ซึ่งยังมีผลบังคับใช้จนถึงปัจจุบัน ไม่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน พระราชบัญญัติดังกล่าวเกี่ยวกับการถือกรรมสิทธิ์ที่ดินและการจัดสร้างวัดและสถานที่สอน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ศาสนาขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยเฉพาะ นิกายโรมันคาทอลิก รวมทั้งบัญญัติรับรองสถานะให้อัครมุขมณฑลกรุงเทพฯ และอัครมุขมณฑลท่าแร่หนองแสงเป็นนิติบุคคล ในขณะที่เดียวกัน กลับส่งผลให้องค์กรภายใต้การบังคับบัญชาของอัครมุขมณฑลทั้งสองดังกล่าวและวัดแต่ละแห่งของนิกายโรมันคาทอลิกไม่มีอำนาจที่จะกระทำการนิติกรรมใดๆ ตามกฎหมายได้ด้วยตนเอง แต่ต้องอาศัยการรับมอบอำนาจจากอัครมุขมณฑลข้างต้น นอกจากนั้นแล้ว การตีความกฎหมายฉบับนี้โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา ยังไม่ได้ให้สิทธิแก่วัดคาทอลิกที่จะขออนุญาตจัดตั้งหรือรับโอนโรงเรียนตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2525 ทั้งๆ ที่มีโรงเรียนคาทอลิกจำนวนมากในประเทศไทย และยังอาจถือว่าวัดคาทอลิกเป็นองค์กรต่างประเทศหรือมีลักษณะเป็นกิจการของต่างประเทศด้วย¹³ การตีความทางกฎหมายดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ทางกฎหมายขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาการถือกรรมสิทธิ์ที่ดินขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทย ปัญหาการจัดการศึกษาขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทย และปัญหาการตีความองค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยเป็นองค์กรต่างประเทศ (พรชัย ลิงหิ้วย, 2556)

สำหรับองค์กรศาสนาคริสต์นิกายอื่นๆ ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสถานะไว้แต่อย่างใดและรัฐยังไม่มีมาตรการใดๆ อันเป็นการส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองการดำเนินงานขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจุบันองค์กรศาสนาคริสต์นิกายต่างๆ ในประเทศไทยไม่ว่าองค์กรขนาดเล็กหรือองค์กรขนาดใหญ่

ใหญ่ต่างพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการยื่นคำร้องขอจดทะเบียนจัดตั้งมูลนิธิหรือสมาคมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ การพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ไม่แสวงหากำไรและไม่เกี่ยวข้องกับการเมืองดังกล่าว ส่งผลให้การทำความเข้าใจโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ในการบริหารและปกครองขององค์กรศาสนาคริสต์มีความสลับซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น

องค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยไม่ได้มีแนวคิดมุ่งแสวงหาอำนาจทางการเมืองหรือสร้างอิทธิพลผ่านการครอบครองทรัพย์สิน แต่มีภารกิจหลักเพื่อดำเนินงานทางศาสนาตลอดจนดำเนินงานเพื่อสาธารณกุศลและสาธารณประโยชน์แก่สังคมส่วนรวม ผู้วิจัยจึงมีความเห็นสอดคล้องกับ พรสวรรค์ ลิงหิ้วย (2556) ว่ารัฐบาลควรพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ทางกฎหมายขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทย เพื่อเป็นหลักประกันเสรีภาพทางศาสนาแก่องค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยให้สามารถดำเนินงานทางศาสนา รวมทั้งงานเพื่อสาธารณกุศลและสาธารณประโยชน์ต่อสังคมไทยโดยส่วนรวมได้เต็มศักยภาพ เพิ่มบทบาทขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและท้องถิ่นทั้งด้านกายภาพและด้านจิตวิทยาสังคมโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติและศาสนา ตลอดจนเพิ่มบทบาทของรัฐในการส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองการดำเนินงานขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทยให้มีความเป็นอิสระ อีกทั้งมีสิทธิเสรีภาพในประเด็นต่างๆ ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายอื่นบัญญัติรับรองไว้ว่าเป็นรูปธรรม

¹³ อ้างถึงใน คณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสร็จที่ 254/2528 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2528 หน้า7-15 เรื่องมีสซึ่งซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคลเพื่อถือครองที่ดินสำหรับประโยชน์มีสซึ่งตามพระราชบัญญัติว่าด้วยลักษณะฐานะของวัดบาทหลวงโรมันคาทอลิกในกรุงเทพฯตามกฎหมายร.ศ.128 จะมีสิทธิขออนุญาตจัดตั้งหรือรับโอนโรงเรียนตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2525ได้หรือไม่

บรรณานุกรม

- จอร์จ บรัดเลย์ แมคฟาร์แลนด์. (2555). *หนึ่งศตวรรษในสยาม ค.ศ.1828-ค.ศ.1928*. กรุงเทพฯ: บริษัท อินเทอร์เน็ตพับลิชชิง เอ็นเตอร์ไพรส์จำกัด.
- พรสวรรค์ ลิงห์ชัย. (2556). *บทบาทและอำนาจหน้าที่ทางกฎหมายขององค์กรศาสนาคริสต์ในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริจิต สุพันธ์. (2556). "สถานการณ์โต้แย้งเรื่องพหุวัฒนธรรมในประเทศไทย". *วารสารภาษาและวัฒนธรรม*. 32(1) : 1-30.
- ศูนย์ข้อมูลกลางทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2553). *ที่ฝั่งศพวิลันดา*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2558, จาก http://www.m-culture.in.th/moc_new/album/5875/ที่ฝั่งศพวิลันดา-ฮอลันดา/.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะประจำปีพ.ศ.2553*
- อัครสังฆมณฑลกรุงเทพฯ. (ม.ป.ป.). *คณะซาเลเซียน*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2558, จาก <http://haab.catholic.or.th/priest/priestfr/sdb.html>
- อัครสังฆมณฑลกรุงเทพฯ. (ม.ป.ป.). *พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชกับผู้แทนสมเด็จพระสันตปาปา*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2558, จาก <http://haab.catholic.or.th/photo/rama9.html>
- Brian, G. (2012). "Rising Restrictions on Religion". *International Journal for Religious Freedom*. 5(1), 20.
- OMF International. (ม.ป.ป.). *Thailand Profile*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2558, จาก <http://omf.org/asia/thailand/thailand-profile/>
- Smith, A. (1982). *Siamese Gold: The Church in Thailand*. Bangkok: Kanok Bannasan (OMF Publishers).
- Wells, K. (1958). *History of Protestant Work in Thailand 1828-1958*. Published by the Church of Christ in Thailand.



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนต่อการรับรู้
คุณค่าบทบาทมารดาในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด*

**Effect of The Use of Nursing Service Model through Integrating
Partnership Concept on Perception of Maternal Role Values among
Mothers of Children with Asthma**

สุดารัตน์ ทับทิม **
ดร.พวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์***
ดร.อาภา หวังสุขไพศาล ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลโดยผู้วิจัยออกแบบให้พยาบาลวิชาชีพร่วมมือกับมารดาเป็นรายบุคคลโดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน ใช้ระยะเวลาวิจัย 3 วัน รวมระยะในการทดลองทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด วิเคราะห์

ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed ranks test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและ รายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรขยายขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และควรขยายการใช้รูปแบบแนวคิดความเป็นหุ้นส่วน เพื่อนำไปใช้แก่มารดาที่มีบุตรที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ และหัวหน้าหอผู้ป่วยควรจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้พยาบาลสามารถเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

* วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาชัย

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

This quasi-experimental research was conducted to examine effect of nursing service model through integrating partnership concept on perceived maternal role value of asthmatic children. The sample consisted of 20 mothers of children with asthma admitted in the private hospital. There were 10 mothers in each experiment and control group. The experimental group received nursing service model based on partnership concept that the researcher developed, then trained professional nurses to implement the practice of working with mothers collaboratively and individually. Experimentation period had been one person three days and taken total for 6 weeks. Control group received a routine care. Questionnaire of perceived maternal role value of mothers having children with asthma was used for data collection before and after experimentation.

Data were analyzed by frequency, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon signed ranks test. Results revealed that, between groups, experimental group had a significant higher mean score of perceived maternal role value than the control group, both scores of total items and each dimension. Also, within the experimental group, mean score of perceived maternal role value, both scores of total items and each dimension, after experiment was higher those of that before the program. ($p < .05$). This finding suggested that nurses would expand the sample size to make strong of the result and apply this model to care for mothers with Chronic disease children. Moreover, Head nurses should provide appropriate environment promoting the application of the partnership concept in nursing service model.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหอบหืดเป็นการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่พบมากในเด็ก และบั่นทอนสุขภาพเด็กในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต (พรทิพย์ ศิริบุรณไพ์พัฒนา, 2555) การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็กๆ เป็นอย่างมาก เด็กที่มีอาการของโรคหอบหืดมากหรือบ่อย จะมีปัญหาอาหารมรณ์ จิตใจ การเรียนและการดำรงชีวิตประจำวัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554) และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจในครอบครัวเกิดความเครียดและกลัวว่าเด็กจะมีอาการหอบหืดขึ้น

(Rand & Butz, 2003; Englund, Rydstrom & Norberg, 2001) ครอบครัวส่วนใหญ่วิตกกังวลเรื่องการจัดการขณะที่เด็กมีอาการหอบหืดและมีความท้อแท้ใจ (Lai *et al.*, 2005; Brown *et al.*, 2006; Wright *et al.*, 2004) รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง (Rose & Garwick, 2003) ทำให้รบกวนการพักผ่อนนอนหลับของบิดามารดา (Wright *et al.*, 2004) การดูแลตนเองลดลง ความพอใจในครอบครัวลดลง (Svavarsdottir & Rayens, 2005) การบริการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือของมารดาควบคู่ไปด้วยเสมอ และการที่เด็กเจ็บป่วยจะมี

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว พัฒนาการของครอบครัวอาจถูกรบกวนหรือถดถอย (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2555)

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กควรเป็นการปฏิบัติที่ดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับมารดาและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีความร่วมมือที่ต่อเนื่องของบุคคลทั้ง 2 ฝ่าย มีเป้าหมายและมีการแสดงบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจ มีการยอมรับ สื่อสาร แสดงความคิดเห็น การแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล และร่วมวางแผนตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน (Sullivan, 1998) โดยพยาบาลต้องมีส่วนช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพบุตร และปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีคุณค่ากับสุขภาพบุตร โดยต้องให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของบุตรด้วย (Mercer, 1995) จากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้มารดาผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดให้ได้รับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กป่วย จะส่งเสริมให้มารดาเกิดพฤติกรรมดูแลบุตรที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพเด็ก (ยศวรวิวิร์ กิรติภักดีวัต และประนอม รอดคำดี, 2553; สุมัจฉรา มานะชีวกุล, ทศนี ประสบกิตติคุณ และพรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2555)

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลอย่างมีแบบแผน สำหรับมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนของมารดาและพยาบาล เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลกับมารดาในรูปแบบที่ชัดเจน โดยพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติหน้าที่ที่ชัดเจน ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งเน้นที่การรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา โดยนำแนวคิดความเป็นหุ้นส่วนของ Sullivan (1998) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาชุด

ของกิจกรรมในคู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลและวัดผลลัพธ์ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาโดยใช้แนวคิดของMercer (1995) เพื่อช่วยมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของบุตรที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทของมารดา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

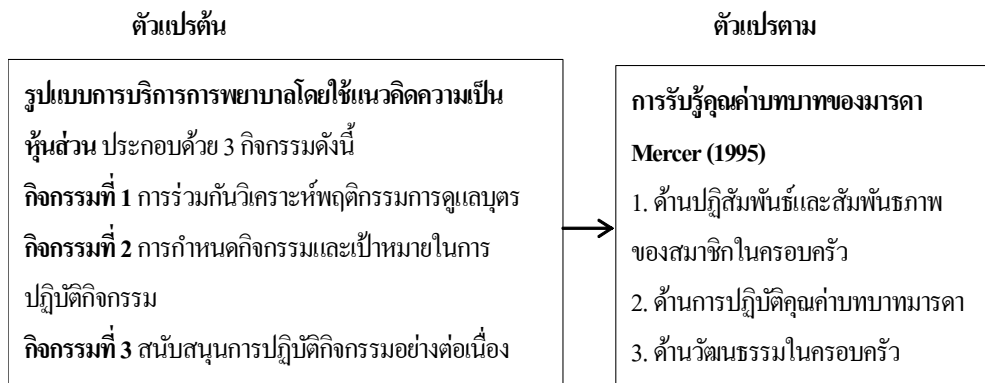
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ก่อนการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ด้วยแนวคิดความเป็นหุ้นส่วน กับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ด้วยแนวคิดความเป็นหุ้นส่วน กับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนของ Sullivan (1998) มาเป็นรูปแบบการบริการพยาบาล เนื่องจากบทบาทมารดาที่มีความสำคัญต่อบุตร เนื่องจากมารดาเป็นศูนย์กลางในชีวิตของบุตร และบุตรจำเป็นต้องพึ่งพามารดาในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ มารดาควรเข้าใจถึงความต้องการของบุตรจากพฤติกรรมที่บุตรแสดงออก

แล้วสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ตามลักษณะของการแสดงบทบาทของมารดาที่มีคุณค่าต่อบุตร (Mercer, 1995) ในสถานการณ์

การทำงานของพยาบาล พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลบุตรที่ป่วย สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาของบุตรอายุ 1-6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลมหาชัย ในจังหวัดสมุทรสาคร ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดระดับที่ 1 ถึง 3 (National Heart Lung and Blood Institute, 1997) มารดาที่มีบุตรคนแรก อายุ 17-25 ปี ไม่มีโรคประจำตัว สื่อสาร และเขียนภาษาไทยเข้าใจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 20 ราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect Size) เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรของ Glass (1976 อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเรื่อง

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด (ศิริวรรณ หุ่นท่าไม้, 2552) มีขนาดของอิทธิพลที่ได้เท่ากับ .61 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 และระดับนัยสำคัญที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน (Burn, Grove & Gray, 2013) อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีความข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เป็นโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดของจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด และกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีบุตรคนแรกที่ยังป่วยเป็นโรคหอบหืด ระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1 ถึง 3 จึงทำให้มีข้อจำกัดมากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มารับบริการย้อนหลัง (เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558) มีจำนวนเฉลี่ยเดือนละ 28 คน แต่คุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้ มีจำนวน 20 คน (สถิติโรงพยาบาลมหาชัย, 2558) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยกึ่งทดลองเรื่องผลของสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบหืด

วารสารมหาวิทยาลัยศรีเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

(นารฤตติ์ คิริไทย, 2553) ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนโรคหอบหืด 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน และในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างต้องมีความพร้อมและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงทำให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน สำหรับมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนของ Sullivan (1998) ตรวจสอบตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเนื้อหาในสาขาเฉพาะจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาระดับการพยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบโดยยึดเอาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์ คือ 3 ใน 5 ท่าน มีความเห็นว่าคุณค่าตามนั้นมีความตรง ผู้วิจัยก็จะยึดถือตามข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ นั่น หลังจากนั้นก็ให้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขภาษาและสำนวนที่ใช้ ภายใต้การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา (บุญใจ ศรีสถิตยรรณการ, 2553) สำหรับแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาในมารดาที่มีบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของมารดา

ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบันบุคคลที่ร่วมช่วยมารดาในการดูแลบุตร และจำนวนครั้งที่มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคหอบหืด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยยึดกรอบแนวคิดบทบาทมารดาของ Mercer (1995) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทของมารดา ของนภาพร วิริยะตั้งสกุล ที่สร้างขึ้นในปี 2556 โดยปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการตรวจสอบแล้ว ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการและผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาชัย เพื่อขออนุญาต ในการเก็บข้อมูลเมื่อพิจารณาตรวจสอบเป็นที่เรียบร้อย จึงดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัยว่าการศึกษานี้โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านใบยินยอมการวิจัย และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การศึกษาขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการให้บริการและการรักษาไม่มีการบังคับไม่เป็นอันตราย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการศึกษาวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และมารดาในกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง เตรียมพยาบาลศึกษาข้อมูลเบื้องต้นถึงคุณสมบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป สามารถเป็นหัวหน้าเวรได้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกพยาบาล ในกลุ่มทดลอง จัดอบรมพยาบาลในเรื่องแนวคิดความเป็นหุ้นส่วน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากรในการบรรยาย รวมทั้งการนำไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและมีความพร้อม และให้ฝึกทดลองปฏิบัติการใช้คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาล คนละ 1 ราย โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ขอความร่วมมือในการวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา (Pre-test) หัวหน้างานหอผู้ป่วยเด็ก มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการตามการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติต่อเนื่องกัน เป็นเวลา 3 วัน บันทึกข้อมูลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดทุกรายที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติและผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ในวันที่ 4 หลังจากได้ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติแล้ว 3 วัน และดำเนินการเหมือนกันในผู้ป่วยทุกรายจนได้จำนวนกลุ่มควบคุม 10 ราย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด

และตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา (Pre-test) ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และหัวหน้างานหอผู้ป่วยเด็ก มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมดำเนินการตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 วันโดยปฏิบัติการทดลองตามกิจกรรมในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่ใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน ในการดูแลมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ตามที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

วันที่ 1 ของการที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เริ่มปฏิบัติกิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์พฤติกรรมการณ์การดูแลบุตร โดยพยาบาลและมารดาด้วยกันวิเคราะห์พฤติกรรมการณ์การดูแลและส่งเสริมสุขภาพบุตรโรคหอบหืดในอดีต และสร้างความเข้าใจต่อผลการปฏิบัติ

วันที่ 2 ของการที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมที่ 2 คือการกำหนดกิจกรรมและเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมโดยพยาบาลและมารดาด้วยกันวิเคราะห์ความรู้สึกพอใจ ต่อผลดีของการปฏิบัติบทบาทมารดาโดยยึดเป้าหมายเดียวกันระหว่างพยาบาลกับมารดาในการดูแลบุตรเพื่อเพิ่มความไว้วางใจในการปฏิบัติ

วันที่ 3 ของการที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมที่ 3 สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลสนับสนุนการดำรงไว้ซึ่งกิจกรรม การมีพันธะสัญญาต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการณ์มารดาสามารถกระทำเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อบุตร

ผู้วิจัยพบพยาบาลที่ทำหน้าที่การทดลองก่อนเริ่มต้นกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมเพื่อทบทวนความรู้ในการทำกิจกรรม และในระหว่างปฏิบัติกิจกรรมได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น โดยให้คำปรึกษากับพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง สนับสนุนให้พยาบาลดำเนินการทดลองได้ตามรูปแบบที่วางแผนไว้โดยผู้วิจัยได้เข้าไปสังเกต

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

การปฏิบัติกิจกรรมตามคู่มือรูปแบบแบบไม่มีส่วนร่วม และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้คุณค่า บทบาทมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ชุดเดิม ในวันที่ 4 หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติ ตามรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิด ความเป็นหุ้นส่วนแล้ว 3 วัน และผู้วิจัยการดำเนินการ ให้มีการปฏิบัติกับกลุ่มทดลองดังที่กำหนดในรูปแบบ เหมือนกันจนได้จำนวนกลุ่มทดลอง 10 ราย

การวิจัยครั้งนี้รวมใช้ระยะเวลาในการทดลอง ทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ (ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูล ส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแน การรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน และการปฏิบัติพยาบาลตามปกติ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่า คะแนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน และหลังการปฏิบัติพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบค่า คะแนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิด ความเป็นหุ้นส่วน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.90 ปี (S.D. = 2.60) ส่วนใหญ่มี

สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่คือมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 60 อาชีพปัจจุบันคือ ไม่ได้ทำงานและทำงานคิดเป็นร้อยละ 50 เท่าๆ กัน ส่วนใหญ่บุคคลที่ร่วมช่วยมารดาในการดูแลบุตรคือบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60 จำนวนครั้งที่มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคหอบหืดส่วน ใหญ่มีจำนวน 1-3 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 90 ส่วนกลุ่ม ควบคุม อายุอยู่ใน 2 ช่วงคือ ช่วง 17-20 ปี และ 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.50 ปี (S.D. = 2.55) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิด เป็นร้อยละ 80 ระดับสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อย ละ 80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือมัธยมศึกษาตอน ปลาย คิดเป็นร้อยละ 70 อาชีพปัจจุบันคือทำงาน คิด เป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่บุคคลที่ร่วมช่วยมารดาในการ ดูแลบุตรคือบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70 จำนวนครั้งที่มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคหอบหืด คือ 1-3 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70

2. เปรียบเทียบค่า คะแนเฉลี่ยการรับรู้ คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรค หอบหืดโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้การปฏิบัติ การพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่า คะแนเฉลี่ย การรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาโดยรวมเท่ากับ 3.99 (S.D. = 0.30) มีค่า คะแนเฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ ด้าน ปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว มีค่า คะแนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (S.D. = 0.26) ด้าน การปฏิบัติคุณค่าบทบาทมารดา มีค่า คะแนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (S.D. = 0.30) และด้านวัฒนธรรมในครอบครัว มี ค่า คะแนเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 (S.D. = 0.45) ส่วนกลุ่ม ควบคุม มีค่า คะแนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา โดยรวมเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.29) มีค่า คะแน เฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ด้านปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพ ของสมาชิกในครอบครัวมีค่า คะแนเฉลี่ยเท่ากับ

4.07 (S.D. = 0.29) ด้านการปฏิบัติคุณค่าบทบาทมารดา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.29) และด้านวัฒนธรรมในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.40) เมื่อทดสอบความแตกต่างค่า

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบพบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา โดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน และกลุ่มควบคุมก่อนใช้การปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

การรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง = 10 กลุ่มควบคุม = 10			Mean	Sum of	Z	p - value
		M	S.D.	Rank	Ranks		
1.ด้านปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว	กลุ่มทดลอง	3.91	0.26	8.95	89.50	-1.193	.127
	กลุ่มควบคุม	4.07	0.29	12.05	120.50		
2.ด้านการปฏิบัติคุณค่าบทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง	4.11	0.30	8.50	85.00	-1.530	.072
	กลุ่มควบคุม	4.23	0.29	12.50	125.00		
3.ด้านวัฒนธรรมในครอบครัว	กลุ่มทดลอง	4.07	0.45	10.25	102.50	-0.191	.427
	กลุ่มควบคุม	4.15	0.40	10.75	107.50		
โดยรวม	กลุ่มทดลอง	3.99	0.30	9.20	92.00	-0.994	.177
	กลุ่มควบคุม	4.15	0.29	11.80	118.00		

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน และกลุ่มควบคุม หลังการใช้การปฏิบัติการ

พยาบาลตามปกติ พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา หลังการใช้รูปแบบในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาท ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้คุณค่าบทบาท มารดา	n = 10			Mean	Sum of	Z	p - value
		M	S.D.	Rank	Ranks		
1.ด้านปฏิสัมพันธ์และ สัมพันธ์ภาพของสมาชิก ในครอบครัว	กลุ่มทดลอง	4.61	0.41	14.25	142.50	2.850	.002
	กลุ่มควบคุม	4.14	0.21	6.75	67.50		
2.ด้านการปฏิบัติคุณค่า บทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง	4.72	0.32	14.40	144.00	2.967	.001
	กลุ่มควบคุม	4.2	0.31	6.60	66.00		
3.ด้านวัฒนธรรมใน ครอบครัว	กลุ่มทดลอง	4.81	0.28	14.50	145.00	3.056	.001
	กลุ่มควบคุม	4.23	0.31	6.50	65.00		
โดยรวม	กลุ่มทดลอง	4.73	0.29	14.70	147.00	3.178	.001
	กลุ่มควบคุม	4.19	0.30	6.30	63.00		

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่า

บทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน โดยรวมและรายด้าน (n=10)

การรับรู้คุณค่าบทบาท มารดา	การ ทดลอง			Mean	Sum of	Z	p - value
		M	S.D.	Rank	Ranks		
1.ด้านปฏิสัมพันธ์และ สัมพันธ์ภาพของสมาชิก ในครอบครัว	ก่อน	3.91	0.26	5.00	45.00	2.670	.004
	หลัง	4.68	0.41	.00	.00		
2.ด้านการปฏิบัติคุณค่า บทบาทมารดา	ก่อน	4.01	0.30	5.50	55.00	2.803	.003
	หลัง	4.72	0.32	.00	.00		
3.ด้านวัฒนธรรมใน ครอบครัว	ก่อน	4.07	0.45	6.00	54.00	2.706	.004
	หลัง	4.81	0.28	1.00	1.00		
โดยรวม	ก่อน	3.99	0.30	5.00	55.00	2.803	.003
	หลัง	4.73	0.29	.00	.00		

การอภิปรายผล

1. คະແນນເລື່ອນການຮູ້ຄຸນຄ່າບົດບາດມາຣດາ ໃນມາຣດາທີ່ມີບຸກຄົນພ່ອນໄຫຼດ້ວຍໂຣກຫອບຫິດ ຫຼັງການໃຊ້ຮູບ ແບບການບໍລິການຮູບພາບ ໂດຍໃຊ້ແນວຄິດເປັນ ຫຸ້ນສ່ວນ ສູງກວ່າຫຼັງການໃຊ້ການປຶກສາທາງການ ພາບປາກົດ ອ່ຽມມີນ້ຳສຳຄັນທາງສະຖິຕິທີ່ຮູບ .05 ອະນິຍາຍໄດ້ ວ່າຮູບແບບການວິຈັຍໃນຄັ້ງນີ້ ເປັນຮູບແບບການບໍລິການ ຮູບພາບ ໂດຍໃຊ້ແນວຄິດເປັນຫຸ້ນສ່ວນ ເກີດຈາກ ຮູບພາບລຽມມືອກກັບມາຣດາ ໃນການດູແລຜູ້ປ່ອຍເດັກໂຣ ກຫອບຫິດ ຈາກການສຶກສາພົບວ່າການສະເໜີ ໃຫ້ມາຣດາ ຜູ້ປ່ອຍເດັກໂຣກຫອບຫິດ ໃຫ້ໄດ້ຮັບຮູ້ສຸດມາຣດາໃນການດູແລ ເດັກປ່ອຍ ຈະສະເໜີ ໃຫ້ມາຣດາເກີດພຸດທິກຣມການດູແລ ບຸກຄົນທີ່ຖືກຕ້ອນ ເໝາະສົມ ຈຶ່ງຈະສະເໜີທີ່ດີສຸດສຸກພາບເດັກ (ຍສຣວິວິ ກິຣິທິກວິວັດ ແລະປະນອມ ຣອດຄຳຕີ, 2553; ສຸມັຈຈຣາ ມານະສິວິກຸລ, ທັດນີ ປະສະບັດຕິດຕູນ ແລະ ພຣຣຣຣຣຣຣຣ ແສງເພີມ, 2555) ຄວາມສາມາດໃນການດູແລ ບຸກຄົນຂອງມາຣດາຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້ ບັຈຈັຍທີ່ສຳຄັນດ້ານໜຶ່ງຄື ຄຸນພາບການດູແລຂອງບຸກຄົນທາງການແພທ໌ (ສນິການຕ໌ ສາຍຸເດສ, ເສຣິມສຣີ ສັນຕຕິ ແລະຈຣິຍາ ວິທະຍະສຸກ, 2558) ດັ່ງນັ້ນໃນງານວິຈັຍນີ້ຈຶ່ງອອກແບບໃຫ້ມາຣດາມີສ່ວນຮ່ວມ ໃນ ການດູແລ ໂດຍພາບລຽມຄຳນຶ່ງຄືຄວາມຕ້ອນຮອດ ແລະ ບັຈຈັຍທີ່ມີຜົນຕໍ່ຄວາມຕ້ອນຮອດມີສ່ວນຮ່ວມ ໃນການດູແລເດັກ ປ່ອຍຂອງຜູ້ປ່ອຍແຕ່ລະຮາຍ ໃຫ້ສະນັບສະນູນໃຫ້ ຜູ້ປ່ອຍໄດ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການດູແລເດັກປ່ອຍຊະນະເຂົ້າຮັບ ການຮັກສາໃນໂຮງພາບລຽມອ່ຽມມີສ່ວນຮ່ວມຕໍ່ຄວາມຕ້ອນ ຮອດ ຈຶ່ງຈາກການສຶກສາທີ່ຜ່ານມາພົບວ່າມີສ່ວນທຳໃຫ້ການ ຮູບພາບຜູ້ປ່ອຍເດັກເກີດປະສິທິພາບແລະມີຄຸນພາບພາກ ຂຶ້ນ (ແຂນນາ ຣັດນພິບູລຸຍ, ສິນຸດຕິ ຄະຕັດຕິຣະກຸລ ແລະ ອັຈຈຣິຍາ ປທຸມວັນ, 2553) ແລະມາຣດາເດັກປ່ອຍໃນກຸ່ມ ທີ່ໄດ້ຮັບໂປຣແກຣມການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງມາຣດາໃນການດູແລ ເດັກປ່ອຍ ມີຄວາມເສຍຫຼັງການຫລອດຕໍ່ກວ່າກຸ່ມທີ່ ໄດ້ຮັບການຮູບພາບປາກົດ (ນິຕຍາ ອິສຣ໌ໂສຕິ, 2557; ດຣຸຣິນີ ທ່ວມເພີສຣ, ສຸຣິທາ ສ່ຳມັສຊັງ ແລະສຣີພຣຣຣຣ ກັນຣວັງ, 2554) ອະນິຍາຍໄດ້ວ່າບັຈຈັຍທີ່ສຳຄັນໃນການດູແລເດັກປ່ອຍທີ່ສຳຄັນ ທີ່ສຸດໃນໂຮງພາບລຽມ ຄືການສະນັບສະນູນຊ່ວຍເຫລືອຈາກ ຮູບພາບ ນອກຈາກນີ້ການສຶກສາທີ່ຜ່ານມາຍັງພົບວ່າການມີ

ສ່ວນຮ່ວມຂອງມາຣດາໃນການດູແລເດັກເຈັບປ່ອຍເຊັບພູລັດ ມີຄວາມສົມພັນທາງບວກກັບຄວາມຮຸນແຮງຂອງໂຣກຕາມການ ຮູ້ຂອງມາຣດາ ແລະຄວາມຮູ້ຂອງມາຣດາເຖິງການເຈັບ ປ່ອຍເຊັບພູລັດຂອງເດັກ (ມຸນີສຣ ທຸລາບຸຕຣ, ສຸຣິທາ ສ່ຳມັສຊັງ ແລະພັຊຣາກຣຣຣ ອາຣິຍ໌, 2556) ບົດບາດຮູບພາບໃນການ ຊ່ວຍເຫລືອມາຣດາໃນການດູແລເດັກເຈັບປ່ອຍການວິຈັຍຄັ້ງນີ້ ຈຶ່ງອອກແບບໃຫ້ມາຣດາເຂົ້າມາມີສ່ວນຮ່ວມ ໃນການປະເມີນ ບົດບາດ ການວາງແຜນດູແລບຸກຄົນໂດຍໃຊ້ແນວຄິດເປັນ ຫຸ້ນສ່ວນ ຈຶ່ງເປັນບົດບາດຂອງຂອງຮູບພາບ ໃຫ້ພັດທະນາ ຮູບແບບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອມາຣດາ ໂດຍຄຳນຶ່ງຄືຄວາມສອດຄ່ອນ ກັບລິງແວດລ້ອມທາງຄລິນິກແລະຄວາມຕ້ອນຮອດຂອງມາຣດາ ໃນການດູແລເດັກທີ່ເຈັບປ່ອຍແລະຮັບການຮັກສາໃນໂຮງ ຮູບພາບ ເນັ້ນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງມາຣດາໃຫ້ເກີດຂຶ້ນຈຣິງ ໃນບຣິບທຂອງການດູແລ (ສຸຣາກິນັນທ໌ ພຣເລິດທວິກຸລ, ທັດນີ ປະສະບັດຕິດຕູນ ແລະພຣຣຣຣຣຣຣ ແສງເພີມ, 2556)

ໃນກຸ່ມທີ່ໄດ້ຮັບຮູບແບບການປຶກສາທາງການ ຮູບພາບ ຕາມປາກົດ ເມື່ອມາຮັບການຮັກສາທີ່ໂຮງພາບລຽມ ສ່ວນໃຫຍ່ ຜູ້ດູແລເດັກມັກໄດ້ໃຊ້ມາຣດາ ເນື່ອງຈາກມາຣດາຕ້ອນຮອດທຳງານ ຮູບພາບຈຶ່ງໄດ້ມີການພຸດທະຍາຫຼືອຸປະກອນເພື່ອການ ທຳກິຈຣຣມຕ່ຳໆ ຮ່ວມກັບມາຣດາ ຮູບພາບໃຫ້ການ ຮູບພາບຕາມສະພາບຂອງຜູ້ປ່ອຍເດັກແລະບົດບາດທີ່ພົບ ຫຼື ໃຫ້ການດູແລຕາມແຜນການຮັກສາຂອງແພທ໌ ໂດຍມີໄດ້ເນັ້ນ ຄືຄວາມສາມາດແລະຄວາມຮູ້ຂອງມາຣດາໃນການດູແລບຸກ ຮູບພາບ ຮູບພາບຈຶ່ງເປັນຜູ້ໃຫ້ການດູແລຜູ້ປ່ອຍເດັກ ຝ່າຍເດີຍ ໂດຍໄດ້ນຳຄຣອບຄຣັວຂອງຜູ້ປ່ອຍເຂົ້າມາຮ່ວມ ດູແລ (ມັດຕິກາ ທຸພານຕ໌, 2553) ມີການໃຫ້ຄຳແນະນຳກັບ ມາຣດາຕາມໂອກາສ ຈຶ່ງທຳໃຫ້ຄະແນນການຮູ້ຄຸນຄ່າ ບົດບາດມາຣດາຕໍ່ມາ ມາຣດາທີ່ມີບຸກຄົນພ່ອນໄຫຼດ້ວຍໂຣ ກຫອບຫິດ ຫຼັງການໃຊ້ຮູບແບບການບໍລິການຮູບພາບ ໂດຍ ໃຊ້ແນວຄິດເປັນຫຸ້ນສ່ວນ ເນື່ອງຈາກມາຣດາກຸ່ມນີ້ ມີ ການອຸປະກອນໃນການທຳກິຈຣຣມຕ່ຳໆ ອ່ຽມມີແບບແຜນທີ່ ເນັ້ນອອນ ມີການກຳນົດພຸດທິກຣມການດູແລແລະສະເໜີ ສຸກພາບຂອງບຸກຄົນ ທຳໃຫ້ມາຣດາຂອງຜູ້ປ່ອຍເດັກແລະ ຮູບພາບລຽມກັນຮັບທຣາບວ່າພຸດທິກຣມໃດບວກຮ່ວມ ຫຼື ໄດ້ຖືກຕ້ອນ ພຸດທິກຣມໃດທີ່ທຳໄດ້ດີ ພຸດທິກຣມໃດທີ່ຕ້ອນ ແກ້ໄຂ ເມື່ອຮູບພາບໄດ້ປະເມີນພຸດທິກຣມຕ່ຳໆ ຂອງ ມາຣດາ ຈຶ່ງຈະໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແລະແນະນຳຕາມສະພາບ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ปัญหาของมารดาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น จึงส่งเสริมมารดาให้สามารถดูแลบุตรได้ดียิ่งขึ้นด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกของมารดาต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในการเลี้ยงดูบุตร การที่มารดาสามารถดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมนั้นได้บูรณาการเข้ากับชีวิตประจำวัน คือเน้นการส่งเสริมสุขภาพของบุตร ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกพอใจต่อผลสำเร็จ ทำให้มารดาเกิดการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา (นภาพร วิริยะตั้งสกุล, 2556)

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา ระยะหลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 อธิบายได้ว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ทดลอง คือมารดาวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีบุตรคนแรก ซึ่งมารดาในกลุ่มนี้ยังขาดความรู้ประสบการณ์และทักษะในการดูแลบุตร ตลอดจนสถานการณปัจจุบัน จะอาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว มารดาต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรโดยลำพัง ทำให้เกิดความเครียด ความคลุมเครือในบทบาท (สุภาวดี เครือโชติสกุล และสุมิตรา สว่างทุกข์, 2552) ส่งผลกระทบมากมายทางด้านร่างกายและจิตใจ (พีระยุทธ สาณกุล และเพ็ญจิตต์ ธารไพโรสานนท์, 2551) ทำให้ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาน้อยกว่าหลังการใช้รูปแบบ เนื่องจากมารดาในกลุ่มนี้ต้องการการดูแลและให้คำแนะนำจากพยาบาล ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุตร

ดังนั้น เมื่อนำรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน มาปฏิบัติกับมารดาในกลุ่มนี้ หลังการทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาสูงขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล โดยเปิดโอกาสมารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม หลังทดลองทำให้มีคะแนนเฉลี่ยบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่าก่อนการทดลอง (พิมพ์ศิริ พรหมใจษา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และจันทรวรรตน์ เจริญสันติ, 2557) เมื่อมารดาารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนสอดคล้องจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (เพ็ญญา รักดีวงศ์, 2548) โดยพยาบาลต้องประเมินความสามารถในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา พร้อมทั้งส่งเสริมให้มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อสามารถแสดงบทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างเหมาะสม (ราตรี คงเจริญ, 2553) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้มารดาปฏิบัติบทบาทมารดาด้วยความเต็มใจ ก็จะเกิดเป็นวัฒนธรรมในครอบครัว เมื่อมารดาเข้ามามีส่วนร่วม และสามารถดูแลบุตรป่วย แก้ปัญหาแก่บุตร มารดาก็จะเกิดความรู้สึก และส่งผลต่อการรับรู้บทบาทมารดา จึงทำให้มารดามีการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดาเพิ่มขึ้น (นภาพร วิริยะตั้งสกุล, 2556) และการมีส่วนร่วมของพยาบาลและมารดาในการดูแลบุตร ทำให้มารดาที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติ การดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ และเกิดความปลอดภัยกับบุตรมากขึ้น (ฉวีภา ปฐมอารีย์, 2551; ภาคินี สุขสถาพรเลิศ, 2555) รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุตรเฉพาะบุคคล ช่วยให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของบุตรประสบความสำเร็จได้ และสามารถตอบสนองความต้องการของมารดา สามารถทำให้มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด รับรู้ถึงคุณค่าบทบาทมารดาสูงขึ้น ดังอธิบายไว้ในข้อที่ 1

สรุปรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เพิ่มความสามารถในการแสดงคุณค่าบทบาทมารดา โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรในทุกกิจกรรม สามารถทำให้มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด เกิดการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา เกิดความเชื่อมั่นและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดา นำไปสู่กระบวนการคิด และกระบวนการแสดงออก

ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ทำให้บุตรมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการบริการการพยาบาลแก่เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดที่ใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน ปรึกับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจ ทุกกลุ่มอายุและกับมารดาทุกกลุ่มอายุ

2. นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งมีมารดาวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อเป็นการพัฒนางานบริการการพยาบาลและส่งเสริมการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา

3. ในด้านการศึกษาอาจารย์ควรเน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดความเป็นหุ้นส่วน ไปช่วยส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดามากขึ้น โดยร่วมกันพัฒนารูปแบบความช่วยเหลือให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีความหลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทของมารดาทั้งในชุมชน และโรงพยาบาล เพื่อให้การมีส่วนร่วมของพยาบาลเกิดขึ้นจริงในบริบทการดูแล

4. หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรจัดสภาพแวดล้อมและยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยมของมารดาที่เอื้อให้พยาบาลสามารถเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น การจัดให้มีสถานที่พูดคุยกันระหว่างพยาบาลและมารดาและครอบครัว รวมถึงการจัดสื่อการสอนที่เหมาะสม การขยายเวลาเยี่ยม เพื่อให้มารดาที่ทำงานเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบการวิจัยนี้ไปใช้ครั้งต่อไป ควรมีการวัดความรู้ของพยาบาลหลังการอบรม ก่อนการปฏิบัติตามโปรแกรม เพื่อให้มั่นใจว่าพยาบาลมีความรู้เพียงพอที่จะนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และ

2. ควรนำรูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากในสภาพปัจจุบัน มารดามีโอกาสที่จะทำงานนอกบ้านมากขึ้น การดูแลเด็กจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล

3. เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ให้สามารถทดสอบได้ดี (Parametric Statistic)

บรรณานุกรม

- เขณา รัตน์พิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และอัจฉริยา ปทุมวัน. (2553). "การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล". *รามาศิษตีพยาบาลสาร*. 17(2) : 232-247.
- ชนิกานต์ ชาญเดช, เสริมศรี สันตติ และจริยา วิทยะศุภร. (2558). "ปัจจัยทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกในเขตกรุงเทพมหานคร". *รามาศิษตีพยาบาลสาร*, 21(1) : 21-37.
- ณัฐิกา ปฐมอารีย์. (2551). *การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดรุณี ท่วมเพชร, สุธิศา ล่ามช้าง และศรีพรรณ กันชวัง. (2554). "ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม". *พยาบาลสาร*, 38(3) : 61-72.
- นภาพร วิริยะตั้งสกุล. (2556). *ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- นารฤดี ศิริไทย. (2553). *ผลของสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบหืด*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา อิศโรชิต. (2557). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดาเด็กป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5 . กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต มีเดีย.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก*. . นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- พิมพ์ศิริ พรหมใจษา, กรรณิการ์ กันธรักษา และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2557). "ผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น". *พยาบาลสาร*. 41(2) : 97-106.
- พีระยุทธ สาณกุล และเพียงจิตต์ ชาร์ไพโรสถานต์. (2551). "ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6". *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 3(1) : 97-102.
- เพ็ญภา กักตึงค์. (2548). *การพัฒนาโมเดลความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของทฤษฎีเมอร์เซอร์ในมารดาไทยติดเชื่อ เอช ไอ วี*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภาคินี สุขสถาพรเลิศ. (2555). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของมารดาวัยรุ่น
หลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มณีนีสร ตูลาบุตร, สุธิตา ล่ามช้าง และพัชราภรณ์ อารีย์. (2556). "การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็ก
เจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว
และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง". *พยาบาลสาร*. 40(1) : 102-114.
- มัตติกา เทพยานต์. (2553). ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดครอบครัว
เป็นศูนย์กลางและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียมต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา
ของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ราตรี คงเจริญ. (2553). ปัจจัยด้านการเป็นมารดากับการแสดงบทบาทมารดาของวัยรุ่นหลังคลอด ที่เลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (2555). ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยศรวีร์ กীরติกวัด และประนอม รอดคำดี. (2553). "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
พฤติกรรมกรมการดูแลบุตรของมารดาในการป้องกันกำเริบเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรวัยหัดเดิน".
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 22(1-3) : 82-93.
- ศิริวรรณ หุ่นท่าไม้. (2552). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการ
ดูแลบุตรโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด. *เพชรบูรณ์* : บุญเดิน.
- สถิตีโรงพยาบาลมหาชัย. (2558). เวชระเบียนและงานสถิติโรงพยาบาลมหาชัย. ม.ป.ท.
- สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล, ทศนี ประสภกิตติคุณ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2556). "ปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล".
วารสารพยาบาลศาสตร์. 31(1) : 59-69.
- สุภาวดี เครือโชติกุล และสุमितตา สว่างสุข. (2552). "เปรียบเทียบความเครียดในบทบาทระหว่างมารดา
วัยรุ่นกับ มารดาผู้ใหญ่". *วารสารเกื้อการุณย์*. 16(2) : 75-89.
- สุมัจฉา มาณะชีวกุล, ทศนี ประสภกิตติคุณ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2555). "ปัจจัยทำนายความเครียด
ของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก". *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*.
30(1) : 53-62
- Brown, E. S., Gan, V., Jeffress, J., Mullen-Gingrich, K., Khan, D. A., Wood, B. L., et al. (2006).
"Psychiatric symptomatology and disorders in caregivers of children with
asthma. *Pediatrics*". 118(6) : 1715-1720

- Burns, N., Grove, S. K. & Gray, J.R. (2013) . *The practice of nursing research: Conduct, Critique, and Utilization* (7th ed.). Missouri : Elsevier Saunders.
- Englund, A. D., Rydstrom, I., & Norberg, A. (2001). "Being the parent of a child with asthma". *Journal of Pediatric Nursing*. 27(4) : 365-375.
- Lai, K. Y., Lam, K. K. L., Lam, S. C., Tang, A .C. W., Yeung, L. K. K., Wong, M. C. S., et al. (2005) . "Exploring parents' understanding and concerns on self-management of childhood asthma". *Hong Kong Practitioner*, 27(5) : 172-178.
- Mercer, R.T. (1995). Maternal Role Attainment-Becoming a Mother. In Tomey, A.M. & Alligood, M.R. *Nursing theorists and their work* (7 ed.). (pp. 581-598). Missouri : Mosby.
- National Institute of Health, National Heart Lung and Blood Institute. (1997). "Guideline for the diagnosis and management of asthma". *Pediatric Asthma Allergy & Immunology*. 11(3) : 15-97.
- Rand, C. S., & Butz, A. M. (2003) . "Psychosocial factors in chronic asthma. In K. B. Weiss, S. D. Buist, & S. D. Sullivan (Ed.)". *Asthma's impact on society. The social and Economic Burden* : 181-217.
- Rose, D., & Garwick, A. (2003). "Urban American Indian family caregivers' perceptions of barriers to management of childhood asthma". *Journal of Pediatric Nursing*. 18 (1) :2-11.
- Svavarsdottir, E. K., & Rayens, M. K. (2005). "Hardiness in families of young children with Asthma". *Journal of Advanced Nursing*. 50(4) : 381-390.
- Sullivan, Toni J. (1998). *Collaboration: A health care Imperative*. New York : The McGraw Hill.
- Wright, R. J., Mitchell, H., Visness, C. M., Cohen, H., Stout, J., Evans, R., et al. (2004). "Community violence and asthma morbidity: The inner-city asthma study". *American Journal of Public Health*. 94(4) : 625-632.



**ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู
เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21***
**The Effectiveness of the Teacher Professional Development Program
for Developing the Competencies of Music Teachers in the 21st Century**

อาทิตย์ โพธิ์ศรีทอง**
ดร.รจนา คลีฉายา***
ดร.ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นครูดนตรีในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 แบบประเมินทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 แบบประเมินเจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ต่อหลักสูตรฝึกอบรม และแบบประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ทั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้สถิติทดสอบแบบ T-Test for dependent samples

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้ารับการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลการประเมินทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อยู่ในระดับมาก และผลการประเมินเจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีอยู่ในระดับมาก

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**นิสิตปริญญาเอก สาขาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***อาจารย์ประจำสาขาวิชาการมัธยมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

****รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness of the teacher professional development program for developing the competencies of music teachers in the 21st century. This study was one group quasi experimental research. Samples of the research were 15 music teachers in the Bangkok using a purposive sampling.

Research instruments included: a knowledge test about music learning in the 21st century; evaluation of competencies; attitude evaluation; an evaluation of the ability to organize music learning activities in the classroom, and a satisfaction evaluation of the students toward the music learning activities organized by the trainees. The data were analyzed using percentage,

means, standard deviation, and pre-test and post-test. Furthermore, a T-Test was used to conduct a dependent sample statistical test.

The findings were that: the average score of the trainees was higher after than before the training at a statistically significant .05 level. Both learning management skills and attitude evaluation were found to be high which was higher than before the trial. The overall satisfaction after the training was statistically significant. As for the ability in arranging the activities in the music class, the results of both first and second evaluations were also significant along with the result of the overall satisfaction of the students toward the performance of the trainees in conducting the musical activities.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ผลจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรวมถึงแนวความคิดเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ส่งผลทำให้กระบวนการทางการศึกษามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยในปัจจุบันการจัดการศึกษาทุกระดับเน้นให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะทางการคิดขั้นสูง เช่น การคิดสร้างสรรค์ การคิดแก้ปัญหา การคิดแบบมีวิจารณญาณ เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ การมีทักษะทางสังคม ซึ่งหมายถึงทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น การรู้จักปรับตัว เข้าใจมารยาททางสังคม และการเรียนรู้ภายใต้วัฒนธรรมที่แตกต่าง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้แนวโน้มของการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียน จำเป็นต้องบูรณาการศาสตร์ต่างๆ เข้ากับชีวิตจริง ทำให้

การเรียนรู้มีความหมายต่อผู้เรียน ผู้เรียนจะเห็นคุณค่าและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งถือเป็นการเตรียมผู้เรียนในการศึกษาต่อในระดับชั้นที่สูงขึ้น เกิดการเพิ่มโอกาสการทำงานในอนาคต เพิ่มมูลค่าและสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศชาติได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ จากแนวคิดดังกล่าวได้สะท้อนถึงปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นอยู่อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน เพราะกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลกได้ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างไปในหลายๆ ด้าน ด้วยเหตุนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จึงควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมประชากรของตนเอง ให้มีความรู้ ทักษะ และความพร้อมต่อการเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมแห่งการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเท่าทัน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) อย่างไรก็ตาม

ทักษะสำคัญเพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จะสามารถเกิดขึ้นได้โดยสมบูรณ์ ก็ต่อเมื่อมีครูเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะต่างๆ อย่างมีคุณภาพ เพราะครูผู้สอนถือเป็นกลไกสำคัญ และเป็นหัวใจของระบบการจัดการศึกษา เพราะคุณภาพของครูผู้สอนจะสะท้อนถึงคุณภาพทางการศึกษาทั้งในระดับโรงเรียนและในระดับชาติ ดังนั้น การสนับสนุนให้ครูผู้สอน มีทักษะและความรู้ในการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก็จะสามารถช่วยส่งผลทำให้ผู้เรียนมีคุณภาพและมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

สำหรับวิชาดนตรีศึกษานั้น จัดเป็นวิชาหนึ่งในกลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะที่ถูกรรจรวไว้ในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 เป็นวิชาที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเป็นมนุษย์ให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมและขัดเกลาจิตใจของผู้เรียนให้มีความอ่อนโยน เกิดสุนทรียศาสตร์ มีความซาบซึ้งและเห็นคุณค่าของงานศิลปะด้านต่างๆ รวมถึงเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์อันดีที่ก่อให้เกิดความรัก ความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของผู้คนในสังคม ดังนั้น วิชาดนตรีศึกษา จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือหนึ่งทางสังคมที่สามารถสื่อสารและเชื่อมโยงอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและจินตนาการของผู้คนจากทุกเชื้อชาติเข้าด้วยกันได้อย่างแยบยล (ณรุทธิ์ สุทธิจิตต์, 2555) โดยกระบวนการดังกล่าวนี้ จะถูกถ่ายทอดและปลูกฝังไปยังผู้เรียนผ่านการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ดำเนินการจัดการเรียนรู้ ที่ส่งเสริมความรู้ทางด้านดนตรีและทักษะปฏิบัติ โดยมีหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 เป็นตัวกำหนดทิศทางการศึกษาที่สำคัญในการจัดการเรียนรู้ ทั้งนี้ ครูดนตรีจะต้องมีความตระหนักและคำนึงถึงแนวทางการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีที่สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 ควบคู่อยู่เสมอ ซึ่งแนวทางการจัดการเรียนรู้นี้ดังกล่าวเน้นเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับครูดนตรีทุกคน เพราะการสอนดนตรีที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะต้องเปลี่ยนแปลงไปทั้งรูปแบบวิธีการสอน วิธีการคิด เนื้อหา

สาระความรู้และการใช้สื่อเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของครูดนตรีให้มีศักยภาพที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามครูดนตรีจะสามารถดำเนินการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 ให้กับผู้เรียนได้นั้น ครูดนตรีจะต้องมีทักษะการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อน ซึ่งทักษะสำคัญอันดับแรกที่ครูดนตรีจะต้องมีก็คือ ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ (Computing skill) ซึ่งรวมถึงการใช้สื่อและเทคโนโลยีต่างๆ ทั้งนี้ เนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบัน ครูทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในห้องเรียนได้ ดังนั้น การนำเอาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี จึงนับเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความจำเป็นมาก

นอกจากนี้ ทักษะการประสานความร่วมมือ (Collaborative skill) ในวิชาดนตรี ก็ถือว่ามีค่ามากเช่นกัน เพราะวิชาดนตรีเป็นวิชาที่มุ่งส่งเสริมและสร้างความร่วมมือให้กับหมู่คณะ ดังนั้น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างนักเรียนกับนักเรียน หรือนักเรียนกับครูผู้สอน จะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือ ความสามัคคีและสามารถบรรลุเป้าหมายเดียวกันได้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ครูดนตรีถือเป็นผู้ที่มีบทบาทอันสำคัญ ที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 รวมทั้งเกิดการบรรลุผลและประสบความสำเร็จในการศึกษาวิชาดนตรีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ เพราะครูดนตรีถือเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการกำหนดทิศทางการศึกษาในวิชาดนตรีของผู้เรียน ดังนั้น ครู จึงเปรียบเสมือนศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะคุณภาพของครูจะถูกสะท้อนออกมาจากผู้เรียน ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความตระหนักและเห็นคุณค่าของครูผู้สอนวิชาดนตรี ซึ่งเป็นวิชาเฉพาะทางที่ครูปกติทั่วไปไม่สามารถสอนได้อย่างลึกซึ้ง โดยจะต้องเร่งสร้างและพัฒนาครูดนตรีที่มีอยู่ในปัจจุบันให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการสอน และองค์ความรู้ในศาสตร์ทางด้านดนตรี

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

แต่จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกลับพบถึงปัญหาที่สำคัญและจำเป็นที่จะต้องเร่งแก้ไขก็คือครูดนตรีขาดคุณภาพทางการจัดการศึกษา อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากครูขาดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีที่ถูกต้อง ขาดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาสาระทางดนตรี ขาดทักษะทางดนตรี ขาดประสบการณ์ทางการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี รวมถึงขาดการสนับสนุนให้เข้ารับฝึกอบรมทางด้านดนตรี ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้ถูกนำเสนอผ่านงานวิจัยเชิงสำรวจของสันติ ยัมปลี้ม (2556) ซึ่งได้ทำการสำรวจครูผู้สอนวิชาดนตรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาลำปาง เขต 3 จำนวน 60 คน พบว่า ครูดนตรีในโรงเรียนส่วนมาก ขาดความเข้าใจในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 โดยมีปัญหาอยู่ในระดับมาก และความรู้ทางด้านเนื้อหาสาระทางด้านดนตรี พบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้ที่เกี่ยวกับทักษะทางด้านดนตรี พบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้ จากปัญหาที่พบล้วนเกิดจากตัวครูผู้สอนดนตรีขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดทักษะทางด้านดนตรี ทำให้กระบวนการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้เรียนเป็นไปในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง และไม่สอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจในด้านการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 ซึ่งจากเหตุผลที่กล่าวมาล้วนมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไข

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ขึ้น เพื่อศึกษาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพการจัดการเรียนรู้ของครูดนตรีให้สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 โดยใช้กระบวนการฝึกอบรมมาเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ผลสำเร็จของการวิจัยจะช่วยส่งเสริมสมรรถนะให้ครูผู้สอนวิชาดนตรี เกิดความรู้ความเข้าใจ มีทักษะทางการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี

อย่างถูกต้อง เกิดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และสามารถจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีได้อย่างหลากหลาย สอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 อันจะนำมาสู่กระบวนการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียนที่ดีมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการฝึกอบรม คือ ครูดนตรีในโรงเรียน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจความพึงพอใจ ต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม คือ นักเรียนที่เรียนวิชาดนตรีกับผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรม 1 คน จะใช้นักเรียน 10 คน เพื่อทำการประเมินความพึงพอใจ โดยการคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ทั้งนี้ จะทำให้มีนักเรียนที่ร่วมทำการประเมินครูผู้สอนดนตรีรวมทั้งสิ้น 150 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ หลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในศตวรรษที่ 21

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย

2.2.1 ความรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

2.2.2 ทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

2.2.3 เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้อทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

2.2.4 ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

2.2.5 ความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

3. ขอบเขตทางด้านเนื้อหาประกอบด้วย

3.1 หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551

3.2 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรี

3.3 การใช้เทคโนโลยีเพื่อการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียน

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรมคือ 18 ชั่วโมง หรือ 3 วัน โดยพิจารณาจากจำนวนหน่วยฝึกอบรม เนื้อหาสาระ กิจกรรมการฝึกอบรม รวมถึงความต้องการของผู้เข้ารับการฝึกอบรม นอกจากนี้ หลังการฝึกอบรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยยังได้มีการลงพื้นที่ติดตามผล ณ โรงเรียนที่ตั้งของผู้เข้ารับการฝึกอบรมทุกคน จำนวน 2 ครั้ง โดยทำการติดตามผลทุกสัปดาห์ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

นิยามตัวแปร

หลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 หมายถึง เครื่องมือสำหรับจัดการศึกษาระยะสั้นให้กับครูดนตรี เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 และแนวทางการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 โดยเนื้อหาสาระของหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วย 1) หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรี และ 3) การใช้เทคโนโลยีเพื่อการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียน

ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 หมายถึง ความสำเร็จที่บรรลุตามจุดประสงค์ของการหาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ประกอบไปด้วย

1.ความรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 หมายถึง ความรู้เรื่องหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ ผลการประเมินหลังการฝึกอบรมจะต้องสูงกว่าก่อนฝึกอบรม

2.ทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 หมายถึง ทักษะการออกแบบแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ทักษะการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียน และทักษะการวัดประเมินผลการเรียนรู้ ทั้งนี้ ผลการประเมินทักษะทั้ง 2 ครั้ง ผลโดยรวมจะต้องมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากขึ้นไป

3.เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 หมายถึง ระดับความรู้สึกและแนวโน้มทางด้านพฤติกรรมที่มีต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้ ผลการประเมินเจตคติหลังการฝึกอบรม โดยรวมจะต้องมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากขึ้นไป

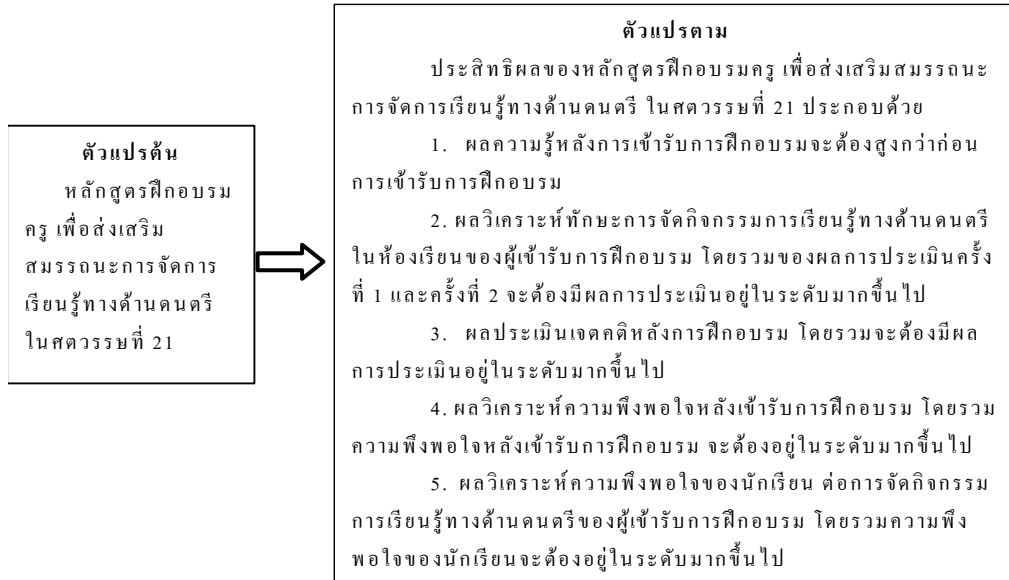
4. ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม หมายถึง ระดับความรู้สึกที่สะท้อนถึงการยอมรับในประโยชน์และคุณค่าของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ในด้านความสามารถของวิทยากร ด้านการดำเนินการฝึกอบรมและด้านการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ทั้งนี้ ผลการประเมินโดยภาพรวมจะต้องอยู่ในระดับมากขึ้นไป

5. ความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม หมายถึง ระดับความรู้สึกของนักเรียนต่อครูผู้สอน ที่สะท้อนถึงการยอมรับในประโยชน์และคุณค่าของการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ในด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านสื่อและอุปกรณ์การสอน และด้านการวัดและประเมินผล ทั้งนี้ โดยภาพรวมของความพึงพอใจของนักเรียนจะต้องอยู่ในระดับมากขึ้นไป

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งขั้นตอนของการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการ

1.1 ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 2) หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2513) แนวคิดและหลักการทางด้านดนตรีศึกษา 4) แนวคิดและทฤษฎีการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี 5) แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ 6) แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในศตวรรษ 21

1.2 สสำรวจความต้องการของครูดนตรี ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 139 คน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) พร้อมนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อกำหนดองค์ประกอบของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในศตวรรษที่ 21

ขั้นที่ 2 การพัฒนาร่างหลักสูตรฝึกอบรม

2.1 ดำเนินการพัฒนาาร่างหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พร้อมจัดทำแผนประกอบการฝึกอบรม เอกสารการฝึกอบรม เครื่องมือวัดและประเมินผล รวมถึงจัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม

2.2 ดำเนินการจัดประชุมสัมมนาของผู้เชี่ยวชาญกลุ่ม (Connoisseurship) โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญต่างกันในแต่ละด้าน มาทำการวิพากษ์ร่างหลักสูตรฝึกอบรมที่ได้พัฒนาขึ้น

2.3 นำร่างหลักสูตรฝึกอบรมที่ผ่านการวิพากษ์มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ พร้อมส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ ทำการประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของร่างหลักสูตรฝึกอบรม

ขั้นที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรม

3.1 ดำเนินการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในศตวรรษที่ 21 กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน โดยทุกคนเป็นครูผู้สอนดนตรีศึกษา

ในโรงเรียน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ก่อนการฝึกอบรม ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงถึงที่มาและวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม พร้อมทำการวัดความรู้จากผู้เข้ารับการฝึกอบรมก่อนการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนด จากนั้นทำการการฝึกอบรมตามแผนการฝึกอบรมที่ได้วางไว้โดยใช้ระยะเวลาฝึกอบรมทั้งสิ้น 18 ชั่วโมง หรือ 3 วัน โดยหลังการฝึกอบรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการวัดความรู้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านความรู้ ความเข้าใจก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรม จากนั้นดำเนินการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ต่อการเข้ารับการฝึกอบรม

3.2 ดำเนินการติดตามผล ณ โรงเรียนที่ตั้งของผู้เข้ารับการฝึกอบรม เพื่อประเมินทักษะการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในห้องเรียน และเจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พร้อมดำเนินการประเมินความพึงพอใจของนักเรียนต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรีของผู้เข้ารับการฝึกอบรม เพื่อศึกษาความรู้สึกลึกของนักเรียนที่มีต่อตัวผู้เข้ารับการฝึกอบรมด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน โดยใช้นักเรียนที่เรียนวิชาดนตรีศึกษากับผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

ขั้นที่ 4 ประเมินและปรับปรุงหลักสูตร

4.1 นำผลจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรม มาดำเนินการพิจารณาจัดหมวดหมู่ พร้อมบันทึกข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์ ประกอบด้วย

4.1.1 แบบวัดความรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

4.1.2 แบบประเมินทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

4.1.3 แบบประเมินเจตคติต่อการจัดการเรียน

รู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

4.1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ต่อหลักสูตรฝึกอบรม

4.1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของนักเรียนต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

4.2 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณค่าทางสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้สถิติทดสอบแบบ T-Test for dependent samples พร้อมทำการสรุปผลการวิจัย

4.3 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรมในรายละเอียดต่างๆ เพิ่มเติม เพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมมีความถูกต้องสมบูรณ์มากที่สุด โดยเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรม พิจารณาจากเกณฑ์บ่งชี้ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรม ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหา และความต้องการเพิ่มเติมระหว่างการเรียนรู้ของครูผู้เข้าอบรม เพื่อให้สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และความต้องการของครูดนตรีมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ครั้งนี้ เป็นการนำเอาหลักสูตรฝึกอบรมที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และพัฒนาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ มาดำเนินการทดลองตามแผนการวิจัยที่กำหนดไว้โดยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1.การวัดความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรม มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการทางด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คนโดยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนี้

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรม

การทดสอบความรู้	N	\bar{X}	S.D.	t	p - value
ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม	15	28.80	1.57	18.65**	.05
หลังเข้ารับการฝึกอบรม	15	37.47	0.92		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1. ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรมพบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบวัดความรู้ต่อหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 หลังเข้ารับการฝึกอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การประเมินทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลการนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยเป็นการติดตามผลหลังเข้ารับการฝึกอบรม ณ โรงเรียนที่ตั้งของผู้เข้ารับการฝึกอบรม จำนวน 2 ครั้ง โดยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

รายการประเมิน	ผลการวิเคราะห์ ครั้งที่ 1			ผลการวิเคราะห์ ครั้งที่ 2		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ด้านการออกแบบแผนการจัดการเรียนรู้	4.30	0.47	มาก	4.62	0.30	มากที่สุด
2. ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	4.06	0.62	มาก	4.38	0.51	มาก
3. ด้านการวัดและประเมินผลการเรียนรู้	4.00	0.53	มาก	4.42	0.37	มาก
รวม	4.12	0.56	มาก	4.47	0.39	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า ภาพรวมของผลการประเมินครั้งที่ 1 มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.56) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลการประเมินอยู่

ในระดับมากและภาพรวมของผลการประเมินครั้งที่ 2 มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการออกแบบแผนการจัดการเรียนรู้ มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านที่เหลืออยู่ในระดับมาก

3. การประเมินเจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ มีต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยสามารถนำเสนอผลการ ระดับของความรู้สึกและแนวโน้มทางด้านพฤติกรรมที่ วิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

รายการประเมิน	เจตคติหลังการฝึกอบรม		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1 ด้านหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551	4.33	0.47	มาก
2 ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางด้านดนตรี	4.25	0.32	มาก
3 ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียน	4.36	0.42	มาก
รวม	4.31	0.40	มาก

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่าเจตคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ที่มีต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 โดยภาพรวมหลังการฝึกอบรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.40) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้าน มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก

4. การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีต่อหลักสูตรฝึกอบรม มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาถึงความรู้สึก ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในประเด็นอื่นๆ ที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องการให้เพิ่มหรือปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมในหลักสูตร โดยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนี้

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ต่อหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1 ด้านเนื้อหาในการฝึกอบรม	4.36	0.37	มาก
2 ด้านความสามารถของวิทยากร	4.41	0.46	มาก
3 ด้านการดำเนินการฝึกอบรม	4.16	0.47	มาก
4 ด้านการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม	4.56	0.47	มาก
รวม	4.36	0.44	มาก

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจ หลังเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ใน ศตวรรษที่ 21 พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจหลังเข้ารับการฝึกอบรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.44) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก

สำหรับประเด็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม พบว่า 1) อยากให้มีการจัดฝึกอบรมในลักษณะนี้ อีกในหลายๆ พื้นที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ครูดนตรีในพื้นที่อื่นๆ ได้มีการพัฒนาตนเอง

มากขึ้น 2) อยากให้มีการจัดฝึกอบรมในเนื้อหาสาระ ด้านอื่นๆ 3) อยากให้มีการเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้มากขึ้น และ 4) ระยะเวลาของการฝึกอบรม มีความเหมาะสมดี แต่อยากให้มีการจัดฝึกอบรมในช่วงปิดภาคการศึกษา เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับภาระงานประจำ

5. การประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีของผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกของนักเรียนที่มีต่อตัวผู้เข้ารับการฝึกอบรมในด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน โดยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนี้

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

	รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1	ด้านตัวครูผู้สอน	4.24	0.56	มาก
2	ด้านเนื้อหาสาระ	4.16	0.56	มาก
3	ด้านการจัดการเรียนรู้	4.12	0.57	มาก
4	ด้านสื่อและอุปกรณ์การเรียนรู้	4.14	0.57	มาก
5	ด้านการวัดและประเมินผลการเรียนรู้	4.20	0.55	มาก
	รวม	4.16	0.57	มาก

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีของผู้เข้ารับการฝึกอบรม พบว่า ความพึงพอใจของนักเรียน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.57) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรม

Christian University of Thailand Journal

Vol.22 No.3 (July –September) 2016

พบว่า หลังเข้ารับการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า การประเมินครั้งที่ 1 มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก และการประเมินครั้งที่ 2 มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก

3. เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า เจตคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ที่มีต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 โดยภาพรวมหลังการฝึกอบรมอยู่ในระดับมาก

4. ความพึงพอใจ หลังเข้ารับการฝึกอบรม ตามหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจ หลังเข้ารับการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

5. ความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีของผู้เข้ารับการฝึกอบรม พบว่า ความพึงพอใจของนักเรียน โดยภาพรวมมีอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ครั้งนี้ พบว่า หลังเข้ารับการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาพรวมความพึงพอใจ หลังเข้ารับการฝึกอบรม พบว่า มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน ($\bar{X} = 4.36$) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรมเป็นอย่างดี ทั้งนี้ เนื่องมาจากหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 เป็นหลักสูตรที่เกิดขึ้นมาจากความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของครูผู้ทำหน้าที่สอนวิชาดนตรีในปัจจุบัน ดังนั้น การฝึกอบรมจึงดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี และมีความตั้งใจสูง ส่งผลทำให้คะแนนหลังเข้ารับการฝึกอบรม สูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ทุกประการ ดังนั้นหากจัดเนื้อหาสาระได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริง ก็จะสามารถทำให้เกิดประสิทธิผลตรงตามที่ตั้งไว้ ด้วยเหตุนี้ เนื้อหาสาระที่ใช้ในการฝึกอบรม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดประสิทธิผลของการฝึกอบรม ในครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม นอกจากเนื้อหาสาระในหลักสูตรฝึกอบรมที่ผู้วิจัยได้กำหนดตามความต้องการของครูดนตรีแล้ว

อีกหนึ่งปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อประสิทธิผลของการฝึกอบรมครั้งนี้ คือ กิจกรรมการฝึกอบรม ทั้งนี้ เนื่องจากการฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองในทุกๆ ขั้นตอน พร้อมทั้งกำหนดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทุกคน จะต้องส่งชิ้นงานทุกชิ้นให้กับวิทยากรผ่านระบบ Social Media และ Social Network เพื่อทำการประเมินชิ้นงาน พร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำกลับไปปรับปรุงแก้ไข และส่งกลับคืนให้กับวิทยากรทำการประเมินอีกครั้ง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง คงทน ถาวร พร้อมทั้งยังสามารถนำไปพัฒนา และฝึกฝนได้ด้วยตนเองทั้งที่บ้านและที่ทำงาน อันจะนำไปสู่ความมั่นใจต่อการนำไปใช้จริงในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มมานุษยนิยม (Humanism) ที่ให้ความสำคัญกับความรูสึกของผู้เรียนในการเรียนรู้ โดยกล่าวว่าผู้เรียนจะเรียนรู้ได้ดีก็ต่อเมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดจุดประสงค์การเรียนรู้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้ จากการลงพื้นที่ติดตามผล ณ โรงเรียนที่ตั้งของผู้เข้ารับการฝึกอบรม เพื่อประเมินทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า ผลการประเมินทักษะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีในห้องเรียน ครั้งที่ 1 ($\bar{X} = 4.12$) และครั้งที่ 2 ($\bar{X} = 4.47$) ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ครั้ง ซึ่งถือเป็นสิ่งยืนยันได้เป็นอย่างดี ถึงการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้จริงในห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลการประเมินดังกล่าวเกิดจากผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้นำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ได้รับในการฝึกอบรมไปใช้จริงกับผู้เรียนของตนเอง ซึ่งบางเรื่องเป็นสิ่งใหม่สำหรับผู้เรียน ทั้งการใช้เทคโนโลยี Social Media, Social Network หรือแม้แต่การนำเครื่องมือสื่อสาร

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

อย่าง Smartphone และ tablet เข้ามาใช้ในการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และให้ความร่วมมือกับครูผู้สอนในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี สอดคล้องกับวิวัฒนาการ ระบุบุทซ์ (2542) ที่ได้ให้หลักการจัดการเรียนรู้ไว้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากแหล่งการเรียนรู้ที่ต่างกัน มิใช่มาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งเพียงแหล่งเดียว ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล ถือว่าเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญ และการเรียนรู้ที่ดีต้องเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากความเข้าใจ จึงจะช่วยให้ผู้เรียนจดจำ และสามารถใช้ในการเรียนรู้ให้เป็นประโยชน์ได้ การเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้ค้นพบความรู้ด้วยตนเอง จะมีส่วนช่วยให้เกิดความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งและจดจำได้ดี

สำหรับผลการวิเคราะห์เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า เจตคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ที่มีต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 โดยภาพรวมหลังการฝึกอบรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$) และความพึงพอใจของนักเรียน ต่อการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรีของผู้เข้ารับการฝึกอบรม พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$) ซึ่งผลสรุปดังกล่าวนี้ เป็นความต่อเนื่องมาจากการที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้นำความรู้ไปใช้จริงในห้องเรียน จนส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจและประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ ทั้งนี้ เพราะว่าครูได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสอน มีการเตรียมการที่ดี เน้นให้ผู้เรียนทำกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย มีการใช้สื่อและเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ในการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้อย่างหลากหลาย ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ ตื่นตัว และเปิดใจที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับทฤษฎีสุทธจิตต์ (2555) ที่ได้นำเสนอประเด็นสำคัญ เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดการศึกษาทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ว่า ครูผู้สอนดนตรี จะต้องรู้จักพัฒนาตนเองให้เท่าทันสื่อและเครื่องมือทางเทคโนโลยีที่มีอยู่อย่างมากมายในปัจจุบัน โดยจะต้องรู้จักคัดสรรและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดกับผู้เรียน ดังนั้น

การจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 ครูดนตรีจะต้องรู้จักพัฒนาตนเองให้เท่าทันสื่อและเทคโนโลยีอยู่เสมอ ทั้งด้านความรู้ ทักษะการใช้ และเทคนิคการจัดการเรียนการสอน เพราะทุกสิ่งทุกอย่างล้วนมีความสำคัญต่อผู้เรียน การที่ครูไม่ยอมปรับปรุงวิธีคิดและเปลี่ยนแปลงวิธีการสอน อาจทำให้ผู้เรียนขาดโอกาสบางสิ่งบางอย่างในกานดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้ด้วยเหตุนี้ หลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ทางด้านดนตรี ในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญเป็นอย่างมากที่ครูดนตรีทั้งหลาย จะต้องหันมาให้ความสำคัญ และสนใจในการพัฒนาตนเองให้เป็นครูยุคใหม่ ยุคของการเปลี่ยนแปลง ดังกระแสพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2542) ที่ทรงมีพระราชดำรัสเกี่ยวกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ว่า การเรียนรู้จะต้องบูรณาการกับการทำงาน เด็กรุ่นใหม่อาจศึกษาเรียนรู้ และทำงานในรูปแบบที่แตกต่างจากคนรุ่นก่อน การศึกษาและการทำงานอาจจะต้องเกิดควบคู่ไปมากกว่าจะเกิดต่อเนื่องเป็นเส้นตรงอย่างในอดีต แต่ละคนอาจจะต้องได้รับการฝึกฝนบ่อยครั้งยิ่งขึ้น เพราะอาจจะต้องประกอบอาชีพเกินกว่าหนึ่งอาชีพ ดังนั้น การศึกษาปัจจุบัน จึงควรเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการทำงาน รวมทั้งการปรับตัวสำหรับงานใหม่ๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำหลักสูตรไปใช้

1. ก่อนการนำหลักสูตรไปใช้ในการฝึกอบรมวิทยากรควรศึกษาและทำความเข้าใจถึงหลักการวัตถุประสงค์ ขอบเขตของหลักสูตรและเนื้อหาสาระของการฝึกอบรมก่อนการฝึกอบรมทุกครั้ง
2. วิทยากรฝึกอบรม จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญในการดำเนินการจัดการกิจกรรมฝึกอบรม เพราะจะต้องเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ รวมถึงกระตุ้นให้ครูดนตรีเกิดการเรียนรู้ในเนื้อหาวิชาดนตรีตามขอบเขตหรือประเด็นต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้น โดยการนำเอาหลักสูตรไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

2. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่มุ่งส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ทักษะอื่นๆเพิ่มเติม เช่น ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้ชีวิตในวัฒนธรรมข้ามชาติ หรือ ทักษะการอ่านและการเขียนโน้ตดนตรี เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีพุทธศักราช 2551. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา.
- กุลยา ตันติผลชีวะ. (2547). การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ : เอดิชั่น เพลสโปรดักส์.
- จเร ลำอาง. (2550). สมอင့် ดนตรีทำได้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชวลิต ชูกำแหง. (2553). การวิจัยหลักสูตรและการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณรุทธิ์ สุทธิจิตต์. (2555). กิจกรรมดนตรี สำหรับครู. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิตนา เขมมณี. (2550). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รายงานการสัมมนาวิชาการ. (2542). เรื่องการอุดมศึกษาในศตวรรษที่ 21 และงานอุดมศึกษาสัมพันธ์ วันที่ 26 มิถุนายน 2542 ณ อาคารวิจัยและการศึกษาต่อเนื่อง สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.(เอกสารถ่ายสำเนา).
- วัฒนาพร ระงับทุกข์. (2542). การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ : เลิฟแลนด์ ลิฟเพรส.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). วิธีการสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ฝ่ายโรงพิมพ์ บริษัท ตาตาพับลิเคชั่น จำกัด.
- สันติ ยิ้มปลื้ม. (2556). การศึกษาสภาพการสอนวิชาดนตรีในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ช่วงชั้นที่ 3 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 3. วิทยานิพนธ์ศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาดนตรีศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.
- สุกรี เจริญสุข และคณะ. (2541). การเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุนทรียภาพและคุณลักษณะนิสัย ศิลปะกีฬา การปฏิรูปการเรียนรู้ ตามแนวคิด 5 ทฤษฎี. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.



ความไม่รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ*

The Uncertainty in Illness of Caregivers in Ischemic Stroke Patients

อนงค์รักษ์ พิมภาวระ**
ดร. วินัส ลิ้มพุกกุล***
ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยาและพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 18 คน โดยใช้แบบสำรวจและแบบสอบถามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามทฤษฎีของมิเชล

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเห็นต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามกรอบทฤษฎีของมิเชลทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านความคลุมเครือ

เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย(ค่ามัธยฐานเป็น 4.36 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0) รองลงมาคือ ด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย(ค่ามัธยฐานเป็น 4.38 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค(ค่ามัธยฐานเป็น 4.44 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25) และความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล(ค่ามัธยฐานเป็น 4.42 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1) ดังนั้นควรนำผลงานวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยเฉพาะด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
***รองศาสตราจารย์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research aimed to study the uncertainty in illness of caregivers in the Ischemic Stroke Patients by using Delphi technique. Specific sample were neurological physicians and stroke nurses in a total of 18 participants using the experts' opinion survey and questionnaires on the uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke based on Michel's theory.

The study found that the levels of the uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke, according to the four aspects of Michel's theory, showed as followings: the most uncertain in illness of the caregivers was about the ambiguity of the medical condition (the median

was 4.36, the range between quartiles was 0), the second was the lack of information about the illness (the median was 4.38, the range between quartiles was 0.25), the inability to predict the results and progression (the median was 4.44, the range between quartiles was 0.25), and the complexity of treatment and care (the median was 4.42, the range between quartiles was 1), so the results of this research should be taken as a guide to create a sense of uncertainty in the assessment of the ischemic stroke caregivers, especially on the uncertainty of the medical condition to be adopted in the hospital planning to reduce the uncertainty in illness of the care givers

ปัญหาการวิจัย

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6.70 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือทุกๆ 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันรณรงค์อัมพาตโลก และกำหนดประเด็นสาระหลักในการสื่อสารเตือนภัย (Theme) ประจำปีพ.ศ. 2556 คือ "One in Six" หรือ "1 in 6" หรือ "1 ใน 6 ไม่ใช่คุณ" ซึ่งได้ใช้ประเด็นสาระนี้ในการสื่อสารเตือนภัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2556 เพื่อเน้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักและระวังภัยอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้นโดยมี

กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยผู้ให้การดูแล (Caregivers) ครอบครัวและเพื่อนสนิทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชิตารัตน์ อภิภูญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2556)

สาเหตุหนึ่งของการมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้มีการประมาณการว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เปรียบเทียบระหว่างพ.ศ. 2535 และ 2563 สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยใน พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต 17,342 คน หรือ 3 คนในทุกๆ 2 ชั่วโมง และเชื่อว่าอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2558 และอัตราป่วยของโรคนี้

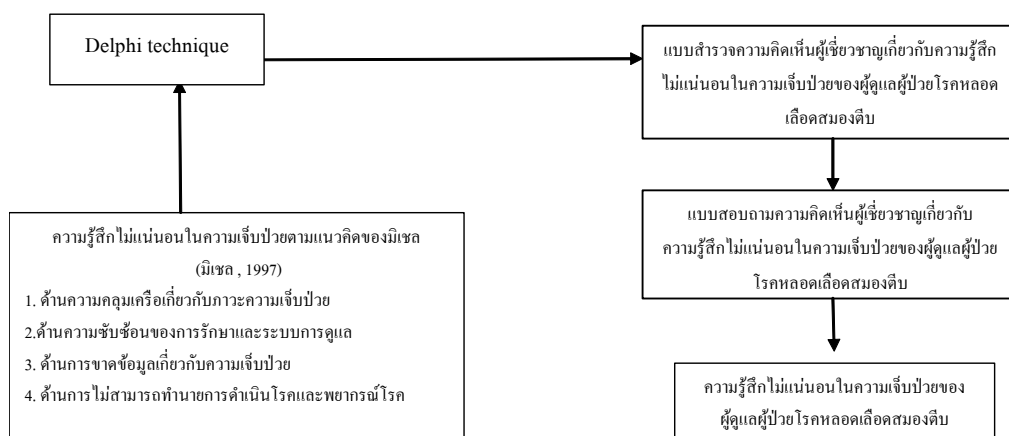
วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ระหว่าง พ.ศ. 2544-2553 จาก 115.30ต่อประชากรแสนคน เป็น 307.90ต่อประชากรแสนคน ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากต้องกลายเป็นผู้พิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ภาวะเจ็บป่วยยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด เพราะต้องเข้ามารับผิดชอบต่อผู้ป่วยมาเรียนรู้จากกระบวนการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียนรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากพยาธิสภาพที่มีลักษณะเฉพาะ เกิดอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนสังเกตได้ง่าย เรียนรู้ว่าอาการระยะแรกที่เกิดเป็นอาการที่ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้บ่อย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องเรียนรู้จากการปฏิบัติของทีมสุขภาพ จนกระทั่งการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งที่หลากหลายเพื่อการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้กลายเป็นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่งของการอยู่ในโรงพยาบาล จะเกิดผลกระทบของตัวผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบต่อการปรับบทบาท รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว และในที่สุดญาติ

กรอบแนวคิดการทำวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของมิเชล

ผู้ดูแลก็เกิดความต้องการ ความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความต้องการจากการบริการของทีมสุขภาพ จนถึงกระทั่งความต้องการการเตรียมความพร้อมเมื่อจะต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน (อ้อฤทัย ชนะคำมา, 2553) และปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรคและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Yang, 2007) เหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และด้านบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแล ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลแล้วมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือไม่ จึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำถามของการวิจัย

ความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

จัดเตรียมโครงการวิจัยโดยศึกษารวบรวมซึ่งเป็นตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชนิดมีโครงสร้าง 3 ตัวเลือกแล้วนำแบบสำรวจความคิดเห็นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และนัดวันรับคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2

รับแบบสำรวจความคิดเห็นกลับจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำข้อมูลความคิดเห็นที่ได้มาวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถาม และนัดวันส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3

เมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว นำมาวิเคราะห์หาค่ากลางและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม เพื่อนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์รวมทั้งค่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาพัฒนาเป็นแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลฉบับที่ 2 แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมในรอบที่ 3 จนได้ข้อมูลที่เป็นฉันทามติ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปเป็นผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นการแสดงความคิดเห็น ได้มาโดยการกำหนดโดยเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ คือ พิจารณาจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเฉพาะทาง ที่มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสำรวจกิ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสำรวจ ในการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในแต่ละด้าน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ชุดที่ 3 แบบสอบถามในลักษณะหาค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อน ทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันเปลี่ยนแปลงคำตอบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 2 คน แพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยาจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องและขอบเขตของเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้อีกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้ค่า $CVI = 0.89$

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลกระทำโดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียนและผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงาน โดยขอความร่วมมือในการทำวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัยการเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ซึ่งระหว่างรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียนและนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานพร้อมหนังสือแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามในการวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟายระยะที่ 2

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลด้วยวิธีเทคนิคเดลฟายเพื่อทำการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้เชี่ยวชาญโดยตรงพร้อมหนังสือแนะนำตัว เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง พร้อมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม และนัดหมายวันมารับแบบสอบถามคืน

คือ 2 สัปดาห์

3. ส่งแบบสอบถามรอบที่ 2,3 ไปยังผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ พร้อมจ่ายหน้าของเปล่า ติดแสตมป์จ่ายหน้าของถึงตัวผู้วิจัย ในวันส่งคืนแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คนเพื่อให้ได้ฉันทมติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และทาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในขั้นตอนที่ 3 นั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ด้วยการนำคำตอบจากแบบสอบถามมาจัดทำตารางแจกแจงความถี่เป็นรายข้อ เพื่อหาค่ากลางของคะแนนรายข้อ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.33 อายุ 30 - 39 ปี มากที่สุด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 33.33 และ ปริญญาเอก พบน้อยที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 11.11 ตำแหน่งพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 50 ตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 27.77 และตำแหน่งแพทย์เฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 22.22 ส่วนประสบการณ์การดำรงตำแหน่งพบว่า มีประสบการณ์ระหว่าง 10-14 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.55 รองลงมา 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.22

ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้สึกละเอินในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำแนกรายด้านของความรู้สึกละเอินในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ความรู้สึกละเอินในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	\bar{X}	SD	Mode	Median	IR	ความสอดคล้องของข้อคำถาม
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity)	4.59	0.67	5	4.36	0	เหมาะสม
ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (lack of information)	4.56	0.70	5	4.38	0.25	เหมาะสม
ด้านความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity)	4.67	0.63	5	4.42	1	เหมาะสม
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability)	4.30	0.64	5	4.44	0.25	เหมาะสม

จากตารางที่ 1 พบว่าความรู้สึกละเอินในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้ง 4 ด้าน ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญสอดคล้องกันทุกข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ตามลำดับดังนี้ ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยค่ามัธยฐานเป็น 4.36 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยค่ามัธยฐานเป็น 4.38 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 ความซับซ้อนของการรักษาและการดูแลค่ามัธยฐานเป็น 4.42 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค ค่ามัธยฐานเป็น 4.44 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25

ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกละเอินในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) ทั้งหมด 11 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้องสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 มีจำนวน 9 ข้อ โดยมี 3 อันดับแรกคือ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและสำหรับข้อคำถามที่มีค่า

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

มัธยฐานเป็นระดับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 คือไม่ทราบความหมาย/ค่าจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อนเลย

ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด คือ มีค่ามัธยฐานเป็น 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 จำนวน 9 ข้อโดย 3 อันดับแรกคือ รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) การฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) รู้สึกไม่คุ้นเคยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่เข้าใจในระเบียบและขั้นตอนในการรักษาที่ครบถ้วนชัดเจนและ 3 อันดับสุดท้ายคือ ไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากคำอธิบายซับซ้อนเกินไป ไม่แน่ใจว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มั่นใจว่าตนเองจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ถูกต้อง เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผล เป็นต้น และไม่ทราบวิธีการที่จะมีส่วนดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วย

ด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information) ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถปรับตัว

ได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและการรักษา ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 1 ข้อ คือ พยาบาลให้ข้อมูลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมีหลายขั้นตอนเกินไปสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) แม้ว่าได้รับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมด 2) ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา 3) ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้านแม้ว่าได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวกลับบ้านแล้วแต่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดที่ครบถ้วน 4) ไม่ทราบข้อมูล

ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าอาการและการรักษาของโรคไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือตั้งใจไว้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนี้จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ 2) ไม่สามารถคาดเดาอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และ 3) ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความผิดปกติอื่นใดจากการเจ็บป่วยอีก

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity)

ประกอบด้วยทั้งหมด 11 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้องสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 มีจำนวน 9 ข้อ โดยมี 3 อันดับแรกคือ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 คือไม่ทราบความหมาย/คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อนเลยสอดคล้องกับแนวคิดของ มิเชล (Mishel, 1997) กล่าวว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สุขสบาย ไม่ทราบว่าไม่สุขสบายเกิดจากอะไร ไม่รู้ความรุนแรง อาการความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆจึงทำให้เกิดความคลุมเครือสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของอิสรีย์ วีระเสถียร (2555) อธิบายว่าอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันใน 72 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่พบว่า มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ และส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลพยาบาลจึงควรเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึก คำนึงถึงการให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ข้อมูลนั้นมีความจำเป็นและเพียงพอ เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นขบวนการการสร้างสรรค์พัฒนาให้ครอบครัวได้เข้าใจสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างดี รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลหลังการประเมินและให้การพยาบาลหลังผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว หากมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นที่ญาติจะต้องทราบและร่วมตัดสินใจควรมีการให้ข้อมูลเป็นระยะ 3 วันแรกในทุกๆวันสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพร รัตนปรีชากุล (2555) อธิบายว่า การให้ข้อมูลของทีมนุภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูล

ที่สำคัญในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิมมาก หรือมีอาการแย่ลง โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมคือประมาณ 15 นาที ในการให้ข้อมูล ส่วนพยาบาลมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ดูแลเนื่องจากได้พบผู้ดูแลทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกวัน และยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆไม่ครบ

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity)

ประกอบด้วยทั้งหมด 9 ข้อที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด คือ มีค่ามัธยฐานเป็น 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 จำนวน 9 ข้อโดย 3 อันดับแรกคือ รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT-scan การฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) รู้สึกไม่คุ้นเคยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่เข้าใจในระเบียบและขั้นตอนในการรักษาที่ครบถ้วนชัดเจนและ 3 อันดับสุดท้ายคือไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากคำอธิบายซับซ้อนจนเกินไป ไม่แน่ใจว่าการรักษาที่อยู่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น และไม่มั่นใจว่าตนเองจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ถูกต้อง เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผล การทำแผล เป็นต้น และไม่ทราบวิธีการที่จะมีส่วนดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิสรีย์ วีระเสถียร (2555) อธิบายว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก จัดเป็นสถานการณ์ที่คาดเดาการตอบสนองต่อการรักษาได้ยาก ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และซอก ยังอธิบายต่ออีกว่าควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยที่จำเป็น ให้ญาติได้ทราบเบื้องต้นว่า มีการตรวจต่างๆของผู้ป่วย ระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติในแนวโน้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

หน่วยงานที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในบางรายที่ประเมินจากพยาธิสภาพและสภาพการเจ็บป่วยแล้ว มีการเตรียมตัวญาติเพื่ออนาคตหรือการสูญเสีย และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของการดูแลที่มีความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยนั้นจึงควรให้เป็นรายบุคคลเฉพาะผู้ดูแลหลัก เนื่องจากปัจจัยจากสภาพร่างกายหรือสภาพจิตใจ ภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงสูงในการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ และพัฒนาไปเป็นภาวะแทรกซ้อนได้

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information)

ประกอบด้วยทั้งหมด 8 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและการรักษา ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 1 ข้อ คือ พยาบาลให้ข้อมูลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมีหลายขั้นตอนเกินไป สำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ แม้ว่าได้รับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมดไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้านแม้ว่าได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวกลับบ้านแล้วแต่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดที่ครบถ้วนไม่ทราบข้อมูลที่ช่วยในการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอิสริย์ วีระเสถียร(2555)อธิบายว่าภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการปรับตัวสู่ภาวะสมดุลและมีการฟื้นฟูสภาพของการทำหน้าที่ของร่างกายตามความสามารถภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีความพิการ

หลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน รวมถึงผู้ดูแลเองก็มีการปรับตัวและเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยากให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของรสสุคนธ์ เจืออุปถัมย์ (2553) อธิบายว่า ในการดูแลรักษาของผู้ป่วยที่ซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลกลัวการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งทำให้พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลายปัจจัยร่วมกันที่สำคัญคือ การได้รับการประคับประคองจิตใจ การได้รับกำลังใจจากครอบครัว รวมทั้งการได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาล

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability)

ประกอบด้วยทั้งหมด 5 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าอาการและการรักษาของโรคไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือตั้งใจไว้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้นจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ไม่สามารถคาดการณ์อาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความผิดปกติอื่นใดจากการเจ็บป่วยอีกสอดคล้องกับงานวิจัยของอิสริย์ วีระเสถียร (2555) อธิบายว่า ความสามารถในการทำนายของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะพิจารณาถึงสภาพความเจ็บป่วย หรืออาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นร่วมกับการขาดความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ และการดูแลรักษา จึงเกิดความรู้สึกว่า การเจ็บป่วยมีความไม่แน่นอน อาจมีความไม่แน่ใจในอาการคุกคามของผู้ป่วย และผลของการรักษาที่ได้รับว่าจะสามารถช่วยเหลือหรือตอบสนองให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติมากที่สุดหากผู้ดูแลคาดการณ์อาการของโรคไม่ได้ ไม่สามารถทำนาย

เอกสารอ้างอิง

- ธิดารัตน์ อภิภูษานิตยา พันธุเวชย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี2556 (งบประมาณ 2557). สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิจศรี ชาญนรงค์ (สุวรรณ). 2550 . การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร รัตน์ปรีชากุล. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รสคุณธ์ เจืออุบลรัมย์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2555). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.m-society.go.th/article_attach/11378/15693.pdfhttps://www.m-society.go.th/article_attach/11378/15693.pdf.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2554). รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- อิสริย์ วีระเสถียร. (2555). คุณลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามแบบจำลองการเสริมแรง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อ้อฤทัย ณะคำมา. (2553). ประสบการณ์การดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Mishel , M .H. . (1990). "Reconcept ualization of the Uncertainty in illness Theory" . *Journal of Nursing Scholarship*. 15(1) : 256-261.
- Mishel, M. H. (1997). " Uncertainty in Acute Illness". *Anual Review of Nursing Research*. 15(1) : 57-76.
- Yang, S. (2007). "A Mixed medthods study on the needs of Korean familied in the intensive care Unit". *Australian Journal of advance nursing* . 25(4) : 79-86.



การพัฒนาเครื่องดื่มจากข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ*

The Development of Drink from Riceberry with Black Sesame

นิอร ชุ่มศรี**

ศุภศิษฏ์ อรุณรุ่งสวัสดิ์**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ศึกษาการพัฒนาเครื่องดื่มสุขภาพจากข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำเพื่อผลิตเป็นอาหารมื่อว่างสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 น้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่ถูกเตรียมโดยใช้การทดสอบทางประสาทสัมผัสจากผู้ชิมจำนวน 25 คน เพื่อศึกษาสูตรเบื้องต้นที่เหมาะสมของอัตราส่วนระหว่างข้าวไรซ์เบอร์รี่ต่อน้ำและปริมาณงาดำที่เหมาะสม ตัวอย่างข้าวไรซ์เบอร์รี่และน้ำถูกเตรียมที่อัตราส่วน 1:15 1:17.5 และ 1:20 ตามลำดับ สูตรตัวอย่างข้าวไรซ์เบอร์รี่และน้ำอัตราส่วน 1:20 ได้รับความเห็นชอบการทดสอบทางด้านประสาทสัมผัสสูงสุดด้านเนื้อสัมผัส (Texture) และการยอมรับโดยรวม (Overall acceptance) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สูตรเบื้องต้นดังกล่าวนำไปศึกษาปริมาณงาดำที่ระดับร้อยละ 0.5 1.0 1.5 และ 2.0 ตามลำดับ โดยพบว่ากลิ่นรส (Flavor) เนื้อสัมผัส รสชาติ (Taste) และการยอมรับโดยรวมของตัวอย่างที่ใส่งาดำร้อยละ 1.0 ได้รับความเห็นชอบสูงกว่าระดับอื่น ดังนั้นสูตรการผลิตน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำที่เหมาะสมคือ ข้าวไรซ์เบอร์รี่

1 ส่วน น้ำ 20 ส่วนและงาดำร้อยละ 1.0 นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี ปริมาณสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ (Bioactive compounds) การต้านออกซิเดชัน คุณสมบัติทางกายภาพและจุลินทรีย์ พบว่าน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำมีพลังงานทั้งหมด 20.58 kcal/100 มิลลิลิตร มีปริมาณสารประกอบแอนโทไซยานินโดยรวม (Total anthocyanins) มีค่าเท่ากับ 0.07 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร สารต้านออกซิเดชันโดยรวมวิเคราะห์ด้วยวิธี ORAC มีค่าเท่ากับ 158.65 $\mu\text{mole TE}$ ขณะที่การยับยั้งออกซิเดชันทดสอบด้วยวิธี DPPH มีค่าร้อยละ 39.96 ค่าความหนืดของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่ (Viscosity) มีค่าเท่ากับ 178.40 เซนติพอยส์ ผลิตภัณฑ์มีสีม่วงเทาโดยมีค่า lightness (L) ค่า yellowness (b^*) และค่า redness (a^*) เท่ากับ 0.16, 0.23 และ 0.01 ตามลำดับ ปริมาณยีสต์และรา และโคลิฟอร์มไม่เกินมาตรฐานตามข้อกำหนดของคณะกรรมการอาหารและยา

*ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) โดยการประสานงานของเครือข่ายวิจัยอุดมศึกษาภาคกลางตอนล่างและได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิศวกรรมเทคโนโลยีอาหาร คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research studied the development of a healthy drink from riceberry with the addition of roasted black sesame in order to produce as a snack for type 2 diabetic patients. The samples were prepared and examined for sensory evaluation by using 25 panelists which aimed to study the appropriate formula by evaluation of the ratio between riceberry and water and the sesame levels. The different ratios of riceberry and water were prepared at 1:15, 1:17.5, and 1:20, respectively. The sample contained riceberry and water at 1:20 received the highest score which was significantly different ($p < 0.05$) in texture levels at 0.5, 1.0, 1.5 and 2.0 percent. Flavor, texture, taste and overall acceptability of 1.0 percent sesame scored higher than the other levels. Thus, the most acceptance Riceberry drink formula

was produced from 1:20 of Riceberry rice and water and 1.0 percent roasted sesame. This acceptable formula was chosen to measure the bioactive compounds, antioxidant activity, physical and microbiological qualities. Riceberry drink provided 20.58 kcal/ 100 milliliters. The content of total anthocyanin bioactive compound was 0.07 mg/100 ml. The total antioxidant (ORAC) was 158.65 μ mole TE while the inhibition activity was 39.96 percent. The viscosity of the product was 178.4 centipoise. The product had the dark purple color. The lightness (L^*), yellowness (b^*) and redness (a^*) were 0.16, 0.23 and 0.01 respectively. Yeast and mold and coliform examination were within the limit according to the microbiological specifications of Food and Drug of Thailand.

ความสำคัญขงปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยเป็นพื้นที่ปลูกข้าวที่สำคัญและมี การปลูกข้าวได้หลายสายพันธุ์ โดยเฉพาะปลูกเป็นพืช เศรษฐกิจเพื่อบริโภคภายในประเทศและส่งออก ปริมาณข้าวส่งออกของประเทศไทยคาดการณ์เป็การ ส่งออกในปี 2558 มีปริมาณกว่า 9 ล้านตัน (วันวิสาข์, 2557) ข้าวสายพันธุ์ต่างๆ ในประเทศไทยเป็นที่ต้อง การในตลาดได้แก่ ข้าวหอม ข้าวขาวและข้าวเหนียว ปัจจุบันข้าวไรซ์เบอร์รี่ (*Oryza sativa*) ซึ่งเป็นข้าวสี (colored rice) ที่มีรงควัตถุสีม่วงแดงเกิดจากการ ผสมข้ามสายพันธุ์ระหว่างข้าวหอมนิลและข้าวหอมมะลิ 105 เป็นข้าวที่ได้รับความนิยมในผู้บริโภคกลุ่มดูแล

สุขภาพข้าวไรซ์เบอร์รี่อุดมไปด้วยใยอาหาร ธาตุเหล็ก ไนอะซิน (niacin) วิตามินบี 2 สารออกฤทธิ์ ทางชีวภาพ โดยเฉพาะสารประกอบแอนโทไซยานิน (Anthocyanins) เป็นสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่ทำให้ข้าวไรซ์เบอร์รี่มีสี ม่วงแดง ซึ่งพบอยู่ในรูปของสารประกอบกลูโคไซด์ของ ไชยานิดิน (Cyanidin-3-glucoside) และพิโอนิดิน (Peonidin-3-glucoside) (Prangthip *et al.*, 2013; Leardkamolkarn *et al.*, 2011, Kongkachuichai *et al.*, 2013)

สารประกอบแอนโทไซยานินมีสมบัติ ในการต้านอนุมูลอิสระโดยสามารถชะลอการเกิด โรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกาย

(Chronic degenerative diseases) และเกี่ยวข้องกับการทำลายดีเอ็นเอ (DNA) การออกซิเดชันของไลโปโซมและไขมัน LDL ในหลอดทดลอง (in vitro) (Weisel et al., 2006; Kähkönen and Heinonen, 2003) มีการศึกษาพบว่าสารประกอบแอนโทไซยานินมีคุณสมบัติการต้านการเกิดเบาหวาน (Anti-diabetic) (Sancho & Pastor, 2012) โดยขึ้นอยู่กับโครงสร้างและชนิดของสารประกอบแอนโทไซยานินซึ่งสามารถพบได้จากผลไม้ ผัก และธัญพืช นอกจากนี้พบว่าอาหารเสริมที่มีรำไรซ์เบอร์รี่เป็นส่วนประกอบแสดงความสามารถในการพัฒนาภาวะน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) และภาวะไขมันสูง (Hyperlipidemia) ในหนูทดลองให้ดีขึ้น (Prangthip et al., 2013; Ruethaithip, 2011)

งานเป็นแหล่งของสารอาหารและสารประกอบออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่มีประโยชน์ องค์ประกอบทางเคมีของงาประกอบด้วย ไขมัน ร้อยละ 43-50 ความชื้น ร้อยละ 10-15 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 5-6 เถ้าร้อยละ 5-6 โยอาหาร 4-5 และโปรตีนร้อยละ 15-20 (Jannat et al., 2010) สารประกอบลิแกน กลูโคไซด์ ที่พบในงามีบทบาทสำคัญในการเป็นสารต้านออกซิเดชัน ได้แก่ สารเซซามิน (Sesamin) สารเซซาโมลิน (Sesamol) สารเซซามินอล (Sesaminol) (Shahidi et al., 1997; Philip et al., 2010) โดยมีผลต่อการลดความดันเลือดและไขมันในเส้นเลือด (Jannat et al., 2010) นอกจากนี้ การใช้ น้ำมันงาร่วมกับยาไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) ช่วยบำบัดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Sankar, 2011)

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลินหรือดื้ออินซูลิน การหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลงหรือมีอาการร่วมกัน (อัญชลี, 2553) ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น ๆ รวม ได้แก่ โรคหัวใจ (Heart disease)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) (Domingueti et al. 2016) โรคดังกล่าวรวมทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของสารประกอบที่มีออกซิเจนในโมเลกุล (Reactive Oxygen Species; ROS) (Giacco and Brownlee, 2010) ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของสารต้านอนุมูลอิสระในร่างกาย (Ibrahim et al., 2014; Kumar et al., 2015) สมาคมโรคเบาหวานแห่งแคนาดา (Canadian Diabetes Association) และสมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกา (American Diabetes Association) กำหนดเป้าหมายให้อาหารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีความจำเป็นที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติมากที่สุด (รุจิรา, 2552) สำหรับการกำหนดเป้าหมายของการโภชนาบำบัดในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงเกณฑ์ปกติยังมีการควบคุมลิโปโปรตีน คอเลสเตอรอล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคและควรมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น (อัญชลี, 2553) จากคุณสมบัติของข้าวไรซ์เบอร์รี่และงาดำที่กล่าวมา งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องต้มสุภาพจากข้าวกล้องไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำเพื่อเป็นอาหารว่างสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มุ่งหวังเพื่อผลิตอาหารให้มีความหลากหลายโดยการเปลี่ยนข้าวซึ่งเป็นอาหารหลักให้อยู่ในรูปแบบผลิตภัณฑ์เครื่องต้มที่มีประโยชน์โดยใช้การทดสอบทางประสาทสัมผัสในการพัฒนาสูตรเครื่องต้ม การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี ปริมาณสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ กิจกรรมต้านอนุมูลอิสระ สมบัติทางกายภาพและจุลินทรีย์

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ข้าวไรซ์เบอร์รี่ งาดำ น้ำตาลและน้ำดื่มซื้อจากร้านค้าทั่วไป สารเคมีที่ใช้เป็นสารเคมีเกรดวิเคราะห์ (Analytical reagent grade)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

การพัฒนาสูตรน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ การพัฒนาสูตรน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่แรกเป็นการศึกษาอัตราส่วนระหว่างข้าวไรซ์เบอร์รี่และน้ำโดยทำการแปรผันระดับข้าวไรซ์เบอร์รี่และน้ำ 1:15 1:17.5 และ 1:20 ตามลำดับ ขั้นตอนที่สองทำการศึกษาระดับของงาดำที่เหมาะสมโดยทำการแปรผันปริมาณงาดำที่ร้อยละ 0.5 1 1.5 และ 2 โดยน้ำหนักในแต่ละขั้นตอนใช้การประเมินคุณภาพทางประสาทสัมผัสในการคัดเลือกสูตรที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 1 ทำการประเมินคุณลักษณะ ด้านสี (Color) ด้านเนื้อสัมผัส (Texture) และการยอมรับโดยรวม (Overall acceptance) ขณะที่ขั้นตอนที่ 2 ทำการประเมินคุณสมบัติทางด้านประสาทสัมผัส 5 ด้านคือ ด้านสี ด้านเนื้อสัมผัส ด้านกลิ่นรส (Flavor) ด้านรสชาติ (Taste) และการยอมรับโดยรวม การประเมินใช้ผู้ชิมจำนวน 25 คน ประเมินระดับความชอบโดยใช้ 9-point hedonic scale โดยกำหนดให้ 1-ไม่ชอบมากที่สุด 2-ไม่ชอบมาก 3-ไม่ชอบปานกลาง 4-ไม่ชอบเล็กน้อย 5-เฉย 6-ชอบเล็กน้อย 7-ชอบปานกลาง 8-ชอบมาก และ 9-ชอบมากที่สุด (Fan et al., 2006) โดยผู้ชิมจะได้รับการอธิบายขั้นตอนการทดสอบ ในการทดสอบใช้ตัวอย่างปริมาณ 30 มิลลิลิตรบรรจุแก้วเลิ์ฟที่อุณหภูมิ 20 องศาเซลเซียส ตัวอย่างที่ได้รับ

คะแนนประเมินทางด้านประสาทสัมผัสที่ดีที่สุดจะเลือกไปศึกษาองค์ประกอบทางเคมี ปริมาณสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ กิจกรรมต้านอนุมูลอิสระ สมบัติทางกายภาพ และจุลินทรีย์ เพื่อบ่งชี้คุณลักษณะและสมบัติของผลิตภัณฑ์

การผลิตน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่

เตรียมส่วน ผลตามอัตราส่วนที่ระบุไว้ในการพัฒนาเครื่องต้มข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำข้างต้น นำมาต้มและปั่นให้ละเอียดด้วยเครื่องผลิตเครื่องดื่มชงดื่มพีช โดยใช้อุณหภูมิประมาณ 90°C เป็นเวลา 25 นาที จากนั้นกรองเอากากออกด้วยตะแกรงและบรรจุร้อนลงในขวดแก้วที่ผ่านการฆ่าเชื้อ ทำให้เย็นลงโดยการแช่ในน้ำ และเก็บรักษาเครื่องดื่มข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำไว้ที่อุณหภูมิแช่เย็น

ศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ

การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำทำการวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีได้แก่ ความชื้น ไขมัน โปรตีน เถ้า ใยอาหาร คาร์โบไฮเดรตโดยรวม และพลังงาน โดยการวิเคราะห์อ้างอิงตามวิธีการต่างๆ ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีการอ้างอิงในการวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ

Proximate composition	Analytical methods
Energy (kcal)	By calculation
Moisture (g)	AOAC (2012) 952.08
Protein (g)	AOAC (2012) 991.20
Total fat (g)	AOAC (2012) 922.32
Total carbohydrate (g)	By calculation
Dietary fiber (g)	AOAC (2012) 985.29
Ash (g)	AOAC (2012) 930.30

ศึกษาสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพและกิจกรรมการต้านออกซิเดชันของเครื่องตีน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ

การวิเคราะห์ความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระ DPPH (2,2-diphenylhydrazyl) (ดัดแปลงจาก Xu *et al.*, 2009) เตรียมสารละลาย DPPH ความเข้มข้น 0.1 มิลลิโมลาร์ในเมทานอล 2 มิลลิลิตร ผสมกับสารละลายน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำที่สกัด

ด้วยเมทานอล ปริมาณ 1 มิลลิลิตร และเตรียมตัวอย่างควบคุม เก็บในที่มืด 30 นาที นำมาวัดการดูดกลืนแสงด้วยเครื่อง สเปคโตรโฟโตมิเตอร์ (UV-VIS Spectrophotometer) ที่ความยาวคลื่น 517 นาโนเมตร คำนวณความสามารถในการยับยั้งอนุมูลอิสระ คิดเป็นร้อยละการยับยั้ง ดังสมการ

$$\% \text{ inhibition} = \frac{(A \text{ control} - A \text{ sample})}{A \text{ control}} \times 100\%$$

100

การวิเคราะห์สารต้านออกซิเดชันในเครื่องตีน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำด้วยวิธีการวิเคราะห์กิจกรรมการต้านออกซิเดชันโดยใช้วิธีการ Oxygen Radical Absorbance Capacity (ORAC) ตามการวิเคราะห์ของ Ou *et al.* (2001) และสารประกอบออกฤทธิ์ทางชีวภาพทดสอบปริมาณสารประกอบแอนโทไซยานินโดยรวมจากวิเคราะห์ปริมาณไซยานิดินและพีโอนิดิน (Da Costa *et al.*, 2000)

ศึกษาสมบัติทางกายภาพ

สีของเครื่องตีน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่ผสมงาดำ

ตัวอย่างนำไปวัดค่าสีด้วยเครื่อง Color Quest รุ่น XE ในระบบ CIE บันทึกค่า lightness (L*) ค่า yellowness (b*) และค่า redness (a*)

ค่าความหนืดของเครื่องตีน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่ผสมงาดำ

นำตัวอย่างน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่ผสมงาดำวัดค่าความหนืดโดยเครื่อง Brookfield viscometer รุ่น DVIII-Ultra

การประเมินคุณภาพด้านจุลินทรีย์

การวิเคราะห์คุณภาพด้านจุลินทรีย์ ทดสอบโดยนำตัวอย่างน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำไปวิเคราะห์ปริมาณเชื้อราและยีสต์ และปริมาณโคลิฟอร์มตามวิธีการของ BAM (2002)

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วางแผนการทดลองแบบสุ่มสมบูรณ์ ยกเว้นการประเมินด้านประสาทสัมผัส วางแผนการทดลองแบบสุ่มบล็อกสมบูรณ์ (Randomized Complete Block) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Duncan's New Multiple Range Test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 รายงานเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การพัฒนาสูตรน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำที่เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ทางด้านประสาทสัมผัสของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำในขั้นตอนที่ 1 พบว่าอัตราส่วนของข้าวไรซ์เบอร์รี่และน้ำที่ 1:20 ได้รับความเห็นชอบการทดสอบทางประสาทสัมผัสสูงสุดในทุกคุณลักษณะโดยคุณลักษณะด้านเนื้อสัมผัสและการยอมรับโดยรวมได้รับความเห็นชอบแตกต่างจากอัตราส่วนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) (แสดงในตารางที่ 2) ตัวอย่างดังกล่าวได้รับคัดเลือกเป็นสูตรเบื้องต้นในการศึกษาการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสในขั้นตอนที่ 2

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

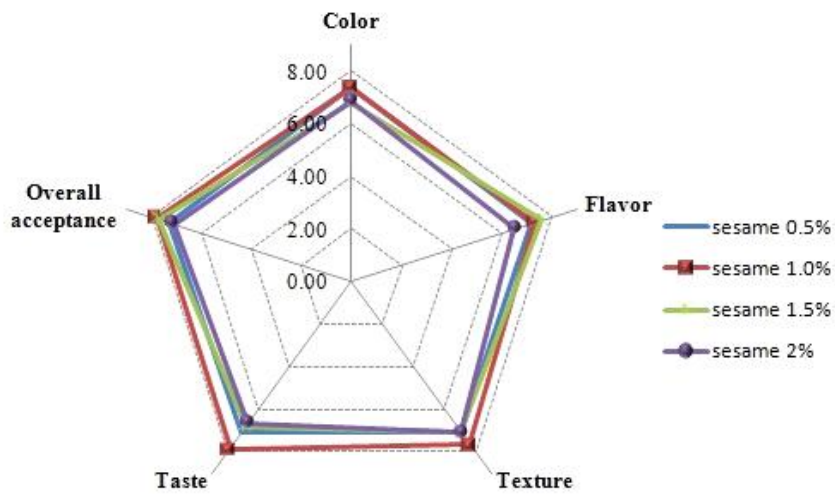
ตารางที่ 2 คะแนนการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสที่อัตราส่วนต่างๆ ระหว่างข้าวไร้เบอรรีและน้ำ

Sensory Attribute	Score		
	Riceberry: Water		
	1:15	1:17.5	1:20
Color	6.05±1.63 ^a	6.20±1.47 ^a	6.55±1.50 ^a
Texture	4.95±2.37 ^a	5.50±1.50 ^a	7.15±1.53 ^b
Overall acceptance	5.35±2.36 ^a	5.65±2.03 ^a	7.20±1.43 ^b

^{ab} อักษรที่แตกต่างกันในแนวนอนหมายถึง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p ≤ 0.05)

ผลการศีกษาการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสชั้นตอนที่ 2 พบว่าน้ำข้าวไร้เบอรรีเสริมงาดำที่ระดับร้อยละ 1.0 ได้รับความยอมรับด้านเนื้อสัมผัส รสชาติ และการยอมรับโดยรวมสูงที่สุดโดยได้รับคะแนน 7.65 7.85 และ 7.80 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม

ก็ตามน้ำข้าวไร้เบอรรีเสริมงาดำที่ระดับ 0.5 และ 1.5 ได้รับความยอมรับสูงสุดในด้านสีและกลิ่นรส ตามลำดับ ขณะที่สูตรน้ำข้าวไร้เบอรรีเสริมงาดำที่ระดับร้อยละ 2.0 ได้รับความน้อยที่สุดในทุกคุณลักษณะ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 คะแนนทางด้านประสาทสัมผัสของน้ำข้าวไร้เบอรรีเสริมงาดำที่ระดับต่างๆ

ดังนั้น สูตรในการผลิตเครื่องดื่มข้าวไร้เบอรรีเสริมงาดำที่ได้รับการคัดเลือกประกอบด้วยอัตราส่วนข้าวไร้เบอรรีต่อน้ำ 1: 20 และงาดำตัวร้อยละ 1

ตัวอย่างถูกนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี ปริมาณสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ กิจกรรมต้านอนุมูลอิสระ สมบัติทางกายภาพและจุลินทรีย์

ผลการศึกษาค่าประกอบทางเคมีของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีของเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำพบว่า มีพลังงานรวมทั้งหมดเท่ากับ 20.58 kcal/100 มิลลิกรัม โดยมีร้อยละของไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ใยอาหารและเถ้า เท่ากับ 94.35 3.45 0.13 0.50 0.33 และ 0.13 ตามลำดับ

ผลการศึกษารอบการออกฤทธิ์ทางชีวภาพและกิจกรรมการต้านออกซิเดชัน

กิจกรรมการต้านออกซิเดชันของเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำแสดงดังตารางที่ 3 โดยพบว่า กิจกรรมการต้านออกซิเดชันโดยรวมมีค่าเท่ากับ 158.6 μ mole TE ในขณะที่ปริมาณสารประกอบแอนโทไซยานินในรูปผลรวมของปริมาณสารประกอบไซยานิดิน (0.05 มิลลิกรัม/ 100 มิลลิลิตร) และฟิโอรินิดิน (0.02 มิลลิกรัม/ 100 มิลลิลิตร) มีค่าเท่ากับ 0.07 มิลลิกรัม/ 100 มิลลิลิตร ตามลำดับ โดยมีความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระ DPPH มีร้อยละการยับยั้งเท่ากับ 39.96

ตารางที่ 3 สารออกฤทธิ์ทางชีวภาพและกิจกรรมการต้านออกซิเดชันของเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ

Bioactive compound	Content
Total antioxidant activity (ORAC) (μ mole TE)	158.65 \pm 9.16
Total Anthocyanin (mg/100 ml)	0.07 \pm 0.00
DPPH scavenging activity (%)	39.96 \pm 3.45

ผลการศึกษาสมบัติทางกายภาพและการประเมินคุณภาพด้านจุลินทรีย์

ความหนืดและสีของเครื่องดื่มข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ เครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำมีค่าความหนืดเท่ากับ 178.40 \pm 2.85 cp. มีค่าความสว่าง (L*) เท่ากับ 0.16 \pm 0.06 ค่าความเป็นสีแดง (a*) เท่ากับ 0.23 \pm 0.04 และค่าความเป็นสีเหลือง (b*) เท่ากับ 0.01 \pm 0.05

การประเมินผลคุณภาพด้านจุลินทรีย์

ผลการวิเคราะห์ปริมาณจุลินทรีย์ในเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำพบปริมาณยีสต์และราน้อยกว่า 1 cfu/ 100 มิลลิลิตร และปริมาณโคลิฟอร์มน้อยกว่า 1.1/ 100 มิลลิลิตร

วิจารณ์ผลการทดลอง

สูตรน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่ที่เหมาะสม

ในการพัฒนาสูตรน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ ขั้นตอนที่ 1 ผู้ชิมให้คะแนนการยอมรับเพิ่มขึ้นเมื่ออัตราส่วนน้ำเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยสำคัญของการยอมรับมาอาจมาจากความหนืดของผลิตภัณฑ์ซึ่งสอดคล้องกับผลคะแนนด้านเนื้อสัมผัสซึ่งได้รับคะแนนสูงสุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอาจส่งผลกระทบต่อคะแนนการยอมรับโดยรวมของสูตรเบื้องต้นดังกล่าว ในขั้นตอนที่ 2 ระดับร้อยละที่เพิ่มขึ้นของงาดำมีผลต่อการยอมรับของผลิตภัณฑ์ โดยมีผลต่อคะแนนความชอบด้านสี และรสชาติ โดยเฉพาะเมื่อปริมาณเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 1.5 และ 2.0 ได้รับคะแนนการยอมรับลดลงในคุณลักษณะดังกล่าว

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

องค์ประกอบทางเคมีของน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ

จากการผลการศึกษาพบว่าเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำจัดเป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำและมีคาร์โบไฮเดรตเป็นองค์ประกอบหลัก เป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำมาจากอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ซึ่งสามารถใช้เป็นอาหารว่างระหว่างมื้อสำหรับผู้ป่วย เพื่อกำจัดความหิวหรือดื่มเพื่อเพิ่มพลังงาน โดยทั่วไปการควบคุมปริมาณพลังงานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นอยู่กับน้ำหนัก โครงสร้างของร่างกายและการใช้พลังงาน โดยอาหารว่างระหว่างมื้อจะมีการแบ่งให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด เครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำสามารถบริโภคเป็นอาหารว่างระหว่างมื้อใน 1 วันโดยที่ปริมาณ 250 มิลลิลิตร ซึ่งจะได้รับพลังงานทั้งหมดเท่ากับ 51.45 kcal ทั้งนี้ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่แนะนำเท่ากับร้อยละ 50-60 โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละกรณี โดยคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับที่ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (จุฑา, 2552) คาร์โบไฮเดรตมีส่วนสำคัญป้องกันไม่ให้ร่างกายใช้โปรตีนเป็นแหล่งพลังงาน โดยถ้ามีการดึงโปรตีนไปใช้จะส่งผลต่อการสร้างเนื้อเยื่อและการเมตาบอลิซึมในร่างกาย ในกรณีที่ได้รับคาร์โบไฮเดรตน้อยเกินไปส่งผลต่อการเกิดภาวะ Keto-acidosis จากการเผาผลาญไขมัน ทำให้เกิดคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้นซึ่งพบมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (อัญชลี, 2553)

นอกจากนี้รายงานของ American Diabetes Association (2007) แนะนำการควบคุมเบาหวาน (Secondary prevention) โดยพบว่าไม่ควรจำกัดคาร์โบไฮเดรตที่ 130 กรัมต่อวัน (Low carbohydrate diets) ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรือมีโรคอ้วนและควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตจากผัก ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ด (Whole grains) ถั่ว นมไขมันต่ำ และควรใช้การนับคาร์โบไฮเดรต อาหารแลกเปลี่ยนในการวางแผนการบริโภคคาร์โบไฮเดรต รวมถึงการใช้ข้อมูลอาหาร Glycemic index และ Glycemic load ให้การเลือกบริโภคอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต เป็นต้น

Christian University of Thailand Journal

Vol.22 No.3 (July -September) 2016

สารออกฤทธิ์ทางชีวภาพและกิจกรรมการต้านออกซิเดชัน

สารออกฤทธิ์ทางชีวภาพและกิจกรรมการต้านออกซิเดชันของเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำมาจากวัตถุดิบทั้ง 2 ชนิด คือข้าวไรซ์เบอร์รี่และงาดำ สารต้านออกซิเดชันที่สามารถพบได้ในข้าวไรซ์เบอร์รี่ได้แก่ สารประกอบแอนโทไซยานิน แกมมาโอไรซานอล (Gamma oryzanol) เบต้าแคโรทีน (Beta-carotene) สารประกอบโพลีฟีนอล และสารต้านออกซิเดชันอื่นๆ (Prangthip *et al.*, 2013; Leardkamolkarn *et al.*, 2011, Kongkachuichai *et al.*, 2013) ทั้งนี้ สารประกอบแอนโทไซยานินสามารถเกิดการสูญเสียเมื่อได้รับความร้อนซึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการให้ความร้อน ระยะเวลาและชนิดของอาหารที่มีแอนโทไซยานินเป็นองค์ประกอบ (Lin & Chou, 2009; Mulinacci *et al.*, 2008; Shikov *et al.*, 2008) จากรายงานของ Mulinacci และคณะ (2008) พบว่าแอนโทไซยานินในมันฝรั่งสายพันธุ์ต่างกัน ได้รับความร้อนโดยวิธีการต้ม และไมโครเวฟมีการสูญเสียแอนโทไซยานินร้อยละ 15-30 ขณะที่ความร้อนมีผลต่อสูญเสียแอนโทไซยานินในบูลเบอร์รี่และองุ่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 60-125 องศาเซลเซียส แต่ไม่มีผลกระทบต่ออุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส (Khanal *et al.*, 2010)

อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการต้านออกซิเดชันของเครื่องดื่มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำเกิดจากสารต้านออกซิเดชันที่พบในงาดำ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ สารต้านออกซิเดชันกลุ่มไฮโดรโฟบิก (hydrophobic antioxidants) พบในส่วนของน้ำมันงา ซึ่งเป็นกลุ่มของสารประกอบลิแกเนน ได้แก่ เซซามอล เซซามินอล เซซามิน และเซซาโมลิน ขณะที่สารต้านออกซิเดชันกลุ่มไฮโดรฟิลิก (Hydrophilic antioxidants) พบในส่วนของเนื้อที่สกัดไขมันออกหรือกากงา เป็นสารประกอบกลุ่มลิแกเนนไกลโคไซด์ (Lignan glycosides) ได้แก่ เซซามินอล กลูโคไซด์ (Sesaminol glucosides) ไพโนเรซินอล กลูโคไซด์ (Pinoresinol glucosides) และเซซาโมลินอล กลูโคไซด์ (Sesamolol glucosides) (Hung *et al.*, 2016)

ในกระบวนการแปรรูปเครื่องต้มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำใช้ความร้อนในระดับพาสเจอร์ไรส์ ความร้อนอาจส่งผลต่อสารต้านออกซิเดชัน จากรายงานของ Gerstenmeyer และคณะ (2003) พบว่าสารประกอบในกลุ่มลิกแนน อะไกลโคโคน (Lignan agycones) และลิกแนน ไกลโคไซด์ (Lignan glycosides) ซึ่งพบในธัญพืชชนิดต่างๆ รวมทั้งในงาไม่ถูกทำลายเมื่อได้รับความร้อนระดับปานกลาง (Moderate heating) ที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส ในอาหารแห้ง (Dry foods) ในทางกลับกันความร้อนช่วยในการสกัดสารประกอบลิกแนนได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามความร้อนชั้นนี้มีผลต่อหนึ่งยวนำให้เกิดการทำลายสารประกอบลิกแนนที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส และสารประกอบอะไกลโคโคนและไกลโคไซด์ในข้าวไรย์และงาถูกทำลายที่อุณหภูมิสูง 250 องศาเซลเซียส

สมบัติทางกายภาพและคุณภาพด้านจุลินทรีย์

ความหนืดและสีของเครื่องต้มข้าวไรซ์เบอร์รี่ผสมงาดำ

จากสูตรเครื่องต้มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำ คั่วที่ได้รับการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสสูงสุด มีลักษณะข้นเหลวซึ่งเกิดจากแป้งข้าวที่ได้รับความร้อนเกิดการเจลลาติไนซ์ โดยเครื่องต้มสามารถรับประทานแบบเย็นได้โดยใช้หลอดหรือใช้การต้ม หรือบริโภคแบบอุ่นร้อน ขณะที่สีของผลิตภัณฑ์มีสีม่วงเทาซึ่งเกิดจากรงควัตถุสีม่วงและงาดำที่ใช้เป็นส่วนประกอบ

ผลการศึกษาการประเมินผลคุณภาพด้านจุลินทรีย์

ปริมาณยีสต์และรา และโคลิฟอร์มไม่เกินมาตรฐานตามข้อกำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ฉบับ 356 เรื่อง เครื่องดื่มในภาชนะปิดสนิท ซึ่งกำหนดไว้ให้พบยีสต์และราได้น้อยกว่า 100 ในเครื่องดื่ม 1 มิลลิลิตร และโคลิฟอร์มน้อยกว่า 2.2 ในเครื่องดื่ม 100 มิลลิลิตร โดยวิธี MPN (กระทรวงสาธารณสุข ฉบับ 356, 2556) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสุขลักษณะที่ดีในการผลิตและกระบวนการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่เหมาะสม

สรุปผลการทดลอง

สูตรที่เหมาะสมจากการพัฒนาเครื่องต้มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำด้วยการทดสอบการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสคือ ข้าวไรซ์เบอร์รี่ 1 ส่วน น้ำ 20 ส่วนและงาดำคั่วร้อยละ 1 เครื่องต้มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำผ่านการฆ่าเชื้อด้วยกระบวนการพาสเจอร์ไรส์ที่อุณหภูมิ 90 องศาเซลเซียส ผลิตภัณฑ์มีสีม่วงเทา ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์เครื่องต้มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำสามารถใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการรับประทานเป็นอาหารว่างระหว่างมื้อ โดยมีสมบัติเป็นเครื่องดื่มที่มีพลังงานต่ำ มีสารต้านออกซิเดชันจากสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพจากข้าวไรซ์เบอร์รี่และงาดำ

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการนวัตกรรมสุขภาพเพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในขั้นตอนต่อไปเป็นการนำผลิตภัณฑ์เครื่องต้มน้ำข้าวไรซ์เบอร์รี่เสริมงาดำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานเป็นอาหารว่างระหว่างมื้อและติดตามผลในการวิจัยในขั้นตอนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 356 เรื่อง เครื่องดื่มในภาชนะปิดสนิท. เล่ม 310 ตอนพิเศษ (83 ง.)
- รุจิรา สัมมะสุต. (2552). หลักการปฏิบัติด้านโภชนาบำบัด. ปรานีบุ๊ค: สุพรรณบุรี: สุพรรณบุรี: สุพรรณบุรี: สุพรรณบุรี.
- วันวิสาข์ สุธีรพจน์. (2557). ข่าว: เป้าการส่งออกปี 2558. สำนักพัฒนาการค้าและธุรกิจการเกษตรและอุตสาหกรรม. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558. จาก http://www.ditp.go.th/contents_attach/92369/92369.pdf.
- อัญชลี ศรีจำเริญ. (2553). อาหารและโภชนาการ: การป้องกันและบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพฯ.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.(2007). "Nutrition recommendations and interventions for Diabetes". *Diabetics Care*. (30).
- AOAC. (2012). *Official Methods of Analysis of AOAC INTERNATIONAL* (2012). 19th Ed. Gaithersburg, MD, USA: AOAC international.
- BAM .(2002). *Microbiological Methods & Bacteriological Analytical Manual (online)*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2558. จาก <http://www.fda.gov/Food/FoodScienceResearch/LaboratoryMethods/ucm2006949.htm>.
- Da Costa, C. T., Nelson, B. C., Margolis, S. A., & Horton, D. (1998). " Separation of blackcurrant anthocyanins by capillary zone electrophoresis" . *Journal of Chromatography A*. 799 (1-2) : 321-327.
- Domingueti, C.P., Dusse, L.M.S., Carvalho, M.D.G., Sousa, L.P.D., Gomes, K.B., & Fernandes, A.P. (2016). " Diabetes mellitus: The linkage between oxidative stress, inflammation,hypercoagulability and vascular complications". *Journal of Diabetes and Its Complications*. 30(4): 738-745.
- Fan, L., Zhang, S., Yu, L., & Ma, L. (2006). " Evaluation of antioxidant property and quality of breads containing *Auricularia auricula* polysaccharide flour". *Food Chemistry*. 30(101) : 1158-1163.
- Gerstenmeyer, E., Reimer, S., Berghofer, E., Schwartz, H., & Sontag, G. (2013). " Effect of thermal heating on some lignans in flax seeds, sesame seeds and rye". *Food Chemistry*. 138(2-3): 1847-1855.
- Giacco, F., & Brownlee, M. (2010). *Oxidative stress and diabetic complications*. *Circ.Res*. 107(9): 1058-1070.
- Hung, W-L., Liao, C-D., Lu, W-C., Ho, C-T., & Hwang, L.S. (2016). " Lignan glycosides from sesame meal exhibit higher oral bioavailability and antioxidant activity in rat after nano/submicrosizing". *Journal of Functional Foods*. 23: 511-522.

- Ibrahim, M.A., Koorbanally, N.A., & Islam, M. (2014). "Antioxidative activity and inhibition of key enzymes linked to type-2 diabetes (α -glucosidase and α -amylase)". *Acta Pharmaceutica*. 64(3): 311-324.
- Janat, B., Oveisi, M.R., Sadeghi, N., Hajimahmoodi, M., Behzad, M., Choopankari, E., & Behfar, A.A. 2010. "Effects of roasting temperature and time on healthy nutraceuticals of antioxidants and total phenolic content in Iranian sesame seed (*Sesamum Indicum* L.)". *Iranian Journal of Environmental Health Science and Engineering*. 7(1): 97-102.
- Khanal, R.C., Howard, L.R., & Prior, R.L. (2010). "Effect of heating on the stability of grape and blueberry pomace procyanidins and total anthocyanins". *Food Research International*. 43 : 1464-1469.
- Kongkachuichai, R., Prangthip, P., Surasiang, R., Posuwan, J., Charoensiri, R., Kettawan, A. & Vanavichit, A. (2013). "Effect of riceberry oil (deep purple oil; *Oryza sativa* Indica) supplementation on hyperglycemia and change in lipid profile in Streptozotocin (STZ) induced diabetic rats fed a high fat diet". *International Food Research Journal*. 20(2): 873-882.
- Kähkönen, M.P. and Heinonen, M. (2003). "Antioxidant activity of anthocyanins and their Aglycons". *Journal of Agriculture and Food Chemistry*. 51(13): 628-633.
- Leardkamolkarn, V., Thongthep, W., Suttiarporn, P., Kongkachuichai, R., Wongpornchai, S., & Wanavijitr, A. (2011). "Chemopreventive properties of bran extracted from a newly-developed Thai rice: The Riceberry". *Food Chemistry*. 125(3): 978-985.
- Lin, Y. C., & Chou, C. C. (2009). "Effect of heat treatment on total phenolic and anthocyanin contents as well as antioxidant activity of the extract from *Aspergillus awamori*-fermented black soybeans, a healthy food ingredient". *International Journal of Food Science and Nutrition*. 60(7): 627-636.
- Mulinacci, N., Ieri, F., Giaccherini, C., Innocenti, M., Andrenelli, L., & Canova, G. (2008). "Effect of cooking on the anthocyanins, phenolic acids, glycoalkaloids, and resistant starch content in two pigmented cultivars of *Solanum tuberosum* L.". *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. 56(4): 11830-11837.
- Ou B., Hampsch-Woodill M., & Prior R.L. (2001). "Development and validation of an improved oxygen radical absorbance capacity assay using fluorescein as the fluorescent probe". *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. 49(10): 4619-4926.
- Prangthip, P., Surasiang, R., Charoensiri, R., Leardkamolkarn, V., Komindr, S., Yamborisut, U., Vanavichit, A., & Kongkachuichai, R. (2013). "Amelioration of hyperglycemia, hyperlipidemia, oxidative stress and inflammation in streptozotocin-induced diabetic rats fed a high fat diet by riceberry supplement". *Journal of Functional foods*. 5 : 195-203.

- Ruethaithip Surasiang. (2011). "Effect of Cold Press Rice Berry Oil (dark violet oil) on Blood Glucose, Insulin level and Oxidative stress in High Fat Diet Fed to Streptozotocin-Induced Diabetic Rats". 20th *National Grad Research Conference*.
- Sancho RAS, Pastore GM. (2012). "Evaluation of the effects of anthocyanins in type 2 diabetes". *Food Research International*. 46(1):378-386.
- Sankar, D., Ali, A., Sambandam, G, & Rao, R. (2011). "Sesame oil exhibits synergistic effect with anti-diabetic medication in patients with type 2 diabetes mellitus". *Clinical Nutrition*. 30(3): 351-358.
- Shahidi, F., Amarowicz, R., Abou-Gharbia, H.A., Shehata, A. & Adel, Y., (1997). "Endogenous antioxidants and stability of sesame oil as affected by processing and storage". *Journal of American Oil Chemists' Society*. 74(2): 143-148.
- Shikov, V., Kammerer, D. R., Mihalev, K., Mollov, P., & Carle, R. (2008). "Heat stability of strawberry anthocyanins in model solutions containing natural co-pigments extracted from rose (*Rosa damascena* Mill. petals". *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. 56(18): 8521-8526.
- Weisel, T., Baum, M., Eisenbrand, G., Dietrich, H., Will, F., Stockis, J.P., Kulling, S., Rüfer, K., Johannes, C., & Christine Janzowski, C. (2006). "An anthocyanin/polyphenolic rich fruits juice reduces oxidative DNA damage and increase glutathione level in healthy probands". *Biotechnology Journal*. 1(4): 388-397.
- Xu W.T, Zhang F.F, Luo Y.B, Ma L.Y, Kou X.H, & Huang K.L. (2009). "Antioxidant activity of a water soluble polysaccharide purified from *Pteridium aquilinum*". *Carbohydrate Research*. 344(2): 217-222.



ภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม
Caregiving Burden and Quality of Life Amongst Caregivers of the
Elderly in Nakhon Pathom Province *

สุปราณี แตงวงษ์ **
ดร. กัลยกร ฉัตรแก้ว***
กฤษณารี แย้มเพ็ง****

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างภาระในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านในเขต จังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 250 ราย เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ วุฒิการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบไปด้วยประสมการณืความเครียด 4 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย (หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

แบบขั้นตอนเพื่อหาอำนาจการทำนายของภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 0.90, S.D. = 0.57$) คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15, S.D. = 0.79$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .154$) และอำนาจในการทำนายของภาระในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากผลการวิจัย ทำให้ได้ข้อสรุปว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการที่อยู่ในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมทั้งจัดอัตราค่าจ้างที่เพียงพอต่อการให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิ จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระและผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัวได้

¹ ได้รับความอนุเคราะห์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

² อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

⁴ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research is a descriptive research aimed to study the caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly in Nakhon Pathom province, to study relationships between caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly and the prediction of the caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly. The sample group was composed of 250 primary caregivers of the elderly, and care for the elderly at home in Nakhon Pathom province. The sampling method for this research was purposive sampling. Questionnaires included demographic data such as gender, age, marital status, occupation, education, income, underlying, quality of life instrument WHOQOL – BREF –THAI consisted of two types of the condition such as perceived objective and selfreport subjective and consisted of four elements of quality of life and 26 items, the caregiving burden with chronic disease instrument developed by Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986) consists four elements and 22 items from stress experience of caregiver. Data were analyzed by computer

program using percentage, mean, standard deviation, Pearson' s product moment correlation coefficient and stepwis multiple regression.

The findings showed that overall of the caregiving burden of the elderly was at low level (\bar{x} = 0.90, S.D. = 0.57), overall of quality of life was at moderate level (\bar{x} = 3.15. , S.D. = 0.79), the caregiving burden had relationship with quality of life amongst caregivers of the elderly at mild level of the variance at statistically significant level at .05 (r = .154), and caregiving burden was able to predict quality of life with 18.00% of the variance at statistically significant level at .01. This study indicates that the district's health center services nearby the family in the community should develop primary care services to the elderly, such as providing safety environment for the elderly who hardly help themselves, rehabilitation, diagnosis, palliative care, long-term care, including preparing adequate health-care providers to provide services of primary care, support long-term care for the elderly in the family and in the community, to reduce the burden and impact of caregiver and family.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมต้องให้ความสนใจเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในประเทศไทยซึ่งมีข้อมูลชัดเจนว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นภายในสองทศวรรษหน้าและส่วนหนึ่งมักมี

ปัญหาทางสุขภาพกาย จิต และสังคมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เพราะบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะภายในร่างกายเสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาส ที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.70 โรคเบาหวานร้อยละ 13.30 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.00 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.60 อัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.50 และโรคเมะเร็งร้อยละ 0.50 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ยกเว้นอัมพาต/อัมพฤกษ์ หากพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงกว่าในเขตเทศบาลเกือบสามเท่า ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงสุดร้อยละ 33.60 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 23.90 และกรุงเทพมหานครต่ำสุดร้อยละ 9.20 ความเสื่อมสภาพโดยความสูงอายุ นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ที่เรียกกันว่า "ความเปราะบาง" นั่นเอง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพแล้ว ยังเกิดได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

นอกจากนี้ความเสื่อมของร่างกายยังทำให้ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น ความต้องการพึ่งพาสามารถแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ตามแนวคิดการพึ่งพาตนเองของแอทชลีย์ (Atchley, 1999 อ้างใน ปัญญภัทร ภัทรกัณหากุล, 2544) ดังต่อไปนี้ 1) ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือและดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง 2) ความต้องการพึ่งพาด้านจิตใจ หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ 3) ความต้องการพึ่งพาด้านสังคม หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมและ 4) ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคมจึงส่งผลกระทบต่อความสามารถคบหาสมาคมกับเพื่อนฝูง รายได้และแบบแผนการดำเนินชีวิต แนวทางหนึ่งในการส่งเสริมความผาสุกของผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมสุขภาพกายจิต และสังคมของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและสนใจใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายดีขึ้น มีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อันจะเป็นการส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีการพึ่งพิงกันระหว่างประชากรในแต่ละกลุ่ม กล่าวคือ ประชากรกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นผู้สร้างผลผลิต (Productivity) ให้กับสังคมไทย

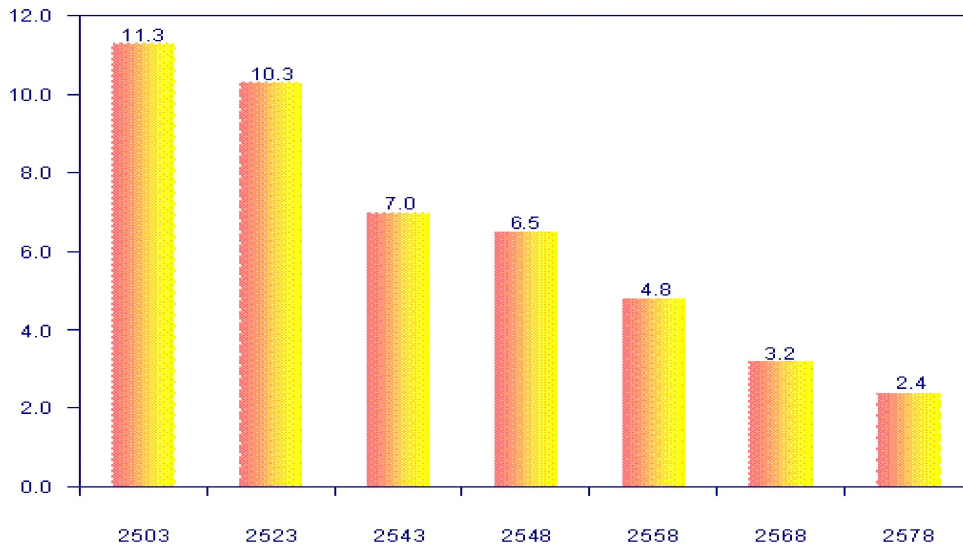
จากโครงสร้างประชากรสะท้อนให้เห็นลักษณะการพึ่งพิงกันระหว่างประชากรกลุ่มอายุต่างๆ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป ลักษณะการพึ่งพิงกันก็ย่อมเปลี่ยนไปด้วย

อัตราส่วนพึ่งพิงรวม อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กและอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา พ.ศ. 2503 - 2578

ดัชนีอีกตัวหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงอัตราส่วนของจำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ต่อผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 1 คน ได้แก่ "อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ" (Potential support ratio: PSR) แนวความคิดของอัตราส่วนนี้คือ คนในวัยทำงานเป็นผู้ที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จึงมีความหมายว่าผู้สูงอายุคนหนึ่งจะมีผู้ที่สามารถช่วยเหลือดูแลได้กี่คน โดยแสดงให้เห็นดังแผนภาพ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙



แผนภาพแสดงอัตราการส่วนอายุหกสิบผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503 - 2578
(ที่มา : ปีทมา ว่าพัฒนาวงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2548)

จากแผนภาพแสดงให้เห็นว่าเมื่อ 40 กว่าปีก่อน ในปี พ.ศ. 2503 อัตราส่วนเกือบทุมนผู้สูงอายุสูงมาก คือมีคนวัยทำงานถึง 12 คนที่ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุเพียง 1 คน อัตราส่วนนี้ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องและในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยแต่ละคนจะมีคนวัยทำงานที่อาจจะช่วยในการดูแลเกือบทุมนเพียง 2 คนเท่านั้น

จากการที่โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้นส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุในเวลาอันรวดเร็ว และจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งว่าด้วยเรื่องด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัย สูงอายุที่มีคุณภาพนั้นยังมีงานวิจัยที่ทำการศึกษในเรื่องนี้ไม่มากนักและที่สำคัญประชากรยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับภาวะประชากรสูงอายุ

จากรายงานการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยในรายบุคคล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังและสำนักงานประกันสังคมระหว่าง พ.ศ.2547-พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ไชมันในเลือดสูง ข้อเสื่อม และสมองเสื่อม และเมื่อพิจารณาอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นว่าส่วนใหญ่อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2553) จากสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการสูญเสียสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย จากการที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุในเรื่องของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีข้อจำกัดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยพยาบาล ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแล ในส่วนที่ผู้สูงอายุพร้อมในการดูแลตนเอง ผลกระทบ

ในการพร้อมการดูแลตนเอง ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ต้องให้การรักษาเวลานาน ซึ่งในบางครั้งสุดท้ายอาจไม่สามารถรักษาให้หายได้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยไม่สุขสบาย เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และอาจก่อให้เกิดความพิการและไร้สมรรถภาพในการเจ็บป่วยบางโรค อีกทั้งเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาท หน้าที่ และภาพลักษณ์ เกิดความท้อถอย ไร้สมรรถภาพ ไร้คุณค่า ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว และลูกหลาน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานเกิดความเครียดที่ต้องปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย โดยบุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ เรียกว่า ผู้ดูแล (Dependent care agent) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแล เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเรียกว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมา ได้แก่ เป็นภาระที่ต้องดูแล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดบรรยากาศเครียดในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้มีผลกระทบทางด้านสังคมตามมา เนื่องจากบทบาททางสังคมถูกจำกัด (อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ, 2544)

จากผลกระทบของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้น อันเกิดจากการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนามากขึ้น อันจะนำไปสู่การรับรู้ภาระของผู้ดูแล โดยไพและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981) แบ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้านคือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ขนาดความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมีผลมาจากสถานการณ์ในการดูแลโดยตรง ด้านที่สองคือ

ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก เจตคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีผลให้ผู้ดูแลรับรู้หรือประเมินว่าสถานการณ์การดูแลเป็นภาระในการดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านอารมณ์จิตใจ สุขภาพร่างกาย สังคม เศรษฐกิจของผู้ดูแล ที่มีผลทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่ความรู้สึกพอใจในชีวิตของผู้ดูแลลดน้อยลง และยังคงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาด้วย

ดังนั้นจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาระหนักในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุได้ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คำถามการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ศึกษาอำนาจทำนายภาวะในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

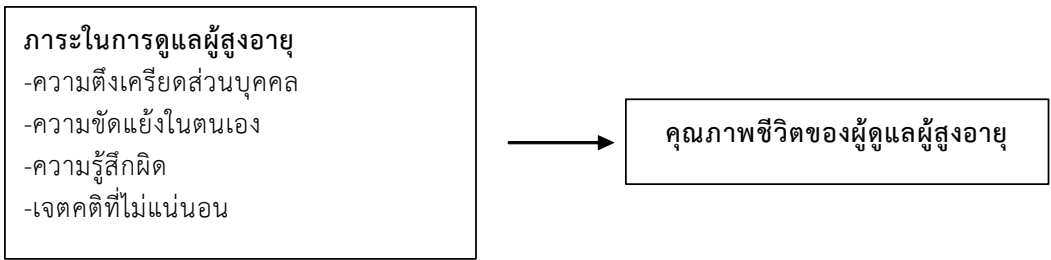
สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยพบว่าการประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Steven, H., Zarit and Judy, M. Zarit (1986) สามารถนำมาประยุกต์

ในการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับกลุ่มผู้ดูแล และสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) นอกจากนั้น จากการศึกษาของทมาโย และคณะ (Tamayo, et al., 2010) ยังพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้าน และในภาพรวมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตามแผนภาพกรอบแนวคิดของการวิจัยดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย
(ที่มา : ประยุกต์จาก Steven, H. Zarit and Judy, M. Zarit (1986).

นิยามตัวแปร

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก รู้สึกเกินกำลังจากสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ดูแลเนื่องจากการทำหน้าที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ใช้ประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่างๆ

ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลของ Steven, H. Zarit and Judy, M. Zarit (1986) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตา ดุชะฎี ทูลศิริ รัชนี้ สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัง (2554)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสิ่งคมรอบตัวผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ

ของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม (Padilla & Grant, 1985) ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัทธินันท์กุล (2545)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรทั้งสอง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 250 ราย ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอของจังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง : คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านในเขตจังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 250 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันและใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุมากที่สุด
 2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้
 3. เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้อย่างเข้าใจ
- ทั้งนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยให้ผู้ดูแลที่มี

คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดมีสิทธิสุ่มเลือกจับฉลากเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ด้วยตนเอง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบวัด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ วุฒิ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยชนัญชิตาคุณศรี ทูลศิริ และคณะ, 2554) อันประกอบด้วยประสพการณ์ความเครียด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนดังนี้ภายหลังได้รับการอนุมัติโครงการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธี การแจกสอบถาม

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

โดยประสานขอความร่วมมือจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครหมู่บ้าน ให้นำคณะผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลตามบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เมื่อไปถึงบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทำวิจัยครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถามคณะผู้วิจัยจะทำการอธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามแต่ละรายประมาณ 30 นาที และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 7 อำเภอ ของจังหวัด นครปฐม จนครบจำนวน 250 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาให้คณะและประมวลผลนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต

2.1 ให้คะแนนรายข้อในแต่ละข้อคำถาม แล้วแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2.2 จากนั้นวิเคราะห์โดยรวม รายด้าน 4 ด้าน แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะหนักในการดูแลผู้สูงอายุมาก ปานกลาง และน้อย (สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล, 2545)

ส่วนที่ 4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ทำอำนาจทำนายระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.00 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.20 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 56.40 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.20 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.20 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.00 ส่วนการได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นด้านค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 69.60

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับน้อยทั้งหมด โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{X} = 0.90$, S.D. = 0.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านที่ 1 คือ ความตั้งใจเตรียมตัวบุคคล ($\bar{X} = 0.74$, S.D. = 0.53) ด้านที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง ($\bar{X} = 1.01$, S.D. = 0.81) ด้านที่ 3 ความรู้สึกผิด ($\bar{X} = 1.06$, S.D. = 0.78) และด้านที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน ($\bar{X} = 0.93$, S.D. = 0.73)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.79) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของคุณภาพชีวิตพบว่า 5 อันดับของคุณภาพชีวิตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ อันดับแรกคือ ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 1.18) อันดับสองคือ ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน

($\bar{X} = 3.60$, S.D.= 2.22) อันดับสาม คือ ความรู้สึก
ว่าชีวิตมีความหมาย ($\bar{X} = 3.54$, S.D.= 1.14) อันดับ
สี่ คือ ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่าง
ที่ผ่านมา ($\bar{X} = 3.48$, S.D.= 1.03) และอันดับห้า คือ
ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ($\bar{X} = 3.47$,
S.D.= 1.13) ส่วนรายชื่อของคุณภาพชีวิตที่มี

ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึก
เหงา เศร้า ทดหู่ ลึ้นหวัง วิดกกังวล บ่อยแค้ไหน
($\bar{X} = 2.25$, S.D.= 1.00)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล
ผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ	ค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (r)
ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ (โดยรวม)	.154*
ด้านที่ 1 ความตึงเครียดส่วนบุคคล	.059
ด้านที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง	.154*
ด้านที่ 3 ความรู้สึกผิด	.180**
ด้านที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน	.151*

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

*Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะในการดูแลผู้สูง
อายุโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($r = .154$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของภาวะในการดูแล

ผู้สูงอายุ พบว่ามี 3 ด้านที่มีความ สัมพันธ์ทางบวกใน
ระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านความขัดแย้ง
ในตนเอง ($r = .154$) ด้านความรู้สึกผิด ($r = .180$)

และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ($r = .151$)

ตารางที่ 2 อำนาจทำนายภาวะในการดูแลผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นที่	ตัวพยากรณ์	R	R ²	Adjusted R ²	b	t	Beta	Sig T
1	ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ	.033	.180	.029	2.961	35.696	.180	.000
	Constant (a)	= 2.961		F = 8.346				

$p < .01$

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวพยากรณ์ คือ ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .180 แสดงว่าภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .154$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าภาวะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัวที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุพการีของตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือเป็นบุตร มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-5 ปี นั้นหมายความว่าผู้ดูแลต้องดูแลทั้งบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุ และในขณะเดียวกันต้องดูแลครอบครัวของตนเองไปด้วย รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างยาวนานคือช่วง 1-5 ปี ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าหากไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่มีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี ศรีทากาศ โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิต เต็งรัง (2556) ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรังก่อให้เกิดภาวะและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมมากกว่าร้อยละ 70.00 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองลงมา คือ อารมณ์ ด้านสังคมพบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย

สมมติฐานที่ 2 ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดภาวะด้านร่างกายแก่ผู้ดูแล ซึ่งความหนักเบาของการดูแลขึ้นกับระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพเดิมของผู้ดูแล ซึ่งภาวะและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ อาการเหนื่อยล้า อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ปวดเข่า อาการอ่อนเพลียไม่ได้พักผ่อน พบว่ามากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแลมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่ได้พักผ่อน นอนไม่หลับ กินได้น้อย น้ำหนักลด และมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวเดิมมีอาการรุนแรงขึ้นหรือควบคุมไม่ได้ รวมทั้งได้รับบาดเจ็บจากการดูแล (ศิริณี ศรีทากาศ โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิต เต็งรัง, 2556) ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุแทบทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้างรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 10,001-15,000 บาท โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 1-5 ปี ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลโดย การให้ความรู้และสาธิตการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นคนในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

2. เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการที่อยู่ในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด เสนอแนะว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมทั้งจัดอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิ จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระและผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัวได้

3. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมบนพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีความแตกต่างและหลากหลาย การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทย ควรมีการออกแบบระบบการดูแล ที่รองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกประเภท ตั้งแต่สุขภาพดี ช่วยเหลือตนเอง

ไม่ได้ และมีอาการเจ็บป่วยเฉพาะ เพื่อเป็นทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

แม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากในประเทศไทย หากแต่ประเด็นการศึกษาและความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ดูแลและวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุของสังคมไทยในปัจจุบันยังมีจำกัด ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำมาสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยจึงยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการแสวงหาคำตอบในประเด็นต่างๆดังนี้

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

2. ควรมีการติดตามผลกระทบระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- ชนัญชิตา ดุขะฎี, ทูลศิริ, รัชณี, สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). "การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง". *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 4(1) : 62 - 75.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา บุปผาลังษ์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย คุณัญญาวิจิตตระการ. (2553). *บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นาวีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ. (2554). "ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง". *Journal of Nursing Science*. 29 (Suppl2) : 67-74.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยู แอนต์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล. (2544). *การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2548). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548 - 2568*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2549). "อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล". *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 24(3) : 153-161.
- พาริตา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและผู้ดูแล*. ใน พาริตา อิบราฮิม (บรรณาธิการ), *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและผู้ดูแลและผู้ดูแล*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญ-พาณิชย์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). "ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย". *รามารบิตพยาบาลวารสาร*. 2(1) : 84-93.
- รุ่งนภา เขียวฉะอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศากุล ช่างไม้ และคณะ. (2554). *ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม.
- ศิราณี ศรีหามาศ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิตร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. รายงานผลการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. (2550). *การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- สถิติข้อมูลจังหวัดนครปฐม. (2550). *จำนวนประชากรจำแนกตามหมวดอายุ เพศ พ.ศ. 2548* จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : ฝ่ายทะเบียน.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร.วิศิษฐ์สิน.
- สุปราณี แดงวงษ์. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสังคมพหุวัฒนธรรม*. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม.
- สุพรรณษา วังคีรี. (2552). *บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2557 จาก , <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2557 จาก , http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-1-1.html .
- อรนุช ธรรมสอน และคณะ. (2546) . "ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายและปัจจัยด้านประชากรที่เกี่ยวข้อง". วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 23(3) : 1-15.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร และคณะ. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Brown, P. L. (1991). "The burden of caring for a husband with alzheimer's disease". *Home Healthcare Nurse*. 9(3) : 33-38.
- Bull, M. J. (1990). "Factors influencing family caregiving burden and health". *Western Journal of Nursing Research*. 12(3) : 758-776.
- Gaynor, S. E. (1990). "The long haul : the effects of home care on caregivers". *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 22(1) : 208-212.
- Kamel, A.A., Bond, A.E., and Froelicher, E.S. (2012). "Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke". *International journal of nursing practice*. 18(2) : 147-154.
- Klein, S. (1989). "Caregiver burden and moral development". *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 21(2) : 94-97.
- Kosberg, J. C., Cairl, K., & Keller, D. M. (1990). "Components of burden: Interventive Implication". *The Gerontologist*. 30(1) : 236-242.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). "Measuring caregiving appraisal". *Journal of Gerontology*. 44(2) : 61-67.
- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 613-619.
- Matthis, E. J. (1991). Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. *Home Healthcare Nurse*, 9(3): 23-25.
- Miller, B., McFall, S., & Montgomery, A. (1991). "The impact of elder health, caregiver involvement, and global stress on two dimensions of caregiver burden". *Journals of Gerontolog*. 16(1) : 9-19.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). "Ceregiving and the experience of subjective and objective burden". *Family Relation*. 34(2) : 19-26.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). "Measurement and the analysis of burder". *Research on Aging* . 7(1) : 137-152.

- Padilla, G.V. & Grant, M. (1985). "Quality of life as a cancer nursing outcome variable". *Advances in Nursing Science*. 8(1) : 45-60.
- Poulshock, S.D., & Demling, G.T. (1984). " Families caring for elders in residence: Issue in measurement of burde"r. *Journals of Gerontology*. 39(2) : 230-239.
- Reinhard, S. C. (1994). "Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden". *Research in Nursing & Health*, 17(3), 79-88.
- Steven, H. Zarit and Judy, M. Zarit (1986). "Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study". *Gerontologist*. 26(2) : 260-266.
- Tamayo, S.E., et al. (2010). WCaregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver". *Age and Aging*. 32(2) : 218-223.
- Tessler, R. C., Killian, L. M., & Gubman, G. (1987). "Stages in family response to mental illness: An ideal type". *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 10(4) : 3-16.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). "The burden of families coping with the mentally ill: An invisible cries". *Family Relations*. 31(1) : 379-388.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). " Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia". *The Gerontologist*. 31(2) : 67-75.



สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดชลบุรี

The Competencies of Nurse Preceptors for New Nurses at a Private
Hospital in Chonburi Province

จิราภร ธรรมศรีสวัสดิ์ *
สมพันธ์ ทิณชรีระนันท์ **
สุคนธ์ ไช้แก้ว ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิจัยโดยใช้
ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive
research) ด้วยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi
techniques) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนด สมรรถนะ
ของพยาบาลพี่เลี้ยง ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
จังหวัดชลบุรี ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
พยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล
เวรตรวจการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้มีความ
เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยง และ
อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับพยาบาลพี่เลี้ยง
จำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ
สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง และแบบสอบถามสมรรถนะ
พยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ซึ่งได้ตรวจสอบ
คุณภาพได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

กำหนดค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อ
ให้ได้ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยพบว่า
สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ใน
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี มี 4
สมรรถนะได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้าน
บทบาทความเป็นครูผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ ให้
คำปรึกษาและให้การสนับสนุน 3) ด้านภาวะผู้นำเชิง
การบริหารจัดการ 4) ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
ทั้งระบบงานและเทคโนโลยีสารสนเทศจากผลการ
วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ คือ ผู้บริหารทางการ
พยาบาลควรกำกับดูแลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ
การพัฒนาคุณภาพและฝึกอบรมของโรงพยาบาลนำข้อมูล
จากผลการวิจัยไปจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สอดคล้อง
กับ สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล พี่เลี้ยง
โดยนำข้อคิดเห็นที่มีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ
มากที่สุดในแต่ละด้านจัดลำดับความสำคัญของการ
จัดการอบรม

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมิติเวช ชลบุรี

**รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This study was a descriptive research applying Delphi Technique for data collection. The purpose of this research was to study and identify competencies for preceptors of new nurses. Sample were 19 experts on the nurse preceptors who worked in public or private hospital. The instrument was a rating scale on nurse preceptors. The Index of Item-Objective Congruency of the questionnaire was at 0.89. Data were analyzed by SPSS program to find out mean and interquartile range to get the consensus of experts

The findings of this research consisted of four components of nurse preceptor competencies. There were: 1) role model on nursing practice, 2) roles of a teacher on educating, counseling and supporting, 3) leadership, and 4) communication technology skills and information technology. Based on the findings, it is recommended that nurse administrators should use essential component found to prepare for trainings of nurse preceptors. Important components should be prioritized to organize sequence of trainings.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงจิตวิญญาณ การให้บริการพยาบาลที่ซับซ้อนต้องอาศัยองค์ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลใหม่การปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลใหม่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานรวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของการทำงาน และยังเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวลต่อบทบาทมากขึ้นในทุกๆ ด้าน ทำให้พยาบาลใหม่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เบื่อหน่ายในวิชาชีพ และลาออกจากการงานในที่สุด การลาออกจากการงานของพยาบาลใหม่จึงนับเป็นปัญหาที่สำคัญของวิชาชีพซึ่งการออกจากการงานนั้นมีเหตุผลเสริมหลายประการ เช่น ความรู้สึกไม่มั่นคง ประกอบกับมีความแตกต่างกันในด้านเจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ ทักษะ และขั้นตอนในการปฏิบัติงาน (วัลลภา บุญรอด, 2554) ดังนั้นพยาบาลใหม่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ที่เพียงพอเป็นที่ปรึกษาและเป็นครูที่ดี ให้เรียนรู้ตลอดถึงอำนวยความสะดวกในการสอนกระบวนการในการทำงาน การ

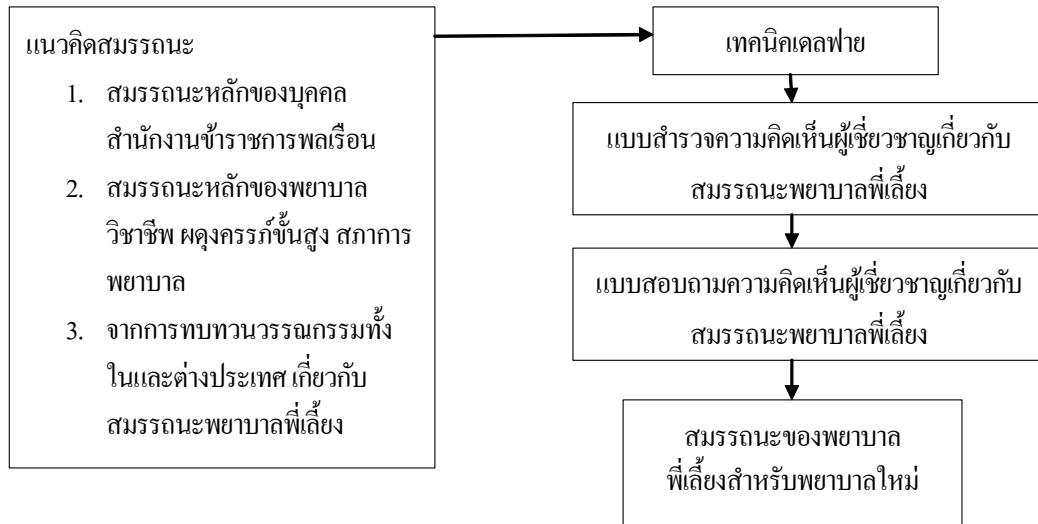
พัฒนาด้านความรู้การมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้เกิดมุมมองการทำงานที่สอดคล้องกัน มีน้ำใจในการทำงานเอื้อเพื่อเพื่อแผ้ว ฐีสื่ออกอุณการมีที่เลี้ยงที่ดิถือเป็นกลยุทธหนึ่ง ที่จูงใจพยาบาลใหม่ให้เกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน ฟังพอใจในงาน มีความสุขในการทำงานและคงอยู่ในวิชาชีพได้นาน ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีและเกิดความมั่นใจในการทำงานของพยาบาลใหม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

กำหนดสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงพยาบาลใหม่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและบทวนแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงนำมาสร้างเป็นชุดคำถามสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแทนการสัมภาษณ์ หลังจากนั้น ดำเนินการตามขั้นตอนของเทคนิคเดลฟาย เพื่อหาฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญและกำหนดเป็นสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สมรรถนะของพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสารวิชาการ ผลงานวิจัย วิทยุทัศน์ทัศน์พันธกิจ กฎระเบียบและข้อกำหนดขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาล รวมถึงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ คุณสมบัติและบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่เลี้ยง ทั้งในและต่างประเทศ รวบรวมประเด็นสมรรถนะของพยาบาลที่เลี้ยงใช้แทนการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาวิเคราะห์เนื้อหา สร้างเป็นแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงและดำเนินการวิจัยตามกระบวนการเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 ดำเนินการเชิญผู้เชี่ยวชาญที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของที่เลี้ยงโดยคัดเลือกจากผู้มีความรู้ ประสบการณ์ ผลงานทางวิชาการเช่น ผลงานวิจัย เป็นผู้สอน หรือเป็นผู้ที่เป็นที่ยอมรับด้านความรู้และประสบการณ์จากการวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 19 คน โดยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

พร้อมจัดส่งแบบสำรวจที่สร้างขึ้นจากรายละเอียดสมรรถนะของพยาบาลที่เลี้ยงที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพยาบาลที่เลี้ยง โดยขอให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็น โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ซึ่งมีค่าคะแนน 1,-1 และ 0 ตามลำดับ เป็นการเก็บข้อมูลรอบที่ 1

ขั้นที่ 2 หลังจากได้ข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์และปรับปรุงข้อความตามคำแนะนำ เพื่อให้เกิดความชัดเจน และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency : IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 แล้วปรับเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลในรอบที่ 2 แล้วจัดส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตอบแบบสอบถาม

ขั้นที่ 3 เมื่อได้แบบสอบถามรอบที่ 2 ค็นนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS คำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquar range) และแสดงค่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละรายลงในแบบสอบถามเดิม ส่งให้

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมเพื่อยืนยันคำตอบในแบบสอบถาม ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

2. การสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะสำรวจการยืนยันคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบสุดท้ายหากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีการยืนยันคำตอบที่อยู่นอกเหนือค่าพิสัยควอไทล์ ก็จะส่งแบบสอบถามกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 4 โดยทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 หากคำตอบที่ได้มีความสอดคล้องกันให้ถือเป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตามกระบวนการเทคนิคเดลฟายแล้วนำข้อมูลที่ได้มาในแต่ละรอบวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปค่ายืนยันได้ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สมรรถนะของพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญสรุปได้ว่า สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่มี 4 สมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด จำนวน 13 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ได้แก่ 1) มีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ 2) มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ 3) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักวิชาการ 4) ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดมั่นตามมาตรฐานวิชาชีพ และตระหนักถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ 5) มีความกระตือรือร้นที่จะเฝ้าหาความรู้และนำมาพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง 6) มีความตั้งใจ ขวนขวายใฝ่รู้ เพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพในการทำงานของตนเอง 7) มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและองค์กร 8) มีการใช้กระบวนการพยาบาล และหลักวิทยาศาสตร์อย่างสมเหตุสมผลในการให้การพยาบาล 9) อธิบายลักษณะงานขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงานได้ถูกต้องชัดเจน และเข้าใจง่าย 10) มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้

- บริการก่อนวางแผนการพยาบาลทุกครั้ง 11) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตอบสนองความต้องการโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 12) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา เอื้ออาทร และเคารพสิทธิ์ของผู้รับบริการ 13) ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม รองลงมาจำนวน 5 ข้อ มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 1) ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยตระหนักถึงกฎระเบียบ และข้อบังคับต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ 2) มีประสบการณ์ในการสอนงาน นิเทศงาน และประเมินผลให้กับพยาบาลใหม่ 3) รู้จักพัฒนาปรับปรุง ประยุกต์ความรู้เชิงวิชาการและใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 4) คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุมีผลโดยอ้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเสมอ 5) รู้จักพัฒนา ปรับปรุง ประยุกต์ความรู้เชิงวิชาการ และเทคโนโลยีต่างๆให้เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาลจนเกิดสัมฤทธิ์ผล และมีผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมาก จำนวน 2 ข้อ มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ได้แก่ 1) มีความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยของบุคคลอื่น และ 2) ผ่านการประเมินสมรรถนะหลักทางการพยาบาลของสภาการพยาบาลทั้ง 14 ด้าน ในระดับ 3 ขึ้นไป
2. สมรรถนะด้านบทบาทความเป็นครูผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุน มีทั้งหมด 29 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด จำนวน 16 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ได้แก่ 1) มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล 2) มีการวางแผนในการถ่ายทอดและฝึกทักษะได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล 3) มีความสามารถในการสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างได้ 4) เปิดโอกาสให้ผู้รับการถ่ายทอดได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น 5) มีความเต็มใจ ใจเย็น อดทน และเสียสละเวลาในการสอนงาน 6) มีทักษะในการดูแลและให้การช่วยเหลือให้พยาบาลใหม่ปรับตัวในการทำงานได้อย่างเหมาะสม 7) มีความยืดหยุ่นเปิดใจให้พยาบาลใหม่มี

โอกาสได้แสดงความคิดเห็น 8) สามารถชี้แนะแนวทางให้พยาบาลใหม่เห็นปัญหาที่ต้องตามความเป็นจริง 9) มีปฏิภาณ ไหวพริบ ในการแก้ปัญหาขณะสอนงาน 10) มีความน่าเชื่อถือในการเก็บรักษาความลับ ของพยาบาลใหม่ได้อย่างดี 11) เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาเรื่องงานได้ 12) แสดงออกถึงความยืดหยุ่นควบคุมอารมณ์ตนเองได้และอดทนในการสอนงาน 13) แสดงความเมตตากรุณาพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 14) เคารพความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้อื่น 15) ส่งเสริมให้พยาบาลใหม่มีความมั่นใจในการใช้ความรู้ในการสร้างความก้าวหน้าในวิชาชีพ 16) ยินดีทำหน้าที่ในการสอนพยาบาลใหม่ให้มีความรู้ ความสามารถในการนำทีมการพยาบาล รองลงมาจำนวน 10 ข้อ มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 1) มีความรู้ความสามารถประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีในการปฏิบัติการพยาบาล 2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ความต้องการความช่วยเหลือของพยาบาลใหม่ 3) มีความสามารถและมีประสบการณ์ในด้านการใช้คำปรึกษา 4) สามารถช่วยให้พยาบาลใหม่จัดการกับความเครียดและปรับตัวในบทบาทใหม่ได้ดี 5) มีศักยภาพในการวางตัวเป็นกลางได้อย่างเหมาะสมระหว่างพยาบาลใหม่กับผู้ร่วมงานทุกระดับ 6) มีกลยุทธ์ในการกระตุ้นพยาบาลใหม่ให้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเกิดประโยชน์ในงานจนทำให้พยาบาลใหม่เกิดความมั่นใจ 7) ชี้แนะถึงแหล่งศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมให้พยาบาลใหม่ 8) มีคุณลักษณะ/คุณสมบัติ ที่เอื้อต่อการเป็นครูพี่เลี้ยงและก่อให้เกิดความไว้วางใจแก่พยาบาลใหม่ 9) ศึกษาค้นคว้างานวิจัยเพื่อแสวงหาวิธีการที่ดีมาสอนงานให้พยาบาลใหม่นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการอยู่เสมอ 10) สามารถนำการทบทวนงานวิจัยมาประยุกต์กับการปฏิบัติงานได้ และมีผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมาก จำนวน 3 ข้อ มี ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 1) เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาเรื่องส่วนตัวได้ 2) มีความสามารถในการ

จัดหาทรัพยากร อุปกรณ์ ดำรงที่มีความสำคัญต่อการสนับสนุนการค้นคว้า 3) เสนอแนะวิธีการที่ดีที่สุดจากการทบทวนงานวิจัยมาใช้สอนงานเพื่อให้พยาบาลใหม่ได้รับประสบการณ์

3.สมรรถนะด้านภาวะผู้นำเชิงการบริหารจัดการ ทั้งหมด 21 ข้อ มีผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด จำนวน 17 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ได้แก่

1) มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพของงานอย่างต่อเนื่อง 2) มีความสามารถในการปฏิบัติงานได้ทั้งในฐานะหัวหน้าทีมและลูกทีม 3) เป็นแบบอย่างที่ดี และเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นได้ 4) มีบุคลิกเป็นที่ยอมรับ น่าเชื่อถือและไว้วางใจของทีมงานและสุขภาพ 5) สนับสนุนพยาบาลใหม่ให้ใส่ใจเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยง โดยนำเอาความผิดพลาดมาเป็นโอกาสในการพัฒนาสู่ความสำเร็จ 6) มีความสามารถโน้มน้าวให้พยาบาลใหม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ 7) ยกย่องชมเชยเมื่อพบว่าพยาบาลใหม่ปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบสูง 8) สามารถจัดระบบการทำงานให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 9) บริหารเวลาและประยุกต์ทรัพยากรที่มีอยู่ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด 10) มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความคิดเชิงระบบและความคิดเชิงวิพากษ์ 11) พร้อมรับฟังสิ่งใหม่ และยอมรับการเปลี่ยนแปลง 12) มีความสามารถในการสร้างเครือข่ายวิชาการ และวิชาชีพ 13) เป็นผู้ที่มีจริยธรรมธำรงรักษาคำสัตย์คำมั่นแห่งวิชาชีพมุ่งทำประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน 14) มีความอบอุ่นเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศด้วยความจริงใจ 15) เป็นผู้นำในการ สร้างความสามัคคีในหน่วยงาน 16) ประเมินการปฏิบัติงานของทีมงานได้อย่างถูกต้อง โปร่งใส ชัดเจนและยุติธรรม 17) มีวิสัยทัศน์ แสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย รองลงมาจำนวน 3 ข้อ มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 1) มีทักษะด้านกลยุทธ์ สามารถจัดทำแผนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและวิชาชีพ 2) สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

3) มีความสามารถในด้านความคิดสร้างสรรค์ พัฒนา กระตุ้นพยาบาลใหม่ในการจัดการเกี่ยวกับความเสี่ยง และมีผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันมาก จำนวน 1 ข้อ มี ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 1) สามารถเจรจาต่อรองเพื่อผลประโยชน์ของผู้รับบริการตนเอง องค์กร และวิชาชีพ

4. สมรรถนะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ มีทั้งหมด 12 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ได้แก่ 1) มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานทุกระดับ 2) มีความสามารถในการเป็นผู้ฟังที่ดี 3) กระตุ้นและให้ความสำคัญต่อการบันทึกและการเขียนรายงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และไม่เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน รองลงมาจำนวน 7 ข้อ มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 1) มีความทันสมัยต่อเหตุการณ์ และรับรู้ข่าวสารรอบตัวอยู่เสมอ 2) ให้ความช่วยเหลือพยาบาลใหม่ให้มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจนเข้าใจง่าย 3) ติดตามประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้เป็นอย่างดี 4) มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ร่วมงานโดยการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ 5) มีความรู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเลือกใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพและบันทึกข้อมูลสุขภาพได้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร 6) มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม เปิดใจพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร 7) มีเทคนิคในการประสานงานกับผู้ร่วมงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันมาก จำนวน 2 ข้อ มี ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ได้แก่ 1) มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในงานที่รับผิดชอบตามบทบาท และค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 และค่า

พิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 ได้แก่ 2) มีความสามารถในการนำเสนอความคิดเห็นและผลงานต่อสาธารณชน ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี คือโรงพยาบาลสมิติเวช ชลบุรี พบว่า สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่มีทั้งหมด 4 ด้าน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่า 1.5 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ต่อข้อคำถามมีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Consensus) ดังนี้

สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้องกัน และเห็นถึงความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงด้านการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 20 ข้อ มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 15 ข้อ ที่มีค่า มัธยฐาน (Median) = 5 ฐานนิยม (Mode) = 5 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 13 ข้อ กลุ่มที่ 2 มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อยจำนวน 5 ข้อ และอีก 1 กลุ่มที่มีค่า มัธยฐาน (Median) = 4 ฐานนิยม (Mode) = 4 และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 2 ข้อ สรุปได้ว่า พยาบาลเลี้ยงต้องมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากด้านการปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลที่เลี้ยงได้รับมอบหมายและต้องกระทำตามหน้าที่ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบไม่น้อยกว่า 3 ปีขึ้นไป และเป็นผู้มีทักษะ และความชำนาญระดับผู้เชี่ยวชาญ มีความรับผิดชอบต่อบทบาท

หน้าที่ของตน ใฝ่หาความรู้ที่จะนำมาพัฒนาตนเองตลอดเวลา และยังต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดมั่นตามมาตรฐานวิชาชีพ ตระหนักถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ รวมถึงกฎระเบียบ และข้อบังคับต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ รู้จักการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อที่จะนำมาซึ่งการวางแผนการพยาบาล สามารถอธิบายถึงลักษณะงาน ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงานได้ถูกต้องชัดเจน และเข้าใจง่าย สามารถช่วยสนับสนุนให้พยาบาลใหม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Benner (1984) ว่าพยาบาลที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่เลี้ยง แก่พยาบาลใหม่ ต้องมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจารย์ เทียงเจริญ (2555) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงที่มีต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ พบว่าบทบาทสำคัญของพยาบาลที่เลี้ยง คือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการหลัก การบริหารจัดการ และการควบคุมงาน เพื่อให้บริการพยาบาลเป็นไปอย่างเรียบร้อย และจากการศึกษาของอรชร ภาศาวัต (2553) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลอย่างผู้ชำนาญการ จะสามารถคาดการณ์วิเคราะห์สถานการณ์ ตัดสินใจ รวมทั้งแก้ปัญหาได้ทันเวลาและเหมาะสม

สมรรถนะด้านการแสดงบทบาทความเป็นครูผู้สอนถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา และให้การสนับสนุนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้องกัน และเห็นถึงความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงด้านการแสดงบทบาทความเป็นครูผู้สอนถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา และให้การสนับสนุน ประกอบด้วยรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 29 ข้อ มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 26 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐาน (Median) = 5 ฐานนิยม (Mode) = 5 โดยแบ่งออกเป็น 2กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 16 ข้อ

กลุ่มที่ 2 มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 โดยมีรายการแสดงพฤติกรรมย่อยจำนวน 10 ข้อ และ อีก 1 กลุ่มที่มีค่ามัธยฐาน (Median) = 4 ฐานนิยม (Mode) = 4และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อยจำนวน 3 ข้อ สรุปได้ว่า พยาบาลที่เลี้ยงควรเป็นผู้ที่มีทักษะ และความสามารถในด้านการถ่ายทอดความรู้ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ สนับสนุนมีกลยุทธ์ในการสอน สาธิตงาน การร่วมปฏิบัติงาน สามารถกระตุ้นให้พยาบาลใหม่ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ให้ความช่วยเหลือแก่พยาบาลใหม่ชี้แนะแนวทางให้พยาบาลใหม่มองเห็นปัญหา และช่วยให้พยาบาลใหม่จัดการกับความเครียด และปรับตัวต่อบทบาทใหม่ได้ ส่งผลให้พยาบาลใหม่สามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้พยาบาลใหม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นสุขซึ่งสามารถอธิบายได้จากการศึกษาของ มาเรียม เพราะสุนทร และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2550) พบว่าบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยงในการถ่ายทอดความรู้ ด้านการสอน การสาธิต หรือการร่วมปฏิบัติงาน จะทำให้พยาบาลใหม่ประยุกต์ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ และทำให้พยาบาลใหม่มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของมอร์ตัน คูเปอร์ และพอลเมอร์ (Morton-Cooper and Palmer ,2000) ในบทบาทที่พยาบาลที่เลี้ยงปฏิบัติต่อพยาบาลใหม่ในด้านการเป็นครู และผู้ให้คำปรึกษา พบว่าพยาบาลที่เลี้ยงต้องให้การสนับสนุน แนะนำสิ่งที่ดี เพื่อสนองต่อนโยบาย และความต้องการขององค์กร รวมทั้งการให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนอย่างอิสระ

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำเชิงการบริหารจัดการความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้องกัน และเห็นถึงความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงด้านภาวะผู้นำเชิงการบริหารจัดการประกอบด้วย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

รายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 21 ข้อ มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 17 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐาน (Median) = 5 ฐานนิยม(Mode) = 5 โดยแบ่งออกเป็น 2กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0 โดยมีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 17 ข้อ กลุ่มที่ 2 มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 โดยมีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 3 ข้อ และ อีก 1 กลุ่มที่มีค่า มัธยฐาน (Median) = 4 ฐานนิยม(Mode) = 4 และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 1 ข้อ สรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยทีม การพยาบาลที่มีลักษณะการทำงานเป็นทีม พยาบาล วิชาชีพทุกคนมีโอกาสที่จะต้องทำหน้าที่หัวหน้าทีม การพยาบาล ซึ่งต้องมีความสามารถวิเคราะห์ความต้องการ และวางแผนการพยาบาลได้ การเป็นหัวหน้าทีมที่ดีต้องอาศัยทักษะ ความรู้ ความสามารถทางการบริหาร รวมทั้งการมีคุณลักษณะของการเป็นแบบอย่างของผู้นำ ในฐานะของพยาบาลพี่เลี้ยงที่ต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม การพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการ ปฏิบัติงานทั้งในฐานะหัวหน้าทีม มีบุคลิกน่าเชื่อถือ และเป็นแบบอย่างที่ดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความคิดเชิงระบบ และเชิงวิพากษ์ มีวิสัยทัศน์ แสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำสามารถโน้มน้าวให้พยาบาลใหม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำซึ่งสามารถอธิบายได้ตามสมรรถนะหลักของ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ขั้นสูง สภา การพยาบาล (2540) สมรรถนะที่ 9 กล่าวว่า ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมถือเป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับปราณี รวีทอง (2550) กล่าวว่า ผู้นำทางการพยาบาลที่ประสบความสำเร็จทาง ด้านวิชาชีพแต่ละคนจะมีพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้ชี้แนะ สนับสนุน ถ่ายทอด และปลูกฝังความสามารถ รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาทางวิชาชีพ

สมรรถนะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งระบบงานและเทคโนโลยีสารสนเทศความคิดเห็นของ

ผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้องกัน และเห็นถึงความสำคัญ ของสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบงานและเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 12 ข้อ มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 4 ข้อ มีค่ามัธยฐาน (Median) = 5 ฐานนิยม(Mode) = 5 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อยจำนวน 3 ข้อ กลุ่มที่ 2มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 โดยมีรายการแสดง พฤติกรรมย่อยจำนวน 7 ข้อ และยังพบอีกว่ามีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 2 ข้อ มีค่า มัธยฐาน (Median) = 4 ฐานนิยม(Mode) = 4 แบ่งออกเป็น 2กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0 มี รายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 1 ข้อ และกลุ่ม ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rang) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1 มีรายการแสดงพฤติกรรมย่อย จำนวน 1 ข้อ สรุปได้ว่า การติดต่อสื่อสารในยุคที่มีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนา ประเทศให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์รวมทั้งการมีผู้รับ บริการที่เป็นชาวต่างชาติ พยาบาลพี่เลี้ยงควรที่จะมี ทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร อย่างเหมาะสม และพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีการใช้งาน รวมถึงความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสาร ในงานที่รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ จึงเป็นเหตุผลที่ ทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงต้องมีทักษะเพิ่มเติมด้านภาษา อังกฤษ และทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ นอกเหนือจากทักษะวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งสอดคล้อง กับข้อเสนอแนะของ Wilasinee Yonwikai (2013) ได้ทำการศึกษา การพัฒนาศักยภาพด้านภาษาของ พยาบาลไทยพบว่า สมรรถนะที่จำเป็นที่มีการปรับให้ มีการฝึกขณะศึกษานอกจากการเรียน การสอนให้มีความรู้ทางทฤษฎีแล้ว พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อม ความสามารถด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ

และการใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร สำหรับการรองรับประชาคมอาเซียน เพื่อให้พยาบาลไทยเป็นที่ยอมรับในระดับสากล รวมทั้งพยาบาลรุ่นใหม่ควรมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล กำกับดูแลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ และฝึกอบรมของโรงพยาบาล นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพัฒนา เพื่อจัดการอบรมให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลที่เลี้ยง รวมทั้งสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานในความรับผิดชอบมีการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างจริงจัง รวมถึงส่งเสริมให้หน่วยพัฒนาคุณภาพ จัดเวทีและพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ และฝึกอบรมของโรงพยาบาลนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการกำหนด หัวข้อการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการพัฒนาพยาบาลที่เลี้ยง ให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีคิดเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด

ในแต่ละด้านมาจัดลำดับความสำคัญของการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการและมีการติดตามประเมินตามแบบประเมินผลหลังการอบรม และนำผลลัพธ์ของการประเมิน ไปพัฒนาปรับปรุงโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อให้พยาบาลที่เลี้ยงเกิดการพัฒนาความสามารถให้เป็นที่ไปตามสมรรถนะที่กำหนด และให้การดูแลพยาบาลใหม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Sustainable)

3. ผู้บริหารการพยาบาลนำข้อมูลวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยง โดยการนำข้อมูลไปทำการทดลอง (Tryout) ในกลุ่มพยาบาลที่เลี้ยงเพื่อหาคุณภาพเชิงประจักษ์ ก่อนการนำไปใช้งานจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบงานและเทคโนโลยีสารสนเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป อาจทำการวิจัยในกลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลใหม่เพื่อศึกษาความต้องการพยาบาลที่เลี้ยงที่เหมาะสม สำหรับการพยาบาลแต่ละสาขา เนื่องจากการพยาบาลเฉพาะสาขา ต้องอาศัยองค์ความรู้ และสมรรถนะที่แตกต่างกันในแต่ละด้าน

บรรณานุกรม

- จรรยา จารโยภาส. (2540). บทบาทพยาบาลที่เลี้ยงตามการรับรู้และความต้องการของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดารินทร์ ลิ้มตระกูล. (2557). องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

- นันทวัน ดาวอุดม. (2550). องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิสา ทมาภิรัต. (2556). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลที่เลี้ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำฝน ทวีทรัพย์ประเสริฐ. (2551). รูปแบบการพัฒนาที่เลี้ยงโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์นางกูร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญรักษ์ สุทธชัย. (2555). การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลที่เลี้ยงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาจริย์ เทียงเจริญ. (2555). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงที่มีต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ในฐานะหัวหน้าทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาเรียม เพราะสุนทร, อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2550). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____ (2551). "การปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของพยาบาลวิชาชีพ". วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2 (2) : 15-23.
- _____ (2552). ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลที่เลี้ยงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารสภาการพยาบาล. 24(3) : 56-69.
- วัลลภา บุญรอด. (2548). "การเป็นพยาบาลที่เลี้ยง คือกระบวนการสู่การพัฒนาตนเอง และการสร้างสรค์ความเป็นวิชาชีพ". วารสารพยาบาลกองทัพบก. 6(2) : 7-18.
- สภาการพยาบาล. (2555). สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สภาการพยาบาล. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2558 จาก methawipublichealth.blogspot.com/2012/09/blog-post_383.html.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรรณิการ์ สุขเกษม. (2551). วิธีวิทยาการวิจัยคุณภาพ : การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตกาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- สุดจิต ไตรประคอง, ชุติกร แสนสบาย และ อูรา แสงเงิน. (2551). " ผลของระบบพยาบาลที่เลี้ยงต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง และความพึงพอใจต่อพยาบาลที่เลี้ยง ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์". สงขลานครินทร์เวชศาสตร์. 26(2) : 163-172.

- หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
(2550). *สรุปประเมินผลพยาบาลที่เลี้ยงของงานการพยาบาล*. (เอกสารอัดสำเนา)
อรชร ภาคาสวัต. (2553). *การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, California : Addison - Wesley.
- Billay, D.B. &Yonge.O. (2004). "Contributing to the development of preceptorship". *Nurse Education Today*: 24(7) : 566-574.
- Carr, R. (1999). *Achieving the Future :the role of mentoring in the new millennium. Mentor Peer Resources*. [Online] . Retrieved May 22, 2003, From <http://www.mentors.ca>.
- Chamberlain, S., Stengrevics, S.S., & Alpert, H. (1990). " Mentorship: A relationship for professional Development" . *Advancing Professional Nursing Practice*. 9(7) : 182-189.
- Dracup, K., & Brown, W.B. (2004). " From novice to expert to mentor: Shaping the future" . *American Journal of Clinical Care*. (13) : 448-453.
- Fawcett, D. (2002). "Mentoring-what it is and how to make it work" . *AORN Journal*. 75(5) : 950-954.
- Fey, M. K., &Miltner, R. S. (2000). "A competency-based orientation program for new graduate nurse". *Journal of Nursing Administration*. 30(3) : 126-132.
- Lewis, G. (2000). *The mentoring manager "Strategies for Fostering Talent and Spreading knowledge"* London: Pearson Education Limited.
- Macmillan, Thomas. T. (1971). *"The Delphi Technique"*. U.S. Department of Health Education & Welfare office of education.
- Morton-Cooper, A., & Palmer, A. (2000). *Mentoring, preceptor ship and clinical Supervision : A guide to professional roles in clinical practice* . (2nded.). London: Blackwell Science.
- Vanderbilt Medical Center. (2002). *Preceptor development tools* . [Online]. Retrieved August 27, 2004. From <http://www.vanderbiltchildrens.com>.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
ในเขตกรุงเทพมหานคร *

Factors Influencing Organizational Commitment of Registration
Nurses at a Private Hospital in Bangkok Metropolitan

วิไลลักษณ์ กุศล**
สมพันธ์ ทิณชรีระนันท์***
ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แรง จูงใจในการทำงาน และภาวะผู้นำความเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 90 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling เครื่องมือเป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แรงจูงใจในการทำงาน 3) ภาวะผู้นำความเปลี่ยนแปลงและ 4) ความผูกพันต่อองค์กร ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่า CVI เท่ากับ 0.980, 1.000, 0.975 ตามลำดับ ส่วนค่า IOC เท่ากับ 0.890, 0.987, 0.880 ตามลำดับและนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.958, 0.972, 0.939 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพอายุเฉลี่ย 30-39 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เฉลี่ย 5.45 ปี มีความผูกพันต่อองค์กร มีแรงจูงใจในการทำงาน และมีระดับความคิดเห็นในภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจในการทำงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลควรพิจารณาปรับรูปแบบการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลก่อนการเข้าสู่ตำแหน่ง การบริหารอัตรากำลังและการปรับโครงสร้างอัตราค่าตอบแทน ให้เหมาะสมสามารถแข่งขันในตลาดแรงงานซึ่งจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันต่อองค์กรได้มากขึ้น

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักสูตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The purpose of this research was to study the relation between ages duration of time in working motivation in working and transformational leadership of middle nurse's leader. It was a descriptive research with simple random sampling from 90 registration nurses. The four parts of questionnaire contents were personal data motivation in working transformational leadership of middle nurse's leader and commitment to the organization. Five of these samples were approved to valid the context and were summarized to calculate the precision value by using alpha coefficient of Cronbach to 0.958, 0.972 and 0.939 respectively.

The result revealed that the average age of the samples which were professional nurses age was 30.39 yrs. The average duration of working was 5.45 yrs.

The motivation in working and opinion in transformational leadership of middle nurse's leader was in the medium level. The motivation in working and transformational leadership could predict the commitment to nursing organization and was statistically significant 46.6% ($p < 0.01$). The suggestions from this study were those that the hospital administrator and nursing administrator should adjust the pattern of potential development among the staff in every unit. Modify in order to be relevant with caring of the patient's development of nursing leadership prior to entering this position. Administration of manpower and adjust the payment which would make the transformational leadership of middle nurse's leader to strengthen their bonding of commitment to the organization.

ความสำคัญของปัญหา

การบริหารงานจะสำเร็จและบรรลุเป้าหมายได้ องค์กรต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 2 ส่วน คือเป้าหมายของงานและเป้าหมายของคน บุคลากรหรือพนักงานในองค์กรเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญที่จะทำให้ องค์กรมีความเจริญรุ่งเรือง บรรลุเป้าหมายหรือล้มเหลว การบริหารนอกจากจะตอบสนองต่อบุคลากรให้มีความ พร้อมในการทำงาน มีศักยภาพในการทำงานแล้ว ยังต้อง หาวิธีในการทำให้บุคลากรมีความรักในองค์กรทุ่มเทเพื่อ เป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรมีความผูกพันต่อ องค์กร หากสมาชิกในองค์กรขาดความรู้สึกผูกพันต่อ องค์กรจะส่งผลเสียต่อองค์กร มีปัญหาการลาออกสูง และผลการปฏิบัติงานที่ไม่ดีไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งหมด นี้ย่อมส่งผลเสียโดยรวมต่อองค์กร และหากองค์กร

เพิกเฉย การลาออกอาจจะเกิดขึ้นอย่างไม่มีทางสิ้นสุด ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตรา การลาออกจากงานของพนักงาน กล่าวคือ พนักงานที่ มีความผูกพันต่อองค์กรสูงมีแนวโน้มที่จะลาออกจาก งานต่ำกว่าพนักงานที่ไม่มีความผูกพันต่อองค์กรและยัง เป็นตัวทำนายการลาออกจากงานได้ดีกว่าความพึงพอใจ ในงาน รวมทั้งสามารถเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของ องค์กรได้อีกด้วย (Kuslowsky, 1987) และจากรายงาน ข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ในพ.ศ. 2558 ของสำนัก การพยาบาล พบว่าดัชนีคุณภาพชีวิตของพยาบาลอยู่ ในระดับต่ำที่ 0.75 ในขณะที่ผู้หญิงอาชีพอื่นมีดัชนี อยู่ที่ 0.95 ส่งผลให้มีการลาออกและเปลี่ยนอาชีพ เฉลี่ย อายุการทำงานในวิชาชีพ 22.5 ปี ซึ่งองค์กรพยาบาลที่ เป็นโรงพยาบาลแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบปัญหาว่า

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากพ.ศ. 2556 ร้อยละ 94.8 เป็นร้อยละ 93.7 ในพ.ศ. 2557 และในพ.ศ. 2558 (มกราคม-มิถุนายน) เป็นร้อยละ 84.8 ซึ่งเกิดจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มมากขึ้น อัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ในพ.ศ. 2556-2557 คิดเป็นร้อยละ 11.3 และ 12.95 ในพ.ศ. 2558 (มกราคม-มิถุนายน) มีอัตราออกสูงถึงร้อยละ 15.2 (ข้อมูลเมื่อกรกฎาคม พ.ศ.2558 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาในครั้งนี้, 2558) ทำให้เกิดปัญหาอัตราการลาออกไม่เพียงพอในการจัดบริการทางการพยาบาลมากขึ้น จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ลาออกจางานใน พ.ศ.2558 พบว่า สาเหตุของการลาออก คือ 1) ย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนอื่นที่มีค่าตอบแทนดีกว่า 2) ค่าตอบแทนน้อยและครบสัญญาทุนการทำงาน 3) เครียดกดดันจากระบบงานและผู้บริหาร 4) ไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้บริหารได้ และ 5) เหนื่อยจากมีพยาบาลน้อย ต้องขึ้นเวรติดต่อกันยาว จากเหตุการณ์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพลาออกเนื่องจากค่าตอบแทนที่ต่ำ งานหนัก เหนื่อย และความเครียดจากระบบงานและผู้บริหาร ผู้บริหารองค์กรพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงพยายามหาแนวทางป้องกันเพื่อการลดอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ โดยการหาวิธีสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้น

ปัจจุบันประชาชน ผู้ใช้บริการได้รับข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น และคาดหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency) เสมอภาค (Equity) และมีคุณภาพ (Quality) (สำนักการพยาบาล, 2551) รวมถึงการที่รัฐบาลได้ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพและมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ยวดี เกตสัมพันธ์, 2552) เพื่อพัฒนาคุณภาพ และดำรงรักษามาตรฐานไว้และทำให้องค์กรสุขภาพเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน ซึ่งการที่องค์กรสุขภาพจะมีผลงานที่สูง ต้องมีการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในองค์กรให้มีศักยภาพ ทักษะ มาตรฐานใน

ในการดูแลผู้ป่วย และมีความทุ่มเทเพื่อเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและให้ผู้เข้ารับบริการมีความพึงพอใจเกินความคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรดี สีหบุตร (2553) ที่พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.532$) กับประสิทธิผลองค์กรตามการรับรู้ของผู้ให้บริการในสถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเพราะบุคลากรที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงจะยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร พร้อมทั้งจะทุ่มเทกำลังกายกำลังใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อหน่วยงานอย่างเต็มที่ สร้างสรรค์ผลงานออกมาดีอันแสดงถึงความมีประสิทธิผลขององค์กร

ความผูกพันต่อองค์กร (Organizational commitment) เป็นภาวะทางจิตใจที่ทำให้บุคลากรมีความยึดมั่นต่อองค์กรของตน (Allen & Meyer, 1990) ผู้ที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูงย่อมต้องทำงานกับองค์กรเป็นระยะเวลายาวนานและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานได้สูงกว่าผู้ที่มีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ ความผูกพันต่อองค์กรเป็นความสัมพันธ์ที่แนบแน่นและผลักดันให้บุคลากรเต็มใจอุทิศตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ในทางตรงข้าม หากองค์กรไม่สามารถสร้างความผูกพันให้แก่บุคลากรจะทำให้ระดับความผูกพันที่บุคลากรมีต่อองค์กรลดต่ำลง ผลที่ตามคือทำให้บุคลากรขาดความตั้งใจการทำงาน หลีกเลียงความรับผิดชอบ ปฏิเสธที่จะทำการริเริ่มสิ่งใหม่ๆ เพื่อการพัฒนา จำกัดปริมาณงาน ขาดความจงใจให้กับองค์กร และหาโอกาสเปลี่ยนงานใหม่และลาออกเมื่อคิดว่าองค์กรอื่นดีกว่า

สุวรรณี โกเมศ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและปัจจัยที่พยากรณ์ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะองค์กร ลักษณะงาน ประสบการณ์ในการทำงาน และความผูกพันในองค์กรของอาจารย์วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร พบว่าปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันในองค์กรของอาจารย์วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ภาวะผู้นำของหัวหน้าความน่าเชื่อถือได้ขององค์กร ความท้าทายของงานและ

ความรู้สึกรู้สึกว่าองค์กรเป็นที่พึ่งพิงได้ร้อยละ 67.00 และ พิชชาภา พนาสถิต (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่าปัจจัยที่มีผลกับความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของบุคลากร คือ ประสบการณ์ในการทำงาน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อเงินเดือน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ลักษณะองค์กร ได้แก่ การรับรู้เป้าหมายขององค์กร ภาวะผู้นำของหัวหน้า ความมีชื่อเสียงขององค์กร การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจ ลักษณะงาน ได้แก่ ความหลากหลายของงาน โอกาสความก้าวหน้าในงาน ความท้าทายของงานและผลย้อนกลับของงาน โดยมีผลการทำนาย คือ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กรโดยรวม ทำนายได้ร้อยละ 63.70 ดังนั้นการบำรุงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลที่ดีที่สุดคือการสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ เพราะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการสรรหาบุคลากรใหม่เข้ามาทดแทน อีกทั้งยังเป็นการรักษาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และมีคุณภาพไว้ในองค์กรซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาลที่ดีและมีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาอายุ ระยะเวลาการทำงานและแรงจูงใจในการทำงานของของพยาบาลวิชาชีพ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ศึกษาการทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นตัวทำนาย

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจ

ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้คือ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่มียุทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรวิชาชีพเป็นพื้นฐานของความเข้าใจส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้นและปัญหาการลาออกโอนย้ายลดลง จากการศึกษาของ ปิยะวรรณศิริกุล (2553) พบว่า อายุและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ เมื่ออายุมากขึ้น คนจะเริ่มมีความมั่นคงในงานและไม่อยากเปลี่ยนงาน ในขณะที่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานมีผลต่อการได้รับตำแหน่งงานที่พึงพอใจได้รับรางวัล ค่าตอบแทนสูง และการมีเพื่อนสนิททำงานร่วมกัน ทำให้มีความต้องการลาออกจากงานน้อยกว่าคนที่เพิ่งเข้าทำงาน และสุวรรณณี โกเมต (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์กรของอาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคืออาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวก ปัจจัยลักษณะองค์กร ได้แก่ ภาวะผู้นำของหัวหน้า ความน่าเชื่อถือได้ขององค์กร และการมีส่วนร่วมในการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวก ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันในองค์กรของอาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ภาวะผู้นำของหัวหน้า ความน่าเชื่อถือได้ขององค์กร ความท้าทายของงาน และความรู้สึกรู้สึกว่าองค์กรเป็นที่พึ่งพิงได้ร้อยละ 67.00

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

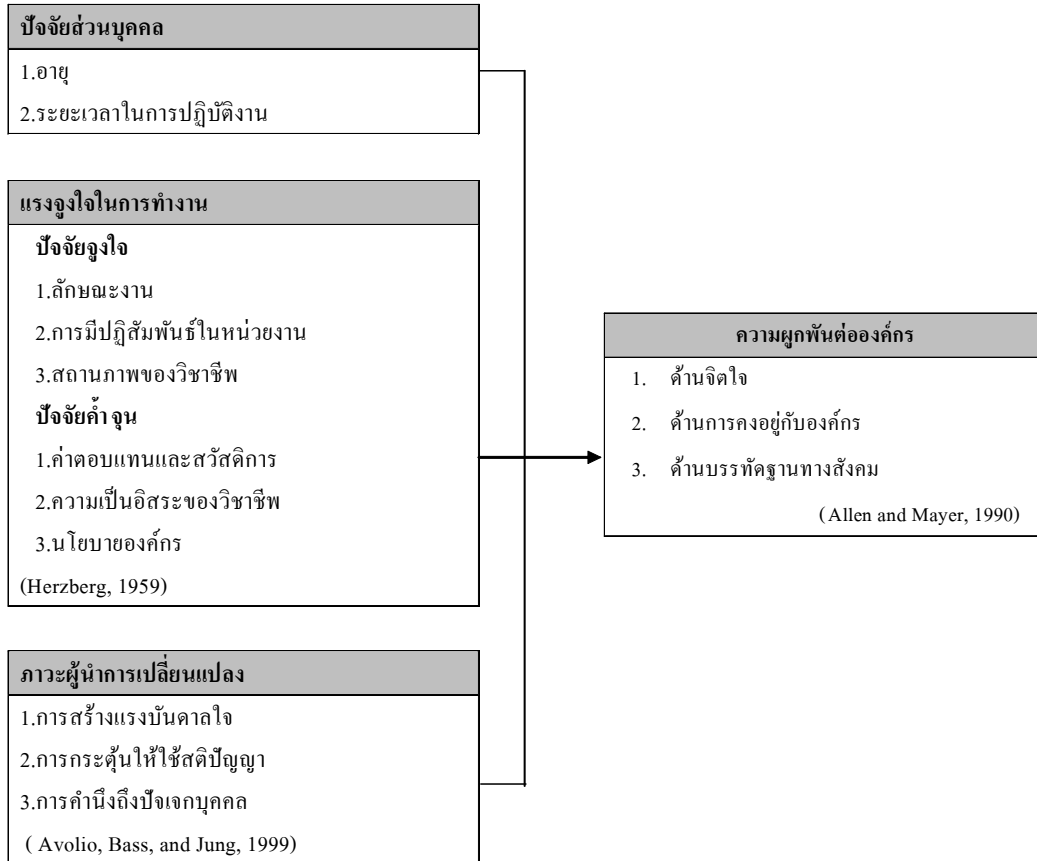
แนวคิดแรงจูงใจในการทำงาน จากการศึกษาของรุจิรา พัทธ์ธีรวี (2556) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรได้แก่ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ($r = .355, p < .001$) วัฒนธรรมองค์กร ($r = .442, p < .001$) แรงจูงใจในการทำงาน ($r = .433, p < .001$) และความพึงพอใจในการทำงาน ($r = .669, p < .001$)

แนวคิดด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร และภาวะผู้นำที่เหมาะสมกับองค์กรพยาบาลในปัจจุบันคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Robbin & Judge, 2007 อ้างถึงใน ศิริจันทร์ทิพย์ บุญด้วยลาน, 2557) ศิริจันทร์ทิพย์ บุญด้วยลาน (2557) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และการศึกษาของสิริษา ทันเจริญ (2554) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลตึงตูดใจ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ($r=.556$)

แนวคิดความผูกพันต่อองค์กร (Organizational commitment) อัลเลนและเมเยอร์ (Allan and Meyer, 1990) กล่าวว่าความผูกพันต่อองค์กรเป็นความรู้สึกและสภาวะจิตใจของบุคคลต่อองค์กรมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความผูกพันด้านจิตใจ (Affective commitment) คือความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กร มีอารมณ์ยึดมั่น รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ทำให้ทุ่มเทในการทำงาน 2) ความผูกพันด้านการคงอยู่ หรือความผูกพันต่อเนื่อง (Continuance commitment) คือการที่บุคคลมีแนวโน้มการทำงานกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง มี

พฤติกรรมการทำงานที่สม่ำเสมอและไม่คิดจะโยกย้ายหรือเปลี่ยนงาน และ 3) ความผูกพันจากบรรทัดฐานทางสังคม (Normative commitment) คือเป็นความรู้สึกของบุคคลในการทำงานให้องค์กรบรรลุนเป้าหมาย ด้วยความจงรักภักดี จะเห็นว่าความผูกพันต่อองค์กรมีความสำคัญต่อการดำเนินงานและประสิทธิผลขององค์กรอย่างยิ่ง สามารถนำมาทำนายอัตราการเข้าออกจากราชการของสมาชิกในองค์กรหรือพยากรณ์การโอนย้ายเปลี่ยนแปลงงาน และพบว่าความผูกพันต่อองค์กรช่วยเพิ่มผลผลิตและลดอัตราการลาออกของพนักงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะ ปิยะวรรณสกุล (2553)

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของและแรงจูงใจ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในฐานะผู้วิจัยเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ตัวแปรอิสระ ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการทำงานตามแนวคิดทฤษฎีของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg, 1959) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของอโวลิโอ แบส และจุง (Avolio, Bass and Jung, 1999) ที่กล่าวถึง ภาวะผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นให้ใช้สติปัญญาและการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล มีส่วนสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ส่วนแนวคิดความผูกพันต่อองค์กร ใช้แนวคิดทฤษฎีของ อัลเลนและเมเยอร์ (Allen and Meyer, 1990) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการวัดเจตคติด้านความผูกพันที่บุคลากรมีต่อองค์กร โดยจำแนกคำถามเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านการคงอยู่กับองค์กรและด้านบรรทัดฐานทางสังคม ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการจัดทำกลยุทธ์ วางแผนงบประมาณ และพัฒนา ส่งเสริมภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในองค์กรมีความผูกพันกับองค์กรให้มากยิ่งขึ้น



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร และใช้ข้อมูลอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานและแรงจูงใจของพยาบาล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลทำนายความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพต่อองค์กรพยาบาล

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มประชากรที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ใช้ตารางการประมาณการขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 86 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีทำรายชื่อกลุ่มประชากร ในแต่ละหน่วยงาน ทำการจับสลากรายชื่อที่ละหน่วยงาน และเพิ่มกลุ่มประชากรเป็นจำนวน 90 คน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เติมคำจำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม 40 ข้อ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) และประยุกต์จากแบบสอบถามของ วรณีย์ วิริยะกังสานนท์ (2556) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดพฤติกรรมภาวะผู้นำความเปลี่ยนแปลงของ ปันดดา ชวดบัว (2554) ที่ได้สร้างมาจากแนวคิด

ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของโวลีโอ แบส และ จุง (Avolio, Bass and Jung, 1999) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ หากคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยโดยคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยการจัดระดับประมาณค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับโดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด ทหารด้วย 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละชั้นคะแนนเท่ากับ 1.33 (ประคอง กรวรรณสูตร, 2542) ดังนี้

1.00 – 2.33	มีค่าเท่ากับ	ต่ำ
2.34 – 3.67	มีค่าเท่ากับ	ปานกลาง
3.68 – 5.00	มีค่าเท่ากับ	สูง

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI และ Index of Item-Objective Congruence : IOC) ของแบบสอบถาม ได้ดังนี้

	CVI	IOC
ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในงาน	0.980	0.890
ส่วนที่ 3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารทางการแพทย์	1.000	0.987
ส่วนที่ 4 ความผูกพันต่อองค์กร	0.975	0.880

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งวิจัย ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปลักษณะจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คุณภาพหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ ครอนบาค (Cronbach, 1951) ด้วยหาค่าความเชื่อมั่นของคำถามแต่ละด้านด้วยค่า Cronbach Alphas ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในงาน เท่ากับ 0.958, แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์เท่ากับ 0.972 และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรเท่ากับ 0.939 ภายหลังทดลองใช้เครื่องมือ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงไม่มีการปรับแก้แบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional review board: IRB) ของมหาวิทยาลัยที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ

ผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตผ่านกรรมการของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยในครั้งนั้น รวมทั้งได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ขั้นต้นของการเก็บข้อมูลโดยไม่ปิดบัง และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหากมีคำถามสามารถซักถามผู้วิจัยได้ และมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสามารถยุติความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา สรุปผลการวิจัยผู้วิจัยจะเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเองในเดือนมีนาคม 2559 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย พร้อมแบบสอบถามและคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแจกแบบสอบถามจำนวน 90 ชุดพร้อมกับเอกสารหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กับหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าหน่วยงานเพื่อแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการส่งกลับแบบสอบถามกลับมาภายใน 1 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 90 ฉบับแล้วจึงนำแบบสอบถามที่ได้คืนมาตรวจสอบหาความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่แจกไป จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณมีดังนี้
 1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในงาน ภาวะผู้นำความเปลี่ยนแปลงและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

2. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว (Pearson's product moment correlation) ทาคความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษา คือ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน แรงจูงใจในงาน ภาวะผู้นำความเปลี่ยนแปลงกับความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้เกณฑ์แปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

$r = 0.00-0.20$ แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์

$r = 0.21-0.50$ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ ระดับต่ำ

$r = 0.51-0.70$ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

$r = 0.71-1.00$ แสดงว่า มีความสัมพันธ์ ระดับมาก

3. สถิติอ้างอิงใช้ การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) เป็นเทคนิคทางสถิติที่นำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร โดยตัวแปรอิสระเป็นตัวทำนายหรือพยากรณ์ความผันแปรของตัวแปรตาม ในการวิจัยครั้งนี้นำมาวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานและ แรงจูงใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำความเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ(กลุ่มตัวอย่าง)จำนวนมากที่สุดมีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี ร้อยละ 28.88 รองลงมาคืออายุ 26-30 ปี และ 31-35 ปี เท่ากันที่ร้อยละ 26.67 และอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.78 อายุเฉลี่ย 30.39 ปี และจำนวนมากที่สุดมีระยะเวลาปฏิบัติงานนาน 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.89 รองลงมาคือระยะเวลา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 และระยะเวลามากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.33 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 5.45 ปี

พยาบาลวิชาชีพมีแรงจูงใจในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45$, S.D. = 0.895)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

รายด้าน พบว่ามีแรงจูงใจในการทำงานด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงานและด้านสถานภาพวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ส่วนอีก 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านความเป็นอิสระของวิชาชีพ ด้านลักษณะงานและด้านนโยบายองค์กรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.56, S.D. =.780 ในรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน

2. พยาบาลวิชาชีพ มีความผูกพันต่อองค์กรโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.15, S.D. = 1.020) รายด้านพบว่ามีค่าความผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐานทางสังคม ด้านจิตใจและด้านการคงอยู่กับองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางแสดงปัจจัยการทำนาย

ตัวทำนาย	B	SEB	Beta	t	p value
ค่าคงที่	1.580	0.213			
แรงจูงใจในการทำงาน	0.179	0.068	0.320	2.625	.010
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	0.347	0.103	0.413	3.383	.001
Adjusted R square=0.466	R R square=0.478				
F= 39.807	p<.001				

$$Y_{\text{ความผูกพันต่อองค์กร}} = 1.580 + 0.179X_{\text{แรงจูงใจในการทำงาน}} + 0.347X_{\text{ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง}}$$

พบว่าตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกสมการคือแรงจูงใจในการทำงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.466 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุระยะเวลาในการปฏิบัติงานและแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพพบว่าอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และพบว่าแรงจูงใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้ร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เขียนเป็นสมการทำนายโดยใช้คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

ทำการวิจัย ได้ร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (R square=0.436, p <.001)

$$Z_{\text{ความผูกพันต่อองค์กร}} = 0.320Z_{\text{แรงจูงใจในการทำงาน}} + 0.413Z_{\text{ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง}}$$

จากสมการนี้แสดงว่าแรงจูงใจในการทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก

ต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ 0.179 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ค่ะแน่นแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ค่ะแน่นความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.179 หน่วยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ 0.347 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ค่ะแน่นภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ค่ะแน่นความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.347 หน่วย และสามารถสร้างสมการทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายงานพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐานทางสังคม ด้านจิตใจและด้านการคงอยู่กับองค์กรอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เนื่องจากสภาวะการแข่งขันที่สูงของธุรกิจสุขภาพ พื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลมีสถานพยาบาลเอกชนและรัฐบาลหลายแห่ง จึงทำให้องค์กรต้องมีการวัดผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายทางธุรกิจที่ตั้งไว้ มีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและสอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กร ก่อให้เกิดความเครียด กัดดันจากระบบงาน และคิดว่าไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้บริหารได้

2. สำหรับอายุของพยาบาลวิชาชีพและระยะเวลาปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากโรงพยาบาลที่เป็น

แหล่งศึกษาวิจัยเป็นองค์กรเอกชน มีการกำหนดกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เป้าหมายทางธุรกิจบรรลุ จึงมีความคาดหวังในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุและประสบการณ์ในการทำงานที่มาก เป็นผลให้บุคลากรในกลุ่มนี้เกิดความเครียด กัดดันจากระบบงาน และผู้บริหาร รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงขององค์กร การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก โสดีทีกิจกุล (2552) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การสนับสนุนจากองค์กร กับความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพประจำการ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานครพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในวิชาชีพของพยาบาล ประจำการโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานครและการศึกษาของวรรณิ วิริยะกังสานนท์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนครธนที่พบว่าอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนเช่นกัน

แรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=.640$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา พักตร์ฉวี (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ประพันธ์ศิริ (2558) พบว่าปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=.753$) มีอิทธิพลร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์กรการทำนายความผูกพันต่อองค์กรได้

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=.661$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับ ศิริรินทร์ทิพย์ บุญด้วยลา (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

การเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพยาบาลวิชาชีพ และสามารถร่วมกันพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพยาบาลวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริษา ทันเจริญ (2554) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวิเคราะห์ การจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการของพยาบาลวิชาชีพของสถานประกอบการเอกชนบริเวณใกล้เคียงนำเสนอต่อผู้บริหารสูงสุด ในการปรับโครงสร้างค่าจ้างตอบแทนและสวัสดิการของพยาบาลวิชาชีพในองค์กร เพื่อที่จะทำให้ค่าตอบแทนที่ได้รับ ใกล้เคียงหรืออยู่ในระดับเดียวกัน

กับคู่แข่ง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาปรับปรุงระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล ด้วยการการวางแผนงบประมาณและวางแผนฝึกอบรมบุคลากรในแต่ละหน่วยงานในสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มสมรรถนะทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของสหสาขาวิชาชีพ

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาล เพื่อบริหารอัตรากำลัง โดยการวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน และพิจารณานำมาจัดสรรอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงาน

4. วางแผนกลยุทธ์การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลระดับปฏิบัติการเข้ามาร่วมในการบริหารงานตั้งแต่การตั้งเป้าหมายของงาน การตัดสินใจในการทำงานอย่างอิสระ โดยได้รับการถ่ายโอนอำนาจจากผู้บังคับบัญชา ร่วมในการแก้ปัญหาการทำงานและการเปลี่ยนแปลงระบบงานให้สอดคล้องกับอัตรากำลังที่มีอยู่

5. วางระบบการพัฒนาระดับภาวะผู้นำทางการพยาบาลก่อนการเข้าสู่ตำแหน่ง

เอกสารอ้างอิง

นิตยา ประพันธ์ศิริ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ปนัดดา ชวดบัว. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ฝ่ายการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงกับประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชชาภา พนาสถิตย์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภรดี สีหบุตร. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับ ประสิทธิภาพขององค์กร ภาวะการรับรู้ของผู้ให้บริการ สถานพยาบาล สังกัดกองบัญชาการกองทัพไทย. วิทยานิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2552). การบริหารทางการพยาบาล การจัดการคุณภาพทางการพยาบาล. นนทบุรี : คิริยานการพิมพ์.
- รุจิรา พักต์ฉวี. (2557). "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข จ.จันทบุรี". วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 25(1): 64-77.
- วรรณี วิริยะกัสนานท์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ศิรินทร์ทิพย์ บุญด้วยลาน. (2557). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหน่วยผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี". วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 28(3) : 56-69.
- สิริมา ทันเจริญ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลตั้งดูใจ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณี โกเมต. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์กรของอาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). "Organizational Socialization tactics: A longitudinal analysis of links to newcomers' commitment and role orientation". *Academy of Management Journal*. (33) : 847-858.
- Avolio, B. J., Bass, B. M., & Jung, D. I. (1999). " Re-examining the component of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire". *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 72(4) : 441-462.
- Herzberg, Frederick, Mausner, Bernard, Snyderman, Barbara B. (1959). *The motivation to work (2nded)*. New York. John Wiley.
- Gallup Consulting. (2010). *The State of the Global Workplace: A worldwide study of employee engagement and wellbeing*. Retrieved 08-10-2015 from <http://www.gallup.com/Search/Default.aspx?q=disengaged+worker&s=&i=&t=&p=4&a=0>.



การศึกษารูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นไทย
The Study of a Spiritual Well-being Promotion Pattern Related to Early
Sexual Behavior Prevention Among Thai Adolescents

ดร.ศศิธร รุจนเวช *
ดร.กวรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร่*
พนิดา ประชาชน**
สุธีรา สุ่นตระกูล***
อารีนา ภาณุโสภณ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นไทยโดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมระหว่างบ้าน วัด โรงเรียนและชุมชน กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียนเทศบาล ครู ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข พระผู้ปกครองนักเรียนแกนนำสุขภาพนักเรียน มารดาวัยรุ่น จำนวน 30 ราย ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาผลการศึกษาพบว่รูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบ

ด้วยการร่วมมือกันระหว่าง บ้าน วัดโรงเรียนและชุมชน โดยครอบครัวต้องดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ วัยรุ่น ปลูกฝังกิจกรรมทางศาสนาในการถ่ายทอดจิตวิญญาณโดยการพาไปทำบุญ ไส้บาตร ฟังธรรมะ และการทำสมาธิตั้งแต่วัยเด็กโรงเรียนจัดกิจกรรมที่เน้นคุณธรรม จริยธรรมและทักษะชีวิตในการเผชิญปัญหา การทำสมาธิก่อนเรียน จัดโครงการค่ายพัฒนาจิต วัดมีส่วนร่วมร่วมกับโรงเรียนในการสอนและจัดกิจกรรมทางศาสนาการรักษาศีล บรรยายธรรมะ สอนการเจริญสติเพื่อทำให้เกิดปัญญาและนำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยเสนอแนะว่ารูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแบบมีส่วนร่วมนี้ควรมีการนำไปใช้ในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน

*อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการองค์การบริหารส่วนตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
***รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the spiritual well-being promotion pattern related to early sexual behavior prevention among Thai Adolescents. The collaboration of home, temple, school, and community model was applied as a theoretical framework. The 30 key informants consisted of the school directors sub-district organization members, monks, parents, village health volunteers, healthcare providers students, school health volunteers, and teenage mothers at a community in Nakhon Pathom Province. Data collection was conducted through focus groups and in-depth interviews from July to November 2015. The instruments were sets of open-ended questions (Matrix) and validated by experts. The content analysis was used for data analysis.

The research findings revealed that the spiritual well-being promotion pattern includes the collaboration among home, temple, school, and community. The family gives love, demonstrate role models embrace religious activities such as food offering at a younger age. The school provides meditation practice, life skills, and spiritual development camp including financial support from community organization. The temple cooperates with the school to administer religious practice including five precepts, sermon, and meditation teaching related to wisdom and spiritual well-being. The researcher suggests that the spiritual well-being promotion pattern should contribute to the community with similar community context in order to solve early sexual behavior.

ความสำคัญของปัญหา

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้เกิดการมีภาวะสุขภาพดีในทุกมิติ การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งความสมดุลในชีวิต มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาอุปสรรคและมีแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย (Spurr, Berry, & Walker, 2013; ทศนี้อย่าง, 2552, ประเวศ วะสี, 2553; ฟารีดา อิบราฮิม, 2534) โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นระยะวิกฤติที่สำคัญในช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงวัยต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ จากการที่มิพัฒนาการรวดเร็วทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย มีปัญหาในการปรับตัวเนื่องจากวุฒิภาวะทางอารมณ์ยัง

ไม่สมบูรณ์มีความสับสนในบทบาทของตนเองในสังคม ขาดทักษะและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา มักจะให้ความสำคัญของเพื่อนมากกว่าครอบครัวการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมตามมาโดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่เหมาะสมหลายประการได้แก่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภไม่พึงประสงค์การทำแท้งและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศศิธร รุจนเวชกรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร และอุษา ดันทพงษ์, 2558: สัจจา ทาโต, 2550) การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มของอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นจากข้อมูลการตั้งครรภในวัยรุ่นระดับประเทศ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ในพ.ศ.2558 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อัตราการคลอดบุตร 44.3คนต่อวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากรหญิงทั้งหมดที่อายุ 15-19 ปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธ์, 2559)วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยขาดความพร้อมมักแสวงหาทางออกโดยการทำแท้ง ส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้เสียชีวิตนอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม วัยรุ่นต้องพักการศึกษาหรือขาดโอกาสในการศึกษาต่อ จึงไม่สามารถประกอบอาชีพที่เพียงพอส่งผลให้มารดาวัยรุ่นและบุตรขาดคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตบริการสุขภาพที่ 5และพบว่ามีสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นและมีอัตราการคลอดร้อยละ 41.10(สำนักอนามัยการเจริญพันธ์, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการชะลอวัยรุ่นไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้แก่ ผลการเรียน การกำกับดูแลของครอบครัว ความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักศาสนา(Roojanavech, Badr & Doyle, 2016; Kang and Romo, 2011; Haugland & Fehring, 2010; Bussing, Foller-Mancini, Gidley, & Heusser, 2010; Chamrathirong et al .,2010; Supametaporn, Stern, Rodcumdee, & Chaiyawat ,2010; รวิวรรณ ดนัยดุขฎี, 2547)นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาและเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณมีจิตใจที่เข้มแข็งและยับยั้งการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้ (บรรพชิต โพธิ์บอน, 2557; ชนิตามัทททางกูร สมพร เตรียมชัยศรี อาภาพร เผ่าวัฒนา และพรพิมล จันทนะโสตร์, 2549)ดังนั้นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการศึกษา หากวัยรุ่นมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

ย่อมทำให้วัยรุ่นดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่ากำหนดเป้าหมายในชีวิตได้ สร้างสรรค์สิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

ในช่วงที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยและผู้สูงอายุแต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในการป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- พ. ศ. 2559) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมไทยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2555) การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นจำเป็นต้องประสานงานกับหลายฝ่ายและการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ " บวร - บ้าน วัด โรงเรียน และชุมชน" (มาณี ไชยธีรานุวัฒน์ศิริ, 2551)การมีส่วนร่วมร่วมโดยการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนจะช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน

ผู้วิจัย ในฐานะอาจารย์เวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยคริสเตียนนครปฐมซึ่งมีพันธกิจในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยในชุมชน จึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม" บวร - บ้าน วัด โรงเรียนและชุมชน" (มาณี ไชยธีรานุวัฒน์ศิริ, 2551)เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพื่อป้องกันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของสามสถาบันหลักซึ่งเป็นหน่วยสังคมที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความผูกพันทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น
3. ศึกษาแนวทางการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น
4. ศึกษารูปแบบการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณในการป้องกันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วม "บวร - บ้าน วัด โรงเรียนและชุมชน" โดยใช้เทคนิค เอ ไอ ซี (Appreciation Influence Control: AIC) (Smith, 2009) โดยมีผู้เกี่ยวข้องกัปัญหาเยาวชน เข้ามาร่วมในการวิเคราะห์แนวทางในการแก้ปัญหา วางแผนร่วมกันเพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณในการป้องกันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) กับประเด็นที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และเทคนิคการบอกต่อ จากกลุ่มผู้ร่วมวิจัย (Snow ball technique) ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน เทศบาล ครูฝ่ายปกครอง ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข พระ ผู้ปกครอง นักเรียนแกนนำสุขภาพนักเรียนและ มารดาวัยรุ่นจำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2558 โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

โดยคัดเลือกมารดาวัยรุ่นจำนวน 5 คน วัยรุ่นที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 5 คน ครู 5 คน พระ 3 รูป ก่อนการสนทนากลุ่มผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอเชิญเข้าร่วมกลุ่มการสนทนาและให้ข้อมูลเชิงลึก พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ที่ผู้ร่วมวิจัยสะดวก หลังจากนั้นใช้แนวคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและการจดบันทึกทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดความผูกพันทางจิตวิญญาณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางจิตวิญญาณและแนวทางการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณเพื่อป้องกันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยใช้การจัดเวทีประชาคมด้วยเทคนิคเอ ไอ ซี เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมระหว่างบ้าน วัด โรงเรียนและชุมชน โดยเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมาเข้าร่วมประชุม พร้อมทั้งการคืนข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ร่วมวิเคราะห์ถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การพัฒนาโดยการนำไปปฏิบัติในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. แนวคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) สำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วยคำถามหลัก (Main question) คำถามย่อย (Follow up questions) และคำถามเจาะลึก (Probe question) โดยแนวคำถามประกอบด้วย แนวคิดความผูกพันทางจิตวิญญาณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางจิตวิญญาณและแนวทางการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณ

2. แนวคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) ในการจัดเวทีประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับบทบาท องค์ประกอบของแต่ละภาคส่วนเพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ได้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แนวคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนแล้วนำมาปรับและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแนวคำถามไปทดลองสอบถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษาจำนวน 3 คน เพื่อให้มั่นใจว่าแนวคำถามดังกล่าวมีเนื้อหาตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่ต้องการศึกษาได้

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยขอหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ หลังคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนอนุมัติหนังสือรับรองเลขที่ 9/2558 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียน นายกเทศบาล ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาสวัด เพื่อขออนุญาตผู้แทนในแต่ละส่วนงานเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยมีการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจะลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหากผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัยสามารถกระทำได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเด็กนักเรียนต้องได้รับหนังสือยินยอมจากผู้ปกครองก่อน การขออนุญาตการบันทึกเทปและการจดบันทึกในระหว่างการสนทนาและการทำประชาคม ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล แต่จะใช้เป็นรหัสและสัญลักษณ์โดยจะเก็บเอกสารในตู้ที่มิดชิดและใส่กุญแจไว้ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยทำลายเอกสารดังกล่าวเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ 1) การประมวลผลข้อมูล

เพื่อการวิเคราะห์ การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจะนำไปพร้อมกัน โดยหลังจากบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยจะถอดเทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ทุกวัน เขียนบันทึกทุกรายละเอียดของการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การสังเกตกิริยา ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดและเนื้อหาในภาพรวม ค้นหาคำสำคัญและประโยคสำคัญ ทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Coding and classification techniques) นำมาสรุปเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นหลักและประเด็นย่อย โดยกำหนดรหัส จัดเป็นแฟ้มข้อมูล 2) การจัดแฟ้ม (Establishing file) มีการจัดแฟ้มข้อมูลที่เก็บรวบรวมเพื่อจำแนก และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกต ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงบรรยาย เพื่อประโยชน์ในการค้นหาวิเคราะห์และเขียนรายงานการวิจัย 3) การจัดระบบข้อมูลด้านเนื้อหาเป็นกระบวนการค้นหาความหมายของข้อความต่างๆ ในข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ (Significant statement) โดยจัดประเภทข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามรูปแบบ สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือข้อความสำคัญที่ได้ หรือความหมายโดยนัยที่ปรากฏ ต้องสามารถตอบคำถามหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ 4) การให้รหัสข้อมูล (Data coding) 5) การจัดกลุ่มข้อมูล (Data clustering) นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มและเชื่อมโยงกัน 6) การสร้างบทสรุป จากการหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูลที่ได้รับ (Theme construction) เพื่อให้ได้สาระสำคัญ (Essence content) (ชาย โพธิ์ลีตา, 2550)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น

ส่วนที่ 1 ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น

ผลการสนทนากลุ่มวัยรุ่นพบว่าผู้ร่วมวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณในแนวเดียวกันกล่าวคือ มีความพึงพอใจในชีวิตและภูมิใจในตนเองความสุขที่เกิดจาก

การกระทำความดี จิตที่สงบการได้รับความรักความ
อบอุ่นจากครอบครัว การได้รับการยอมรับจากเพื่อน
การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การมองโลกในแง่ดี
การมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตมีสติและปัญญาใน

การคิดไตร่ตรองและสามารถเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง
มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา อดทนไม่ย่อท้อต่อ
อุปสรรคและมุ่งมั่นในสิ่งที่ตั้งเป้าหมาย

มีความพอใจที่เป็นหนูไม่คิดเปรียบเทียบกับใคร ไม่ต้องพึ่งใครและเป็นแบบอย่างให้เพื่อนได้

มีความสุขที่ได้ดูแลยาย ไม่เคยรู้สึกเหนื่อยหรือท้อ

มีความมุ่งมั่นที่จะเรียนหนังสือให้เก่งเพื่อจะได้มีอนาคตที่ดีจะได้ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่

การทำให้พ่อแม่ภูมิใจ ตั้งใจเรียน เชื่อฟังพ่อแม่

คำพูดที่ทำให้กำลังใจ เมื่อทำอะไรผิดพลาดทำให้มีแรงบันดาลใจ

เวลาครูให้ทำสมาธิ รู้สึกจิตใจสงบ ผ่อนคลายและไม่เครียด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางจิต วิญญาณของวัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ
สนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ความผูกพันทางจิตวิญญาณของวัยรุ่นได้แก่ ปัญหา
ครอบครัวแตกแยกเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาน้อย
ผลการเรียน ขาดปัญญาในการไตร่ตรองด้านคุณธรรม
จริยธรรมสิ่งแวดล้อมในชุมชนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

และค่านิยมวัฒนธรรมตะวันตกจากการสัมผัสกับ
มารดาวัยรุ่นพบว่าการที่วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในวัย
เรียนเป็นผลจากการขาดความอบอุ่นในครอบครัว จึง
ต้องการแสวงหาความรักจากคนรักและเชื่อมั่นว่าคนรัก
จะดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ทัศนคติและค่านิยมของ
เพื่อนในโรงเรียนทำให้การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ยอมรับ
ได้ในสังคมของวัยรุ่น

เด็กที่ครอบครัวแตกแยก เข้ารู้สึกว่ามีใครเอาเค้าอยากได้รับความรักจากคนอื่น

พอมีช่องว่างตรงนี้เด็กก็เริ่มไปหาใครสักคนที่คิดว่าเข้ามาดูแลได้คือเด็กผู้ชายที่จะเข้ามาในชีวิต

เด็กที่เรียนดีจะไม่ค่อยมีปัญหาเพราะจะตั้งใจเรียน

มุมมองในเรื่องเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป วัฒนธรรมของไทยเมื่อก่อนเราสอนให้รักนวลสงวนตัว แต่

ถ้าดูหนังฝรั่งระดับไฮสคูลเนี่ยรักกันได้ เค้าเริ่มมีเพศสัมพันธ์ เด็กไทยก็เลียนแบบ

ชุมชนรอบข้าง อย่างเช่นชุมชนแถวบ้านจบ ป. 6 ก็มีสามมีแล้ว เด็กก็ออกจากโรงเรียน
ด้วยเรื่องแบบนี้

ตอนเรียนที่ต่างจังหวัดสังคมไม่เป็นแบบนี้ มีแฟนก็คบกันเฉยๆ อย่างมากก็หอมแก้ม
สังคมที่นี้ต่างกันเยอะ ไม่ถือเนื้อถือตัว

เด็กต่างจังหวัดจะใกล้ชิดวัดมากกว่า ปัญหาจะน้อย

คิดเพื่อน เพื่อนในกลุ่มมีเพื่อนชายและมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา
เป็นเหมือนกันทุกคน ก็เลยทำตามเพื่อน ไม่คิดว่าเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์หรือติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาของเด็กคือการตัดสินใจอย่างชาญฉลาดอย่างไรให้เขาระวังตนเองได้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ส่วนที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น

จากผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในหลายประเด็น ได้แก่พื้นฐานครอบครัว ครอบครัว ที่มีทั้งบิดามารดาเอาใจใส่ดูแล การเลี้ยงดูที่อบอุ่น ใกล้ชิด ทำให้ได้รับความรัก ความอบอุ่นเวลามีปัญหาจะปรึกษาครอบครัวมากกว่าเพื่อน การสื่อสารเรื่องเพศ ครอบครัวต้องสอนทักษะชีวิตในการแก้ปัญหาโดยพ่อแม่เป็นต้นแบบที่ดี

นอกจากนี้ครอบครัวต้องปลูกฝังความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาตั้งแต่เด็ก การดำเนินตามหลักพุทธศาสนาจะทำให้เด็กวัยรุ่นมีความเข้มแข็งในการยอมรับและเผชิญกับปัญหาอย่างมีสติ โรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมค่ายพัฒนาจิต นำแนวความคิดจัดโรงเรียนวิถีพุทธ การนำนักเรียนทำสมาธิก่อนเรียนการจัดกิจกรรมวันเอดส์โลก กิจกรรมจิตอาสาพระมีส่วนร่วมการสอนคุณธรรม จริยธรรมและร่วมกับโรงเรียนในการใช้สถานที่จัดกิจกรรมทางศาสนาเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น

*สภาพแวดล้อมการเลี้ยงดู ครอบครัวที่อบอุ่นอยู่ใกล้ชิดทั้งพ่อและแม่ เด็กกลุ่มนี้จะไม่
ออกนอกกลุ่มนอกทางถ้าพื้นฐานดีต่อยอดไปได้ไกล
พื้นฐานครอบครัวต้องแข็งแรง แล้วลูกจะมีสุขภาพจิตดี การตัดสินใจก็เป็นเชิงบวก
แสดงว่าเขาเห็นความสำคัญของคนในครอบครัวมากกว่าเพื่อน
สังเกตเด็กที่ทำสมาธิจะสนใจการเรียนดีขึ้น*

ระยะที่ 2 แนวคิดการมีส่วนร่วมระหว่างบ้าน วัด โรงเรียนและชุมชน

ผู้วิจัยใช้เทคนิคเอไอ ซีในการจัดเวทีประชาคมเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมแสดงความคิดเห็นก่อนเริ่มการทำประชาคมผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้นและแนวโน้มการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลกระทบที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้แก่ การตั้งครรภ์ การทำแท้งผิดกฎหมาย การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอดส์ การคืนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย การสร้างวิสัยทัศน์ (Vision) ร่วมกันเพื่อแสดงภาพฝันของชุมชนได้แก่การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่ดีและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตประสบความสำเร็จในการศึกษาและมีอนาคตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุกวัยรุ่นที่เข้าใจในบทบาททางเพศ และมีจิตสำนึกในเรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้องจะทำ

ให้ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรในชุมชนลดลง ดังนั้นผลการระดมการแสดงความคิดเห็นผู้ร่วมวิจัยเสนอว่ารูปแบบในการส่งเสริมการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในวัยรุ่น ต้องเกิดจากการร่วมมือกันระหว่าง บ้าน วัด โรงเรียนและชุมชนโดยมีรูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณดังนี้

1) บ้าน ประกอบด้วยการสร้างบรรยากาศครอบครัวที่อบอุ่นส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การฝึกวินัย ความอดทนและความรับผิดชอบ การเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมและปลูกฝังจิตวิญญาณ โดยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเช่น ทำบุญใส่บาตร ตามโอกาสสำคัญและวันสำคัญทางศาสนา

พ่อแม่เป็นต้นแบบที่ดีพาลูกไปวัดตั้งแต่เด็กๆ ต้องสอนทักษะชีวิต สอนให้มีความ
อดทน

การทำกิจกรรมด้วยกันเช่น ทานอาหาร การปลูกต้นไม้ ทำบุญ ใส่บาตรในวันเกิด
หรือวันพระ

เรื่องเพศศึกษาพ่อแม่ต้องคุยกับลูกได้

2) วัด ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมวันสำคัญ จิตจัดการบรรยายธรรมะ การส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลัก
ทางศาสนา สนับสนุนสถานที่ในการจัดอบรมการพัฒนา ศิลป์ทำ ฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติและปัญญา

มีโรงเรียนมาจัดกิจกรรมที่วัดบ่อย อาตมาก็ร่วมเป็นวิทยากรด้วย
จัดกิจกรรมให้พ่อแม่ลูกได้อยู่ร่วมกัน เน้นคุณธรรม ความกตัญญู

3) โรงเรียนและชุมชน ประกอบด้วย การคัด
กรองพฤติกรรมเสี่ยงและติดตามดูแลวัยรุ่นที่มี
พฤติกรรมเสี่ยงระหว่างครู เพื่อนและครอบครัวและ
ชุมชน เพื่อนเตือนเพื่อน การแนะแนวการศึกษาเพื่อ
กำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การหาเยาวชนหรือ
บุคคลต้นแบบ การจัดให้มีการฝึกสมาธิในชั้นเรียน สอน
ทักษะชีวิต สอนเพศศึกษากิจกรรมวันเอดส์โลก

โครงการค่ายพัฒนาจิต นำแนวความคิดจัดโรงเรียนวิถี
พุทธพระมีส่วนร่วมการสอนคุณธรรม จริยธรรมและ
ร่วมกับโรงเรียนในการใช้สถานที่จัดกิจกรรมทางศาสนา
เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรวม
ทั้งจัดสรรงบประมาณในการจัดโครงการ/กิจกรรมใน
ชุมชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

ครูต้องคอยสอดส่องนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมกับแกนนำสุขภาพในโรงเรียนและ
แจ้งให้ผู้ปกครอง คนในชุมชนในการเฝ้าระวังติดตาม

โรงเรียนวิถีพุทธจะเน้นการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม เด็กจะมีปัญหาทางสังคมน้อย

นิมนต์พระมาสอนเรื่องศีลธรรม บาป บุญ เด็กจะเชื่อฟังดีกว่าครูสอน

เชิญรุ่นพี่ที่ประสบความสำเร็จมาแนะแนวการศึกษา เด็กจะได้มีเป้าหมายในชีวิต

สอนเพศศึกษาต้องเน้นเรื่องการป้องกัน

การจัดค่ายพัฒนาจิตควรจัดต่อเนื่องทุกปี จึงขอให้หน่วยงานเทศบาลสนับสนุน

งบประมาณ

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูล
เชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกและ
การทำประชาคม เพื่อศึกษา ความผูกพันทางจิตวิญญาณ
ของวัยรุ่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทาง
จิตวิญญาณของวัยรุ่นแนวทางการส่งเสริมความผูกพัน
ทางจิตวิญญาณของวัยรุ่นและรูปแบบการส่งเสริม

ความผูกพันทางจิตวิญญาณในการป้องกันวัยรุ่นมีเพศ
สัมพันธ์ก่อนวัยอันควรโดยใช้แนวคิดโดยการมีส่วนร่วม
ของสามสถาบันหลักในสังคมได้แก่บ้าน วัด โรงเรียน
และชุมชนประเด็นการอภิปรายมีดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นให้ความหมายเกี่ยวกับ
ความผูกพันทางจิตวิญญาณคือ ความสุขสงบ มีความ
พึงพอใจในชีวิต การได้ทำความดี การได้รับความรัก

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

จากบุคคลใกล้ชิด มีความอดทนและเข้มแข็งเมื่อมี ปัญหา อุปสรรคในชีวิต ความภูมิใจในตนเอง การมี เป้าหมายในชีวิต มีสติและปัญญาในการใช้ชีวิตอย่าง มีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของความ งามทางจิตวิญญาณที่มีนักวิชาการในประเทศและต่าง ประเทศได้แสดงทัศนะว่าความงามทางจิตวิญญาณ เป็นสภาวะของจิตใจที่เป็นสุข สงบ มีความเข้มแข็งใน จิตวิญญาณ มีความรับผิดชอบในหน้าที่และการดำเนิน ชีวิต (พระราชธรรมนิเทศ, 2555) สอดคล้องกับแนวคิด ของนายแพทย์ประเวศ วะสี (2553) ที่กล่าวว่าความงาม ทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่เกิดจากการทำความดี มีสติ สมาธิและปัญญาและยังสอดคล้องกับเมซีตันสเนียนี เสถียรสุด (2544) ที่ได้ให้แนวคิดที่ว่าความงามทางจิต วิญญาณจะทำให้มีภูมิคุ้มกันทางจิตที่จะเลือกปฏิบัติใน สิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับไฮฟีลด์และคาร์สัน (Highfield & Carson, 1983) ที่ได้กล่าวว่าความงามทางจิต วิญญาณได้แก่การมีเป้าหมายในชีวิตและพึงพอใจใน ชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างและมีความ ภาคภูมิใจในตนเอง

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความงามทางจิตวิญญาณของวัยรุ่นมีได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ค่านิยมวัฒนธรรมตะวันตก ผลการเรียนรู้ กลุ่มเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทาง ศาสนากลุ่มเพื่อนทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ มีหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนและปลูกฝังพฤติกรรมที่ดี หากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น ก็จะทำให้เด็ก ขาดความรัก และวัยรุ่นมักใช้เวลาอยู่กับเพื่อน หาก คบเพื่อนไม่ดีก็จะทำให้เลียนแบบพฤติกรรมตามเพื่อน กิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้วัยรุ่นมีศีล สติและปัญญาเกิด การพัฒนาจิตวิญญาณและความงามทางจิตวิญญาณ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรพชิต โพธิ์บอน (2557) ที่กล่าวว่า ระดับผลการเรียน จำนวนเพื่อนสนิท และกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความงาม ทางจิตวิญญาณของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของชนิดา มัทททางกูร (2549) ที่พบว่าความ

งามทางจิตวิญญาณทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศลดลง

การส่งเสริมความงามทางจิตวิญญาณของ วัยรุ่นพบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการเป็นแบบอย่าง ที่ดี โดยเฉพาะการปลูกฝังความเชื่อและการปฏิบัติตาม หลักคำสอนตั้งแต่เยาว์วัย การเข้าร่วมกิจกรรมทาง ศาสนาทำให้วัยรุ่นมีโอกาสได้แนวทางในการดำเนินชีวิต โดยใช้หลักธรรม เนื่องจากศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว จิตใจให้บุคคลทำความดี อยู่ในศีล สมาธิและปัญญา การพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมทำให้มีพัฒนาการทาง จิตวิญญาณที่สูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อความงามของวัยรุ่น

รูปแบบการส่งเสริมความงามทางจิต วิญญาณในการป้องกันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน ควรที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ" บวร - บ้าน วัด โรงเรียนและชุมชน"ในการคิดวิเคราะห์และร่วมกันหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติ ได้ จริงในชุมชน (มาณี ไชยธีรานุวัตรศิริ, 2551) ซึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชการณ ปรกอบธัญญะศิริ (2556) ที่กล่าวว่าการมี ส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณ ครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีและมีเวลา ในการทำกิจกรรมร่วมกัน การมีกิจกรรมในโรงเรียน เช่น แกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน รวมทั้งการเฝ้าระวังวัยรุ่น ที่มีพฤติกรรม การส่งเสริมวัยรุ่นต้นแบบ เป็น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการสร้างมาตรการการป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และยังสอดคล้องกับการ ศึกษาของอัจฉรา ชัยชาญ อมร สุวรรณนิมิตร สุภาพร อาญาเมือง (2556) ที่ใช้การศึกษาวัยเจียงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและ พบว่า ครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้ลูก การที่ ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทำให้มีเวลาในการ ทำกิจกรรมร่วมกันและเป็นโอกาสในการอบรมสั่งสอน ด้านคุณธรรม จริยธรรม การสื่อสารเรื่องเพศศึกษา กับ ลูก การที่ชุมชนร่วมดูแลเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ต่างๆ การมีเยาวชนต้นแบบในชุมชนจะช่วยเตือนเพื่อน

ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและทำให้วัยรุ่นในชุมชนมีแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต และการปรับกระบวนการทางสังคมระหว่างบ้าน วัด และโรงเรียนทำให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาการจัดตั้งแกนนำนักเรียนในการให้คำปรึกษาเพื่อน การเอาใจใส่ในการดูแลบุตรการให้กำลังใจ ชมเชย ทำให้วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเอง อีกทั้งควบคุมตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จะทำให้วัยรุ่นมีการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (ศศิธร จารย์คุณและคณะ, 2558, บรรพชิต โพธิ์บอน 2557)ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง วัยรุ่น และครู ทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน มีการสื่อสารและสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน(วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553)ก็จะทำให้วัยรุ่นมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งนี้เนื่องจาก การอบรมเลี้ยงดูประสพการณ์ในวัยเด็ก ความเชื่อทางศาสนาการเป็นแบบอย่างของบิดา มารดาในการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ดังนั้นการปฏิบัติตามหลักศาสนาช่วยให้วัยรุ่นมีแนวทางในการดำเนินชีวิตและส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและละเว้นการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (Roojanavech, Badr & Doyle, 2016; Kang and Romo, 2011; Haugland & Fehring, 2010; Chamrathirong *et al* ,2010; Supametaporn, Stern, Rodcumdee, & Chaiyawat ,2010; รวิวรรณ ดนัยคุษฎี, 2547; ชนิดามัทททางกูรและคณะ, 2549)สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการโรงเรียนวิถีพุทธเพื่อพัฒนาจิตวิญญาณของโรงเรียนสัมมาสิกขาตรีระชอโคก ที่เน้นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมกับเยาวชนโดยการฝึกให้เยาวชนปฏิบัติศีลห้า การเรียนรู้การพึ่งตนเอง ฝึกการทำงานร่วมกัน

เป็นกลุ่ม จิตอาสาในการทำประโยชน์ การฟังธรรมะ การฝึกสมาธิและการปฏิบัติธรรม เพื่อให้เข้าใจในหลักธรรมะยึดมั่นในความดี ยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ใช้คุณธรรมเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้โดยผ่านครอบครัว โรงเรียนชุมชนและสถาบันศาสนาในการการพัฒนาเยาวชนให้เป็นคนดี มีความรู้และมีความผาสุกในชีวิต(รินธรรม อโศกตระกูล, 2546)ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยการมีส่วนร่วมของบ้าน วัด โรงเรียนและชุมชนจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้ในการเชื่อมโยงกิจกรรมในชุมชนและนำมาสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องเวลาจึงทำให้ยังไม่สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณไปใช้ในพื้นที่ที่ดั่งนั้นควรมีการติดตามการนำรูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณไปปฏิบัติและการประเมินผลติดตามเพื่อการพัฒนาในรูปแบบในการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในวัยรุ่น ที่เป็นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชนจะทำให้เกิดการระดมทุนทางสังคมทั้งในเรื่องงบประมาณและทรัพยากรซึ่งจะส่งผลให้การแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรมีการนำรูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในวัยรุ่น ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของบ้าน วัดและ โรงเรียน ไปประยุกต์ในพื้นที่มีวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

- ชนิดา มัททวงกูร สมพร เตรียมชัยศรี อาภาพร เผ่าวัฒนาและ พรพิมล จันทนะโสถิติ. (2549). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความผาสุกทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโรงเรียนอาชีวศึกษาศาสตร์แห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร".วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 20 (1), 35-50.
- ชาย โปธิลิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์ แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3).กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ทัศนีย์ ทองประทีป.(2552).จิตวิญญาณมิติหนึ่งของพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บรรพชิต โพร้บอน.(2557).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนผั๊กใหม่วิทยานุกูล จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ประเวศ วะสี.(2553). ธรรมชาติของสรรพสิ่ง.นนทบุรี: กรีน-ปัญญาญาณ.
- พระราชธรรมนิเทศ. (2555). บรมธรรม.นนทบุรี: ชนากานต์ พริ้นติ้ง.
- พาริตา อิบราฮิม. (2534). เรื่องของจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์
- มาณี ไชยธีรานุวัฒน์ศิริ.(2551).การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมหลักการและภาคปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3) .กรุงเทพฯ: อรุณาการพิมพ์.
- แม่ชีต้นสนีย์ เสถียรสุด. (2544). "การมีสติในทุกขณะคือ...." หมอชาวบ้าน, 22(261), 14-16.
- รณชกาญจน์ ประกอบธัญญะศิริ. (2556). "ยุทธศาสตร์การสร้างมาตรการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่นน". ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร . 15(2) : 93-105.
- ระวีวรรณ ดนัยดุษฐ์กุล. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเพศศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รินธรรม โอโสภตระกูล. (2546). การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อการพึ่งตนเองตามแนวคิดของชาวโศก. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาออกโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553). การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ:กองทุนกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ศศิธร รุจนเวช กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร และอุษา ดันทพงษ์ .(2558). "ความต้องการด้านจิตวิญญาณในการป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสในวัยรุ่นไทย".วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3), 90-102.
- ศศิธร จารย์คุณ วาสนา สวัสดิ์ สมจิตร์ แม่นจันทร์และสุกันยา พรมแดน. (2558). "การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลคูเวียง อำเภอคูเมืองจังหวัดบุรีรัมย์". วารสารวิชาการสาธารณสุข. 24(1) : 14-23.

- สัจจา ทาโต . (2550). "การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทย". *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*.1(2) :19-30.
- สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธ์.(2559). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธ์ุในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2558*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2559,จาก http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index.
- อัจฉรา ชัยชาภูมิ อมร สุวรรณนิมิตรและสุภาพร อาญาเมือง.(2556). "แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชน". *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ฉบับพิเศษการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัยครั้งที่ 9,วันที่ 12 -13 กันยายน 2556*. (9) : 659-666.
- Bussing, A., Foller-Mancini, A., Gidley, J., & Heusser, P. (2010). "Aspects of spirituality in adolescents". *International Journal of Children's Spirituality*. 15(1) : 25-44.
- Chamratrithong, A., et al. (2010). "Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand". *Social Science & Medicine*. (71) : 1855-1863.
- Haglund, K. A., & Fehring, R. J. (2010). "The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults". *Journal of Religion and Health*, 49(4), 460-472. doi: 10.1007/S10943-009-9267-5.
- Highfield, M. F., & Carson, V. B. (1983). "Spiritual need of patient. Are they recognize". *Journal of Cancer Nursing*. 5(5) : 187-192.
- Kang, P.P., & Romo, L.F. (2011). "The role of religious involvement on depression, risky behavior, and academic performance among Korean American adolescents". *Journal of Adolescent*, 34(4) : 767-78.
- Roojanavech, S., Badr, L K., & Doyle, J. (2016) . "What variables including spirituality determine early sexual initiation among Thai adolescent". *Mental Health and Addiction Research*. 1(2) : 6-10.
- Smith, W. E. (2009). *The creative power: Transforming ourselves, our organization and our world*. New York: Rout ledge.
- Spurr, S., Berry, L., & Walker, K. (2013). "The meanings of older adolescents attach to spirituality". *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 18(3) : 221-232.
- Supametaporn, P., Stern, P.N., Rodcumdee, B., & Chaiyawat, W. (2010). "Waiting for the right time: How and why young Thai women manage to avoid heterosexual intercourse". *Health Care for Women Internationa*. (31) : 737-754.



The Interpretation of Jewish Proverb, "Is Saul also Among the Prophets?"

According to the Deuteronomistic History Redaction

การตีความพระธรรมสุภาษิตของชาวยิว "ซาอูลเป็นหนึ่งในผู้เผยพระวจนะด้วยหรือ"
ตามแนววิพากษ์ประวัติศาสตร์สายเฉลยธรรมบัญญัติ

Nati Khoochotikul*

Abstract

The book of 1 Samuel mentioned the Jewish proverb "Is Saul also among the prophets?" It is found twice in different situations. This article intended to explain that the Deuteronomistic History (DtH) helps the reader to understand the book of 1 Samuel especially the meaning of this proverb. Moreover, DtH and its theology such as the theology of blessings

and cursings give a new understanding to the readers, especially it is the reason why Judahites were taken captives to Babylon. If the Judahites did not obey God's commandments, they would be punished like Saul, being naked before the public.

Keywords: The Deuteronomistic History, blessings and cursings, proverb, naked

บทคัดย่อ

พระธรรม 1 ซามูเอลได้กล่าวถึงสุภาษิตของชาวยิวที่ว่า "ซาอูลเป็นหนึ่งในผู้เผยพระวจนะด้วยหรือ" สุภาษิตดังกล่าวถูกพบสองครั้งในสถานการณ์ที่แตกต่างกันบทความฉบับนี้ประสงค์ที่จะอธิบายว่าพระธรรมหมวดประวัติศาสตร์สายเฉลยธรรมบัญญัติ (DtH) ช่วยผู้อ่านให้เข้าใจพระธรรม 1 ซามูเอลโดยเฉพาะอย่างยิ่งความหมายของสุภาษิตนี้ยิ่งไปกว่านั้นพระธรรม

หมวดประวัติศาสตร์สายเฉลยธรรมบัญญัติและศาสนศาสตร์เรื่องการอวยพรและการแช่งสาปได้ให้ความเข้าใจใหม่แก่ผู้อ่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งนี้เป็นสาเหตุว่าเพราะเหตุใดชนชาติยูดาห์ต้องตกเป็นเชลยที่บาบิโลนถ้าชาวยูดาห์ไม่เชื่อฟังพระบัญญัติของพระเจ้าพวกเขาจะถูกลงโทษเหมือนกับซาอูลคือถูกทำให้อับอายในที่สาธารณะ

* full time lecturer at Bangkok Institute of Theology, Christian University of Thailand.

Introduction

The book of Samuel is in the Historical Books section in the Old Testament. Julius Wellhauen explained that the book of Samuel narrated concerning the changes of regime, the transition from theocracy to monarchy, which is associated with the name Samuel (Wellhauen, 1885: 247-248). According to the historical narrative of this book, Saul, the first king of Israel, was narrated by a Jewish's proverb, saying, "Is Saul also among the prophet?" John Sturdy mentioned that "the saying, 'Is Saul also among the prophets?' is found twice in 1 Sam., with differing stories attached to it in explanation" (Sturdy, 1970 :206). These are 1 Samuel 10:11-12:² and 19:24.³ For Samuel scholarship, modern scholars understand this proverb to have various meanings. In this article, this proverb will be interpreted by the Deuteronomistic History theory (DtH).⁴ This article will be presented in three sections. Firstly, the researcher will explain the meaning of DtHand its theory.

Then, the researcher will survey the biblical scholars' interpretation on the Book of 1 Samuel 10:11-12 and 19:24. Lastly, the researcher will utilize DtH theory to analyze the Jewish's proverb. In this article, the researcher would like to propose a new interpretation to the readers. That is, the proverb 'Is Saul also among the prophets?' is used to teach the remnant in the time of Babylonian exile concerning obedience to Yahweh, the God of Israel.

Meaning of Deuteronomistic History (DtH)

Biblical scholars understand the DtH in the meaning of the device to interpret the Historical Books in the Old Testament. Lewis Vale Alexander (1993: 1) mentioned about the meaning of the DtH that "the DtrH (DtH) designates the seven books of Deuteronomy, Joshua, Judges, 1 and 2 Samuel, and 1 and 2 Kings." Message of these books describes the historical narrative of the Israelites since the time period from the last preaching of Moses to all Israel prior to the entrance to the Promised Land until the time of the exile to Babylon.

² The book of 1 Samuel 10:11-12 from English Standard Version said "And when all who knew him previously saw how he prophesied with the prophets, the people said to one another, "What has come over the son of Kish? Is Saul also among the prophets?" And a man of the place answered, "And who is their father?"Therefore it became a proverb, "Is Saul also among the prophets?"

³ The book of 1 Samuel 19:24 from English Standard Version said "And he too stripped off his clothes, and he too prophesied before Samuel and lay naked all that day and all that night. Thus it is said, "Is Saul also among the prophets?"

⁴ Henceforth, the Deuteronomistic History will be abbreviated as DtH.

Traditionally, biblical scholars see that these books were written by the former prophets. For examples, Deuteronomy was authored by Moses, Joshua was authored by Joshua, or Judges was authored by Samuel, etc. However, since the middle of the nineteenth century, critical scholars have continued to trace the origin and the development of these books. They argued that these books were not authored by the former prophets. According to W. M. L. de Wette (1805: 151-168), "the Book of Deuteronomy originated later and was written by different authors than the other books of the Pentateuch." Wellhausen (1885: 228) acknowledged that "the Books of Judges-Kings represented a distinctive historical document, for they interpreted the past in terms of the aims and idles of their own day . . . it is (these books) over-grown with later assertions." Alexander (1993: 15) concluded Wellhausen's explanation that "the religious views of Judges-Kings arose during the Babylonian exile and bore strong affinity with the ideas and aims expressed in the Book of Deuteronomy." It meant that critical scholars sought that the DtH was authored later than the interpretation of the biblical scholars. For critical scholars, DtH documents are the fragments which were authored by the author, called "the Deuteronomistic redactor." Moreover, they believed that DtH documents were gathered together

after the exile to Babylon, but before the Babylonian empire has fallen, because the epi-logue of the Book of 2 Kings narrated about Jehoiachin who was released from prison on 560 B.C. but the Deuteronomistic redactor did not mention about the proclamation of Cyrus, all the exiles were brought back to Jerusalem on 538 B.C.

Although DtH's view has been used since the middle of the nineteenth century, but later it rose up again, emerged through the work of Martin Noth, a German scholar. Noth believed that DtH was written by an exilic author who was also the editor and a compiler of the source. Therefore, he saw DtH as a unified compositional work. Alexander (1993: 28-31) concluded Noth's hypothesis, on the unity of the DtH, that it may be presented by linguistic evidence, the regular appearance at specific points of speeches, the chronological system, and the consistency of its theological ideas. In the case of DtH's theology, Noth emphasized that the obedience to the Lord as required by the DtH law was the most important theme of DtH's theology. The obedience of the Israelites was seen through the worship of God. In short, Noth's interest was "in the various possible forms of deviation from this worship which could be construed as apostasy and how these were realized in history" (Noth, 1981: 91-92).

Noth's explanation concerning the unity of the DtH, especially the consistency of its theological ideas, led to a new understanding for the critical scholars and his readers. That is, DtH's law and theology, such as the obedience, stood behind the events narrated and set forth a standard by which they could be evaluated (Clements, 1976: 32). According to the book of Deuteronomy as the introduction of DtH, the author emphasized on the theology of blessings for obedience and cursings for disobedience. The principle of the theology of blessings and cursings is dependent on obedience. If the Israelites were obedient, they would receive the good of the promise land. On the other hand, if they were disobedient to the Lord, they would be cursed, and the Lord would render His punishments upon them, i.e., He will cast them out from the Promise Land. In fact, the theology of blessings for obedience and cursings for disobedience is not only in the book of Deuteronomy, but this theology is found throughout the DtH.

In conclusion, theology of blessings for obedience highlights the good aspects from the Lord's blessing such as the Promise Land, accomplishments, and victory. On the other hand, theology of cursings for disobedience in DtH is followed by God's punishments such as great trouble and shame, famine, death, and the exile. Tremper Longman III and Raymond B. Dillard (2006: 156) noted that

"DtH was a product of a single author writing during the exile to explain why God had rejected Israel." That is, God handed out His punishments to His people because they abandoned His law.

Biblical interpretation of "Is Saul also among the Prophets?"

According to the Book of 1 Samuel, the Jewish proverb "Is Saul also among the prophets?" is found twice in different situations. To investigate this proverb, first-ly, the researcher will describe the meaning and usage of a proverb מָשָׁל : *Mashal*) in the Old Testament. Then, the researcher will explain and conclude the meaning "Is Saul also among the prophets?" in 1 Samuel 10:11-12; and 19:24.

Gerald Wilson (1997: 1134) points to the meaning of מָשָׁל in Hebrew by saying, proverb, wisdom saying, or mocking song. In addition, its root, מָשַׁל , also means "to become like," "to speak" in proverb, or "to compare with." The meaning of מָשַׁל is similar to *mašālu* in Assyrian, which means "to become like" and *m^etal* in Syriac, which means "to compare." Interestingly, the Book of Proverbs in Hebrew writings (the **Ketuvim**) is called מִשְׁלֵי (Misley) because this book presents Yahweh's perspective that the reader should be wise, not wicked. Rather, the Book of Proverbs always mentions the alternatives such as obedience in the Pentateuch, or rejection of the instruction, accomplishment, or failure in life, etc.

Moreover, one of the objectives of the book of Proverbs is utilized to teach the reader or listener concerning the moral ethics such as to challenge the reader to fear the Lord, choose wisely, then live well. In conclusion, **מִשְׁלַּ** in Hebrew indicates that a pithy wise saying is used to compare two types of people or things. Proverb and its instructions challenge the readers to choose the best for themselves. In fact, the character of proverb is written in short. It is easy to remember, and expresses effectively some common truth.

According to the usage of proverbs in the Old Testament, Wilson sees that "In certain constructions, **mašāl** loses the more neutral sense of proverb, ancient saying and takes on the more specific function as a source of negative comparison" (Wilson, 1997: 1135). It means that in the world of the Ancient Near East, **מִשְׁלַּ** was not pre-sented only in positive comparison but also in negative

comparison such as ridicule, satire, parody, lampoon, and taunt, etc. The consequence is that a negative example is also found in the Old Testament and it is used "to discourage others from following the same path" (Wilson, 1997: 1135).

The popular proverb (**מִשְׁלַּ**) "Is Saul also among the Prophets?" serves as a good example that shows "the two stories refer to the same saying but are independent: each of them made its own use of it for its own purposes and with its own learning, without being aware of the other" (Ze'ev Weisman, 1998: 50). Ze'ev Weisman (1998: 50-51) views that both of stories (prophesying at Naioth and then at Gibeah) were written for the narrator's own goal. He believes that these stories history. However, some of the biblical scholars saw that Saul's stories were not related to politics. Therefore, they understand and explain 1 Samuel 10:11-12: and 19:24 as follows:

Firstly, in 1 Samuel 10:11-12, the DtH storyteller mentioned to Saul, the son of Kish after God had chosen him to be king. Samuel, the prophet told him that he would encounter specific signs. One of specific sign is the spirit of the Lord will rush upon him, and Saul will prophesy with the a group of prophets. In this narrative, after Samuel's prophetic word became true, the people said to one another ". . . Is Saul also among the prophets?" Joyce G. Baldwin (1988: 92) emphasized that the important point of this unit was that Samuel's prediction of meeting a group of prophets had been fulfilled. Therefore, Saul could be sure that the Lord was with him. It means that Saul was the first king of Israel that the Lord chose, even though his coronation had not yet come for a public proclamation.

William McKane (1963: 75-76) emphasized Saul's family background, his change, and reaction of the people. According to verse 11 and 12, the storyteller mentioned Kish, a man of Benjamin tribe and Saul's father. McKane explained that there were at least two interpretations of this unit. Firstly, McKane (1963: 75) wrote that "Saul is as well-entitled to be an ecstatic prophet as any other man, since prophetic inspiration is not a hereditary possession," like that of priesthood. McKane points out that reference of a man and the place, "And who is their father?" in verse

12 is used to riposte to those who said, "Is Saul also among the prophets?" In other words, the people did not believe that Saul was not a prophet but a man of the place refuted them. Thus, his refutation meant, "Why is Saul not able to be a prophet?" Secondly, McKane saw that when the storyteller wrote to Kish, it meant that Saul's family was familiar in that society. Indeed, his family was well-known. Therefore, Saul's behavior was improper and unusual. However, the saying "And who is their father?" in verse 12 was used to explicate the phenomena which happened to Saul. McKane notes that:

Saul had good family connections, and ought to have no dealings with an ecstatic rabble. In behaving like a dervish he was falling out of the accepted patterns of behaviour of his social station and was associating himself with the outlandish and bizarre. Hence the question, Who is their father? is not a retort to the proverb, . . . , but a further explication of it. (McKane, 1963: 75)

(McKane, 1963: 75). However, in his commentary, he did not describe the meaning of "And who is their father?" (וּמִי אֲבִיהֶם :umiabihem) thoroughly. At this point, David Toshio Tsumura (2007: 292-293) suggested that "Who is their father?" may refer to "their professional

leader" because the prophets such as Elijah and Elisha were also called "father." (2 Kings 2:12; 6:21; 13:14) Thus, biblical scholars translated "Who is their father?" in the meaning of "And who is their leader (of the band of prophets?)"⁵

⁵ P. Kyle McCarter, Jr. suggests that "Perhaps, then, "And who is their father?" implies "And who (but Saul) is their leader?" That is, it is a reply to the question, "Is Saul, too, among the prophets?" signifying "Yes, indeed! In fact he is their leader!" (P. Kyle McCarter, Jr., 1980: 184) However, the researcher sees that the storyteller emphasized that Saul is a king, not a prophet. In brief, Saul spoke the prophesy but he is not the leader of the band of prophets, and his anointing is for being a king, not a prophet.

In this story, change of Saul as a different man is explained by saying "Is Saul also among the prophets?" The Scripture describes that after Saul left Samuel, God gave him a new heart. John J. Davis & John C. Whitcomb (2006 :205) noted that "this expression should not be regarded as the act of regeneration, but rather a work of the Spirit of God by which he was prepared for kingship." Therefore, Saul did not become a prophet, he just became a king even though he prophesied and walked with a group of prophets. Moreover, there is no evidence that he repented after the Spirit of the Lord came upon him.

The conclusion of this story is in verse 13. The DtH author wrote that "When he had finished prophesying, he came to the high place." It meant that Saul joined the ritual ceremony at the high place after he received the Spirit of the Lord. Here, Saul is mentioned in a positive way. The DtH author portrayed Saul as a godly man. On the other hand, he is also in the Lord's plan and procession, to be the first king of Israel. In brief, the DtH editor suggested the DtH's theology, the blessing of God comes from obedience to his reader. After Saul decided to do follow Samuel's assignments, the Lord also blessed him. In the DtH's theology, the good and God's blessings followed the obedience always.

The saying, "Is Saul also among the prophets?" is also found in 1 Samuel 19:24. The DtH storyteller mentioned about Saul after he tried to kill David. According to the story, Saul sent his messengers

to take David three times but the Spirit of God came upon them and they prophesied. Therefore, Saul decided to hunt down David by himself. However, after Saul met Samuel and David at Ramah, Spirit of God also came upon him. Then, Saul prophesied, stripped off (יָיִפְסַט׃: yayipsat) his cloth, and lay down naked. People again said, "Is Saul also among the prophets?" According to Ralph W. Klein's explanation (1983: 199), he saw that this proverb was used to evaluate Saul in both the positive and negative. However, in this unit, Saul became an ironic comment (Baldwin, 1988: 133-134). If the book of Samuel "have a real interest in politics" (Mary J. Evans, 2004: 20), then the saying "Is Saul also among the prophets?" was not only a proverb but was also a political satire. In brief, Klein (1983: 199) concluded that in this unit the storyteller lampooned to Saul that he was not a prophet anymore because he became an insane one. His mania was presented by his attempt to hunt David by himself after he found that his messengers missed the mission.

According to her commentary, Baldwin (1988: 134) asked her readers that "What is an ironic comment on Saul's life story?" Indeed, the storyteller is not only referring to Saul, the insane one, but also to Saul's situation. In other words, Saul is not the king of Israel anymore. For McKane, he mentioned that when the narrator wrote to Saul, he implied:

Saul is out of place in the ranks of Samuel's prophetic guide. He has been rejected as king over Israel by the word

which Samuel spoke for Yahweh and it is incongruous that he should be doing ecstatic exercises among Samuel's disciples. He is not there as a true devotee, but has been made the prisoner of ecstasy; he is in Samuel's and therefore in Yahweh's power Yahweh has rejected him from being king and has anointed David. Against this there is no appeal and to contest it is futile (McKane, 1963: 122-123).

Saul, as the insane one, displayed his behavior in verse 24, by "stripping off his garments." But what is the meaning of "naked" in the Old Testament's context? Tsumura (2007: 499) and McCarter (1980: 329) agree with S. R. Driver's observation that the word "naked" (*'ārōm*) does not necessarily mean to be totally without any clothes. Perhaps Saul dressed his long inner tunic, and in this situation, took out only the upper garment (see also Isaiah 20:2; Micah 1:8). Therefore, naked (*'ārōm*) in the Old Testament's context does not mean "absolutely naked." Nevertheless, Klein (1983: 199) confirmed that "in biblical times nakedness was connected with shame." Indeed, Saul's dishonour in this chapter was connected

with his situation. Even though, in God's eyes, he has been rejected from his position already, but in his people's eyes, Saul was still a king. Thus, shameful in this chapter referred to the king being "stripped off his garments," and also was out of control in public. In conclusion, the king was naked in public whether totally naked or dressed only in his long inner tunic! That is not a delight to the public eyes. Moreover, he was to be ashamed because he became helpless before Samuel. And David once again had a chance to escape.

In short, the storyteller of the book of 1 Samuel responded to the saying "Is Saul also among the prophets" in 10:11-12 and 19:24. Firstly, the Saul narrative is that he received the experience of Spirit of God after Samuel anointed him to the king of Israel. Most of the contemporary biblical scholars viewed that Saul in a positive note. Secondly, Saul became an ironic comment such as the insane and mania king. On the other hand, by the same Jewish's proverb, he became a victim and also was out of God's favour. McCarter (1980: 329) rightly points out to Saul and his second spiritual experience:

. . . Saul's experience with divine inspiration has taken a downward turn. The spirit of Yahweh now haunts him rather than helps him. And in contrast to the encounter described in 10:10-12, here he meets the prophetic troop as an unwelcome intruder, indeed as an enemy. He is now more a victim of prophetic inspiration than a beneficiary of it; he participates in the prophesying as a sufferer, an invalid, and the ecstasy is for him a disease.

The Deuteronomistic History Interprets the saying "Is Saul also among the Prophets"

In this section, DtH's theory is used to interpret the saying "Is Saul also among the prophet?" In this consideration, the researcher's interpretation is based on an idea that the DtH's theory is a good device to interpret the Scripture. Based on this theory and analysis, the researcher found that, firstly, the DtH's theory has an effect on the understanding of the modern readers, especially in the issue of date and authorship. According to tradition-historical approach, biblical scholars see that the book of Samuel was written by the prophet Samuel and Nathan. Therefore, the latest implied readers are the Israelites who lived in Israel before the kingdom divided (932 B.C.). However, the DtH's theologians described that the book of Samuel was written by an exilic author who was also an editor and a compiler of the source. Rather, this book was written after the exile and captivity in 586 B.C. For the DtH's theologians, the implied readers are the Judahites who are called the remnants in post exilic period.

Secondly, the effect of the DtH's theory does not rest only on the various implied readers but includes the objective of the book of Samuel as well. While traditional biblical scholars believe that Samuel was written to explain how David was enthroned and reigned after the death of Saul, one of DtH's objective

was to expound concerning the entrance to the Promised Land until the time of the exile to Babylon. Rather, the exilic author emphasized the theology of blessings and cursings as the condition to live in the land. Therefore, in general, the DtH's theologians explain the DtH in the picture of Israel as the people of the Lord and their destination such as prosperity or devastation, the blessings or cursings, etc. In other words, one of DtH's objective was used to describe Israel in general. Judy Fentress-Williams (1999: 23) responded to Noth's theory that "Noth's main argument for the unity of the Deuteronomistic History is the overarching theme of Israel's sin, which led to the nation's demise." However, in this article the researcher sees that theology of blessings and cursings in the DtH should not be used to explain only the Israelites' experiences such as conquest of Canaan, and the exile to the Babylonian Empire. For the researcher, DtH included the individual experiences of important characters such as Saul and David, kings of Israel in 1-2 Samuel. In brief, DtH's theology is a good device to interpret the historical narrative even though these stories are "life history."

An exilic author intended to utilize life history of Saul and David to explain Theology of blessings and cursings. According to DtH's theology, an editor presented Saul's story as a case study concerning curses for disobedience to his reader. In 1 Samuel, Saul was portrayed in negative direction,

making the first king a failed king. Saul had rejected the word of the Lord, therefore the Lord had rejected him from being the king of Israel. In conclusion, DtH's theology and its concept does not only mean "why God had rejected Israel" (Longman & Dillard, 2006: 156) but also "why God had rejected one who was disobedient" as well.

Thirdly, a proverb, "Is Saul also among the prophets?" gives a new understanding to the readers, especially it tells the reason why Judahites were taken captives to Babylon. According to DtH's theory, an exilic author mentioned that after Saul rejected to obey God's command, the Lord gave his punishment to him. The Lord's judgment was to put Saul to shame by being naked before the public. Rather, the word naked ('ārōm) in this context is used in the meaning of the Lord's sanction. For DtH's view, a proverb, "Is Saul also among the prophets" and the word naked ('ārōm) are the examples to an editor's readers as well. In other words, Judahites were taken captive to Babylon because they broke the Law of Moses just as Saul rejected to obey God's word. Moreover, Israelites' destination is also put to shame by stripping off their clothes and be a naked before the nations. Undoubtedly, if Saul's destination in the book of Samuel was

used to teach the remnants concerning the cursings for disobedience. Interestingly, Saul's life history was similar to the Jerusalemites' destination in the book of Ezekiel which was written in the exilic period. According to the book of Ezekiel 23, the author wrote that the Lord would punish his Jerusalemites because they followed after the foreigners rather than obeying the Lord. In verse 26, the author of the book of Ezekiel noted that "They shall also 'strip off'⁶ your clothes and take away your beautiful jewels." At this point, it is possible that an exilic author who wrote the book of Samuel intended to use (בַּשִּׁיבָה: to remind his reader concerning the theology of blessings and cursings. If the Judahites do not obey His commandments, they will be punished like Saul: being naked before the public.

In conclusion, in the book of Samuel, an exilic author wrote to Saul concerning the proverb, "Is Saul also among the prophets?" two times. The researcher sees that an exilic author referred to Saul negatively. Saul is referred to in an ironically and political satire. Additionally, this proverb is used to teach the remnants during the time of Babylonian exile concerning obedience to Yahweh, the God of Israel.

⁶According to the book of Ezekiel 23:6, the word "strip off" בַּשִּׁיבָה becomes from בַּשִּׁיבָה (pasat: strip off) which is the same root of בַּשִּׁיבָה in the book of 1 Samuel 19:24.

Bibliography

- Alexander, Lewis Vale. (1993). *The origin and development of the Deuteronomistic History Theory and its significance for Biblical interpretation*. Dissertation. Southwestern Baptist Theological Seminary. Texas.
- Baldwin, Joyce G. (1988). *1 and 2 Samuel: An introduction and commentary*. Downers Grove: IVP.
- Clements, R. E. (1976). *One hundred years of Old Testament interpretation*. Philadelphia: Westminster.
- Davis, John J., and Whitcomb John C. (2006). *Israel from conquest to exile: A commentary on Joshua - 2 Kings*. Winona Lake: BMH Books.
- deWette, W. M. L. (1805). *qua Deuteronomium a prioribus Pentateuchilibris diversum. alius cuiusdam recentioris auctoris opus esse monstratur. repr.* Dissertatiocritica. in *Opuscula Theologica*. Berolini: G. Reimerum.
- Evans, Mary J. (2004). *The message of Samuel: Personalities, Potential, Politics and Power*. Downers Grove: IVP.
- Fentress-Williams, Judy. (1999). *What has happened to the son of Kish?: A dialogic reading of the Saul narrative in 1 Samuel*. Dissertation. Yale University.
- Klein, Ralph W. (1983). *1 Samuel*. (vol. 10) in WBC. Waco: Word Books.
- Longman, Tremper, and Dillard, Raymond B. (2006). *An introduction to the Old Testament*. Grand Rapids, Michigan: Zondervan.
- McCarter, P. Kyle Jr. (1980). *1 Samuel: A new translation with introduction, notes & commentary*. Garden City: Doubleday.
- McKane, William. (1963). *1 & 2 Samuel: Introduction and commentary*. London: SCM.
- Noth, Martin. (1981). *The Deuteronomistic History*. JSOT Supplement Series 15. Sheffield: JSOT.
- Sturdy, John. (1970). *The original meaning of "Is Saul also among the prophets?" (1 Samuel X 11, 12: XIX 24)*. *Vetus Testamentum* (vol. 20.) Leiden: Brill.
- Tsumura, David Toshio. (2007). *The first book of Samuel*. Grand Rapids: Wm. B. Eerdmans.
- Wellhausen, Julius. (1885). *Prolegomena to the history of Israel*. Translated by Sutherland, J. Black, and Menzies Allen. Edinburgh: Adam & Charles Black.
- Weisman, Ze'ev. (1998). *Political satire in the Bible*. Atlanta: Scholars.
- Wilson, Gerald. (1997). "מִשָּׁל". In Willem A. VanGemeren. (Ed.), *New international dictionary of Old Testament Theology exegesis*. (vol.2.) Grand Rapids, M.I.: Zondervan. pp.1334-1335.



การใช้ข้อมูลสารสนเทศจากการทำบัญชีครัวเรือนเพื่อวางแผนการเงินส่วนบุคคล

Using the Household Accounting Information for Personal Financial Planning

อนฤติดา ประเสริฐศักดิ์*

บทคัดย่อ

จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ครัวเรือนมีหนี้สินสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) การไม่มีความรู้พื้นฐานทางการเงินที่เพียงพอ 2) ทศนคติต่อการใช้เงินที่ไม่ถูกต้อง และ 3) การเข้าถึงแหล่งเงินได้ง่าย ดังนั้นครัวเรือนต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล โดยให้ทำบัญชีครัวเรือนเพื่อสรุปรายรับ รายจ่าย เงินสดคงเหลือ สินทรัพย์ และหนี้สินส่วนบุคคล และนำข้อมูลสารสนเทศจากการทำบัญชีครัวเรือนมาวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายทางการเงิน 4 ประการ ได้แก่ 1) การวางแผนการเงิน เพื่อป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน 2) การวางแผนการเงินเพื่อความมั่นคงของชีวิต

3) การวางแผนการเงินเพื่อสร้างความมั่งคั่ง และ 4) การป้องกันและบริหารความมั่งคั่ง ทั้งนี้แต่ละบุคคลอาจจะกำหนดเป้าหมายทางการเงินแตกต่างกันตามสภาพทางการเงินของตนเอง

การวางแผนการเงินได้นำหลักวงจรคุณภาพมาใช้กำหนดขั้นตอนในการวางแผนการเงินส่วนบุคคล กำหนดแนวทางการนำข้อมูลสารสนเทศจากการทำบัญชีครัวเรือนมาใช้ วางแผนการเงินส่วนบุคคลซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การวางแผนเกี่ยวกับเงินสดและสินทรัพย์ที่มีสภาพคล่อง 2) การวางแผนเกี่ยวกับเครดิตส่วนบุคคล 3) การวางแผนเกี่ยวกับการประกันชีวิตและสุขภาพ 4) การวางแผนเกี่ยวกับการลงทุนของบุคคล และ 5) การวางแผนการเงินสำหรับการปลดเกษียณ

*อาจารย์ประจำหลักสูตรบัญชีบัณฑิต คณะบัญชี ธุรกิจและมัลติมีเดีย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The economic and social survey of households of National Statistical Office found that the average household income and expense are higher per month. As a result, the household debt increased steadily until now which is due to three main reasons: (1) lack of financial knowledge (2) attitudes towards spending money improperly and (3) access to money source easily. Thus, a household must realize the importance of personal financial planning. The households do household accounting in order to summarize personal income expense balance assets and liability. Then take the household accounting to plan the personal finance which will lead to the achievement of financial goals as follow: (1) the financial

planning for Security (2) the financial planning for stability of life (3) the financial planning for wealthy, and (4) the protection and wealth management. Thus, the person may be set financial goal varies according to their financial status.

Personal financial planning has taken the quality cycle to set the personal financial planning step. This can set guidelines on household accounting information to personal financial planning, which can be divided into five areas: 1) planning for the cash and liquidity assets 2) planning on personal credit 3) planning for the health insurance and 4) planning on personal investing, and 5) financial planning for retirement.

บทนำ

เงินถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต เพราะเงินเป็นสื่อกลางที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยสี่ นอกจากนี้สังคมไทยในปัจจุบันยังเต็มไปด้วยกระแสวัตถุนิยม ส่งผลให้คนไทยใช้จ่ายฟุ่มเฟือยจนก่อให้เกิดภาวะหนี้สินสูงขึ้นในสังคมไทย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมทางการเงินของคนไทยที่ไม่มีวินัยทางการเงินและขาดการวางแผนการเงินตั้งนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการวางแผนการเงินส่วนบุคคล โดยทำบัญชีครัวเรือนและนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการทำบัญชีครัวเรือน ได้แก่ รายรับ รายจ่าย เงินสดคงเหลือสินทรัพย์ และหนี้สิน มาใช้ในการวางแผน

การเงินส่วนบุคคล ทั้งนี้สามารถกำหนดแนวทางการนำข้อมูลสารสนเทศทางการบัญชีครัวเรือนมาใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคลได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การวางแผนเกี่ยวกับเงินสดและสินทรัพย์ที่มีสภาพคล่อง 2) การวางแผนเกี่ยวกับเครดิตส่วนบุคคล 3) การวางแผนเกี่ยวกับการประกันชีวิตและสุขภาพ 4) การวางแผนเกี่ยวกับการลงทุนของบุคคล และ 5) การวางแผนการเงินสำหรับการปลดเกษียณ ซึ่งหากครัวเรือนปฏิบัติได้ตามแผนการเงินที่กำหนดไว้ จะทำให้ครัวเรือนมีหนี้สินครัวเรือนลดลงหรือไม่มีหนี้สิน และเพิ่มความมั่นคง และมั่นคงทางการเงินให้แก่ครัวเรือนในอนาคตด้วย

ปัญหาการเงินของคนไทยในปัจจุบัน

ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2558 พบว่า ครัวเรือนมีหนี้สินประมาณ 10.4 ล้านครัวเรือน หรือร้อยละ 49.1 ของครัวเรือนทั้งประเทศไทย (ประมาณ 21 ล้านครัวเรือน) โดยมีจำนวนหนี้สินเฉลี่ย 156,770 บาทต่อปีต่อครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการก่อหนี้เพื่อใช้ในครัวเรือน และพบว่าจำนวนหนี้สินในระบบเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2556 คือร้อยละ 36.7 เป็นร้อยละ 41.3 และจำนวนหนี้สินนอกระบบเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2556 คือร้อยละ 36.4 เป็นร้อยละ 42.2 (www.nso.go.th)

ทั้งนี้ นโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจของภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นการเปิดการค้าเสรี การปล่อยสินเชื่อให้แก่ครัวเรือน และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งเงินทุน ส่งผลให้ภาคครัวเรือนประสบกับปัญหาหนี้สินที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2549 ที่มีปริมาณหนี้สินเฉลี่ย 116,585 บาทต่อปีต่อครัวเรือน เพิ่มขึ้นเป็น 156,770 บาทต่อปีต่อครัวเรือนในปี พ.ศ. 2558 โดยกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ มีหนี้สินเฉลี่ยมากกว่า 400,000 บาท และมากกว่าร้อยละ 40 ของหนี้สิน นำไปซื้อหรือเช่าซื้อบ้านและที่ดิน ในขณะที่จังหวัดในภาคตะวันออก เชียงเหนือและภาคใต้ ส่วนใหญ่มีหนี้สินไม่เกิน 200,000 บาท และมากกว่าร้อยละ 40 นำไปใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคในครัวเรือน ส่วนครัวเรือนในภาคเหนือมีหนี้สินเฉลี่ยไม่เกิน 200,000 บาท ส่วนใหญ่นำไปใช้เพื่อการเกษตรและทำธุรกิจที่ก่อให้เกิดรายได้ (<http://money.kapook.com/view128400.html>) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าครัวเรือนประสบปัญหาหนี้สินเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าครัวเรือนจะมีรายได้เฉลี่ยสูงขึ้นก็ตาม เพราะค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก็สูง ตามไปด้วย อันเนื่องมาจากภาวะเงินเฟ้อและค่าครองชีพที่สูงขึ้น

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาประเทศไทยจะมีการตื่นตัวให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องของการจัดการทางการเงิน แต่จากผลการวิจัยของสถาบันคีนันแห่งเอเชียในโครงการ "คนไทยก้าวไกล ใส่ใจการเงิน" โดยการสนับสนุนของธนาคารซีทีบีแบงก์ พบว่าหนี้สินครัวเรือนของประเทศไทยเติบโตรุนแรง ซึ่งเกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ (<http://www.komchadluek.net/detail/20150305/202439.html>)

1) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการเงิน ไม่ว่าจะเป็นการออมเงิน การจัดการความเสี่ยง ผลักดันทิศทางเงิน และการลงทุน

2) ทศนคติต่อการใช้เงินที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดจากสื่อและลัทธิบริโภคนิยม ส่งผลต่อการตัดสินใจเรื่องเงิน ทำให้ขาดความระมัดระวังและขาดการวางแผนการใช้จ่าย

3) เข้าถึงแหล่งเงินได้ง่าย ทั้งจากบริการสินเชื่อของธนาคารพาณิชย์ รวมทั้งมีแหล่งเงินอื่นๆ เช่น สหกรณ์ กองทุนหมู่บ้าน และสินเชื่อบริษัทเอกชน ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการกู้ยืมเงิน โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้รู้สึกว่ายืมง่าย ด้วยอัตราดอกเบี้ยขั้นต่ำ หรือจ่ายคืนเงินต้นต่ำ เป็นต้น

จากผลการประเมิน พบว่า กลุ่มประชากรที่มีระดับความรู้ทางการเงินน้อย และมีแนวโน้มหนี้สูง ได้แก่ 1) กลุ่มแรงงานรับจ้างมีรายได้น้อย 2) กลุ่มเกษตรกร และ 3) กลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนี้ ถือเป็นฐานประชากรหลักของประเทศ ด้วยสัดส่วนต่อประชากร 38%, 24% และ 18% ตามลำดับ (<http://www.komchadluek.net/detail/20150305/202439.html>) ซึ่งปัญหาที่พบจากประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสจะเป็นหนี้ คือ ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการเงิน ประกอบกับปัญหาการเข้าถึงสินเชื่อของธนาคารพาณิชย์ ทำให้เกิดการกู้ยืมเงินนอกระบบ และขาดความสามารถในการชำระเงินคืน เนื่องจากไม่เข้าใจถึงระบบการคิดอัตราดอกเบี้ย ส่งผลให้อัตรานี้ครัวเรือนในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

สรุปได้ว่าปัญหาทางการเงินของคนไทยในปัจจุบัน คือการก่อกวนหนี้สินครัวเรือน และไม่มีความสามารถจ่ายชำระหนี้ ซึ่งสาเหตุของปัญหาดังกล่าว เกิดจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งไม่ให้ความสำคัญในเกี่ยวกับการวางแผนการเงินส่วนบุคคล

การวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล (Personal Financial Planning)

การวางแผนการเงินส่วนบุคคลเป็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการจัดการทางการเงินที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของชีวิต เช่น การมีบ้านเป็นของตนเอง การออมทรัพย์เพื่อการศึกษาของบุตร การวางแผนสำหรับวัยเกษียณ เป็นต้น การวางแผนการเงินส่วนบุคคลจะครอบคลุมถึงแผนและกระบวนการวางแผนการเงินทุกด้านที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกิจกรรมทางการเงินของแต่ละบุคคล เช่น การวางแผนเงินออมเพื่อวัยเกษียณ การวางแผนประกันภัย การวางแผนภาษี การวางแผนการลงทุน เป็นต้น รวมทั้งเป็นการจัดระเบียบการเงินของบุคคลเกี่ยวกับการจัดหาเงินและการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมายที่แต่ละบุคคลกำหนดไว้ (http://www.set.or.th/yfs/main/download/YFS2016_YFSCamp_Reading_FinancialPlanning.pdf)

เดวิดเบอร์รี่ ประธานบริษัทซิมเปิ้ลโจ (Simple Joe, Inc.) ผู้ผลิตซอฟต์แวร์ทางการเงิน ได้ให้แนวคิดพื้นฐานในการวางแผนการเงินส่วนบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายทางการเงินมี 4 ประการได้แก่ (<http://www.kiatnakin.co.th/knowledge-detail.php?id=17>)

1) การวางแผนการเงินเพื่อป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน (Security) เนื่องจากการดำเนินชีวิตของคนในปัจจุบันล้วนอยู่บนความเสี่ยงตลอดเวลา ซึ่งแต่ละคนมีความเสี่ยงไม่เหมือนกันจากการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น ความเสี่ยงจากการถูกเลิกจ้าง ความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ดังนั้นหากมีการวางแผนการเงินส่วนบุคคล จะช่วยให้ช่วยลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันได้ เช่น การทำ

ประกันชีวิต การประกันสุขภาพ และการประกัน การว่างงาน เป็นต้น

2) การวางแผนการเงินเพื่อความมั่นคงของชีวิต (Stability) คือ ไม่ใช่จ่ายเกินรายได้ที่มีอยู่ และไม่พยายามสร้างหนี้ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ ตัวอย่างการใช้จ่ายมากกว่ารายได้ เช่น การซื้อสินค้าราคาแพงผ่านบัตรเครดิต โดยคาดว่าในอนาคตจะมีรายได้เพิ่มเพียงพอที่จะจ่ายชำระค่าสินค้าได้ ถือว่าเป็นการนำเงินออมในอนาคตมาใช้ล่วงหน้า ในทางตรงกันข้าม หากภาระหนี้สินที่มีอยู่เป็นหนี้สินที่จะก่อให้เกิดรายได้ในอนาคต เช่น ซื้อสังหาริมทรัพย์ด้วยวิธีการผ่อนชำระแล้วนำสินทรัพย์นั้นให้ผู้อื่นเช่า กรณีนี้ถือเป็นการลงทุนสำหรับการบริหารเงินเพื่อสร้างความมั่นคง

3) การวางแผนการเงินเพื่อสร้างความมั่งคั่ง (Growth) จะเกิดขึ้นหลังจากที่สามารถบริหารการเงินเพื่อป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน และสร้างความมั่นคงให้แก่ชีวิตได้แล้ว โดยอาจจะเริ่มต้นจากการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการลงทุนในรูปแบบต่างๆ เช่น การลงทุนในกองทุน ตราสารเงิน พันธบัตรรัฐบาล หุ้น อสังหาริมทรัพย์ กองทุนรวมประเภทต่างๆ เป็นต้น โดยในช่วงเริ่มต้นของการลงทุนควรเริ่มลงทุนจากเงินจำนวนน้อย เพื่อประเมินว่ามีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด แล้วค่อยเพิ่มจำนวนเงินลงทุนขึ้นเพื่อความไม่ประมาท

4) การป้องกันและบริหารความมั่งคั่ง (Protection and Management) หลังจากที่มีการลงทุนประสบความสำเร็จแล้ว สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อไปคือการรักษาระดับความมั่งคั่งให้คงอยู่ต่อไปอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น หน้าที่ปรึกษาทางการเงิน ให้มาดูแลการลงทุน การทำประกันอัคคีภัยสำหรับอสังหาริมทรัพย์ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การวางแผนการเงินส่วนบุคคล เป็นการวางแผนการเงินเกี่ยวกับการจัดหาเงิน และการใช้เงินให้เกิดความสมดุล เพื่อป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันจะเกิดขึ้น สร้างความมั่นคง และความมั่งคั่งทางการเงิน ทั้งนี้การวางแผนการเงินส่วนบุคคลต้องดำเนินการให้เป็นไปตามขั้นตอนตามหลักวงจรคุณภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการเงินที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการวางแผนทางการเงิน

การวางแผนการเงินมีการนำหลักวงจรคุณภาพมาใช้กำหนดขั้นตอนในการวางแผนการเงินส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (<http://www.kiatnakin.co.th/knowledge-detail.php?id=17>)

1) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ทางการเงิน การวางแผนการเงินควรสอดคล้องกับเป้าหมายชีวิต (Personal Goals in Life) โดยสามารถแบ่งออกเป็นเป้าหมายที่เกี่ยวกับเงิน (Financial Goals) ที่จะส่งผลให้ฐานะการเงินส่วนบุคคลมีการเปลี่ยนแปลง และเป้าหมายที่ไม่เกี่ยวกับเงิน (Nonfinancial Goals) กล่าวคือ บางครั้งเงินก็ไม่ใช่สิ่งที่บุคคลมุ่งหวังเสมอไป ทัศนคติ ความนึกคิด เกี่ยวกับครอบครัว สังคม ศีลธรรมและศาสนา อาจมีค่าสำคัญกว่าเงินก็ได้ เพราะบางคนถือว่า เงินไม่ใช่เป็นสิ่งสำคัญที่สุดของชีวิต ทั้งนี้ การวางแผนชีวิตของบุคคลจะแบ่งเป็นแผนระยะสั้น (Short-term or current planning) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารสินทรัพย์สภาพคล่อง และแผนระยะยาว (Long-term planning) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างฐานะความมั่นคงของบุคคลในอนาคต

2) รวบรวมข้อมูลทางการเงินของตนเอง เพื่อใช้วางแผนการเงิน ซึ่งข้อมูลทางการเงินประกอบด้วย รายการทางการเงินและเอกสารทางการเงินต่างๆ เช่น สมุดเงินฝากธนาคาร ตั๋วสัญญาใช้เงิน สัญญาการกู้ยืมเงิน เงินเดือน รายได้เสริม ค่าใช้จ่ายต่างๆ เอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการลงทุน ทะเบียนรถ โฉนดที่ดิน กรมธรรม์ประกันชีวิต และกรมธรรม์ประกันภัย เป็นต้น ข้อมูลทางการเงินที่รวบรวมได้ถือเป็นข้อมูลขั้นพื้นฐาน สำคัญที่ใช้ในการวางแผนการเงิน โดยนำ ข้อมูลทางการเงินเหล่านี้จากการทำบัญชีครัวเรือน เพื่อประเมินสถานะทางการเงินของแต่ละบุคคล

3) วิเคราะห์และประเมินสถานะทางการเงินของตนเอง โดยนำข้อมูลจากการทำบัญชีครัวเรือน มาวิเคราะห์สถานะทางการเงินที่เป็นปัจจุบันของตนเองว่า มีฐานะการเงินอยู่ในระดับใด เพื่อประเมินว่าจะต้อง

หารายได้และเก็บออมเงินเป็นจำนวนเท่าใด จึงจะบรรลุเป้าหมายทางการเงินที่กำหนดไว้ ซึ่งผลจากการประเมินสถานะทางการเงินสามารถแบ่งกลุ่มคนได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้ (www.codfa.org/private_folder/situation-money.doc)

3.1) กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย เป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางการเงินในปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าปัญหาดังกล่าวจะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคต

3.2) กลุ่มที่มีรายได้เท่ากับค่าใช้จ่าย โดยภาพรวมแล้วอาจไม่มีปัญหาทางการเงินในปัจจุบัน แต่จะมีปัญหาในอนาคตเมื่อมีอายุมากขึ้น หรือเมื่อไม่มีรายได้แล้ว ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

3.3) กลุ่มที่มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีเงินออม โดยภาพรวมแล้วไม่มีปัญหาทางการเงินในปัจจุบัน ยิ่งกว่านั้นถ้ามีเงินออมมากพอ จะไม่มีปัญหาในการดำรงชีวิตเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากเงินออมที่มีอยู่จะเป็นเครื่องจักรผลิตรายได้ ทำให้คนกลุ่มนี้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีปัญหาทางการเงิน

4) จัดทำแผนการเงิน ซึ่งต้องจัดทำให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเงินที่เป็นจริงของตนเอง โดยอาจมีเงื่อนไขและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเมื่อจัดทำแผนการเงินเสร็จ จะต้องนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติจริง โดยมีแนวทางดังนี้

4.1) การตัดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นออก เพื่อลดภาระการจ่ายเงินออกจากครอบครัว เช่น รายจ่ายเกี่ยวกับการพนัน สิ่งเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สินค้าฟุ่มเฟือย เป็นต้น

4.2) การลดรายจ่ายที่จำเป็น เพื่อสร้างนิสัยการประหยัด อดออม การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างคุ้มค่า เช่น การปลูกผัก ผลไม้ไว้รับประทานเอง เพื่อช่วยลดค่าอาหาร และค่าเดินทางไปตลาด ลดการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงแล้วหันมาออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยานหรือการเดิน หรือการวิ่งแทนการขับรถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์ เป็นต้น

4.3) การเพิ่มรายรับ โดยการหารายได้เสริม นอกเวลาทำงานปกติ เช่น การใช้เวลารับจ้างทั่วไป การทำขนมขาย การปลูกผัก หรือเลี้ยงสัตว์ไว้ขาย เป็นต้น

4.4) การลงทุนเพื่อต่อยอดเงินออมให้เพิ่มขึ้น เช่น ลงทุนในพันธบัตร หุ้นสามัญ หุ้นกู้ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Fund : RMF) กองทุนรวมหุ้นระยะยาว (Long Term Equity Fund : LTF) เป็นต้น

5) นำแผนทางการเงินที่จัดทำแล้วไปปฏิบัติตามแผนที่ได้เขียนไว้ ว่าต้องปฏิบัติอะไรบ้างในกรอบเวลาใด เช่น ต้องหารายได้เสริมเป็นจำนวนเงินเท่าใด ในช่วงเวลาใด ต้องนำเงินไปลงทุนในทางเลือกที่กำหนดไว้ตามแผนการเงินที่วางไว้

6) ติดตามและกำกับให้เป็นไปตามแผนการเงินที่กำหนดไว้ หลังจากที่ได้ปฏิบัติไปตามแผนการเงินที่กำหนดได้ระยะหนึ่งแล้ว ต้องทำการทบทวนและปรับปรุงแผนการเงินที่กำหนดไว้ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายทางการเงินที่กำหนดไว้

การวางแผนการเงินส่วนบุคคลที่ดี บุคคลจะต้องมีข้อมูลทางการเงินของตนเอง และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และประเมินฐานะทางการเงิน เพื่อใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคลได้ ดังนั้น ข้อมูลทางการเงินจึงต้องมีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ ค่าใช้จ่าย สินทรัพย์ หนี้สิน และส่วนของเจ้าของของบุคคล ซึ่งเครื่องมือที่ช่วยรวบรวมข้อมูลทางการเงินเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคลคือ การทำบัญชีครัวเรือน

การทำบัญชีครัวเรือน (Home Accounting)

การทำบัญชีครัวเรือนเป็นการจดบันทึกรายรับและรายจ่ายประจำวัน รวมทั้งหนี้สินของครัวเรือน ดังนั้น การทำบัญชีครัวเรือนจึงมีความสำคัญ ดังนี้ (รัฐนันท์ พงศ์วิวิทธิธร และนิศรา จันท์เจริญสุข, 2556)

1) ทำให้ทราบจำนวนรายรับ รายจ่าย และหนี้สินของครัวเรือน รายรับเป็นเงินหรือของมีค่าที่ครัวเรือนได้รับการประกอบอาชีพหรือผลตอบแทนที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยน เช่น เงินเดือน ดอกเบี้ยรับจากเงินฝากธนาคาร รายได้จากการลงทุน เป็นต้น รายจ่ายเป็นเงินหรือของมีค่าที่จ่ายไปเพื่อให้ได้สิ่งของหรือบริการ เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าอาหาร เป็นต้น ส่วนหนี้สินเป็นเงินหรือสิ่งของที่มีค่าซึ่งได้รับจากแหล่งภายนอก โดยมีภาระที่ต้องชดใช้คืนในอนาคต เช่น การกู้ยืมเงินจากธนาคาร การกู้ยืมเงินจากญาติหรือคนรู้จัก การรับเงินช่วยเหลือต่างๆ ที่ต้องชดใช้คืนภายในระยะเวลาที่กำหนด การซื้อสินค้าเป็นเงินผ่อน การเช่าซื้อและการซื้อทรัพย์สินเป็นเงินเชื่อ เป็นต้น

2) ทำให้ทราบจำนวนเงินคงเหลือของครัวเรือนในแต่ละวัน และสามารถนำเงินคงเหลือไปใช้ในการวางแผนการเงินเพื่อให้เกิดรายได้เพิ่มเติม

3) นำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการการเงิน เพื่อจัดลำดับความสำคัญของรายจ่าย และวางแผนการใช้จ่ายว่ารายจ่ายใดมีความจำเป็น รายจ่ายใดไม่มีความจำเป็นซึ่งสามารถตัดออกได้ บัญชีครัวเรือนสามารถจัดทำได้หลายรูปแบบ แต่อย่างน้อยต้องมีการจัดบันทึกข้อมูลรายรับและรายจ่าย ส่วนใหญ่จะจัดทำเป็นตารางจำนวน 5 ช่อง ประกอบด้วย (นภาพร, 2550)

ช่องแรก คือวันเดือนปีเพื่อบันทึกวันที่เกิดรายการ

ช่องที่สอง คือรายการ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทางการเงินที่เกิดขึ้น

ช่องที่สาม คือรายรับ เพื่อบันทึกจำนวนเงินที่ได้รับ

ช่องที่สี่ คือรายจ่าย เพื่อบันทึกจำนวนเงินที่จ่ายออกไป และ

ช่องสุดท้าย คือยอดเงินสดคงเหลือ เป็นช่องสรุปยอดเงินสดคงเหลือโดยพิจารณาจากรายรับหักรายจ่ายในแต่ละวัน

ผู้บันทึบบัญชีครัวเรือนต้องบันทึกเป็นประจำทุกวัน และรายการต่างๆ ที่นำมาบันทึกต้องบันทึกในรูปของตัวเงิน ดังนั้นการทำบัญชีครัวเรือนต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยมีแบบฟอร์มที่สามารถจัดทำขึ้นเองได้ในสมุดหรือกระดาษเหลือใช้ ดังแสดงตัวอย่างไว้ตามรูปที่ 1

รายการ	รายรับ			รายจ่าย						เงินสด คงเหลือ (บาท)	
	ระบุ	ระบุ	ระบุ	ค่าใช้จ่าย ใน ครัวเรือน		ค่าใช้จ่าย ในการ ประกอบ อาชีพ		ค่าใช้จ่าย ทั่วไป			
				ระบุ	ระบุ	ระบุ	ระบุ	ระบุ	ระบุ		
รวม											

รูปที่ 1 ตัวอย่างแบบฟอร์มบัญชีครัวเรือน

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชและองค์การภาคี, 2556)

หลังจากบันทึกรายรับรายจ่ายแล้ว กนาขอมูล เพื่อดูหารายใด เช่น ซอคอนโดมีเนียมเพื่อให้ผู้อื่นเช่าซื้อ มาสรุปเป็นตารางสำหรับการทำบัญชีสินทรัพย์และ พันธบัตรรัฐบาล เป็นต้น และ 3) สินทรัพย์ส่วนตัว หมายถึงสินทรัพย์ที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 1 ปี หนี้สินส่วนบุคคล ในการจัดทำบัญชีสินทรัพย์ส่วนบุคคล สามารถแบ่งสินทรัพย์ออกเป็น 1) สินทรัพย์ ไร้เพื่อใช้ส่วนตัว ไม่ได้ถือไว้เพื่อหารายได้ เช่น บ้านที่ สภาพคล่อง หมายถึงสินทรัพย์ในรูปของเงินสด และ ตนเองใช้อยู่อาศัย รถยนต์ส่วนตัว เป็นต้น สำหรับ สินทรัพย์อื่นที่มีสภาพใกล้เคียงเงินสด แต่สามารถ หนี้สินส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 1) หนี้สินระยะสั้น เป็น เปลี่ยน เป็นเงินสดได้ง่ายภายใน 1 ปี โดยไม่ลดมูลค่า หนี้สินซึ่งมีระยะเวลาการชำระคืนภายใน 1 ปี เช่น เช่น เงินฝากกระแสรายวัน เงินฝากออมทรัพย์ และ ค่าซื้อสินค้าเป็นเงินเชื่อ ค่าสาธารณูปโภคค้างจ่าย เป็นต้น และ 2) หนี้สินระยะยาว เป็นหนี้สินซึ่งมี เงินลงทุนระยะสั้นอื่นๆ บุคคลจำเป็นต้องมี สินทรัพย์ ระยะเวลา การชำระคืนเกิน 1 ปี เช่น ค่าผ่อนรถยนต์ สภาพคล่องให้เพียงพอต่อ การใช้จ่ายประจำวัน เพื่อ ค่าผ่อนบ้าน เป็นต้น (เซวลิย์ พงศ์ผาติโรจน์ และ จะได้ไม่เกิดปัญหาเงินขาดมือ 2) สินทรัพย์เพื่อการลงทุน วรศักดิ์ ทุมมานนท์, 2552)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ข้อควรระวังในการทำบัญชีครัวเรือน คือ การลืมบันทึกบัญชี ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบันทึกและส่งผลให้ไม่ยากบันทึก ผู้จัดทำเข้าใจผิดในรายการบัญชี ไม่เข้าใจรายการที่เป็นรายรับ จึงไม่ได้บันทึกบัญชี เช่น ลูกส่งเงินมาให้พ่อแม่สำหรับใช้จ่ายทุกวันสิ้นเดือน แต่พ่อแม่ไม่ได้บันทึกบัญชีรายรับเนื่องจากเข้าใจว่าเงินที่ได้รับมานั้นไม่ได้เกิดจากการประกอบอาชีพของตนเองหรือเข้าใจผิดรายการหนี้สิ้นแต่บันทึกว่าเป็นรายรับ ทำให้ไม่ได้เก็บเงินไว้สำหรับจ่ายชำระหนี้ในอนาคต เช่น ยืมเงินจากเพื่อนบ้านมาใช้จ่ายภายในครอบครัว ถึงแม้จะได้รับเงินมาแต่รายการดังกล่าวไม่ถือว่าเป็นรายรับเนื่องจากตนเองมีภาระผูกพันที่ต้องชดใช้ในในอนาคต ซึ่งอาจต้องชดใช้เงินต้นพร้อมด้วยดอกเบี้ยจากสาเหตุ ดังกล่าวอาจทำให้ครอบครัววางแผนการใช้จ่ายเงินผิดพลาด

ส่วนข้อผิดพลาดอีกประการหนึ่ง คือ การเขียนชื่อรายการผิด การบันทึกตัวเลขผิด การบวกหรือการลบจำนวนเงินผิดอาจเกิดจากการลืมจดบันทึกรายการบัญชี หรือบันทึกรายการซ้ำๆ กันหลายรายการ ปัญหาดังกล่าวแก้ไขโดยการคำนวณจำนวนเงินกระทบยอดเงินคงเหลือในบัญชีกับยอดเงินฝากธนาคารที่ครอบครัวมีอยู่จริง หรือยอดเงินที่เก็บไว้สำหรับใช้จ่ายจริง หากพบว่ายอดเงินคงเหลือในบัญชีเท่ากับยอดเงินคงเหลือในบัญชีเงินฝากธนาคาร แสดงว่าการจัดทำบัญชีถูกต้อง แต่หากกระทบยอดแล้วยอดเงินทั้งสองไม่เท่ากันอาจเกิดจากการบันทึกบัญชีผิดพลาด หรือเงินสดของครอบครัวสูญหาย

สรุปได้ว่าการทำบัญชีครัวเรือนเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นมากสำหรับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน เพราะเป็นแหล่งข้อมูลสารสนเทศที่จะนำมาวิเคราะห์สถานะทางการเงินของแต่ละบุคคลเพื่อใช้ในการวางแผนการเงิน ดังนั้นการทำบัญชีครัวเรือนต้องบันทึกรายการทางบัญชีให้ครบถ้วนและถูกต้องซึ่งจะทำให้ผู้ทำบัญชีสามารถนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการทำบัญชี

อันประกอบไปด้วย รายรับ รายจ่าย สินทรัพย์ หนี้สิน และส่วนของเจ้าของ มาใช้ในการวางแผนการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

แนวทางในการนำข้อมูลสารสนเทศจากการทำบัญชีครัวเรือนมาใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคล

การทำบัญชีครัวเรือนเป็นการจดบันทึกรายรับรายจ่ายประจำวันของครัวเรือน ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลสารสนเทศทางการเงินของบุคคลที่เป็นประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคล ทำให้เกิดการออม การใช้จ่ายเงินอย่างประหยัดคุ้มค่า รวมทั้งสามารถนำเงินไปลงทุนเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต โดยสามารถกำหนดแนวทางการนำข้อมูลสารสนเทศจากการทำบัญชีครัวเรือนมาใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคลโดยสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (Joehnk and Gitman, 2008)

1. การวางแผนเกี่ยวกับเงินสดและสินทรัพย์ที่มีสภาพคล่อง

สินทรัพย์ที่มีสภาพคล่อง คือ สินทรัพย์ในรูปของเงินสด และสินทรัพย์อื่นที่ไม่ใช่เงินสดแต่มีสภาพใกล้เคียงเงินสดซึ่งสามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ง่ายโดยไม่ลดมูลค่าหรืออาจลดมูลค่าในปริมาณน้อย ซึ่งสินทรัพย์เหล่านี้จะได้ข้อมูลจากการทำบัญชีครัวเรือนแล้วนำมาสรุปเป็นงบแสดงฐานะการเงินส่วนบุคคล ซึ่งเราจะพิจารณารายการเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ได้แก่ เงินฝากกระแสรายวัน เงินฝากออมทรัพย์ ตลอดจนเงินลงทุนระยะสั้นอื่นๆ โดยบุคคลจำเป็นต้องมีสินทรัพย์สภาพคล่องให้เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเงินขาดมือ ดังนั้นทุกครัวเรือนต้องมีเงินสดสำรองไว้จำนวนหนึ่ง โดยเงินสดสำรองจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใด ถ้าถือไว้ในมือ ดังนั้นจึงควรบริหารเงินสดสำรองให้เพิ่มมูลค่าขึ้น โดยนำไปฝากธนาคาร หรือซื้อตราสารระยะสั้นต่างๆ ที่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ง่ายเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินกะทันหัน

2. การวางแผนเกี่ยวกับเครดิตส่วนบุคคล

เครดิต คือ สินเชื่อประเภทหนึ่งซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นสินเชื่อระยะสั้นที่ผู้ขายหรือสถาบันการเงินได้ให้กับผู้บริโภค เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลมีเงินจำนวนหนึ่งไปใช้จ่ายตามความจำเป็นหรือซื้อสินค้าและบริการตามความต้องการได้มากกว่าจำนวนเงินซึ่งบุคคลมีอยู่ในขณะนั้น โดยคนทั่วไปมักคิดว่าการใช้เครดิตจะมีประโยชน์ขณะเมื่อบุคคลมีปัญหาเงินขาดมือเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้วการใช้เครดิตยังเป็นการช่วยเสริมสร้างความคล่องตัวทางการเงินของบุคคล นอกจากนี้การใช้เครดิตที่ปราศจากการไตร่ตรองที่ดี จะทำให้เกิดปัญหาการใช้เงินเกินตัว เกิดภาวะเงินเฟ้อ รวมถึงต้นทุนการใช้เครดิตที่สิ่งซื้อสินค้าด้วย บุคคลสามารถพิจารณาข้อมูลค่าใช้จ่ายได้จากการบันทึกบัญชีครัวเรือน แล้วนำมาวิเคราะห์ว่าค่าใช้จ่ายใดสามารถใช้เครดิตส่วนบุคคลเพื่อลดภาระในการซื้อสินค้าและบริการ ซึ่งไม่คิดอัตราดอกเบี้ยหรืออัตราดอกเบี้ยศูนย์เปอร์เซ็นต์ และต้องมีวินัยในการผ่อนชำระหนี้ให้ครบถ้วนตามจำนวนที่ต้องผ่อนชำระ รวมทั้งชำระหนี้ให้ตรงเวลา เพื่อไม่ก่อให้เกิดหนี้สินจากดอกเบี้ยที่ชำระค่าสินค้าล่าช้า ซึ่งคิดในอัตราที่สูงมาก

3. การวางแผนเกี่ยวกับการประกันชีวิตและสุขภาพ

การประกันชีวิต เกิดจากแนวความคิดที่ว่าชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งมีค่า แต่ขณะเดียวกันอันตรายจากภัยต่างๆ ย่อมมีโอกาสเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินได้ตลอดเวลา ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียแก่ตนเองและครอบครัว โดยการที่บุคคลทั้งหลายตกอยู่ภายใต้ภัยอันตรายเดียวกัน ต่างก็ร่วมกันสะสมเงินไปฝากไว้กับบริษัทประกันชีวิต ซึ่งบริษัทจะนำความสูญเสียของแต่ละคนไปเฉลี่ยให้บุคคลอื่นโดยอาศัยกฎด้วยจำนวนมาก (Law of Large Number) โดยนอกจากการคุ้มครองชีวิตแล้ว การประกันชีวิตยังให้ประโยชน์

ทางการเงิน (Financial Benefit) เช่น เป็นแหล่งเงินออม เป็นการลงทุนที่ก่อให้เกิดดอกผล รวมถึงช่วยในการลดหย่อนภาษี การประกันสุขภาพ เป็นการช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ กล่าวคือ คนส่วนใหญ่ย่อมมีโอกาสที่จะสูญเสียทรัพย์สินหรือรายได้จากความเจ็บไข้ได้ป่วยทุพพลภาพ ซึ่งมาจากหลายสาเหตุ ทั้งทางกรรมพันธุ์ การประสบอุบัติเหตุ หรือถูกทำร้ายจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและอาจต้องเสียรายได้ไปเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ อีกทั้งทรัพย์สินที่เคยหามาได้และเก็บออมไว้อาจลดน้อยลงจนหมดไป ดังนั้น บุคคลสามารถหาทางป้องกันแก้ไขทำให้ความเดือดร้อนลดลงไปได้ด้วยการทำประกันชีวิตและประกันสุขภาพ

4. การวางแผนเกี่ยวกับการลงทุนของบุคคล

การลงทุนทางการเงินของบุคคล หมายถึง การที่ผู้ลงทุนนำเงินที่มีอยู่ไปดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ และได้รับผลตอบแทนกลับคืนมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยการลงทุนสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การลงทุนในสินทรัพย์ที่มีตัวตน (Tangible Assets) และสินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตน (Intangible Assets) ซึ่งการลงทุนโดยทั่วไปมักทำผ่านกลไกของตลาดการเงิน (Financial Market) วัตถุประสงค์ของการลงทุนทางการเงิน เพื่อจะได้รับผลตอบแทนจากการลงทุน ในรูปของดอกเบี้ย (Interest) เงินปันผล (Dividend) กำไรจากการซื้อขายหุ้น (Capital Gain) และสิทธิพิเศษอื่นๆ กล่าวโดยสรุปคือ มุ่งผลตอบแทนจากการใช้ทุนในรูปของผลตอบแทนทางการเงิน (Monetary Return)

5. การวางแผนการเงินสำหรับการเกษียณ

การเกษียณเป็นภาวะที่บุคคลถอนตัวเองออกจากงานประจำที่ทำอยู่ ซึ่งโดยทั่วไปจะเริ่มมาตั้งแต่เมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 55 ปี ถึง 60 ปี หรือมากกว่า การเกษียณ เป็นการสิ้นสุดวาระของการทำงานที่เคยให้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ให้ผลประโยชน์แก่บุคคลนั้น โดยการกำหนดอายุที่จะเกษียณของบุคคลต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาชีพและระเบียบข้อบังคับของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งเป็นภาวะที่ทุกคนจะต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาทางการเงินหรือปัญหาทางจิตใจ ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณ บุคคลจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการเงินต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วย แหล่งที่มาของรายได้เมื่อเกษียณ การออมเพื่อการเกษียณ และการประมาณฐานะทางการเงินเมื่อเกษียณ

ตัวอย่างการประมาณจำนวนเงินที่ต้องการและจำนวนเงินที่ต้องสะสมหลังจากเกษียณ ในที่นี้สมมติว่าครอบครัวนายสมชายซึ่งเป็นพนักงานบริษัทและภรรยาเป็นข้าราชการ ทั้งสองมีอายุ 30 ปี และมีบุตร 2 คน อายุ 3 ขวบ และ 1 ขวบ รายได้ของทั้งสองคนรวมกันประมาณ 500,000 บาทต่อปี โดยมีค่าใช้จ่ายประมาณ 400,000 บาทต่อปี และทั้งสองจะเกษียณเมื่ออายุ 60 ปี โดยประมาณการค่าใช้จ่ายหลังเกษียณไว้ที่ 70% ของค่าใช้จ่ายปัจจุบัน ซึ่งสามารถประมาณการจำนวนเงินที่ต้องการตอนเกษียณได้ โดยมีขั้นตอนการคำนวณดังนี้([https://www.ncb.co.th/PDF/ Financial% 2065-88.pdf](https://www.ncb.co.th/PDF/Financial%2065-88.pdf))

ขั้นตอนที่ 1 การประมาณค่าใช้จ่ายต่อปี

1. ประมาณจำนวนปีที่ทำงานก่อนเกษียณ	30 ปี
2. ค่าใช้จ่ายประจำปี	400,000
3. ประมาณค่าใช้จ่ายหลังเกษียณ (400,000 x 70%)	280,000

ขั้นตอนที่ 2 การประมาณรายได้ตอนเกษียณต่อปี

4. เงินบำนาญ	120,000
5. เงินจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	100,000
6. เงินจากแหล่งอื่นๆ	50,000
7. รวมรายได้ต่อปี	270,000
8. จำนวนเงินที่ขาดและต้องหาเพิ่มต่อปี (3-7)	10,000

ขั้นตอนที่ 3 การนำอัตราเงินเฟ้อมาปรับ

9. ประมาณค่าอัตราเงินเฟ้อระยะเวลาจากปัจจุบันถึงตอนเกษียณ	3%
10. ตัวคูณ (Inflation Factor) ของอัตราเงินเฟ้อ 3% ระยะเวลา 30 ปีก่อนเกษียณ	2.42
11. จำนวนเงินที่ต้องหาเพิ่มต่อปีและปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ (8 x 10)	24,200

ขั้นตอนที่ 4 การคำนวณหาจำนวนเงินก้อนที่ต้องการเพื่อที่จะสร้างรายได้ต่อปีหลังเกษียณให้เท่ากับจำนวนเงินที่ต้องหาเพิ่ม (11)

12. ประมาณผลตอบแทนจากการลงทุนของช่วงเวลาล้างเกษียณ	5%
13. จำนวนเงินก้อนที่ต้องการขามเกษียณ (11 หาร 12)	484,000
ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณหาจำนวนเงินที่ต้องออมรายปีเพื่อที่จะได้เงินก้อน (13)	
14. ประมาณผลตอบแทนจากการลงทุนของช่วงเกษียณ	5%
15. Future Value of Annuity Factor ที่อัตราดอกเบี้ย 5% ในระยะเวลา 30 ปี	66.438
16. จำนวนเงินออมที่จะต้องเก็บสะสมไว้ในแต่ละปี (13 หาร 15)	7,285

บทสรุป

การวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลที่ดีนั้น บุคคลจะต้องมีข้อมูลทางการเงินของตนเอง และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และประเมินฐานะทางการเงิน เพื่อใช้ในการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลได้ ซึ่งเครื่องมือที่จะช่วยให้บุคคลได้ข้อมูลทางการเงินเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนการเงินส่วนบุคคลได้ก็คือการทำบัญชีครัวเรือน ซึ่งหากทุกคนมีการวางแผนทางการเงินที่ดี ทั้งการวางแผนเกี่ยวกับเงินสดและ

สินทรัพย์ที่มีสภาพคล่อง การวางแผนเกี่ยวกับเครดิตส่วนบุคคล การวางแผนเกี่ยวกับการประกันชีวิตและสุขภาพ การวางแผนเกี่ยวกับการลงทุนของบุคคล และการวางแผนการเงินสำหรับการปลดเกษียณ จะช่วยให้ช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดจากค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดฝันเพื่อสร้างความมั่นคง ความมั่งคั่ง รวมทั้งแก้ไขปัญหาหนี้สินครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของครัวเรือน

บรรณานุกรม

- กระปุกดอทคอม. (2559). ทอการคำเผย หนี้ครัวเรือนคนไทยพุ่งสูงสุดเป็นประวัติการณ์ ชำระหนี้หน่อยลง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มิถุนายน 2559, จาก <http://money.kapook.com/view128400.html>.
- คม ชัด ลึก. (2559). หนี้ครัวเรือนไทยพุ่งสวนเงินออมห่วงสินเชื่อบุคคล. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.komchadluek.net/detail/20150305/202439.html>.
- ชาญชัย ตั้งชู . สถานการณ์ทางการเงินของคน และแนวทางการแก้ไขปัญหา. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 มิถุนายน 2559, จาก www.codfa.org/private_folder/situation-money.doc.
- ธนาคารเกียรตินาคิน. (2559). การบริหารการเงินส่วนบุคคล. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.kiatnakin.co.th/knowledgedetail.php?id=17>.
- ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร. (2557). การจัดการการเงินครัวเรือนเพื่อสุขภาพการเงินชุมชน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.baac.or.th/km/wp-content/uploads/2015/01/A1-04-09-57-2.pdf>.

- นภาพร ลิขิตวงศ์ขจร. (2550). "บัญชีครัวเรือน: เครื่องมือสู่เศรษฐกิจพอเพียง". วารสารศูนย์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 15 (3) :25 -29.
- ภัทรา เรื่องสิทธิสัญญา. (2555). "บัญชีครัวเรือน เรื่อง ใกล้ตัวที่ถูกลืมมองข้าม". วารสารวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 7 (1) : 20-28.
- ภัทราจิตร แสงสว่าง และศิริรัตน์ เจนศิริศักดิ์. (2558). ความสัมฤทธิ์ผลของการบริการวิชาการกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีการทำบัญชีครัวเรือน บ้านนาเรือน้อย ตำบลนาเรือง อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 มหาวิทยาลัยมหาดไทย.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชและองค์การภาคี. (2556). สมุดบันทึกรายรับ-รายจ่ายครัวเรือน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 8 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.govesite.com/uploads/201312181854364ac0yKN/store/20131219212148fAXw97a.pdf>.
- รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ร และนิศรา จันทรเจริญสุข. (2556). "การจัดทำบัญชีครัวเรือนแบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน". วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น. 7 (1) : 23 - 36.
- วิไลฐู ตันติสุนทร. (2559). รั้วรอบด้าน การวางแผนการเงิน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มิถุนายน 2559, จาก <https://www.ncb.co.th/PDF/Financial%2065-88.pdf>.
- ศุภโชคทิพย์ แก้วทอง และสมบุญรณ์ เจริญจิระตระกูล. (2551). การประเมินผลการจัดบันทึกบัญชีครัวเรือนเพื่อลดปัญหาหนี้สินของเกษตรกรในเขตตำบลยุโป อำเภอมือง จังหวัดยะลา. หลักสูตรปริญญาโท สาขาการจัดการธุรกิจเกษตร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันพัฒนาความรู้ตลาดทุน ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (2552). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ การวางแผนทางการเงิน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2559, จาก http://www.set.or.th/yfs/main/download/YFS2016_YFSCamp_Reading_FinancialPlanning.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). หนี้สินครัวเรือน : ผลกระทบระดับประเทศ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 มิถุนายน 2559, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_58.jsp.
- Lawrence J. Gitman and Michael D. Joehnk. (2008). *Personal Financial Planning*. 13th edition. USA. : Nelson Education Ltd.



การสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นญาติ

Supportive Care Needs of Family Caregiver

ดร.ศากุล ช่างไม้ *

บทคัดย่อ

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ การให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจัดเป็นการดูแลแบบหนึ่ง ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิต รวมทั้งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งในบทความนี้เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" พบว่า 1) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา 3) การดูแลผู้ป่วยและคุณภาพ

ชีวิตของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงแปรผกผัน และ 4) ความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ

ดังนั้น การสนับสนุนความต้องการเกี่ยวกับการดูแล ในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยจึงควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการปฏิบัติพยาบาล ต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา อาทิ ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่าเป็นการ "ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วย" ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว" (Living care) แทนที่การเป็น "ผู้ให้การดูแล" (Giving care) โดยไม่ได้อยู่อย่างการใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัว

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

Abstract

Caring is a process that promotes individuals to live in a normal society. Giving attention and care to those who need to rely on others are caring. Caregivers provide care and support in what is essential and beneficial for others. They are individuals who help those unable persons to fully help themselves and being in a state of dependency. Key issues related to the care provided by caregivers who are family members or in this article called "family caregivers" are as follows: 1) the majority of family caregivers are women in middle age and becoming into old age; 2) stress and coping of caregivers is crucially involving patient care or

dependent care, 3) the burden of caring for patients and quality of life of family caregivers are related inversely to each other; and 4) caregivers' needs are important. Therefore, supportive care needs framework in caring for caregivers of chronically ill patients should contain in physical needs, emotional needs, informational needs, psychosocial needs, spiritual needs, and practical needs. Nurses must give priority to the needs of family caregivers of patients who rely on them such as the elderly in order that those caregivers will have taken their own lives along with patient care, also known as "Living (with) care" instead of only "Giving care". .

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นเรื่องของการให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น กิจกรรมที่เรียกว่าเป็นการดูแลอาจเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนหรือกระทำโดยตรงให้กับผู้ที่ต้องพึ่งพานั้น เช่น ความสนใจ เอาใจใส่ (Attention) การสนับสนุนระดับประคอง (Supportive) การให้ข้อมูล (Information) หรือ การสอน (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilities) ในวิชาชีพการพยาบาล โอเร็ม เทเลอร์ และเรเนเพนนิ่ง (Orem, Taylor, and Renpenning, 2001) อธิบายว่า ผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care agent) คือ ผู้ที่มีวุฒิภาวะซึ่งยอมรับบทบาทและมีความรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care) โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่

ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะจัดการให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกซึ่งเจ็บป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกที่ป่วยนั้นได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของการดูแล

เมื่อวิเคราะห์แนวคิดของการดูแลพบว่า การดูแลที่เกิดขึ้นได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดอื่นๆ เช่น แรงจูงใจในการช่วยเหลือ ทั้งนี้อาจเป็นแรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองคือได้รับค่าจ้างตอบแทน หรืออาจเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจและความสงสารที่มีต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพา เพราะเป็นคนในครอบครัวเดียวกันหรือมีบุญคุณต่อกัน นอกจากนี้การดูแลอาจเกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและ

สังคม โดยอธิบายว่าการดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมของสังคมและบุคคลในสังคม เป็นเรื่องของประสบการณ์ที่เคยได้รับมาในอดีต และกลายมาเป็นลักษณะประจำของคนในครอบครัว ในสังคมและของมนุษยชาติ การดูแลยังแสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ทำให้การดูแลกับบุคคลที่ได้รับการดูแล เป็นการแสดงความสนใจ ห่วงใย เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก ปัจจุบันแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่สำคัญคือ การดูแลที่เป็น การปฏิบัติเพื่อการรักษาพยาบาล ที่ปรากฏในกลุ่ม บุคคลากรสุขภาพ โดยต้องอาศัยองค์ความรู้ในศาสตร์ สาขาของตน รวมทั้งการพัฒนาทักษะที่ใช้ในการให้การดูแล จึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลเป็นลักษณะ พื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญ เกี่ยวข้องกับศีลธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติต่อกัน ทั้งในครอบครัวและในสังคม มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาอาศัยกัน ยอดเพชร, 2547)

ผู้ดูแล (Caregiver) จึงหมายถึงผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่จำเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545) เมื่อพิจารณาให้ลึกซึ้งในมิติด้านสุขภาพ ผู้ดูแลคือบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่และอยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือพิการและต้องการความช่วยเหลือ โดยมีส่วนในการช่วยส่งเสริมความอยู่รอด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลนั้น ผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2014) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ยังได้ให้คำจำกัดความของคำว่า ผู้ดูแล (Caregiver) ว่าเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งให้ผ่านพ้นความเจ็บป่วยได้

ชนิดของผู้ดูแลและกิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการดูแล

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** เป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบประจำและต่อเนื่อง ให้การดูแลผู้ที่ได้รับการดูแลโดยตรงและใช้เวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่น โดยมีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ช่วยแต่งตัว ทำความสะอาดแผล ให้อาหาร เตรียมยา และรวมทั้งการตอบสนองด้านจิตใจ เช่น การเผชิญกับความเศร้า ความรู้สึกเสียใจ โกรธ หมดพลงใจ และการได้อยู่เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้เผชิญกับสิ่งต่างๆดังกล่าวได้ (Horowitz, 1985; National Cancer Institute, 2014)

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หรืออาจเรียกว่าผู้ดูแลเสริมหรือผู้ช่วยดูแล เป็นผู้ที่มีความรู้ที่เกี่ยวข้องในบางส่วนของดูแล ให้การดูแลในลักษณะผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มักทำหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอื่นที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางไปรับการรักษาอาจปฏิบัติกิจกรรมบางส่วนเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (Horowitz, 1985; โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์, 2557) ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการทางสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ที่ต้องการการพึ่งพา เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้ดูแลหลักพึงมีคุณลักษณะดังนี้

1. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ที่ต้องพึ่งพา รวมทั้งภาวะของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่และผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค เพื่อสามารถเตรียมพร้อมให้การดูแลและเผชิญกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้
2. มีความเข้าใจแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. มีความไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยที่ผิดไปจากภาวะปกติและสามารถให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมได้ทันท่วงที

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

4. รู้ข้อจำกัดของตัวเองและรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ที่พึงมีและสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม

5. มีความเข้าใจและอดทนต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่ต้องพึ่งพาหรือผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและพร้อมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออก

6. มีความสามารถบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัว โดยแบ่งเวลา ที่เป็นส่วนตัวของตนเองและครอบครัว (Vacation time) หากมีปัญหสุขภาพต้องดูแลตนเองได้และถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยและแหล่งข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล พบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลโดยญาติผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการช่วยเหลือทั้งผู้ที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยและตัวญาติผู้ดูแลเองดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วย (Gorji, Bouzar, Haghshenas, Kasaeeyan, Sadeghi, & Ardebil, 2012; Wong, Lam, Chan & Chan, 2012; Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam & Monkong, 2013) หรือเป็นบุตรและพี่น้องของ ผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้หญิง ซึ่งมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดำรงบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง หรือประเด็นความแตกต่างระหว่างการเป็นผู้ดูแลเพศหญิงกับเพศชายเช่น

1.1 การทำหน้าที่ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในขณะที่ยังทำงานประจำของตนเองจึงมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายได้

1.2 การลดงานประจำของตนเองหรือลาออกจากงานเพื่อมารับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก จึงอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินในระยะยาว

1.3 ความสนใจและห่วงใยตนเองมีน้อยกว่า ความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากคิดว่าเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบหลักของตน

1.4 การยอมรับให้เพศชายทำบทบาทของผู้ดูแลได้ ซึ่งการศึกษาในระยะต่อมาพบจำนวนผู้ดูแลที่เป็นเพศชายมากขึ้น (รสศุคนธ์ เจืออุบลรัตน์, 2553; อรอนงค์ ภูถนรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2555; โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี และเอกชัย กันธะวงศ์, 2554)

2. ส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม พรรณวดี พุทธิวัฒนะ และสมฤดี ลิทธิมงคล, 2542; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) เมื่อพิจารณาประเด็นนี้ร่วมกับประเด็นที่ 1 จึงพบได้ว่าการเป็นผู้ดูแลเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เป็นวัยเปราะบางที่เผชิญกับภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) เป็นวัยทองที่มีความผิดปกติของสุขภาพตนเองอยู่แล้ว จึงเท่ากับว่าประเด็นสุขภาพก็เป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ดูแลกลุ่มนี้

3. ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา ประเด็นนี้หมายถึงความเครียด ของผู้ดูแลส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพาทั้งสิ้น จากการศึกษาของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม พรรณวดี พุทธิวัฒนะ และสมฤดี ลิทธิมงคล (2542) ที่ศึกษา ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมการดูแลกับเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากิจกรรมเด่นๆที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมากและทำให้เกิดความเครียดมากได้แก่

3.1 การจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้สูงอายุ

3.2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ

3.3 การให้กำลังใจ ปลอดภัยและอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ และ

3.4 การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ

ส่วนการเผชิญความเครียดนั้นส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลใช้ทั้งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด ความสำคัญของประเด็นนี้จึงอยู่ที่ว่าควรมีรูปแบบการเผชิญความเครียดแบบใดที่จะช่วยลดหรือผ่อนเบาความเครียดของญาติผู้ดูแล เพราะจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงที่ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยมีการมีอาการของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้หญิงที่ไม่ต้องทำบทบาทของผู้ดูแล (Cannuscio, Jones, Kawachi, Colditz, Berkman, & Rimm, 2002) ดังนั้น การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลเสริมหรือผู้ช่วยดูแล ร่วมกับการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม อาจเป็นทางออกหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหานี้ได้

4. ภาระการดูแลผู้ป่วยหรือความอ่อนล้าในการดูแลผู้ป่วย (Burden) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกัน จากงานของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ได้แบ่งความเป็นภาระของผู้ดูแล ออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ความเป็นภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ 2) ความเป็นภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความอับอาย ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง

นอกจากนี้ยังมีรายงานการพัฒนาแบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในประเทศไทย โดย ทัศนิตา ตูษะณี ทูลศิริ, ธีรณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) ซึ่งคณะผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดภาระการดูแล (Burden) ของซาริต ทอดด์และซาริต (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) และทำการแปลโดยผู้วิจัย

นำมาจากแบบวัดภาระการดูแล (Burden) ของซาริต ทอดด์และซาริต (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) และทำการแปลโดยผู้วิจัย จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) ได้แบบวัดภาระการดูแลที่แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) จำนวน 9 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกผิด (Guilt) จำนวน 5 ข้อ และ องค์ประกอบที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) จำนวน 4 ข้อ การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กุลประภัสสร คังคะประดิษฐ์ ศากุล ช่างไม้ และ สมพันธ์ ธิญชรีระนันท์, 2557) พบว่าภาระการดูแลด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิด และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ล้วนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งสิ้น ($r = 0.45, 0.43, 0.34,$ และ 0.28 ตามลำดับ $p < 0.01$) และภาระการดูแลทั้งสี่ด้านสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 23.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตนี้ พยาบาลจึงควรมีการประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพาหรือเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอและลงบันทึกไว้เพื่อการช่วยเหลือ พร้อมกับการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ทั้งนี้การออกแบบระบบการพยาบาลร่วมกับการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนที่สำคัญเพื่อช่วยจัดการกับภาระการดูแล นับเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ

5. ความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่อาจมองข้าม จากการรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่างๆ ของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการโดยทั่วไปหลากหลายได้แก่ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วย 2) ความต้องการด้านเวลา

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

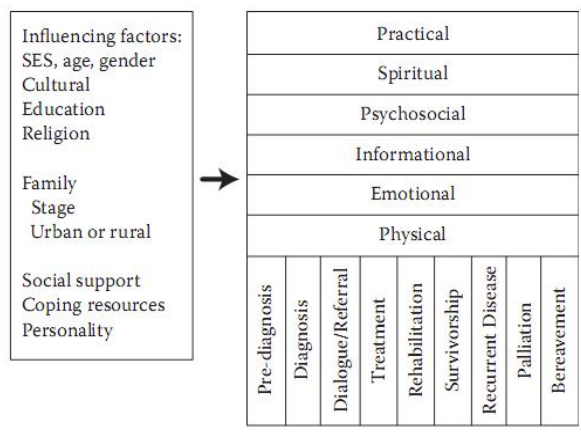
ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

- 3) ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย
- 4) ความต้องการรายได้เพื่อเป็นหลักในการยังชีพ
- 5) การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัว และ 6) สุขภาพที่ดี ความต้องการของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่ต้องพึ่งพานั้น ผู้เขียนได้นำเสนอในลักษณะของการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลในลำดับต่อไป

การสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาของแม็กไอแซค, แฮริสัน และ ก๊อดฟรีย์ (Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010) เกี่ยวกับการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแล (Supportive Care Needs) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง พบว่ามีการประยุกต์รูปแบบของการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Margaret Fitch, 1994 (อ้างใน Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010; Fitch, 2008) ในแต่ละด้านมาเป็นกรอบในการสรุปข้อค้นพบจากการวิจัย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้าน

การปฏิบัติการดูแล ให้ครบในช่วงของการเจ็บป่วย ทั้งระยะก่อนการวินิจฉัยโรค (Pre-diagnosis) เมื่อวินิจฉัยโรคแล้ว (Diagnosis) การส่งต่อเพื่อรักษา (Referral) การรักษา (Treatment) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) การรอดชีวิต (Survivorship) ภาวะกลับเป็นซ้ำ (Recurrent disease) การประคับประคองในระยะท้าย (Palliation) และการดูแลเมื่อผู้ป่วยจากไป (Bereavement) (ดังแผนภาพที่ 1) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่อการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวอธิบายได้ว่าการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยตามความต้องการในแต่ละด้านได้นั้นมีพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องมาก่อน (Antecedence) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและฐานะอายุ วัฒนธรรม การศึกษาและศาสนา 2) ครอบครัวยุคการเป็นโรค และถิ่นที่อาศัย 3) การสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละประเด็นร่วมกับความต้องการแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (Macisaac, Harrison, & Godfrey,2010)



แผนภาพที่ 1 รูปแบบของการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประยุกต์จาก Supportive care needs framework (Fitch, 1994 อ้างใน Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010); Fitch, 2008)

1. ด้านร่างกาย (Physical needs) พบว่า

ญาติผู้ดูแลที่เริ่มทำบทบาทการดูแล ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนล้าและหมดแรง และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูพลังในการดูแลที่เพียงพอ จะทำให้อาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีการกำเริบได้ (Fatigue & Exhaustion) (Coombs, 2007; Mak, Mackenzie, & Lui 2007; Chow, Wong, & Poon, 2007; Mackenzie, Perry, Lockhart, Cottee, Cloud, & Mann, 2007) ดังนั้นพยาบาลต้องทำการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลในระยะที่เพิ่งเริ่มทำบทบาทการดูแลผู้ป่วย ในปัญหาเหล่านี้ด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น การผ่อนคลายและหาผู้ดูแลหรือผู้ช่วยผู้ดูแล เพื่อผ่อนเบาภาระในช่วงเริ่มต้น ให้สามารถปรับตัวและผ่านพ้นปัญหาไปได้

2. ด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็น

ความต้องการที่มักพบเป็นลำดับที่สองรองจากร่างกายโดยเฉพาะในช่วงของการฟื้นหายของผู้ป่วย (Recovery) ที่ยังไม่รู้ (Unknown) ว่าจะดีขึ้นหรือไม่ อย่างไรซึ่งมักพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและมีความเครียดได้ (Chow, Wong, & Poon, 2007; Smith, Forster, & Young, 2004; O'Connell, Baker, & Prosser, 2003; Kerr & Smith, 2001) และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci, & Giger, 2004) ดังนั้นการช่วยเหลือที่พยาบาลสามารถทำได้ในด้านนี้ คือ การสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลให้ได้ ทั้งการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด และคอยประเมินความเครียดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ การให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลก็มีความสำคัญเพราะหากมีภาวะโกรธ เครียดและเศร้าเกินสองสัปดาห์จะเป็นสัญญาณเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าได้ (National Cancer Institute, 2014) บางครั้งการได้พูดคุยกับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันก็สามารถช่วยบรรเทาความเครียดและความรู้สึกด้านลบต่างๆได้ด้วย

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระบบการดูแล รวมทั้งวิธีการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำบทบาทของผู้ดูแลได้โดยมีความเครียดน้อยลง รายงานการวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนให้เห็นว่าผู้ดูแลในระยะเริ่มต้นการดูแลมีความต้องการข้อมูลมากและมีความไม่พึงพอใจหากข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอ ไม่มีคุณภาพ หรือช่องทางการสื่อสารข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ (Garrett & Cowdell, 2005; White, Korner-Bitensky, Rodrigue, Rosmus, Sourial, Lambert, & Wood-Dauphinee 2007; Changmai, Hinjiranan, Pengkaew, Thanakumma, Weerasathian, 2013) ข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการดูแลที่ดีคือข้อมูลที่เขียนไว้อย่างชัดเจนและบุคลากรในทีมสุขภาพได้มาชี้แจงด้วยการพูดคุยและอธิบาย (Garrett & Cowdell, 2005) ดังนั้นการช่วยเหลือและดูแลให้ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพออย่างเหมาะสมกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญจากรายงานวิจัยของ ศากุล ช่างไม้ และคณะ (Changmai, Hinjiranan, Pengkaew, Thanakumma, & Weerasathian, 2013) แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลต้องมีการบอกเล่า อธิบายและมีเอกสารที่สามารถเก็บไว้เรียนรู้ได้ตลอด

4. ด้านจิตสังคม (Psychosocial needs)

จากการที่ญาติผู้ดูแลยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความกังวลและความกลัว โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นความท้าทายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Grant, Elliot, Giger & Bartolucci, 2001; Ski & O'Connell, 2007; Changmai, Hinjiranan, Pengkaew,

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

Thanakumma, & Weerasathian, 2013) รวมทั้งสภาพสังคมที่กำลังเผชิญกับการเจ็บป่วยที่มีผลต่อสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกไม่แน่นอนจะยังคงอยู่หากได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วย (O'Connell, Baker, & Prosser, 2003) ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เป็นการสื่อสารสองทางมีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างญาติผู้ดูแลและพยาบาลจึงมีความสำคัญมาก

5. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยพยาบาลที่มีความเข้าใจภูมิหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจิราพร เพิ่มเยาว์ (2547) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการสมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวัน พลังในการประคับประคองชีวิต แสวงหาลี้ภัยเหนี่ยวในชีวิต ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมและความผาสุกในชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจภูมิหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของญาติผู้ดูแล อาจเป็นพิธีกรรมทางศาสนาหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้ดำเนินชีวิตตามเป้าหมายหรือความหมายในชีวิตตามที่ต้องการ รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในครอบครัวจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลได้

6. ด้านการปฏิบัติ (Practical needs)

ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติดูแลที่มีการรายงานไว้คือ เรื่องการจัดการด้านการเงินเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพต่างๆ (Chow, Wong, & Poon, 2007; Coombs, 2007; Mak, Mackenzie, & Lui 2007; Mackenzie, Perry, Lockhart, Cottee, Cloud, & Mann, 2007)

นอกจากนั้นการศึกษาของ ศากุล ช่างไม้ และคณะ (Changmai, Hinjiran, Pengkaew, Thanakumma, & Weerasathian, 2013) ยังพบว่าในช่วงของการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการเตรียมหรือปรับสิ่งแวดล้อมและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆเพื่อช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูสุขภาพดำเนินไปได้ผลดีด้วย และจากการวิจัยของคัมบี (Coombs, 2007) ยังพบด้วยว่าความต้องการด้านนี้ขึ้นอยู่กับบทบาทและความรับผิดชอบเดิมของผู้ดูแลในครอบครัวที่ยังต้องกระทำอยู่ แม้จะต้องดูแลผู้ป่วยในขณะนี้ก็ตาม เช่น ยังต้องดูแลความสะอาดในบ้าน หรือจัดการเรื่องการเงินด้วย ดังนั้นการดูแลความต้องการด้านนี้ของผู้ดูแลพยาบาลจำเป็นต้องประเมินให้ได้ว่าญาติผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในเรื่องใดบ้าง ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการดูแลเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยโดยตรง และส่งเสริมแหล่งทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสรรหรือเตรียมพาหนะสำหรับพาผู้ป่วยและญาติจำนวนหนึ่งมาพบแพทย์พร้อมกัน และเก็บเงินค่าใช้จ่ายกึ่งหนึ่งโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ประชาชนในเรื่องนี้ด้วย

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในประเทศไทย โดย พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (Jullamate, Azeredo, Paul, & Subgranon, 2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยจากการวิจัยพบว่าความต้องการหลักของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือ (Assistance) เพื่อจัดการความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย เช่น การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความคิด ความจำและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป 2) ข้อมูล (Information) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลที่เหมาะสม

เหมาะสม เพราะผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองยังได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือเป็นข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้อง ข้อมูลที่ต้องการได้แก่ การป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำอีก ผลที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ปัญหาการดูแล กลวิธีที่ช่วยในการมีกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการบริการที่สามารถเข้าถึงได้จากชุมชน และ 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือด้านการเงิน ทั้งนี้การสนับสนุน ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับจากคนในครอบครัวและชุมชน

อยู่แล้วจากข้อมูลดังกล่าวทั้งหมด พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความต้องการของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพา เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่าเป็นการ "ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว" (Living Care) โดยได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัว แทนที่ต้องเป็น "ผู้ให้การดูแล" (Giving Care) เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

บรรณานุกรม

- กุลประภัสสร คังคะประดิษฐ์ ศากุล ช่างไม้ และสมพันธ์ ธิญชีระนันท์. (2557). อิทธิพลของภาระหนักในการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติและนำเสนอผลงานวิจัย "วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน" จัดโดยศูนย์วิจัย ร่วมกับบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2557.
- จิราพร เพิ่มเยาว์. (2547). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนัญชิตาอุษฎี พูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). "การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง". *การพยาบาลและการศึกษา*. 4(1) : 62-75.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). "การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย". *รวมาริบัติพยาบาลสาร*. 9(2) : 156-165.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม พรธวัฒน์ พุฒวัฒน์ และสมฤดี สิทธิมงคล. (2542). "ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ". *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 3(3): 251-268.
- รสศุคนธ์ เจืออุปถัมภ์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

- โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์. (2554). "ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน". *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*. 12(2): 50-59. สืบค้นจาก http://journal.psu.ac.th/ebook/v12n02_4.pdf เมื่อ 12 มกราคม 2559.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2545). ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เฟลินพิศ ฐานิวฒนานนท์, และ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). "ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง". *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 4(1) : 14-27.
- Cannuscio, C.C., Jones, C., Kawachi, I., Colditz, G.A., Berkman, L. & Rimm, E. (2002). "Reverberations of family illness: A longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the nurses' health study". *American Journal of Public Health*. 92(8): 1311. [online]. Retrieved January 23 , 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447235/pdf/0921305.pdf> .
- Changmai, S., Hinjiran, S., Pengkaew, R., Thanakumma, O., & Weerasathian, I. (2013). "Caring Phase for Stroke Patients Provided by Family Caregivers". *International journal of nursing and health science*. 1(1): 29-43.
- Chow, S.K.Y., Wong, F.K.Y., & Poon, C.Y.F. (2007). "Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors". *Journal of Nursing and Health Care and Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16(7b): 133-143, doi: 10.1111/j .1365-2702.2006.01711.X.
- Coombs, U.E. (2007). "Spousal caregiving for stroke survivors". *Journal of Neuroscience Nursing*. 39(2): 112-119.
- Fitch, M.I. (2008). "Supportive care framework". [online]. Retrieved January 12, 2013, from *Canadian Oncology Nursing Journal*. doi:10.5737/1181912X181614.
- Garrett, D., & Cowdell, F. (2005). "Information needs of patients and carers following stroke". *Nursing Older People*. 17(6) : 14-16.

- Gorji, M.A.H., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeeyan, A.A., Sadeghi, M.R., & Ardebil, M.D. (2012). "Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer". *BMC Research Notes*, 5:310. [online]. Retrieved January 12, 2016, from www.biomedcentral.com/1756-0500/5/310.
- Grant, J.S., Elliot, T.R., Giger, J.N. & Bartolucci, A.A. (2001). "Social problem solving telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke". *International Journal of Rehabilitation Research*. 24(3): 181-189. .
- Grant, J.S., Weaver, M., Elliott, T.R., Bartolucci, A.R., & Giger, J.N. (2004). " Sociodemographic, physical and psychosocial factors associated with depressive behaviour in family caregivers of stroke survivors in the acute care phase". *Brain Injury*.18(8) : 797-809. .
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In Lawton, M.P. & Maddox, G. L. (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5: 194-246. New York: Springer.29(2) : 111-121.
- Jullamate, P., Azeredo, Z., Paul, C. & Subgranon, R. (2006). "Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need". [online]. Retrieved March 28, 2012, from *Cerebrovascular Diseases*, 21: 128-133. doi: 10.1159/000090211.
- Kerr, S.M., & Smith, L.N. (2001). "Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving". *Clinical Rehabilitation*. 15(4): 428-436.
- Macisaac, L., Harrison, M.B., & Godfrey, C. (2010). "Supportive care needs of caregivers of individuals following stroke: A synopsis of research". *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 32(1): 39-46.
- Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G. & Mann, H. (2007). "Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring". *Disability & Rehabilitation*. 29(2) : 111-121.
- Mak, A.K.M., Mackenzie, A., & Lui, M.H.L. (2007). "Changing needs of Chinese family caregivers of stroke Survivors". *Journal of Clinical Nursing*. 16(5): 971-979.
- Meecharoen, W., Northhouse, L., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2013) "Family caregivers for cancer patients in Thailand: An integrative review". *SAGE Open*, 3,1-10. Retrieved January 12, 2016 , from <http://sgo.sagepub.com/content/3/3/2158244013500280.full.pdf+html>.

- Montgomery, R., Gonyea, J., & Hooyman, N. (1985). "Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden". *Family Relations*, 34(1), 19–26. doi:1. Retrieved January 12, 2016, from <http://www.jstor.org/stable/583753> doi:1
- National Cancer Institute. (2014). *Caring for the caregiver*. NIH Publication No. 14-6219, September 2014.
- O'Connell, B., Baker, L., & Prosser, A. (2003). "The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings". *Journal of Neuroscience Nursing*. 35(1): 21–28.
- Orem, D.E., Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6th edition, St. Louis: Mosby, Inc.
- Ski, C., & O'Connell, B. (2007). "Stroke: The increasing complexity of carer needs". *Journal of Neuroscience Nursing*. 39(3) : 172–179.
- Smith, J., Forster, A., & Young, J. (2004). "A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke". *Clinical Rehabilitation*. 18(7) : 726–736.
- White, C. L., Korner-Bitensky, N., Rodrigue, N., Rosmus, C., Sourial, R., Lambert, S., & Wood-Dauphinee, S. (2007). "Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: the family Experience". *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 29(2): 5–12.
- Wong, D.F.K., Lam, A.Y.K., Chan, S.K. & Chan, S.F. (2012). "Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services". *Health and Quality of Life Outcomes*. 10(15): 1–9. [online]. Retrieved January 10, 2016 from www.hqlo.com/content/10/1/15 .
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.H. (1986). "Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study". *Gerontologist*. (26) : 260–266.



ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย

Servant Leadership of Head Nurses and the Patient Unit Effectiveness

ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา*

ดร.ปราณี มีหาญพงษ์**

บทคัดย่อ

แนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพฤติกรรมที่เน้นด้านคุณธรรม การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาให้เพื่อนร่วมงานมีความเจริญงอกงาม ซึ่งทำให้ทุกคนในทีมมีศักยภาพและจะทำให้องค์กรมีประสิทธิผล

กลุ่มการพยาบาลเป็นองค์กรหนึ่งในโรงพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการบริการสุขภาพ และเป็นองค์กรที่มีบุคลากรจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 70 ของบุคลากรสุขภาพทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 90 ของการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นบริการที่จัดให้โดยพยาบาลหรือมีพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม

กลุ่มการพยาบาลประกอบด้วย หอผู้ป่วยต่างๆ ที่ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญยิ่งที่จะส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดีของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลในที่สุด เนื่องจากผลผลิตของโรงพยาบาลร้อยละ 50 เป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในระดับหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นมีหน้าที่บริหารจัดการให้หอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับหอผู้ป่วย เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการทำงานเป็นทีม การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และมุ่งพัฒนาพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยให้มีศักยภาพ ซึ่งจะทำให้หอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพ

*อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The concept of servant leadership is based on teamwork, living together as a community, decision-making participation, moral behavior, caring and commitment to the growth of people. These concepts build potentiality of everyone in a team and lead to organizational effectiveness.

Nursing organization is one of the hospital organization that is a part of the health care system. The nursing organization is the largest organization which consists of the numbers of nursing personnel in the hospital up to 70 percent of all health personnel. It also found that 90 percent of hospital services provided by nurses or

nurses are involved. A nursing organization consists of patient units which provide direct nursing care to patient and their family which affect the effectiveness of nursing organization which in turn influences on hospital performance. Because 50 percent of hospital productivity is caused by productivity of patient units. A head nurse is a manager who manages the unit by bringing policy on to practice in the patient unit encouraging teamwork, stewardship, and developing every nurse to their full potential which will influence on the patient unit effectiveness and provide patients with quality service.

บทนำ

ในปัจจุบันแนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Servant leadership) ได้รับความนิยมและมีการแพร่หลาย ทั้งในองค์กรการศึกษา องค์กรสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องด้วยแนวคิดดังกล่าวไม่ใช่เรื่องของการให้บริการหรือรับใช้ผู้อื่นเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของหลักการการทำงานเป็นทีม การเอาใจใส่ดูแลเพื่อนร่วมงาน การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การสนใจต่อความก้าวหน้า และการเติบโตของเพื่อนร่วมงาน เพื่อการเป้าหมายการเจริญเติบโตขององค์กร Ahmed (2014) พบว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = .59, p = 0.01$) และ McCann et al. (2014) ทำวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะผู้นำใฝ่บริการความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนพบว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ประจำการและผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ด้วยเหตุนี้หลักการของภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นคำตอบที่เหมาะสมสำหรับสภาพการณ์การแข่งขันที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพฤติกรรมที่ประกอบด้วยคุณธรรม การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาให้เพื่อนร่วมงานเจริญงอกงามซึ่งสามารถช่วยให้องค์กรพัฒนาคุณภาพได้ (Spears, 2004) ที่สำคัญคือภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นตัวอย่างที่ดีในการเสริมพลังอำนาจแก่เพื่อนร่วมงาน ซึ่งถือว่าเป็นหลักการสำคัญสำหรับภาวะผู้นำใฝ่บริการ และหลักการดังกล่าวตั้งอยู่บนหลักความเป็นจริงที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ (Covey, 2001)

ความหมายของภาวะผู้นำ

นักวิจัยและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของภาวะผู้นำ หมายถึง กระบวนการ หรือ พฤติกรรม หรือ ความสามารถ หรือ คุณลักษณะที่บุคคลกระทำกับบุคคลอื่นปฏิบัติตามตนเอง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรกำหนด อาทิ Swansburg, R.C. and Swansburg, R.J. (2002) และ Schermerhorn (2008) ให้ความหมายว่า ภาวะผู้นำเป็นกระบวนการของการนำ รวมทั้งการใช้อิทธิพลแต่ไม่มีลักษณะบังคับแต่เป็นการดลบันดาลใจ (Inspire) และโน้มน้าวให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตามความต้องการของผู้นำและให้ความร่วมมือเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายขององค์กรรวมทั้งเป็นกระบวนการที่ผู้นำสร้างเข้าใจแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้เห็นทิศทางจุดมุ่งหมายขององค์กรอย่างชัดเจนภายใต้ภาวะการเปลี่ยนแปลง (Hill and McShane, 2008; Kinicki and Kreitner, 2008)

Yukl (2012) DuBrin (2015) และ สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์ (2552) ให้ความหมายภาวะผู้นำ เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถจูงใจ ชักจูง หรือโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ความร่วมมือ โดยใช้กระบวนการของกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการเห็นพ้องต้องกันด้วยความเต็มใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร สอดคล้องกับ เนตรชนก ศรีทุมมา และคณะ (2558) ให้ความจำกัดความภาวะผู้นำทางการพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้บริหารการพยาบาลที่มีบทบาทในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย การสร้างและคงไว้ซึ่งการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาบุคลากรของแต่ละบุคคลให้มีประสิทธิภาพ นักวิชาการบางคน อาทิ DuBrin (2015) และ Schermerhorn et.al. (2012) ให้ความหมายของภาวะผู้นำว่าหมายถึง ความสามารถและคุณลักษณะของผู้นำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติของผู้ใต้บังคับบัญชา ความสามารถที่สร้างความเชื่อมั่นและให้การสนับสนุนบุคคล เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มคนทำในสิ่งที่ผู้นำต้องการส่งผลให้เกิดการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายองค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของภาวะผู้นำของนักวิชาการหลายท่าน จะเห็นภาวะผู้นำเป็นความสามารถและคุณลักษณะของผู้บริหารที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติของผู้ใต้บังคับบัญชา โดยบุคคลที่เป็นผู้นำจะเสริมพลัง สนับสนุน และโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชา ให้ทำงานร่วมกันเพื่อส่งผลให้เกิดการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายองค์กร และจะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำในปัจจุบันจะเน้นไปที่ผู้นำที่มีคุณธรรมซึ่งสนับสนุนให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองให้เป็นผู้นำได้มากกว่าที่จะใช้ตำแหน่งเพื่อการควบคุมเหมือนผู้นำในอดีตที่รับผิดชอบต่อความสำเร็จขององค์กรโดยการควบคุมการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างใกล้ชิด (Daft, 2005) การแบ่งลักษณะของภาวะผู้นำมีหลาย รูปแบบ อาทิ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำกลยุทธ์ ภาวะผู้นำนวัตกรรม เป็นต้น ภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นลักษณะผู้นำที่มุ่งเน้นการให้บริการของผู้นำต่อเพื่อนร่วมงานเพื่อสนองตอบความต้องการของเพื่อนร่วมงาน โดยใช้อำนาจทางจริยธรรม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจการทำงานเป็นทีม เกิดความความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และเสริมพลังแก่เพื่อนร่วมงาน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันขององค์กร

แนวคิดและคุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการ

ในศตวรรษที่ 21 เทคโนโลยีและโลกาภิวัตน์จะมีอิทธิพลต่อการบริหารองค์กร การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันดังกล่าว ทำให้องค์กรมีลักษณะยืดหยุ่น ไร้ขอบเขตและโครงสร้างที่แน่นอน ทำให้วิธีการทำงานเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่อาศัยความสามารถทางด้านร่างกาย เป็นการทำงานที่ต้องใช้ความสามารถในการเข้าถึงคนหรืออาศัยความฉลาดทางปัญญามากขึ้น หลักการของภาวะผู้นำใฝ่บริการอาจเป็นคำตอบที่เหมาะสมสำหรับสภาพการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น โดยภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม ผู้นำมีคุณลักษณะที่ประกอบด้วยคุณธรรม เข้าอกเข้าใจเห็นใจคน มองการณ์ไกล มีความคิดรวบยอดอย่างชัดเจน เป็นผู้ที่ต้องการพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

แหล่งที่มาของผู้นำใฝ่บริการสามารถค้นพบได้จากหลายแห่งในพระคัมภีร์โดยพระเยซูคริสต์ทรงเป็นแบบอย่างของผู้นำแบบใฝ่บริการ ทั้งที่ละفظคำว่า "ผู้รับใช้" (Servant) "การบริการ" (Service) และ "รับใช้" (Serve) ในพระธรรมลูกา กล่าวถึงพระเยซูว่า "เราอยู่ท่ามกลางท่านตั้งผู้รับใช้" นอกจากนี้ในพระธรรมยอห์น กล่าวถึงพระเยซูที่แสดงถึงความสำคัญของการรับใช้ โดยการล้างเท้าสาวกทั้ง 12 คน จะเห็นว่าผู้นำใฝ่บริการเป็นลักษณะของภาวะผู้นำที่แตกต่างจากภาวะผู้นำแบบดั้งเดิม ผู้นำจะเสียสละผลประโยชน์ส่วนตัวเพื่อผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นเจริญเติบโตและสามารถพัฒนาตนเองให้ผลประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อื่น (Greenleaf, 2008)

จากการศึกษาคุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการจาก แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการในทัศนะของ Greenleaf (2008), Spears (2004), Page and Wong (2003) และ Page, D. (2009) สรุปได้เป็น 10 คุณลักษณะดังนี้

- 1.1 การฟัง (Listening) เป็นคุณลักษณะของผู้คนที่ต้องรับฟังและเข้าใจเพื่อนร่วมงาน โดยจะค้นหาเพื่อให้ทราบเจตนาอารมณ์ของกลุ่มเพื่อนร่วมงานและทำให้เจตนาอารมณ์เหล่านั้นมีความชัดเจน

- 1.2 การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Empathy) เป็นคุณลักษณะของผู้คนที่พยายามเข้าใจและรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น โดยค่านึงว่าทุกคนต้องการการยอมรับและการตระหนักถึงเอกลักษณ์เฉพาะตัวของตน ผู้นำควรแสดงความปรารถนาดีต่อผู้อื่นและไม่ปฏิเสธการเป็นตัวตนของเขา ถึงแม้ว่าเขาจะมีพฤติกรรมหรือผลการทำงานที่ยอมรับไม่ได้

- 1.3 การเยียวยาด้านจิตใจ (Healing) จุดเด่นประการหนึ่งของผู้นำใฝ่บริการ คือความสามารถในการเยียวยาจิตใจของตนเองและผู้อื่น หลายคนได้สูญเสียจิตวิญญาณและทุกซ่ห่มกับความเจ็บปวดทางอารมณ์ถึงแม้สิ่งเหล่านี้จะเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ แต่ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะเป็นผู้ช่วยฟื้นฟูสภาวะด้านจิตใจให้แก่ผู้อื่น

- 1.4 การตระหนักรู้ (Awareness) การตระหนักรู้ในเรื่องทั่วไปและการตระหนักรู้ตนเองทำให้ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการแข็งแกร่ง การตระหนักรู้ยังช่วยให้เข้าใจประเด็นเกี่ยวกับศีลธรรมและค่านิยม โดยนำทางให้บุคคลมองสถานการณ์เป็นองค์รวมมากขึ้น ซึ่งการตระหนักรู้ไม่ใช่สิ่งพลบใจแต่กลับเป็นสิ่งปลุกเร้าผู้นำที่มีความสามารถจะมีความตื่นตัวและได้รับการถูกกระตุ้นอย่างมีเหตุผล เขาไม่ต้องการสิ่งปลอบใจเพราะเขาสามารถค้นพบความสงบภายในตนเองได้

- 1.5 การโน้มน้าว (Persuasion) ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะใช้ความสามารถในการโน้มน้าวใจมากกว่าการใช้อำนาจโดยตำแหน่งในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในองค์กร โดยมุ่งที่การทำให้ผู้อื่นคล้อยตามมากกว่าการสั่งการ คุณลักษณะนี้ได้แบ่งแยกรูปแบบการปกครองแบบเผด็จการดั้งเดิมและผู้นำใฝ่บริการได้อย่างชัดเจน ผู้นำใฝ่บริการสามารถสร้างความตกลงร่วมกันภายในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 1.6 การสร้างมโนภาพ (Conceptualization) ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะมีความสามารถในการมองปัญหาขององค์กรจากพื้นฐานแนวคิดที่เป็นกระบวนการเป็นระบบ กล่าวคือ ผู้นำต้องคิดให้เหนือขึ้นไปจากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน การมองสิ่งที่จะเกิดในอนาคตไม่ใช่การมองเห็นปัญหาในแต่ละวัน ผู้นำต้องสามารถจัดลำดับความสำคัญระหว่างสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับการมองเห็นปัญหาของแต่ละวันได้

- 1.7 การมองการณ์ไกล (Foresight) การมองการณ์ไกลจะช่วยให้ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการเข้าใจถึงบทเรียนจากอดีต ความเป็นจริงของปัจจุบัน และแนวโน้มของสถานการณ์ของการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถแสดงวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน ช่วยให้บุคลากรในองค์กรเข้าใจทิศทางและเกิดแรงจูงใจในการทำงาน

- 1.8 การเอาใจใส่ดูแล (Stewardship) ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการถือว่าการเป็นผู้นำที่เอาใจใส่ดูแลผู้อื่น การอุทิศตนเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้อื่น รวมถึงการใช้ความเปิดเผย จริใจและการโน้มน้าวมากกว่าการบังคับควบคุมผู้อื่นให้ปฏิบัติตาม

1.9 การมุ่งมั่นอุทิศตนเพื่อพัฒนาบุคลากรให้เติบโต (Commitment to the growth of people) ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการมีความเชื่อมั่นว่าทุกคนมีคุณค่าภายในมากกว่าสิ่งที่เห็นภายนอก เป็นผู้ที่จะอุทิศตนเพื่อพัฒนาบุคลากรของตนไม่ว่าในด้านบุคคล บุคลิกภาพและจิตวิญญาณเท่าที่จะทำได้ เพื่อการเติบโตของสมาชิกในองค์กรแต่ละคน

1.10 การสร้างชุมชน (Building community) ผู้นำที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะมุ่งสร้างกลุ่ม และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยเชื่อว่ากลุ่มที่แท้จริงสามารถสร้างขึ้นได้ท่ามกลางบุคลากรในที่ทำงาน และสามารถสร้างกลุ่มจากองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การสร้างทีมที่มีลักษณะการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การสร้างความสามัคคีในกลุ่มการทำงาน

2. คุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการในทัศนะของ Laub (2000)

ตั้งแต่ภาวะผู้นำใฝ่บริการปรากฏขึ้นในงานเขียนและมีการนำไปปฏิบัติตั้งแต่ต้นปี 1990 ยังไม่พบว่ามีการศึกษา อย่างเป็นระบบหรือการทำวิจัยภาวะผู้นำใฝ่บริการ แนวคิดของGreenleaf (1977) ที่เป็นต้นแบบของภาวะผู้นำใฝ่บริการก็ยังไม่ปรากฏว่ามีงานวิจัยรองรับ ดังนั้น Laub (2000) จึงทำการวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมและระบุลักษณะของภาวะผู้นำใฝ่บริการด้วยวิธีการเดลฟาย (Delphi) โดยจำแนกพฤติกรรมของภาวะผู้นำใฝ่บริการออกเป็น 6 ประการดังนี้ (1) การแสดงความน่าเชื่อถือ (Display authenticity) (2) การให้คุณค่าแก่ผู้อื่น (Value people) (3) การพัฒนาผู้อื่น (Developing people) (4) การสร้างชุมชน (Building community) (5) การแสดงภาวะผู้นำ (Providing leadership) และ (6) การร่วมแบ่งปันภาวะผู้นำ (Shared leadership)

3. คุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการในทัศนะของเออร์วิง (Irving)

Irving and Longbotham (2007) ได้ให้คำจำกัดความของคุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Operational Themes of Servant Leadership)

จากนักวิชาการที่การจำแนกไว้หลายแนวคิด ตั้งแต่ต้น ค.ศ.1990 จนถึงปี ค.ศ.2003 อาทิ Graham (1991) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณลักษณะภาวะผู้นำเป็น 2 ประการ คือ (1) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational) และ (2) การมีศีลธรรม (Moral) Buchen (1998) ได้แบ่งองค์ประกอบภาวะผู้นำออกเป็น 4 คุณลักษณะ คือ (1) ความมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว (Self-identity) (2) ความสามารถในการสร้างประโยชน์ (Capacity for reciprocity) (3) การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relationship builders) และ (4) การมองการณ์ไกล (Foresight) Farling et al. (1999) การมีวิสัยทัศน์ (Vision) , การมีอิทธิพลจากความน่าเชื่อถือ (Influence credibility) ความไว้วางใจ (Trust) และการให้บริการ (Service) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกคุณลักษณะและองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการตามแนวคิดของ Irving ดังกล่าว พบว่ามีงานวิจัยหลายงานวิจัยที่ยืนยันผลของ การวัดภาวะผู้นำในระดับองค์กร (Organizational Leadership Assessment: OLA) ที่สร้างโดย ลอบ (Laub, 2004) ดังนั้น Irving จึงได้นำองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการ 6 ด้านของ Laub มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาภาวะผู้นำใฝ่บริการในงานวิจัยซึ่ง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การแสดงความน่าเชื่อถือ (2) การให้คุณค่าแก่ผู้อื่น (3) การพัฒนาผู้อื่น (4) การสร้างชุมชน (5) การแสดงภาวะผู้นำ และ (6) การร่วมแบ่งปันภาวะผู้นำ

จากการทบทวนแนวคิด คุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการจากนักวิชาการข้างต้น คุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการที่คล้ายคลึงกัน คือ คุณลักษณะการเป็นผู้ให้บริการผู้อื่น เพื่อตอบสนองความต้องการของเขา และให้ผู้อื่นปฏิบัติตามโดยใช้อำนาจทางจริยธรรม การรับฟังและเข้าใจผู้อื่น การโน้มน้าวใจ มากกว่าการใช้อำนาจทางตำแหน่งบังคับ การร่วมแบ่งปันภาวะผู้นำ การสร้างชุมชนและการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรของตนให้เจริญเติบโต ซึ่งจะเห็นได้ว่าตั้งแต่

ค.ศ. 2000 เป็นต้นไป คุณลักษณะของภาวะผู้นำใฝ่บริการจะเป็นการผสมผสานความเป็นผู้รับใช้ และการเป็นผู้นำมากขึ้น อาทิ การร่วมแบ่งปันภาวะผู้นำ การแสดงความน่าเชื่อถือ และการมีวิสัยทัศน์ (Laub, 2004) การมองการณ์ไกล การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Irving & Longbotham, 2007) เป็นต้น

ภาวะผู้นำใฝ่บริการกับบทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การบริหารองค์การพยาบาลในคริสต์ศตวรรษที่ 21 ผู้นำทางการพยาบาล ต้องมีการเชื่อมต่อกับหลายกลุ่มคน มีความสามารถในการรักษาความสมดุลของทักษะความเป็นผู้นำและทักษะการจัดการเพื่อให้องค์กรมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอนาคต (Patricia & Kowalski, 2006) ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความคิดและวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล รวมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์ในการบริหารองค์การพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้บริหารและบุคลากรในสังกัดมีการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการให้บริการพยาบาลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร พยาบาล การสร้างพันธมิตรกับองค์กรพยาบาลอื่น และการสร้างจิตวิญญาณการเป็นองค์กร (จันทร์จิรา วงษ์ชมทองและคณะ, 2557) สำนักการพยาบาล (2548) ได้กำหนดบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการหรืองานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 2) ด้านบริหารและกำกับดูแล 3) ด้านวางแผน 4) ด้านการประสานงาน และ 5) ด้านการบริการ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นำที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับเข็มมุ่งและเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาล คำนึงถึงภารกิจหลักและจุดเน้นของหอผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและ เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่อการดำเนินงานของหอผู้ป่วยต่อไป หากหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นและมีความใกล้ชิดกับพยาบาลในสังกัดการมีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะสามารถส่งเสริมให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลทั้ง 5 บทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการหรืองานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Operation/ expertise) เป็นบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2548) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะของผู้นำใฝ่บริการจะรับฟังและการเข้าใจความรู้สึกของพยาบาลในหอผู้ป่วย มีความสามารถในการสร้างสรรค์บรรยากาศในการทำงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย การกระตุ้นให้เกิดทำงานเป็นทีมโดยใช้ศักยภาพของพยาบาลแต่ละคนให้มีการปฏิบัติงานตามนโยบายของโรงพยาบาลและแนวทางปฏิบัติในระดับหอผู้ป่วยและกลุ่มการพยาบาล

2. ด้านบริหารและกำกับดูแล (Management and supervisory) เป็นบทบาทและหน้าที่ในการวิเคราะห์จัดการระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยตามนโยบายและแผนงานที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด เพื่อให้หอผู้ป่วยสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (สำนักการพยาบาล, 2548) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะมีความสามารถในการมองปัญหาของหอผู้ป่วยอย่างมีหลักการ เป็นกระบวนการและเป็นระบบ ให้การกำกับ และดูแลเอาใจใส่ แสดงความรับผิดชอบต่อพยาบาลในสังกัดให้ทำงานด้วยความเต็มใจ มีความสามารถในการโน้มน้าวใจพยาบาลในสังกัดมากกว่าการใช้อำนาจโดยตำแหน่งในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในหอผู้ป่วย

3. ด้านวางแผน (Planning) เป็นบทบาทและหน้าที่ในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหอผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2548) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะมีการตระหนักรู้ในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการตระหนักรู้และเข้าใจบริบทของหอผู้ป่วยที่ตนเองกำกับดูแล เป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ มองการณ์ไกล มีการวางแผนโดยการมองภาพการบริหารจัดการในหอผู้ป่วยแบบองค์รวม และไม่ได้มองเฉพาะ

สิ่งที่เป็นเป้าหมายในปัจจุบัน แต่จะมองภาพใหญ่และสิ่งที่ต้องการไปสู่ในอนาคต หัวหน้าหอผู้ป่วยจะแบ่งปันภาวะผู้นำให้แก่พยาบาลผู้ใต้บังคับบัญชาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดทำแผนปฏิบัติการของหอผู้ป่วย

4. ด้านการประสานงาน (Coordinating)

เป็นบทบาทหน้าที่ในการเป็นตัวแทนของหน่วยงานในการประชุมคณะกรรมการต่างๆ ของกลุ่มการพยาบาลและ/หรือโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูล เสนอความคิด และประสานงานในประเด็นต่างๆเกี่ยวกับโรงพยาบาล ดำเนินการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (สำนักการพยาบาล, 2548) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะมีการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคลากรในหอผู้ป่วย รวมทั้งการสัมพันธภาพกับสหวิชาชีพ และผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะมุ่งสร้างกลุ่ม และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยเชื่อว่ากลุ่มที่แท้จริงสามารถสร้างขึ้นได้ท่ามกลางบุคลากรในหอผู้ป่วย และสามารถสร้างกลุ่มจากองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย

5. ด้านการบริการ (Service)

เป็นบทบาทหน้าที่ในการสอนงานและฝึกอบรมพยาบาลหรือบุคลากรในสังกัด เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้บุคลากรดังกล่าว สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สำนักการพยาบาล, 2548) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะอุทิศตนเพื่อพัฒนาบุคลากรให้เติบโตในวิชาชีพการพยาบาล เสริมพลังในสร้างทีมงานการพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยเชื่อว่าคุณค่าภายในที่สูงกว่าลักษณะภายนอกด้วยเหตุนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องอุทิศตนอย่างแท้จริงในการพัฒนาบุคลากรในสังกัดให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพและเติบโตตามวุฒิภาวะของแต่ละคน รับฟังข้อมูลป้อนกลับจากบุคลากรเพื่อใช้ในการพัฒนาบุคลากรในอนาคต

จากที่กล่าวมาข้างต้นหากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำใฝ่บริการจะสามารถวางแผน บริหารจัดการ กำกับดูแล ประสานงาน และพัฒนาพยาบาลในสังกัด ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ความสำคัญและการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานในหอผู้ป่วย

ประสิทธิผลการดำเนินงานขององค์กรสุขภาพต่างๆ (Organizational effectiveness) ทั้งในระดับโรงพยาบาล องค์กรพยาบาล และหอผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลที่จะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ ประสิทธิภาพขององค์กร คือ ความสามารถของบุคคลในองค์กรในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ประสิทธิผลขององค์กร มีความสำคัญอย่างยิ่งในศาสตร์ทางการบริหารองค์กรและเป็นการแสดงถึงว่าองค์กรได้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Kinicki & Kreitner, 2008)

ประสิทธิผลการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆ นอกจากจะเป็นตัวชี้วัดเกี่ยวกับการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการแล้ว ยังเป็นสิ่งสะท้อนในบริบทอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งกระบวนการดำเนินงาน การเจริญเติบโตของผู้ให้บริการ การประเมินประสิทธิผลในระดับหอผู้ป่วยตามรายงานวิจัยการประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และกลาโหม ส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดประสิทธิผลการดำเนินงานขององค์กรของ Kinicki and Kreitner (2006) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบคือ 1) การบรรลุเป้าหมาย (Goal accomplishment) ในการบรรลุเป้าหมายในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ในระดับหอผู้ป่วยได้มีการติดตามการดำเนินงานตามพันธกิจ มีการทบทวนความก้าวหน้าและ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน 2) การได้มาของทรัพยากร (Resource acquisition) การจัดสรรทรัพยากรในระดับหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้บริการด้านสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถ มีการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมกับสัดส่วนของผู้ใช้บริการ มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของบุคลากรไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับการอบรม การพยาบาลเฉพาะทาง รวมทั้งจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน มีระบบการตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ พร้อมทั้งจะใช้ได้ตลอดเวลา และมีการบำรุงรักษา เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพไว้ อย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน 3) กระบวนการภายใน (Internal process) หอผู้ป่วยมีการวางแผนในการทำงานในทุกกระบวนการให้บริการ จัดทำคู่มือและแนวทางการปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล โดยให้บริการเป็นไปตามคู่มือที่กำหนดไว้ มีการจัดการเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัญหาหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน มีการร่วมมือและประสานงานที่ดีในการสื่อสารภายในหอผู้ป่วยที่สังกัด และหอผู้ป่วย/หน่วยงานอื่น และ 4) ความพึงพอใจในกลยุทธ์ (Strategic constituencies satisfaction) การประเมินประสิทธิผลในด้านความพึงพอใจในกลยุทธ์ในระดับหอผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความสุขในการทำงาน มีการทำงานเป็นทีม บุคลากรให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ใช้บริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมพยาบาล ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาลและให้การยกย่องชมเชยผู้ให้บริการ

การประเมินผลประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล จะมีการกำหนดตัวชี้วัด พันธกิจ ให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์กรพยาบาล มีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการดำเนินงานของหอผู้ป่วย และสรุปแผนประจำปีของหอผู้ป่วยซึ่งเป็นเพียงการรายงานผลการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ โดยรูปแบบจะแตกต่างกันใน

แต่ละโรงพยาบาลและแต่ละหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นๆ ในทางปฏิบัติการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานในหอผู้ป่วยยังไม่มีเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิผลที่ชัดเจน มีเพียงแต่รายงานผลการดำเนินงานประจำปีตั้งที่กล่าวข้างต้น ถึงแม้ว่าจะมีการทำวิจัยโดยนักวิจัยส่วนใหญ่ได้ใช้กรอบแนวคิดประสิทธิผลขององค์กร Kinicki and Kreitner (2006) มาใช้ในการประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยแล้วก็ตาม

การเกิดประสิทธิผลของหอผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งภาวะของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยได้ เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมดูแลบุคลากรด้านหน้า ที่ให้การบริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการ และการที่ผู้รับบริการจะรับรู้ว่าคุณภาพหรือไม่ ขึ้นกับการนำและการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงถือได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ และนอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ใกล้ชิดกับบุคลากรผู้ป่วยมากที่สุด ในการจัดกิจกรรมกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วย

ภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้เฝ้ากำกับดูแล ให้แก่ผู้ปฏิบัติทุกระดับในหอผู้ป่วยในการบริหารระดับหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นแบบอย่างที่ดี สร้างศรัทธา และเสริมพลังในการทำงานต่อผู้ใต้บังคับบัญชา อีกทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยยังเป็นผู้บริหารที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (สำนักการพยาบาล, 2548) การที่หอผู้ป่วยจะเกิดประสิทธิผลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการซึ่ง Greenleaf (2003) กล่าวว่าภาวะผู้นำใ้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญส่งผลต่อประสิทธิผลขององค์กร ผู้นำจะให้ความสำคัญกับการให้บริการเป็นอันดับแรกและนำผลการให้บริการผู้อื่นมากระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ เพื่อพัฒนาบุคลากรในองค์กรให้ประสบความสำเร็จ โดยให้บุคคลในองค์กรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตในการทำงานและการเจริญเติบโตของบุคลากรในองค์กร

(ณัฐชากรณ์ เทโปกการและสุชาติ รัชกุล, 2552) ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำใฝ่บริการ จะแสดงลักษณะ พฤติกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากภายใน และ แสดงออกถึงการให้บริการบุคลากรในสังกัดเป็นอันดับแรก ด้วยการอุทิศตนในการทำงาน สนับสนุนช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกตลอดเวลา เชื่อมั่นในความ สามารถของพยาบาลในสังกัด เอาใจใส่ดูแลและมอบ อำนาจและมอบหมายงานแก่พยาบาลในสังกัดตามความ เหมาะสมของศักยภาพของแต่ละคน สร้างทีมโดยให้เกิด ความร่วมมือระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วย และหน่วยงาน อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อบรรลุเป้าหมาย ของหอผู้ป่วยและ องค์การพยาบาล และโรงพยาบาลต่อไป

Neil and Saunder (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำใฝ่บริการกับประสิทธิผลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวว่า การที่ทีมจะเกิดประสิทธิผลต้องมี เป็นทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary teamwork) มีการร่วมตัดสินใจ (Shared decision making) และมีจริยธรรม (Ethical behavior) ส่วนการศึกษา ในประเทศไทย อัครินทร์ ภักดีและคณะ (2558) ได้ ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครศรีธรรมราช พบว่า ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.20$) และ ภาวะผู้นำใฝ่บริการมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล นครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($r = .69$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $.01$ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะผู้บริหาร การพยาบาลควรสนับสนุน ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ใช้ภาวะ ผู้นำใฝ่บริการอย่างจริงจังเพื่อให้ส่งผลต่อประสิทธิผล ของหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับณัฐชากรณ์ เทโปกการ (2552) ซึ่งทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ ผู้นำแบบผู้ใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรม องค์การแบบสร้างสรรค์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้ พบว่า ภาวะผู้นำแบบ ผู้ใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = .497$) กับประสิทธิผลของหอ

ผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

จากการศึกษาและวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในระดับปานกลางถึงระดับสูง ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการให้ บริการของบุคลากรในสังกัดเป็นอันดับแรก การอุทิศ ตนในการทำงานซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความ ร่วมมือในการทำงานเป็นทีม การเอาใจใส่ดูแล สนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่บุคลากรใน สังกัด และมุ่งพัฒนาบุคลากรในองค์กรให้เจริญเติบโต และประสบความสำเร็จ

สรุป

หอผู้ป่วยซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับต้นที่สำคัญ ของโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของโรง พยาบาล การบริหารงานในระดับหอผู้ป่วยต้องมีการวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำใฝ่บริการก็จะทำให้มีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ โดย การใช้ศักยภาพของบุคลากรแต่ละคนเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพขององค์กรทั้งในระดับหอผู้ป่วยและกลุ่ม การพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาภาวะ ผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยวางแผนให้มีการจัดการ อบรมด้านการพัฒนาภาวะผู้นำใฝ่บริการ ซึ่งมุ่งเน้นการ เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงาน อันจะส่งผลให้เกิด การทำงานเป็นทีมอย่างเต็มใจและตามความสามารถที่ ถนัด และส่งผลต่อไปถึงผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ในที่สุด ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการพัฒนาและส่งเสริมภาวะผู้นำใฝ่บริการของตนเองอย่างต่อเนื่อง และ เสริมสร้างกำลังใจให้แก่พยาบาลประจำการ ในการทำงานเป็นทีมและชุมชนเครือข่ายให้เกิดขึ้นทั้งในระดับ หอผู้ป่วยของตนเองและกับหอผู้ป่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความประทับใจและส่งผลการต่อดำเนินงานทั้งใน ระดับหอผู้ป่วยและระดับองค์กรพยาบาลให้ดีขึ้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

บรรณานุกรม

- จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง, เนตรชนก ศรีทุมมา และนงลักษณ์ จินตนาดีลก. (2556). สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพและปริมณฑล. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 20 (1): 1-15.
- ชัยเศรษฐ์ พรหมศรี (2549). *สุดยอดผู้บริหาร*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมการพิมพ์.
- ณัฐชากรณ์ เทโพบการและสุชาดา รัชชกุล (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบผู้ให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้. *วารสารกองการพยาบาล*. 36(3): 1-17.
- เนตรชนก ศรีทุมมา, จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง, นงลักษณ์ จินตนาดีลก. (2558). คุณลักษณะเฉพาะบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 21(3): 440-455.
- สำนักงานการพยาบาล. (2548). *หลักสูตรการบริหารการพยาบาลแนวใหม่*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์ และสุชาดา รัชชกุล (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาลกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารกองการพยาบาล*. 36(2): 15-28.
- อัศรินทร์ ภัคดี พูลสุข หิงคานนท์ และปรกรณ์ ประจัญบาน (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำให้บริการกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 9(3): 78-85.
- Ahmed, S., Akkadechanunt, T. & Chontawan, R. (2015). Servant Leadership of Head Nurses and Job Satisfaction among Staff Nurses in Medical College Hospitals, Dhaka, the People's Republic of Bangladesh. *Nursing Journal*, 42: 136-148.
- Covey, S. R. (2001). Foreword. In R. K. Greenleaf. 2002 *Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate Power and Greatness*. Mahwah, NJ: Paulist Press.
- Daft (2005). *The Leadership Experience*, 5th Edition. Thomson: South-Western.
- Den Hartog, D.N. & Koopman, P.L. (2001). *Leadership in Organizations*. In N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil, and C. Viswesvaran, (Ed.). *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology*. vols. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 166-187.
- DuBrin, A.J. (2015). *Leadership Research Finding, Practice, and Skills*. 8th edition. New York: Houghton Mifflin Company.

- Greenleaf, R. K. (2002). *Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate Power and Greatness 25th Anniversary Edition*. New York: Poulis Press.
- Greenleaf, R. K. (2003). *The Servant-Leader within: A Transformative Path*. New York: Paulist Press.
- Greenleaf, R. K. (2008). *What is Servant Leadership?*. [Online]. Available from: <http://www.greenleaf.org/index.html> [April 30, 2016].
- Hill, L. W. C., and McShane, L. S. (2008). *Principle of Management*. New York: McGraw-Hill.
- Irving, Justin. A., & Longbotham, Gail. J. (2007). Team effectiveness and six essential servant leadership themes: A regression model based on items in the Organizational Leadership Assessment. *International Journal of Leadership Studies*. 2(2): 98-113.
- Kinicki, A., and Kreitner (2008). *Organizational Behavior key Concepts, Skills and Best Practices*. 4th edition. New York: McGraw-Hill.
- Laub, J. (2004). Defining Servant Leadership: A Recommended Typology for Servant Leadership Studies. Proceedings of the 2004 Servant Leadership Research Roundtable. Retrieved September 25, 2008 September 25, 2008, from Utilizing the Organizational Leadership Journal of Management and Marketing Research 122 http://www.regent.edu/acad/global/publications/sl_proceedings/2004/laub_definin_g_servant.pdf
- McCann, J. T., Graves, D. & Cox, L. (2014). Servant Leadership, Employee Satisfaction, and Organizational Performance in Rural Community Hospitals. *International Journal of Business and Management*. 9 (10): 28-38.
- Neil, M.W. & Saunder, N.S.(2008). Servant Leadership: Enhancing Quality of Care and Staff Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*.38(9): 395-400.
- Page, D., & Wong, T. P. (2003). *Servant leadership: An opponent-process model and the revised servant leadership profile*. Servant Leadership Research Roundtable. Regent University School of Leadership Studies, Virginia Beach, VA.
- Page, D. (2009). *Servant empowered leadership: a hands-on guide to transforming you and your organization*. Langley, BC: Power to Change Ministries, Inc.
- Patricia S. Yoder-Wise & Karren E. K.. (2006). *Beyond Leading and Managing: Nursing Administration for the Future*, Mosby.

- Peterson, S. J., Galvin, B. M., & Lange, D. (2012). CEO servant leadership: Exploring executive characteristics and firm performance. *Personnel Psychology*, 65(3): 565-596.
- Robbin, S. P. & Judge, T. A. (2007). *Organizational Behavior*. 12th edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Schermerhorn, J. R., Jr., Hunt, J. G. & Osborn, R. N. (2012). *Organizational Behavior*. 12th edition. New York: John Wiley & Sons.
- Schermerhorn, J. R. (2013). *Management*. 12th edition. New York: John Wiley & Sons.
- Spears, L.C. (2004). Practicing Servant Leadership. *Leader to Leader*. (34): 7-11.
- Swansburg, R. C. & Swansburg, R. J. (2002). *Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers*. 3rd edition. Boston: Jones & Bartlett International.
- Yukl, G. A. (2012). *Leadership in Organization*. 8th edition. New Jersey: Prentice-Hall.



**คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ
ตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน**

คณะบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสาร มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางคณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และ จะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. บทความที่รับตีพิมพ์

1.1 บทความวิจัย

1.2 บทความวิชาการ

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการและบทความวิจัย ดังนี้

2.1 พิมพ์ต้นฉบับ ในกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) ใช้โปรแกรม word และตัวพิมพ์มาตรฐาน Font 16 ของ Angsana new เท่านั้น มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ความยาวเนื้อเรื่องไม่ต่ำกว่า 9 หน้า และไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมาย บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มมุมขวาใต้ชื่อเรื่องโดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ท้ายนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ (ดังตัวอย่าง)

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

1) บทความวิจัย

บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด

Abstract ความยาวไม่เกิน 250 คำ

2) บทความวิชาการ

บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 10 บรรทัด

Abstract ความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา ดังตัวอย่าง (ศากุล ช่างไม้ , 2550)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

1) บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหา

3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) กรอบแนวความคิดการวิจัย

- 5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- 6) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
- 7) สรุปผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย
- 8) การอภิปรายผล
- 9) ข้อเสนอแนะ

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา และใช้เส้นคู่ เส้นเดี่ยวตามตัวอย่าง

ตัวอย่าง ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปร เพศ (n=384)

ความคิดเห็น	ชาย (n=169)		หญิง (n=215)		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านการจัดดำเนินการ	3.89	.63	3.87	.64	.31	.842
2. ด้านสถานที่, อุปกรณ์	3.69	.60	3.67	.67	.22*	.047
และ						
สิ่งอำนวยความสะดวก						
3. ด้านแหล่งท่องเที่ยว	3.90	.55	3.94	.59	-.80	.112
4. ด้านสินค้าของที่ระลึก	3.69	.68	3.71	.62	-.37	.300
รวม	3.79	.50	3.80	.50	-.18	.686

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.
 เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2558). การใช้ยาน้ำบาดอากาศ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
 กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// "ชื่อบทความ".// ชื่อวารสาร.// ปีที่ (ฉบับที่) : /เลขหน้า-เลขหน้า.
 ธวัช โล่ห์ศรี. (2559). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// ระดับวิทยานิพนธ์ ชื่อสาขาวิชา คณะ
 ชื่อมหาวิทยาลัย.

สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2557). ประสบการณ์การนอนทำคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลัง
 ผ่าตัดโรค จอประสาทตาออกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
 วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).//ชื่อเรื่อง.//[ประเภทสื่อ].//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.

สมศักดิ์ ตลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินทางปฏิรูปการศึกษา. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก <http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/>.

Howard, Owens. (2010). *Twelve things journalist can do to save journalism*. [Online]. Retrieved November 19, 2010, from <http://www.howardowens.com/2007/>.

5) บทความหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ.// "ชื่อบทความ".//ชื่อหนังสือพิมพ์ /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวไกลนา". สยามรัฐ : 3.

3. การพิจารณาและการประเมินบทความ

3.1 คณะบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหา และ ความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

3.2 ผู้เขียนที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน จะต้องชำระเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Reviewer) ตามอัตราที่คณะบรรณาธิการกำหนด

3.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.4 คณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

3.5 คณะบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว คณะบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ในกรณีที่บทความไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์คณะบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.2

3.8 ข้อคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการของผู้เขียน หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

4. การส่งต้นฉบับ

ผู้เขียนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนโปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 2 หากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่าคณะบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

กรุณาส่งบทความในระบบ Online Submission

ได้ที่เว็บไซต์วารสาร library.christian.ac.th/CUTjournal/main.php

สถานที่ติดต่อ

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว

ตำบลคอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3422-9480 ต่อ 3102-03 โทรสาร. 0-3422-9499

E-mail : cutjournal@christian.ac.th

Website : library.christian.ac.th/cutjournal/main.php

ตัวอย่างบทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
ในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

**The Effects of Self-Efficacy in Risk Management and Patient Safety Care Promoting
Program on Knowledge and Perceptions of Self-Efficacy among Nursing Students
at Boromarajonani Colleges of Nursing Saraburi**

เมธิณี เกตวาทิมาตฺร*

นัยนา ภูลม *

ปัทมา ผาติภัทรกุล *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกระบวนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเอง และ คู่มือในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน 2) แบบทดสอบความรู้ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาดสัน 20 ได้เท่ากับ .91 และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .802 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 37.62$, S.D. = 2.04) และสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.453$, $p < .01$) และค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .512) และสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.346$, $p < .05$) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษา เพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อสถานการณ์ในการปฏิบัติงานที่คำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำไปสู่การปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

* อาจารย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

Abstract

This quasi-experimental, one group study examined the effects of self-efficacy in risk management and patient safety care promoting program on knowledge and perceptions of self-competence. The sample comprised of 69 fourth year nursing students at Boromarajonani College of Nursing Saraburi. The research instruments included : 1) The risk management and patient safety promoting program that was developed from self-efficacy theory and the manual for promoting self-efficacy on risk management and patient safety care that have been reviewed by a experts third person, 2)The questionnaires of knowledge, the reliability of the questionnaire in the form of Kuder-Richardson 20 was .91 and 3) The questionnaires of perceptions of self-efficacy , the reliability of the questionnaire in the form of an alpha coefficient was .802. Data was analyzed using descriptive statistic and t-test. The results showed that after receiving intervention program, there were significantly increased at high level of knowledge on risk management and patient safety care (\bar{X} = 37.62, S.D. = 2.04, $t=-5.453$, $p < .01$) and perceptions toward risk management and patient safety care self-efficacy (\bar{X} = 4.47, S.D. = .512, $t=-3.346$, $p < .05$). These findings suggest the usefulness of program on promoting risk management and patient safety knowledge and perceived self-efficacy of nursing students. It should be integrate with other graduate preparation activities to enhance competency lead to quality care in their future nursing profession.

ตัวอย่างบทความวิชาการ

การรักษาด้วยกระแสไมโคร : กายภาพบำบัดแนวใหม่ในการรักษาอาการปวด Microcurrent Electrical therapy : A Novel Physical Therapy for Pain Management

ธฤณวัชร ไชยโคตร*

บทคัดย่อ

การค้นพบไอออนชาแนลและกระแสไฟฟ้าขนาดเล็กบนผนังเซลล์โดยสองนักวิทยาศาสตร์รางวัลโนเบลชาวเยอรมันในปี 1991 ได้นำการเปลี่ยนแปลงมาสู่รูปแบบการรักษาอาการปวดจากการกระตุ้นกระแสไฟฟ้าแบบดั้งเดิมมาเป็นการกระตุ้นเพื่อรักษาสมดุลชีวไฟฟ้าแนวใหม่หรือที่เรียกว่า การรักษาด้วยกระแสไมโคร ซึ่งสามารถกระตุ้นการสื่อสารระดับเซลล์ การทำงานด้านสรีรวิทยา และการเจริญเติบโตของเซลล์ ด้วยเป้าหมายในการรักษา 3 ด้านคือ แรงการสั่นสะเทือน แรงฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อบริเวณที่บาดเจ็บ และด้านที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือการรักษาอาการปวด เนื่องจากประสิทธิภาพที่ได้รับการยืนยันในการระงับปวดได้มากกว่าและยาวนานกว่าวิธีการรักษาแบบเดิม

Abstract

The discovery of ion channels and detecting subtle electrical currents in the cell membranes by two German scientists, Nobel Prize awardees in 1991, transformed the pain management from traditional electrical therapy to modern bioelectric therapy or microcurrent electrical therapy (MET). In addition, MET has ability to stimulate cellular communication, physiological functions and growth. There are three contemporary applications of MET for wound healing acceleration, enhancement of rehabilitative exercise and pain management. The most of popularity of MET is its reportedly superior and longer lasting pain control effects in comparison with traditional electrical stimulation.

บทนำ

อาการปวดเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติและพบได้บ่อยในทางการแพทย์ มีผลรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานหรือแข่งขันลดลง และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ในทางกายภาพบำบัด การรักษาอาการปวดมีหลายวิธีการขึ้นอยู่กับสาเหตุ (Etiology) พยาธิสภาพ (Pathology) ตำแหน่งรอยโรค (Lesion) ความรุนแรง (Severity) และระยะเวลาที่เป็น (Duration of onset) มีเป้าหมายหลักของการรักษาคือ การระงับหรือบรรเทาอาการปวด วิธีการทางกายภาพบำบัดในการรักษาอาการปวด แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่ 1) วิธีการทางหัตถการบำบัด (Manual therapy) เช่น การนวด การยืดกล้ามเนื้อ การดัด

* รักษาการหัวหน้า สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ดึงข้อต่อและกระดูกเทคนิคการผ่อนคลายแบบต่างๆ เป็นต้น 2) การออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Exercise therapy) อาการปวดบางชนิดเกิดจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงและเสียสมดุล ขาดการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อต่อ การออกกำลังกายด้วยวิธีที่จำเพาะและเหมาะสม และเป็นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดเพื่อการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ 3) วิธีการประคบความเย็นและความร้อนเพื่อบรรเทาปวด (Thermotherapy) เพื่อให้เนื้อเยื่อเกิดการผ่อนคลาย เพิ่มการไหลเวียนเลือดมายังตำแหน่งบาดเจ็บ และ 4) วิธีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้ารักษาอาการปวด (Electrotherapy) กระแสไฟฟ้าที่ใช้ในการรักษาในทางกายภาพบำบัดมีทั้งกระแสตรง (DC: direct current) และกระแสสลับ (AC : alternative current) ซึ่งมีช่วงกระตุ้น ช่วงพัก ความถี่และรูปร่างของกระแสที่หลากหลาย กลไกสำคัญที่ทำให้การบรรเทาปวดด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าได้ผลคือการลดความรู้สึกปวดด้วยการยับยั้งการนำกระแสประสาทที่รับความรู้สึกปวดเข้าสู่สมอง ทำให้สมองไม่รับรู้ความปวดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยปราศจากอาการปวดรบกวน อย่างไรก็ตาม การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าแบบดั้งเดิมนี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการได้แก่

- 1) ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนกระแสไฟฟ้าได้
- 2) เกิดความรู้สึกเจ็บขณะถูกกระตุ้น หรือมีกล้ามเนื้อหดตัวอย่างรุนแรง
- 3) เกิดปฏิกิริยาเคมีไตชั่วคราวกระตุ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยแพ้ แดงไหม้ หรือพุพอง
- 4) ติดต่อกับกระแสไฟฟ้าที่ใช้กระตุ้น ทำให้ผลการรักษาไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง
- 5) ระบบปวดได้ช้าและผลของการรักษาอยู่ได้ไม่นาน

เออร์วิน เนอเฮอร์ (Erwin Neher) และเบอร์ท แซคแมนน์ (Bert Sakmann) นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันได้ค้นพบไอออนชาแนลและกระแสไฟฟ้า ขนาดเล็กบนผนังเซลล์ทุกชนิดในร่างกาย จากผลงานดังกล่าวส่งผลให้พวกเขาได้รับรางวัลโนเบลสาขาสรีรวิทยาหรือสาขาการแพทย์ในปี 1991 มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาอาการปวดในทางกายภาพบำบัด มีการพัฒนารูปแบบของกระแสไฟของการรักษาขึ้นมาใหม่เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดของการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าแบบดั้งเดิม เรียกกระแสไฟเพื่อการรักษาแบบนี้ใหม่นี้ว่า "กระแสไมโคร" (Microcurrent) ด้วยลักษณะที่เป็นไฟกระแสตรง มีศักย์ไฟฟ้าต่ำระดับไมโครแอมแปร์ (Microampere range) ที่เสมือนกระแสไฟฟ้าภายในเซลล์ ที่เซลล์ใช้เป็นสัญญาณในกระบวนการสื่อสารภายในเซลล์และระหว่างเซลล์ในระบบประสาท เนื้อเยื่อ และต่อมต่างๆ มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม การรักษาอาการปวดในทางกายภาพบำบัดในประเทศไทย การใช้กระแสไมโครยังไม่เป็นที่นิยมกันมากนัก อาจมีสาเหตุจากขาดการยอมรับในประสิทธิผลการรักษา หรืออาจจะไม่คุ้นเคยกับวิธีการใหม่นี้ ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้เรื่องกระแสไมโคร ทฤษฎีและหลักฐานงานวิจัยที่สนับสนุนผลการรักษา รวมทั้งวิธีการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอันจะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและมีทางเลือกที่หลากหลายมากขึ้น

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

.....

มีความประสงค์ สมัครสมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก

ประเภท

สมาชิกรายปี (4 ฉบับ) เป็นเงิน 450 บาท

สมาชิกราย 2 ปี (8 ฉบับ) เป็นเงิน 800 บาท

สมาชิกราย 3 ปี (12 ฉบับ) เป็นเงิน 1,100 บาท

เริ่มฉบับที่ 1. (มกราคม - มีนาคม) 2. (เมษายน - มิถุนายน)

3. (กรกฎาคม - กันยายน) 4. (ตุลาคม-ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : การส่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาส่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000

หรือ ตู้ ป.ณ. 33 อำเภอเมือง นครปฐม 73000

(วงเล็บมุมซอง "วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน")



สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเล่มที่.....เล่มที่.....ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

ฉ

อัตราค่าลงโฆษณาในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

พื้นที่โฆษณา				ราคาต่อฉบับ	ราคาต่อปี (4 ฉบับ)
หน้าด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	4 สี	6,000 บาท	17,000 บาท
ปกหน้าด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	1 สี	4,000 บาท	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	4 สี	5,500 บาท	16,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	1 สี	3,500 บาท	9,000 บาท
ปกหลังด้านนอก	เต็มหน้า	พิมพ์	4 สี	7,000 บาท	19,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้า	พิมพ์	1 สี	2,500 บาท	6,000 บาท
ใบแทรกในเล่ม				1,500 บาท	3,000 บาท

ใบตอบรับ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน..... มีความประสงค์ที่จะสนับสนุนการพิมพ์วารสาร
มหาวิทยาลัยคริสเตียนดังนี้ (กรุณาใส่เครื่องหมายในช่องที่ต้องการ)

พื้นที่โฆษณา				ราคาต่อฉบับ	ราคาต่อปี (4 ฉบับ)
หน้าด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	4 สี	6,000 บาท	17,000 บาท
ปกหน้าด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	1 สี	4,000 บาท	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	4 สี	5,500 บาท	16,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้า	พิมพ์	1 สี	3,500 บาท	9,000 บาท
ปกหลังด้านนอก	เต็มหน้า	พิมพ์	4 สี	7,000 บาท	19,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้า	พิมพ์	1 สี	2,500 บาท	6,000 บาท
ใบแทรกในเล่ม				1,500 บาท	3,000 บาท

โดยส่ง Fax ใบตอบรับไปยังบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่หมายเลข 034-229499
มหาวิทยาลัยคริสเตียน อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

❶ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3422-9480

❷ ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

❸ สถาบันกรุงเทพคริสตศาสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th