



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ เมษายน – มิถุนายน ๒๕๕๙ Vol.22 No.2 April - June 2016 ISSN 1685-1412

บทความวิชาการ

- † การเปลี่ยนแปลงสังคมวัฒนธรรมทางการแพทย์ของสยามในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖: วิเคราะห์ผ่านโรคห่าและไข้ทรพิษ
- † บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์

บทความวิจัย

- † โมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลต่อการวิจัยสูงและต่ำ
- † ปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนลุ่มน้ำลี่ จังหวัดลำพูน
- † การพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร
- † ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย
- † ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดลีนและการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความผูกพันในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- † สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร
- † ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร
- † ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดด้วยอะเพศชายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี
- † การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร
- † ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ
- † ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี
- † ผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต
- † สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๙ Vol.22 No.2 April - June 2016 ISSN 1685-1412

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บรรณาธิการบริหาร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธิระนันท์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร. กาญจนา นาคสกุล	สำนักราชบัณฑิตยสถาน
ศาสตราจารย์ เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสวีธรรม	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว	ข้าราชการบำนาญ สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
ศาสตราจารย์ ดร. ทวีป ศิริรัมย์	สมาคมนักวิชาการการท่องเที่ยว(ประเทศไทย)
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริลักษณ์ โรจนกิจอำนวย	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร. สมอาจ วงษ์ชมทองมหาวิทยาลัยคริสเตียน	
รองศาสตราจารย์ ดร. เรืองเดช ปันเขื่อนขัตติย์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี วิจิตบันดาล	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริชัย ชินะดังกูร	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล กิตติพิบูลย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสี่ยม โตรัตน์	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพจน์ สุทธิศักดิ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันท์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อาจารย์ ดร. เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วัตถุประสงค์

1. ตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลงานวิจัยในสหสาขาวิชา ของนักศึกษา อาจารย์ และนักวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียนและบุคคลภายนอก
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และแนวคิดใหม่ๆ ทางวิชาการ ของนักศึกษา อาจารย์ และนักวิชาการมหาวิทยาลัยคริสเตียนและบุคคลภายนอก
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการในสหสาขาวิชาให้แก่อาจารย์ นักศึกษาและผู้สนใจให้ศึกษาค้นคว้า และนำไปใช้ประโยชน์

ขอบเขต

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนรับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic Articles) บทความวิจัย (Research Articles) หรือบทความปริทัศน์ (Review Articles) ในสหสาขาวิชา ได้แก่ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ประยุกต์ สังคมศาสตร์ ภาษาศาสตร์ การศึกษาและอื่นๆ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น โดยบทความทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและต้องผ่านการประเมินแบบ Double-blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

กำหนดการออกวารสาร : ราย 3 เดือน/ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน (อาจารย์นิพรพรน หัฟหะกุลธร)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

e-mail : ctujournal@christian.ac.th

Website : library.christian.ac.th/CTUjournal

จัดรูปเล่ม-ออกแบบปก : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1



ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ (Peer Review)

- | | |
|---|--|
| <p>1. ศาสตราจารย์ เกरिकเกียรติ พิพัฒน์เสวีธรรม</p> <p>2. ศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว</p> <p>3. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์</p> <p>4. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ</p> <p>5. รองศาสตราจารย์ ดร.ชาย โพธิ์สีดา</p> <p>6. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต</p> <p>7. รองศาสตราจารย์ ดร.มลิวรรณ บุญเสนอ</p> <p>8. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร</p> <p>9. รองศาสตราจารย์ ดร.สาธิต วงศ์ประทีป</p> <p>10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น</p> <p>11. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย</p> <p>12. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล กิรติพิบูลย์</p> <p>13. รองศาสตราจารย์ ดร.ปพฤกษ์บาร์มี อุตสาหะวานิชกิจ</p> <p>14. รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ</p> <p>15. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา</p> <p>16. รองศาสตราจารย์ ดร.สืบสกุล อยู่เย็นยง</p> <p>17. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์องค์การ เรืองรัตน์อัมพร</p> <p>18. รองศาสตราจารย์ สมประสงค์ น่วมบุญลือ</p> <p>19. รองศาสตราจารย์ พิมพ์อำไพ เวนเซล</p> <p>20. รองศาสตราจารย์ อัจฉรา ชิวตระกูลกิจ</p> <p>21. รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ชารัตน์วงศ์</p> <p>22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤดี ชอบผล</p> <p>23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสงี่ยม ไตรรัตน์</p> <p>24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มีชัย เอี่ยมจินดา</p> <p>25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประดิษฐ์ เกกิงรังสฤษดิ์</p> <p>26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ</p> <p>27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชชัย เตโชวิศาล</p> <p>28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญยจิรา ชีรเวทย์</p> <p>29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิงหนาท น้อมเนียน</p> <p>30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาณัติ นิตติธรรมยง</p> <p>31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วริยา ล้ำเลิศ</p> <p>32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพรัตน์ ภูมิวุฒิสาร</p> | <p>ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์</p> <p>ข้าราชการบำนาญ สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี</p> <p>มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัย</p> <p>เทคโนโลยีพระเจ้าเกล้าพระนครเหนือ</p> <p>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>คณะบัญชีและการจัดการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>กรรมการบริหาร สถาบันหัวใจเพชรเพคะฮาร์ท</p> <p>โรงพยาบาลปิยะเวท</p> <p>ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์</p> <p>สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัย</p> <p>ธรรมมาธิราช</p> <p>บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์</p> <p>ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>นักวิชาการอิสระ</p> <p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร</p> <p>สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย</p> <p>มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์</p> <p>คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี</p> <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> |
|---|--|

บทบรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ในหลากหลายสาขาวิชา ให้แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการทั้งภาครัฐและเอกชน โดยกองบรรณาธิการ ได้พยายามพัฒนากระบวนการพิจารณาบทความอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน ฉบับที่ 2 ปีที่ 22 นี้ มีบทความวิชาการ 2 เรื่อง บทความวิจัย 13 เรื่อง ครอบคลุมสาขาวิชาต่างๆ ได้แก่ พยาบาลศาสตร์ สังคมศาสตร์ การบริหารองค์กร การบัญชี และการจัดการความรู้

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ ต่อการศึกษาค้นคว้า ในทางวิชาการแก่ผู้อ่านและขอเชิญชวนท่านที่สนใจจะตีพิมพ์บทความวิชาการและบทความวิจัยในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนนี้โดยส่งข้อมูลผ่านระบบ Online Submission ได้ที่เว็บไซต์ ของวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่ <http://library.christian.ac.th/CTUjournal/main.php>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง

บรรณาธิการบริหาร

และ

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ธิญะธีระนันท์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

บทความวิชาการ

-
- ♦ การเปลี่ยนแปลงสังคมวัฒนธรรมทางการแพทย์ของสยามในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖: วิเคราะห์ผ่านโรคห่าและไข้ทรพิษ กำพล จำปาพันธ์ 117
The Medical Socio-Cultural Change of Siam in the 14-16th Centuries: Analysis through the Asiatic Cholera and Smallpox Kampol Champapan
-
- ♦ บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์ ชัชวาล วงศ์สารี 128
Nurses' Roles in Caring Sexuality Dysfunction of Chronic Disease Patient Chutchavarn Wongsaree
-

บทความวิจัย

-
- ♦ โมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลผลิตการวิจัยสูงและต่ำ ดร.วิโรจน์ มงคลเทพ 137
The Discriminant Model of the Groups of Instructors with High and Low Research Productivity at Rajamangala University of Technology Lanna Dr.Wiroj Mongkolthep
-
- ♦ ปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนลุ่มน้ำลี่ จังหวัดลำพูน ผศ.ดร.สามารถ ใจดี 150
Factors Predicting Usage of Cultural Health for Health Promotion of People at Li Watershed in Lumphun Province Asst. Prof. Dr. Samart Jitae
-
- ♦ การพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ทิพวรรณ จันศิริ 159
The Development of Knowledge Management in a Private Hospital in Bangkok Metropolitan Thippawan Jansiri
-
- ♦ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย ร้อยตรีสาธิต นกไม้ 168
The Opinion about Factors Affecting Audit Quality of Certified Public Accountant in Thailand Second Lieutenant Sathit Nokmai
-

◆ ผลการใ้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดเส้นและการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ Effect of the Use of Professional Nursing Service Model that Integrates Lean Concept and Time Management on Perception of Wellness in Living of Coronary Artery Disease Patients	กันธิมา หาญตา Kunthima Hanta	181
◆ สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร Strategic Leadership Competencies of Head Nurses at a Private Hospital in Samutsakhon Province	วารุณี กงหมิง Warunee Kongmoung	192
◆ ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร The Predictive Factors of Work Retention through Perception of Professional Nurses at a Private Hospital in the Bangkok Metropolitan	จันทร์จิรา แดงน้อย Chanjira Daengnoi	205
◆ ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดอวัยวะเพศชายในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี The Outcomes of Self-Efficacy Enhancing Program in the Patients with Pre and Post Male Reproductive Organ Operation at a Secondary Level Hospital in Ratchaburi Province	กันต์สินี ประสพสุวรรณ Kansinee Prasopsuwan	217
◆ การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร The Development of Conflict Management Program of Incharge Nurses at a Private Hospital in Samutsakhon Province	สมฤดี กীরตวนิชเสถียร Somruidee Keeratavanithsathian	228
◆ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ The Effect of Informational and Emotional Support Program on Uncertainty in Illness of Coronary Artery Disease Patients Undergoing Cardiac Catheterization	ละมัย อยู่เย็น Lamai Yooyen	237

◆ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้และการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี	เมธิณี เกตวาทิมตร Methinee Ketvatimart	247
◆ ผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชน ด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต	วิชุดา กลิ่นหอม Wichuda Klinhom	260
◆ สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข	พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอำนันท์ Asst.Prof.col.Dr. Nongpimol Nimit-Amum	273
The Competencies of Nurse Practitioners in Health Promoting Hospitals of the 5 th Regional Health Services, Ministry of Public Health		



**การเปลี่ยนแปลงสังคมวัฒนธรรมทางการแพทย์ของสยามใน
คริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖: วิเคราะห์ผ่านโรคห่าและไข้ทรพิษ**
**The Medical Socio-cultural Change of Siam in the 14-16th Centuries:
Analysis through the Asiatic Cholera and Smallpox**

กำพล จำปาพันธ์*

บทคัดย่อ

บทความนี้เขียนขึ้นเพื่อเสนอประเด็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นผลมาจากการจัดการของรัฐต่อโรคระบาดครั้งสำคัญ ๒ ช่วง คือ ในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ภายหลังจากเกิดโรคห่าระบาด และในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ภายหลังจากเกิดไข้ทรพิษหรือโรคฝีดาษระบาดขึ้นทั่วประเทศ พบว่าการจัดการในช่วงสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ อยู่ในรูปแบบการย้ายถิ่นฐานอพยพหลบหนี ไปจากบริเวณที่มีโรคระบาด ส่งผลโดยตรงทำให้เกิดการสถาปนากรุงศรีอยุธยาขึ้นใหม่ใน พ.ศ. ๑๘๙๓ ส่วนการจัดการในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ที่ดำเนินการภายหลังจากโรคฝีดาษระบาด ได้แก่ การจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์โดยตรง สะท้อนให้เห็นการให้ความสำคัญกับการแพทย์ของรัฐ อโยธยา ที่ต้องการสร้างพลเมืองใหม่ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เพื่อเป็นกำลังแก่บ้านเมือง

Abstract

This article is written to present an issue about the transition of cultural society in Siam. As a consequence of the outbreak of the second major periods: in King Ramathibodi's reign after happen the diseases and in King Boromatailoknat reign after happen the smallpox. Find that the management in King Ramathibodi's reign as the migration went from areas of the diseases. It is result of the foundation of Ayutthaya in the A.D. 1350. But the management in King Boromtailoknat reign, as after the operation of the diseases: the establishment of an agency that acts directly related to medicine. Reflected focus on the medicine of Ayodhya state. As made the new citizens who healthy bodies for the kingdom of Ayodhya.

*นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖ มีเหตุการณ์เรื่องราวสำคัญที่ปรากฏอยู่ในหลักฐานทั้งประเภทพระราชพงศาวดาร ตำนาน และจารึก ว่ามีโรคระบาดอยู่สองชนิด คือ "โรคห่า" กับ "ไข้ทรพิษ" โรคห่าครั้งสำคัญนั้นเกิดในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ (อู่ทอง) ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการย้ายที่ตั้งเมืองจากบริเวณริมฝั่งแม่น้ำป่าสัก มาเป็นเยื้องจุดบรรจบกันระหว่างแม่น้ำเจ้าพระยาและแม่น้ำลพบุรี (คลองเมืองอยุธยา)

ขณะที่ไข้ทรพิษมีเหตุการณ์ระบาดอยู่ในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ซึ่งก็เป็นการระบาดหนักผู้คนล้มตายเป็นจำนวนมาก แม้จะไม่ถึงกับย้ายเมืองหนีเหมือนอย่างในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ทว่าก็ส่งผลทำให้เกิดการจัดตั้งองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการป้องกันและรักษาโรค ขึ้นในระบบศักดินาของราชการอยุธยา ข้อแตกต่างวิธีการจัดการของทั้งสองรัชสมัย ได้ถูกกล่าวถึงในแง่ที่ว่า การแพทย์ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ จึงไม่ต้องทั้งบ้านทั้งเมืองหนีโรคเหมือนอย่างในอดีต (ประทีป ชุ่มพล, ๒๕๕๑: ๒๗-๒๘)

แต่ทั้งนี้โรคระบาดที่เกิดขึ้นทั้งสองยุคสมัยข้างต้น เป็นคนละโรคกัน การจัดการที่แตกต่างกันจึงเป็นเรื่องปกติ อีกทั้งขอบเขตการระบาดของยุคที่สองอาจจำกัดวงแคบและไม่ร้ายแรงเท่าในยุคที่หนึ่งก็ได้ ประเด็นที่น่าสนใจในที่นี้จึงได้แก่ การอธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลกระทบมาจากโรคภัยไข้เจ็บ, การจัดการของรัฐและสังคม, บทบาทองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยโบราณ เป็นต้น บางทีเราจะต้องไปถึงสภาพวิถีชีวิตของคนในสมัยใดก็ตาม ได้ดีอีกทางหนึ่งก็จากเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในยุคสมัยดังกล่าว

ในงานประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นทางวิชาการด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๔ ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตึกกรมสุขภาพจิต จัดโดยสำนักงานนโยบายและแผนงานสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นิธิ เอียวศรีวงศ์ ได้กล่าวถึงความสำคัญของประเด็นเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่มีต่อประวัติศาสตร์สังคมวัฒนธรรม ไว้ในหัวข้อ "สถานะขององค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย" ใจความสำคัญสรุปข้างท้ายตอนหนึ่งว่า :

“ที่ไม่พบในงานประวัติศาสตร์การแพทย์ที่ทำมาคือประวัติศาสตร์ของโรค เพราะการศึกษายากหรืออย่างไร คือหนึ่งพวกนักประวัติศาสตร์เองก็ศึกษาเรื่องนี้ไม่ได้ เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในทางการแพทย์ถึงมีหลักฐานก็วิเคราะห์ไม่เป็นเพราะไม่รู้อะไร แต่ว่าต้องมีใครก็แล้วแต่ที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ไปช่วยดูเรื่องประวัติศาสตร์ของโรคด้วย... เรื่องของโรคเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่คิดว่า จะช่วยให้แสงสว่างทางสติปัญญา (illuminate) แก่ประวัติศาสตร์การแพทย์ได้พอสมควร”
(นิธิ เอียวศรีวงศ์, ๒๕๔๕: ๓๔)

โรคภัยไข้เจ็บของชาวสยามสมัยอยุธยา-อยุธยา

น่าเสียดายว่าหลักฐานช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖ ที่ระบุเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่เน้นเฉพาะโรคที่มีการระบาดครั้งสำคัญ ทำให้ไม่ทราบรายละเอียดว่ามีโรคอะไรบ้าง และการแพทย์แผนโบราณที่มีบทบาทเช่น จีน, อินเดีย, เปอร์เซีย เป็นอย่างไร มีวิธีการรักษาโรคอย่างไรบ้าง ถึงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗ จึงได้ปรากฏการรวบรวมบันทึกทางประวัติศาสตร์ การแพทย์ที่เรียกว่า "ตำราพระโอสถพระนารายณ์" ขึ้นมา (ชยันต์ พิเชียรสุนทร แม้นมาส ชวลิต และวิเชียร จีรวงส์, ๒๕๔๔ : Brun, 2015: 115-132)

จากบันทึกของราชทูตลาอูแบร์ โรคที่คนไทยเป็นกันมาก ได้แก่ โรคป่วง, โรคบิด, โรคไข้จับสั่น, โรคปวดบวม, โรคหวัด, หอบ, ไข้ข้ออักเสบ, โรคบวมทุกชนิด, โรคปวดตามข้อ, อัมพาต, ลมบ้าหมู, วัณโรค, โรคไต, ฝีโพรงหนอง, ปวด, ไฟลามทุ่ง, โรคผิวหนัง, กามโรค, ฝีดาษ เป็นต้น (ลาอูแบร์, ๒๕๑๐: ๑๗๓-๑๗๔) นั่นคือรายการของโรคที่มีหมอรู้จักและสามารถรักษาได้ ยังมีโรคที่รักษาไม่หายขาด เช่น มะเร็ง หรืออย่างกรณีโรคไม่เป็นที่รู้จักและหมอก็ไม่รู้จะรักษาอย่างไร ก็จะนิยามโรคนั้นตามความเชื่อว่าเป็น "ผีเข้า" หมายถึง การเจ็บป่วยเพราะคุณไสยถูกคนมีวิชาอาคมทำให้ป่วย เป็นต้น (ลาอูแบร์, ๒๕๑๐: ๑๗๔-๑๗๕)

ใน "ตำราพระโอสถพระนารายณ์" กล่าวถึงโรคที่น่าจะเป็นกันมากในหมู่พระบรมวงศานุวงศ์และขุนนาง แบ่งเป็น ๕ ชนิด ได้แก่ ๑. โรคและอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการลงท้อง, เบื่ออาหาร, เจ็บในท้อง, ริดสีดวงทวาร, อาเจียน, ท้องขึ้น, ท้องพอง, พยาธิในลำไส้, ลมจุกเสียด เป็นต้น ๒. โรคและอาการที่เกี่ยวข้องกับเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ และประสาท เช่น อาการเส้นตึง, เส้นกล่อน, เส้นอัมพฤกษ์, อัมพาต, ตะคริวจับ, เมื่อยขบ เป็นต้น ๓. โรคและอาการของระบบการหายใจและโรคตา เช่น เป็นหวัด, คัดจมูก, ปวดศีรษะ, ปวดจมูก, ริดสีดวงจมูก, เลือดกำเดา, ปวดตา, ไอ, มองคลอ เป็นต้น ๔. โรคติดต่อ เช่น เป็นฝีแบบต่างๆ, เป็นแผลเปื่อย, เป็นหนอง, เป็นฝีในหู, กามโรค

(ซิฟิลิส), ไล่ด้วน, ไล่ลาม, จุกกระพวม, ม้ามย้อย (ไข้จับสั่น) เป็นต้น ๕. โรคและอาการไม่สบายอื่นๆ เช่น ไข้ต่างๆ ถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย ผอมร่วง บัสสาวะไม่ออกเป็นต้น (ชยันต์ พิเชียรสุนทร แม้นมาส ชวลิต และวิเชียร จีรวงส์, ๒๕๔๔: ๒๕)

นอกจากนี้ ตามที่กรมศิลปากรเคยรวบรวมข้อมูลและจัดทำหนังสือเกี่ยวกับบันทึกต่างชาติ ให้ข้อมูลว่า ความรู้การแพทย์โบราณของสยามและอุษาคเนย์นั้น ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ ๔ ชนิด คือ ดิน, น้ำ, ลม, ไฟ ซึ่งสามารถแบ่งแยกธาตุดังกล่าวได้เป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่สามารถมองเห็นได้ เช่น กระดูก, เนื้อหนัง, เลือด ฯลฯ และส่วนที่ไม่สามารถมองเห็นได้คือ ลม และไฟในร่างกาย สาเหตุความเจ็บป่วยของมนุษย์เกิดจากการแปรปรวนของธาตุที่เป็นองค์ประกอบของร่างกายมนุษย์ข้างต้น ดังนั้น การรักษาจึงออกมาในรูปการปรับสมดุลของร่างกายเพื่อให้ธาตุองค์ประกอบทั้งสี่กลับมาอยู่ในสภาวะปกติ เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ๔-๑๐ : ศิลปากร, ๒๕๕๖: ๑๓๗)

ความหมายของคำว่า "ท่า" ในวัฒนธรรมไทยสยาม

"โรคท่า" นับเป็นโรคภัยไข้เจ็บที่มีความสำคัญในประวัติศาสตร์ไทยก่อนสมัยใหม่ ถึงขั้นเป็นสาเหตุการล่มสลายกับการเกิดขึ้นของเมืองใหม่ "ท่า" เป็นคำโบราณใช้นิยามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปริมาณมากภายในระยะเวลาอันสั้น เช่น ภาษาไทยมีคำเรียกฝนที่ตกลงมามากว่า "ฝนท่า" หรือ "ท่าฝน" ในเอกสาร "จดหมายเหตุไทร จ.ศ. ๑๐๘๗-๑๒๑๗" ได้มีการกะปริมาณน้ำฝน เพื่อบอกถึงความมากน้อยในปริมาณน้ำที่ตกในแต่ละปี เช่น "ปีขาล จ.ศ. ๑๐๘๒ ฝน ๔๐๐ ท่า" "ปีเถาะ จ.ศ. ๑๐๘๗ ฝน ๑๐๐ ท่า" (ประมุขธนรักษ์, ๒๕๕๑: ๕-๖) ดังนั้นเป็นต้น แต่หากคำนี้นำมาใช้กับคนเป็นคำท่า มีความหมายในแง่ลบ เช่น สบถว่า "ท่าเอ๋ย" "ท่าเหว" "ท่ากิน" หรือใช้ต่อว่าอย่างรุนแรง เช่น "ไอ้ท่า" "ไอ้ท่า" "ท่าจิก" เป็นคำหยาบคาย ผสมกับชื่อสัตว์อวมงคลก็ยิ่งเลวร้ายหนัก เช่น "ท่าเหี้ย" และยังปรากฏใช้กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น "ผีท่า" เป็นต้น

ถือตามหลักข้อนี้ "โรคห่า" ก็คือ โรคที่มีผู้ป่วยถึงล้มตายเป็นจำนวนมากในคราวเดียวกัน โรคอะไรที่ทำให้คนตายมาก ก็เข้าข่ายเป็น "โรคห่า" ได้ทั้งนั้น เป็นนิยามศัพท์ทั่วไปสำหรับโรคระบาดในสมัยก่อน ไม่ใช่ชื่อเฉพาะของโรค เช่น อหิวาตกโรค วัณโรค หวัด ฯลฯ โรคเหล่านี้ถ้าเป็นแล้วคนตายมากในคราวเดียวกัน ก็ถือเป็น "โรคห่า" ได้ทั้งนั้น (สุจิตต์ วงษ์เทศ, ๒๕๔๔: ๑๓-๑๔) รวมถึงสถานการณ์บ้านเมืองที่เลวร้าย ผู้คนรบราฆ่าฟันกันล้มตายเป็นจำนวนมาก ก็ถือเป็น "ห่า" อย่างหนึ่ง เพราะ "ห่า" ถูกให้ความหมายสัมพันธ์กับการล่มสลายของบ้านเมือง ที่ไม่อาจอธิบายว่าเป็นสภาวะปกติของบ้านเมือง ดังสำนวน "ห่าอะไรไม่รู้"

สมัยรัตนโกสินทร์เมื่อครั้งที่อหิวาตกโรคระบาดหนัก พ.ศ. ๒๓๖๓-๒๓๖๔ (ตรงกับสมัยรัชกาลที่ ๒) อหิวาตกโรคก็เรียกว่า "โรคห่า" ก่อนหน้านั้นบันทึกกาลูแบร์กล่าวว่า โรคห่าคือฝีดาษหรือไข้ทรพิษ (ลาลูแบร์, ๒๕๑๐: ๑๗๘) ภายหลังจากการระบาดของอหิวาตกโรค กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ (รัชกาลที่ ๓ ในเวลาต่อมา) ได้พยายามสอบถามวิธีการรักษาไข้ทรพิษและอหิวาตกโรค จากแพทย์ในคณะทูตของอังกฤษ เมื่อ พ.ศ. ๒๓๖๕ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, ๒๕๕๐: ๒๕-๒๖) นั้นเป็นร่องรอยของความรู้จากอดีตสมัยจารีต ที่นิยามโรคระบาด อย่างเช่น อหิวาตกโรค และไข้ทรพิษ ว่า "โรคห่า"

แต่หากเราจะมองว่ามันเป็นโรคภัยไข้เจ็บชนิดหนึ่งแล้วไซ้ร้ ปัญหาที่ค้างคาใจสำหรับผู้ที่อ่านประวัติศาสตร์สมัยอยุธยา ก็คงหลีกเลี่ยงไม่พ้น "โรคห่า" ที่เกิดขึ้นในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ นั้น คือโรคอะไร? ถึงได้ร้ายแรงขนาดต้องตั้งถิ่นฐานบ้านช่องชุมชนเดิมจากริมฝั่งแม่น้ำป่าสักมาที่เชิงตรงข้ามแนวรอยต่อระหว่างแม่น้ำเจ้าพระยากับแม่น้ำลพบุรี สมเด็จพระนเรศวรมหาราชทรงราชานุภาพใน พระนิพนธ์เรื่อง "นิทานโบราณคดี" ซึ่งเป็นขึ้นเดียวกับที่ทรงมีพระวินิจฉัยว่า สมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ทรงย้ายมาจากเมืองอุททอง และโรคห่าที่ต้องพาดคนหนีนานั้น ทรงเห็นว่าเป็นอหิวาตกโรค บรรดาผู้มีในแถบพื้นเมืองอุษาคเนย์ (ดำรงราชานุภาพ, ๒๕๔๔: ๖๖๗)

แต่เมื่อมีหลักฐานทางโบราณคดีที่ทำให้ทราบ ว่า สมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ มิได้ย้ายมาจากเมืองอุททอง หากมาจากอยุธยาเดิม ที่ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำป่าสักเก่า และอหิวาตกโรคก็ขาดความน่าจะเป็น สำหรับการอพยพย้ายผู้คนหลบหนี ปล่อยให้ชุมชนเดิมรกร้างว่างเปล่าไปสักระยะหนึ่ง แล้วถึงค่อยเข้ามาฟื้นฟูบูรณะขึ้นใหม่ถึงเมื่ออหิวาตกโรคหรือ "โรคท้องร่วง" นั้น จะเป็นโรคติดต่อผ่านทางอาหารและน้ำ ทำให้เข้าข่ายเป็นโรคระบาดได้ แต่อหิวาตกโรคไม่ทำให้เนื้อตัวผิวหนังผู้ป่วยเกิดแผลอักเสบเรื้อรัง และการไม่แตะต้องศพ ยังคงเป็นปริศนาของโรคห่าสมัยนั้นอยู่ อหิวาตกโรคระบาดมากในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ โดยที่สยามยังมิได้มีความรู้สมัยใหม่ในการจัดการกับโรคดังกล่าวมากนัก ปรากฏการจัดการตามความเชื่อเช่นนำเอาปืนใหญ่มายิงขับไล่ผี ด้วยเชื่อว่าสาเหตุของโรคนั้นเกิดจากผี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๓๕: ๒๒-๒๔)

การไม่ทำพิธีศพในทางวัฒนธรรมคือการไม่เผาผี เป็นเรื่องไม่ดีไม่งาม ญาติผู้ล่วงลับหากไม่มีความจำเป็นก็มักไม่ปฏิบัติกัน เว้นแต่มีเค้นต่อกันอย่างมาก จึงไม่ขอร่วมพิธีศพที่ถือเสมือนหนึ่งให้อภัยหรืออโหสิแก่ผู้ล่วงลับ และหากศพไม่ได้ทำพิธีทางศาสนา ตามความเชื่อผู้ล่วงลับก็ไม่อาจไปสู่ชาติภพใหม่ได้ เป็นมาตรการลงโทษหรือชำระเค้นต่อกัน แต่เมื่อไม่มีเหตุอย่างนั้นเข้ามาเกี่ยวข้อง ก็ไม่น่าที่จะไม่ทำพิธีให้แก่ผู้ล่วงลับ แต่แม้ศพเจ้าแก้วเจ้าไท โอรสสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ก็ยังต้องฝังทิ้งไว้ที่ ภายหลังจึงทำพิธีศพให้สมเด็จพระเกียรติ แล้วสถาปนาวัดป่าแก้วขึ้นที่บริเวณฝั่งพระศพนั้น (ศิลปากร, ๒๕๐๗: ๓)

หากเป็นอหิวาตกโรค ก็ไม่น่าจะต้องปฏิบัติต่อผู้ตายอย่างนั้น สาเหตุการไม่ทำพิธีศพดังกล่าว จึงไม่น่าจะมาจากเหตุผลทางวัฒนธรรม หากแต่เป็นไปได้ว่าจะเป็นเพราะลักษณะของโรคที่เป็นสาเหตุการตายนั่นเสียมากกว่า โรคที่ห้ามไม่ให้แตะเนื้อต้องตัวผู้ป่วยเพราะจะเป็นเหตุให้เกิดการแพร่เชื้อโรคและเป็นโรคที่ทำให้ผู้คนล้มป่วยตายเป็นจำนวนมากภายในระยะเวลาอันสั้น ยังน่าสงสัยและมีความเป็นไปได้ว่าจะเป็นโรคอื่น

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๔

ซึ่งในช่วงสมัยคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔ จากประวัติศาสตร์ของตะวันตกและจีนมีอยู่โรคหนึ่งที่แพร่ระบาดหนักอยู่ในยุคนั้น คือ "กาฬโรค" (แปลตรงตัวมาจาก Black Death)

"โรคห่า" ในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ กับการสถาปนากรุงศรีอยุธยา

ประเด็นที่เคยมีผู้เสนอว่าโรคห่าในสมัยนั้นคือ "อหิวาตกโรค" ในเบื้องต้นเป็นข้อสรุปที่ไม่ได้มาจากการพิจารณาในขอบเขตสากล แต่หากเราพิจารณาโยธยาอยุธยา ในฐานะนครอันเป็นส่วนหนึ่งของโลกสากลร่วมสมัยนั้นแล้ว จะเห็นได้ว่า โลกในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔ กำลังเผชิญโรคระบาดที่ลุกลามไปทั่วทั้งในยุโรป ตะวันออกกลาง และจีน ก็คือ "กาฬโรค" และโยธยาก็มีการค้ากับจีนรุ่งเรืองมาก ดังปรากฏในตำนานพระนางสร้อยดอกหมาก-เจ้าชายแสนน้ำผึ้ง (ศิลปากร, ๒๕๐๔: ๓๖๖-๓๗๒) และพระราชพงศาวดารที่กล่าวถึงการเดินทางไปศึกษาศิลปวิทยาการจากเมืองจีนของเจ้านครอินทร์ยุพราชแสนสุพรรณภูมิ เมื่อกลับมาสุพรรณบุรีไม่นานก็ปราบดาภิเษกขึ้นครองราชย์ที่โยธยา เป็นต้น (ศิลปากร, ๒๕๐๗: ๙)

จุดเริ่มต้นแพร่ระบาดของกาฬโรค อยู่ที่ดินแดนรอยต่อระหว่างยุโรปกับเอเชีย ซึ่งติดต่อไปมาหาสู่กันผ่านเส้นทางสายไหม จากนั้นก็แพร่ไปยังยุโรปและจีน โดยมีหนูเป็นพาหนะนำโรค แพร่จากสัตว์สู่สัตว์ จากสัตว์สู่คน และจากคนสู่คนในที่สุด หนูจะมีหมัดคอยกัดกินผิวหนังกระจายเชื้อแบคทีเรีย เมื่อหนูตาย ตัวหมัดเชื้อโรคก็จะกระโดดไปเกาะผิวหนังสัตว์อื่นรวมถึงคนด้วย และเมื่อคนติดเชื้อ ก็จะเป็นสาเหตุให้เชื้อโรคแพร่อย่างรวดเร็ว เพราะสามารถติดต่อส่งผ่านเชื้อโรคจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง โดยทางอากาศและลมหายใจได้ด้วย เมื่อผู้ป่วยตายการเข้าใกล้หรือแตะต้องศพยังทำให้ติดเชื้อจากคนตายได้ จึงเป็นเหตุให้ล้มป่วยและเสียชีวิตกันเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว (สุจิตต์ วงษ์เทศ, ๒๕๔๔: ๑๓-๑๔)

เมื่อไม่มียารักษาได้ทันทั่วทั้ง การทิ้งถิ่นฐานชุมชนไปอยู่ที่อื่น จึงเป็นทางออกที่สามารถนำไปใช้ได้ ในยามคับขันปัจจุบันทันด่วน สมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ก็เลือกข้ามมาอยู่อีกฟากหนึ่งของแม่น้ำ พระตำหนักเวียงเหล็กหรือพื้นที่วัดพุทไธศวรรย์ อยู่เยื้องถัดไปจากบริเวณแหลมบางกะจะ ระหว่างนั้นก็ทรงคอยระแวดระวังสถานการณ์การระบาดของโรคอยู่ กับแสวงหาที่ตั้งศูนย์กลางแห่งใหม่ จึงได้เลือกสถานที่ตรงตำบลหนองโสนเป็นที่ตั้งของศูนย์กลางชุมชนเมืองแห่งใหม่ (ศิลปากร, ๒๕๐๔: ๓๔๘-๓๔๙)

เอกสารประเภทตำนาน "พงศาวดารเหนือ" เล่าว่า ทรงให้อำมาตย์ผู้หนึ่งออกไปเสาะหาที่ชัยภูมิเป็นเวลา ๑๕ วัน อำมาตย์ผู้นั้นจึงกลับมาทูลรายงานว่า บริเวณหนองโสนมีความเหมาะสม (ศิลปากร, ๒๕๐๔: ๓๔๒) ทั้งที่น่าจะทรงรู้จักบริเวณนี้เป็นอย่างดี เพราะมีกลุ่มโบราณสถานในบริเวณนี้ ที่มีอายุการสร้างมาตั้งแต่ก่อนรัชสมัยพระเจ้ารามาธิบดีอยู่หลายแห่ง เช่น วัดมงคลบพิตร ที่พระเจ้าแสนน้ำผึ้งทรงให้สร้างขึ้น , วัดธรรมิกราช ที่พระเจ้าธรรมิกราชทรงสร้างอุทิศถวายแด่พระเจ้าแสนน้ำผึ้ง พระราชบิดาของพระองค์, วัดสวนหลวงสพสวรรค์ พระเจ้าสินธพอมรินทร์ (พระยาแกรก) สร้างขึ้นในสถานที่ถวายเพลิงศพพระยาโคตรบอง, วัดกุฎีทอง พระเจ้าสินธพอมรินทร์ทรงสร้างขึ้น ไม่ปรากฏเหตุผลที่ทรงสร้างแน่ชัด, วัดแม่นางปลื้ม ซึ่งแม้จะไม่ทราบประวัติการสร้างที่แน่นอน แต่ภายในวัดมีเจดีย์ใหญ่สิ่งล้อม ศิลปะแบบเดียวกับเจดีย์ประธานวัดธรรมิกราช เป็นต้น

ถึงแม้จะอยู่ไม่ไกลเท่าไรเลย จากวัดพุทไธศวรรย์ และเป็นบริเวณที่รู้จักเป็นอย่างดีอยู่แล้วก็ตาม แต่เหตุที่ต้องสำรวจตรวจตราอยู่ถึง ๑๕ วัน จึงมาเข้าเฝ้าถวายรายงานนั้น (ศิลปากร, ๒๕๐๔: ๓๔๒) ก็อาจจะเป็นเพราะเป็นไปได้ว่าเป็นการสำรวจตรวจตราที่มีวัตถุประสงค์เพื่อความแน่ชัดว่า บริเวณดังกล่าวนี้ปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรคภัยแล้วหรือยังนั่นเอง การเปลี่ยนย้ายจากเส้นทางแม่น้ำป่าสักและขุดคูขื่อน้ำคั่นระหว่างชุมชนใหม่กับชุมชนเก่า มาเป็นการยึดกุม

พื้นที่ชัยภูมิของแม่น้ำเจ้าพระยาและบริเวณปลายน้ำของแม่น้ำลพบุรี เป็นเหตุให้นักประวัติศาสตร์รุ่นก่อนมองเชื่อมโยงถึงสาเหตุของโรคห่าสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ว่าน่าจะโรคที่มีสาเหตุเกิดจากน้ำ แต่การยึดกุมพื้นที่ชัยภูมิดังกล่าวยังมีความเป็นไปได้อีกทางว่า น่าจะเกี่ยวข้องกับการกุ่มเส้นทางการค้าภายในที่อยุธยา มีต่อสุพรรณบุรีและลพบุรี (Kasetsiri, 1992: 75-79)

สำหรับการค้ากับจีน แม้อโยธยาจะไม่ได้ตั้งอยู่ในเส้นทางสายไหม (ที่เชื่อมยุโรปกับเอเชียเข้าด้วยกัน) แต่ระบบการค้าของยุคเส้นทางสายไหม ก็ส่งผลต่อการขยายตัวของการค้าในภูมิภาคอื่นที่สัมพันธ์กันด้วย สินค้าจากจีนที่ไปสู่ยุโรป จึงมีสินค้าจากภูมิภาคอื่น เช่น จากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นต้น (Kasetsiri, 1992: 75-79) ระหว่างยุโรปกับจีนนั้น รัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ยังไม่ปรากฏการเข้ามาของชาวยุโรป โปรตุเกสที่มาเป็นชาติแรกก็ในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๒ (เป็นรัชกาลที่ ๑๐ กรณีที่นับสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ เป็นรัชกาลที่ ๑ แห่งกรุงศรีอยุธยา) ยุโรปจึงไม่ใช่ภูมิภาคที่ส่งกาฬโรคมาให้กับอโยธยา

แต่กับจีนนั้น นับเป็นชาวต่างชาติภาษา ที่มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับอโยธยามาเนิ่นนาน และอโยธยาก็ดำเนินความสัมพันธ์กับจีนในรูปการค้าบรรณาการ (จิ้มก้อง) ๓ ปีต่อ ๑ ครั้ง การค้ากับจีนเมื่อนำพาความมั่งคั่งรุ่งเรืองมาให้กับอโยธยาอย่างมาก (สุจิตต์ วงษ์เทศ, ๒๕๔๔: ๙๓-๑๐๒) แต่การติดต่อกันในช่วงที่จีนกำลังมีโรคระบาดอยู่นั้น ก่อความเสียหายให้กับอโยธยาด้วยเช่นกัน เป็นไปได้อย่างมากว่า ในเรือสำเภาที่มาจากจีน นอกจากจะบรรทุกสินค้าแล้ว ยังพกพาพวกหนูๆ ที่มีหมัดเชื้อโรคร้าย มายังอโยธยาด้วยการค้าบรรณาการมักกระทำทุกๆ ๓ ปี เมื่อจีนมีโรคระบาดถึงขั้นที่คณะทูตกับพ่อค้าจะเป็นผู้นำเชื้อโรคมารัฐพระนครด้วย และเหตุที่บ้านเรือนราษฎร วัดวาอาราม และพระราชวัง ตั้งอยู่ใกล้ชิดติดกัน ผู้คนเดินไปมาหาสู่อยู่ตลอด จึงทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายลุกลามไปอย่างรวดเร็ว

กาฬโรคส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยสยามอยู่หลายประการ นอกจากการย้ายศูนย์กลางที่ตั้งเมือง และทางด้านภาษาที่มีคำว่า "ห่า" ดังที่กล่าวข้างต้นนี้แล้ว ยังส่งผลโดยตรงต่อสภาพทางศาสนาและวัฒนธรรม กล่าวคือ สมัยนั้นยังไม่มีความรู้เรื่อง "เชื้อโรค" (ทวิศักดิ์ เผือกสม, ๒๕๕๐: ๑๙-๒๕) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนคนล้มตายเป็นจำนวนมาก นักปราชญ์ปัญญาชนก็จะอธิบายตามคติความเชื่อทางศาสนา ว่าโรคร้ายนั้นเป็นผลมาจาก "กรรม" ทั้งกรรมของบุคคล กรรมของผู้ปกครอง และกรรมของบ้านเมือง จึงเกิดประเพณีแก้กรรมอันเป็นฐานหลักให้กับวัฒนธรรมอยุธยาในเวลาต่อมา ได้แก่ ประเพณีการทำบุญ สร้างวัด สร้างเจดีย์ หล่อพระพุทธรูป อุทิศกุศล ผลบุญแก่ผู้ล่วงลับและผู้ที่ยังอยู่

นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานสาหัสร้ายแรงของโรคภัยไข้เจ็บ ยังทำให้อาณาประชาราษฎร์ระลึกนึกถึงหลักปัญจอนัตตาของพุทธศาสนา ที่ว่าด้วยยุคแห่งความเสื่อม สิ่งที่เกิดขึ้นล้วนถูกมองว่าเป็นไปสอดคล้องกับ "กลียุค" หรือ "ยุคเชียว" ที่ปรากฏในหลักคำสอนดังกล่าว การสถาปนาพระนครขึ้นใหม่ นอกจากเพื่อแก้ไขสถานการณ์การระบาดของโรคร้ายโดยตรงแล้ว ยังมีความหมายเพื่อเสริมสร้างกำลังใจแก่อาณาประชาราษฎร์ว่า บ้านเมืองได้ผ่านพ้นกลียุคเข้าสู่ยุคใหม่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จริงอยู่ว่าประเพณีและหลักคำสอนดังกล่าวสามารถกระทำและเชื่อถือกันด้วยเหตุผลอื่นที่ไม่จำเป็นต้องเป็นผลมาจากโรคระบาด แต่เมื่อลองพิจารณาว่าสำหรับผู้คนพลเมืองที่ล้วนมีญาติมิตร มีบรรพชนที่ต่างล่วงลับไปในช่วงเวลาไม่นาน เพราะโรคระบาด ประเพณีและคำสอนนี้จะมีความสำคัญต่อคนในสังคมมากเพียงใด นับเป็นสาเหตุแรกๆ ที่ทำให้พระนครศรีอยุธยาเป็นเมืองที่เต็มไปด้วยวัดวาอารามนับร้อย

"ไข้ทรพิษ" ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ กับ การปฏิรูประบบการเมืองการปกครอง

"พระราชพงศาวดารกรุงศรีอยุธยาฉบับหลวง ประเสริฐ อักษรนิวัติ" กล่าวถึงเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในสมัยรัชกาลสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ เมื่อ พ.ศ. ๑๙๙๗

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ว่า "คักราช ๘๑๖ จอศก (พ.ศ. ๑๙๙๗) ครั้งนั้นคนทั้งปวงเกิดทรพิษตายมากนัก" (โหราธิบดี, ๒๕๔๔: ๑๖) พระราชพงศาวดารฉบับอื่นๆ ก็กล่าวตรงกัน เพียงแต่คักราชมีความคลาดเคลื่อน จาก พ.ศ. ๑๙๙๗ (ตามพระราชพงศาวดารฉบับหลวงประเสริฐฯ) เป็น พ.ศ. ๑๙๙๓ (ตามพระราชพงศาวดารฉบับพันจันทนุมาศ) แต่พระราชพงศาวดารฉบับหลวงประเสริฐฯ ถือเป็นฉบับเก่าไม่ได้ถูกชำระในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ จึงเป็นที่เชื่อถือกันว่าให้เลขคักราชที่แม่นยำกว่าฉบับอื่นๆ

ยิ่งเมื่อเทียบกับหลักฐานชิ้นต่อไปที่จะใช้ในที่นี้ด้วย อาทิเช่น "พระไอยการตำแหน่งนาพลเรือน" ในกฎหมายตามสามดวง ตัวบทระบุคักราชไว้ที่ พ.ศ. ๑๙๙๘ (คิลปากร, ๒๕๒๖: ๒๖๒-๒๖๔) ตรงเหตุการณ์ที่จะกล่าวสืบเนื่องกัน ดังนั้น ปีเกิดเหตุการณ์ใช้ทรพิษระบาด จึงน่าจะเป็น พ.ศ. ๑๙๙๗ ห่างจากปีที่มีโรคทำระบาดสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ เป็นระยะเวลากว่า ๑๐๔ ปี มีข้อน่าสงสัยเกิดอยู่ ๒ ประการเกี่ยวกับใช้ทรพิษในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ

ประการแรก ใช้ทรพิษแม้คนจะล้มตายมากแต่คงไม่ร้ายแรงเหมือนอย่างโรคทำในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ เพราะจากพระราชพงศาวดารฉบับหลวงประเสริฐฯ กล่าวว่า ปีต่อมา (พ.ศ. ๑๙๙๘) สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถทรงส่งกองทัพไปตีมะละกา และอีกปีถัดมา (พ.ศ. ๑๙๙๙) ก็ยังส่งกองทัพไปตี "เมืองลิสมบิน" (ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าหมายถึงที่ใด) ถึงกับเสด็จไปตั้งทัพหลวงเป็นกองหนุนเพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ไพร่พลอีก (โหราธิบดี, ๒๕๔๔: ๑๖) ถึง พ.ศ. ๒๐๐๐ จึงได้เกิดภาวะข้าวยากหมากแพง เกิดวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ก็ไม่น่าจะเป็นผลจากใช้ทรพิษ เพราะห่างจากระยะเวลาระบาดไปแล้ว ถ้าเป็นโรคทำฝัศพอไว้ เวลา ๓ ปี ถือว่าเป็นช่วงระยะปลอดภัยจากการระบาดของโรค จึงขุดศพมาทำพิธีฌาปนกิจได้เป็นที่เรียบร้อย

ประการที่สอง โรคทำในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ นำไปสู่การย้ายที่ตั้งศูนย์กลางอำนาจของเมือง จากริมฝั่งแม่น้ำป่าสัก มายังริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา เยื้องจุดบรรจบกับแม่น้ำลพบุรี (คือบริเวณที่เรียกใน

ท้องถิ่นพระนครหรืออยุธยาว่า "หัวแหลม" และหนองโสน) ขณะที่ใช้ทรพิษในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถถึงแม้จะไม่ถึงกับย้ายเมือง แต่ก็ปรากฏการจัดการผ่านการจัดองค์กรที่เรียกว่า "ทำเนียบคักดินา" คือมีการจัดตั้งหน่วยงานราชการที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาโรคให้แก่ชาวเมือง

นั่นหมายความว่าประเด็นเรื่องการแพทย์ได้ขยับกลายเป็นภารกิจของรัฐคักดินาอยุธยา นับเป็นภารกิจในแบบรัฐทางโลกย์ (Secular state) ควบคู่กับการเป็นรัฐทางจิตวิญญาณ (Sacred state) บทบาทหน้าที่ทางด้านศาสนาและคติความเชื่อที่ถือว่ารัฐจะต้องมีบทบาทหน้าที่อำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้ผู้คนพลเมืองบรรลุจุดหมายปลายทางตามอุดมคติของศาสนา ยังคงมีความสำคัญและเป็นความชอบธรรมของรัฐและระบบมูลนาย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งอิทธิพลพุทธศาสนาแบบมหายาน ที่มีผลต่อสถาบันกษัตริย์ ปวราณาพระองค์เป็น "พุทธราชา" หรือ "พระโพธิสัตว์" อีกทั้งเนื่องจากรัฐยังต้องการแรงงานไพร่ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง อันจะเป็นประโยชน์ต่อรัฐให้เกิดความเข้มแข็งทั้งทางการทหารและการสร้างสถาปัตยกรรมตามความเชื่อ รัฐจึงได้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ทางการแพทย์ เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะได้สมาชิกพลเมืองที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

กล่าวคือ ใน พ.ศ. ๑๙๙๘ เพียง ๑ ปี หลังการแพร่ระบาดของใช้ทรพิษ ได้ปรากฏหลักฐานตาม "กฎหมายตราสามดวง" ว่ามีการจัดตั้งหน่วยงานรัฐขึ้นในทำเนียบคักดินา ข้าราชการฝ่ายทหารและพลเรือนขึ้นมากกว่า ๗ หน่วยงาน คือ กรมแพทยา, กรมหมอกุมาร, กรมหมอนวด, กรมหมอยาตา, กรมหมอวรรณโรค, โรงพระโอสถ เป็นต้น (คิลปากร, ๒๕๒๖: ๒๖๒-๒๖๔) แต่ละหน่วยข้างต้นมีรายละเอียดพอจะกล่าวสรุปได้ดังนี้

(1) กรมแพทยา มีขุนนางตำแหน่งพระศรีมโหสถราช แพทยาธิบดี องค์กรค์ เป็นผู้บังคับบัญชาแบ่งเป็น ๒ ฝ่าย ๒ บุคคล คือ เจ้ากรมแพทยาหน้าฝ่ายทหาร กับ เจ้ากรมแพทยาหลังฝ่ายพลเรือนมีหน้าที่

รับผิดชอบดูแลด้านการแพทย์ทั่วไป มีหัวหน้าแต่ละฝ่ายรับผิดชอบ คือ ฝ่ายปลัดทูลฉลองและปลัดนั่งศาล แบ่งย่อยออกเป็น ปลัดทูลฉลอง ฝ่ายทหาร ตำแหน่งขุนราชแพทยา ดูแลส่วนกลาง, ปลัดนั่งศาล ฝ่ายพลเรือน ตำแหน่งขุนพรหมเกวี่ ดูแลส่วนท้องถิ่น, ปลัดทูลฉลอง ฝ่ายพลเรือน ตำแหน่งขุนรัตนแพทย ดูแลส่วนกลาง, ปลัดนั่งศาล ฝ่ายพลเรือน ตำแหน่งขุนพรหมเกวี่ ดูแลส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีตำแหน่ง "พัน" ซึ่งเป็นผู้ช่วยหมอหรือเป็นพยาบาลอีกต่อหนึ่งด้วย

(2) กรมหมอยา แบ่งเป็น ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายขวามีเจ้ากรมหมอยา ตำแหน่งออกพระทิพจักร กับ ฝ่ายซ้ายมีเจ้ากรมหมอยา ตำแหน่งออกพระสิทธิสาร ในกรมหมอยาทั้งฝ่ายขวาและฝ่ายซ้ายยังมีปลัด พัน หัวหน้า และพันพนักงาน อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้จัดยา เติรียมา ต้มยา และแสวงหาเครื่องสมุนไพร เติรียมไว้ให้พร้อมสรรพ

(3) กรมหมอกุมาร หมอในกรมนี้มีราชทินนามว่า ขุนกุมารเพชร, ขุนกุมารแพทย์, ขุนกุมารประสิทธิ และขุนกุมารประเสริฐ เป็นต้น มีหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะโรคเด็ก เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่รักษาดูแลผู้ป่วยที่เป็นเด็กเท่านั้น แบ่งเป็นหน่วยย่อยๆ อาจเป็นตำแหน่งหมอรับผิดชอบเฉพาะโรค

(4) กรมหมอนวด เป็นกรมใหญ่ เจ้ากรมและปลัดกรม มีศักดิ์นามมากกว่ากรมอื่นๆ โดยเจ้ากรมหมอนวด ตำแหน่งออกหลวงราชรักษา มีศักดิ์นา ๑,๖๐๐ เท่ากับหมอลหลวงและถือเป็นหมอลหลวงที่ทำงานราษฎรไปในขณะเดียวกันด้วย (สังเกตราชทินนาม) ขณะที่กรมอื่นๆ ส่วนใหญ่มีศักดิ์นาอยู่ที่ ๔๐๐ ซึ่งน่าจะเป็นเพราะการรักษาด้วยวิธีนวด เป็นรูปแบบวิธีการรักษาที่สำคัญเป็นที่นิยม เพราะอยุธยาเป็นสังคมใช้แรงงานความเหนียวล้าและปวดเมื่อยตามร่างกายย่อมมีมากเป็นธรรมดา เจ้ากรมหมอนวดมีตำแหน่งเป็นหลวงรักษาแบ่งการบริหารเป็นปลัดกรมหมอนวดฝ่ายขวา คือ หมอนวดฝ่ายชาย มีขุนนักตึงค์เป็นปลัดกรมหมอนวดฝ่ายขวา และมีเจ้ากรมหมอนวดฝ่ายซ้าย คือ หมอนวดฝ่ายหญิง มีหลวงราโช เป็นหัวหน้า และขุนองครักษ์ เป็นปลัดเจ้ากรม

(5) กรมหมอยาตา รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคตา มีเจ้ากรมซ้ายขวาเป็นหัวหน้า ตำแหน่งขุนราชเนตร เป็นเจ้ากรมหมอยาตาฝ่ายขวา ขุนทิพเนตร เป็นเจ้ากรมหมอยาตาฝ่ายซ้าย นอกจากนี้ยังมีตำแหน่งรองๆ ลงมา ได้แก่ ขุน, หมื่น, พัน ดูแลรับผิดชอบในแต่ละลำดับ

(6) กรมหมอวรรณโรค รับผิดชอบเกี่ยวกับการรักษาบาดแผลชนิดต่างๆ ที่ปรากฏบนผิวหนังร่างกาย มีหลวงสิทธิแพทย์เป็นเจ้ากรม ขุนมหาแพทย์เป็นปลัดกรมฝ่ายขวา ขุนสาระแพทย์เป็นปลัดกรมฝ่ายซ้าย ตำแหน่งรองลงมา ได้แก่ ขุนไชยแพทย์ และตำแหน่งขุน หมื่น และพัน ตามลำดับ

(7) โรงพระโอสถ มีออกญาแพทย์พงษาวชิรสุทธาธิบดี เป็นผู้กำกับดูแล โรงพระโอสถเป็นหน่วยงานที่เก็บรักษาดูแลและเสาะแสวงหาสมุนไพรชนิดต่างๆ จึงเป็นอีกกลุ่มชนนอกเหนือจากกลุ่มพ่อค้าชาวจีน ที่มีสิทธิพิเศษในการเดินทาง เพื่อเสาะแสวงหาสมุนไพรมาไว้สำหรับใช้ไม่ให้ขาด เปรียบเหมือนเป็นคลังยาให้กับกรุง อีกทั้งยังมีหน้าที่ประสานงานกับกรมอื่นๆ ที่สืบหาบทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ประสานงานกับหมอหลวง, หมอพระและหรือบาทหลวง, และหมอเคลยศักดิ์ที่มีอยู่ทั่วราชอาณาจักร (ศิลาจารึก, ๒๕๑๖: ๒๖๒-๒๖๔)

ส่วนหมอลหลวง ตาม "พระไอยการตำแหน่งนาพลเรือน" หมอลหลวงหรือแพทย์ของราชสำนัก มีราชทินนาม พระศรีมโหสถราชแพทยธิบติศรีเครื่องจักรกั บางท่านควบตำแหน่งเป็นเจ้ากรมแพทยหน้าด้วย มีศักดิ์นา ๑,๖๐๐ การแพทย์แผนที่ได้ได้รับความเชื่อถือและถือเป็นสังกัดของหมอลหลวง เดิมที่ได้แก่ การแพทย์แผนจีน ภายหลังเมื่อชาติตะวันตกเข้ามาค้าขาย ในเรือสินค้าก็มีหมอเดินทางมาด้วย และหมอที่มาในเรือสินค้าตะวันตกเช่น โปรตุเกส, ดัตช์, อังกฤษ, ฝรั่งเศส ก็มักจะได้รับเชิญเข้าสู่ราชสำนัก ควบคู่กับที่บาทหลวงที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนา ก็มักทำหน้าที่หมอรักษาคนไข้ไปด้วย (Pombejra, 1992: 25-43)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

สำหรับแพทย์แผนพื้นเมือง วิธีการรักษาที่พื้นฐานที่สุดนั้น ลาลูแบร์เล่าว่า "ในกรุงสยามนั้น ถ้าใครป่วยไข้ลง ก็จะเริ่มทำให้เส้นสายยึดโดยให้ผู้เชี่ยวชาญในทางนี้ ขึ้นไปบนร่างกายของคนไข้ และใช้เท้าเหยียบๆ กล่าวกันว่า หญิงมีครรภ์มักจะทำให้เด็กเหยียบ เพื่อให้คลอดบุตรง่าย" (ลาลูแบร์, ๒๕๑๐: ๑๗๔-๑๗๕) ที่มาของยานอกจากได้จากการเสาะแสวงหาด้วยตนเองของโรงพระโสมงแล้ว ยังมีผู้รวบรวมเอาามาขายยังสถานที่เรียกว่า "ตลาดป่ายา" ปรากฏหลักฐานตามเอกสาร "คำให้การขุนหลวงวัดประดู่ทรงธรรม: เอกสารจากหอหลวง" ระบุว่า "มีร้านขายเครื่องเทศเครื่องไทย ครอบสรรพคุณยาทุกสิ่ง ชื่อตลาดป่ายา" (ศิลปากร, ๒๕๕๕: ๒๐) นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ว่า ยาซึ่งเป็นพืชสมุนไพร จะสามารถซื้อหาได้จากตลาดทั่วไปทั้งตลาดบกและตลาดน้ำที่มีอยู่รายรอบเมืองพระนครศรีอยุธยา

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖ อันเป็นช่วงที่การแพทย์แผนตะวันตกยังไม่เข้ามามีบทบาทมากนัก ความรู้ทางการแพทย์แบ่งออกเป็น ๒ สาขา คือ "แพทย์แผนพื้นเมือง" กับ "แพทย์แผนจีน" ถึงจะเป็นยุคที่การแพทย์แผนตะวันตก ยังไม่มีบทบาทเท่าคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗ และหลังจากนั้นเรื่อยมา ก็ไม่อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการแพทย์แผนพื้นเมืองที่ได้รับการยกย่องเป็น "การแพทย์แผนไทย" ในภายหลังนั้น เป็นแนวคิดที่มีแพร่หลายในดินแดนอุษาคเนย์อื่นๆ ด้วย เพราะเป็นการแพทย์ที่ได้รับอิทธิพลความรู้ในเรื่องธาตุทั้งสี่ของกรีกโบราณ ส่งผ่านมายังอุษาคเนย์โดยมีชาวมุสลิมและอินเดีย เป็นผู้นำเข้า (Reid, 1988: 52-53)

เนื่องจากเป็นสังคมที่มีการใช้แรงงานเป็นอันมาก ความเจ็บป่วยที่มีในชีวิตประจำวันของไพร่ จึงน่าจะ ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย การรักษาด้วยวิธีการนวดเป็นที่นิยม เพราะเป็นวิธีการรักษาที่เรียบง่ายและสะดวกที่สุด เมื่อเทียบกับวิธีการใช้ยารักษา อีกทั้งความรู้เรื่องยา ถึงแม้จะเป็นพืชสมุนไพรที่สามารถ

หาได้ง่ายในท้องถิ่น แต่ความจำกัดขององค์ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร การจำแนกประเภทพืชว่า พืชชนิดไหนเป็นยาสมุนไพร ใช้รักษาอะไรได้บ้าง เป็นความรู้ที่ไม่มีการถ่ายทอดอย่างเป็นสาธารณะ หากแต่จำกัดการถ่ายทอดเฉพาะในวงตระกูล สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ อิทธิพลของคนเป็นหมอ

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๑๖ สังคมอยุธยาเผชิญปัญหาโรคระบาดอยู่ ๒ ช่วงเวลาดังกล่าว คือ "โรคห่า" ในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ และ "ไข้ทรพิษ" หรือ "โรคฝีดาษ" ในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ การจัดการกับโรคระบาดทั้งสองช่วงเป็นทั้งสาเหตุของความเปลี่ยนแปลงและเป็นผลลัพธ์จากความเปลี่ยนแปลงโดยตัวมันเอง การจัดการกับโรคห่าในรัชสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ ๑ ในรูปแบบการย้ายเมืองหนึ่นั้นเป็นที่มาของการสถาปนากรุงศรีอยุธยา พ.ศ. ๑๘๙๓ นั้นหมายความว่า โรคห่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดกรุงศรีอยุธยาใหม่ และการจัดการกับไข้ทรพิษในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ก็มีผลต่อการเกิดขึ้นของหน่วยงานสำคัญในทำเนียบศักดิ์นา อันเป็นผลมาจากการปฏิรูปการเมืองการปกครองในรัชกาลนั้นหมายความว่า รัฐได้แสดงบทบาทการเป็นผู้นำทางโลกย์ (Secular state) ควบคู่กับเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ (Sacred state) และบทบาทแรกก็จะค่อยๆ มีอิทธิพลกำหนดจนกลายเป็นบทบาทหลักของสถาบันกษัตริย์อยุธยาในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗-๑๘

การเข้ามามีบทบาททางการแพทย์อย่างสูงของชาติตะวันตก ทั้งในรูปแบบหลวงและบาทหลวงในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวทางความรู้ชุดใหญ่ จนเป็นที่มาของการรวบรวมตำราที่ชื่อ "ตำราพระโสมงพระนารายณ์" เริ่มรวบรวมตั้งแต่ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์ แต่มาแล้วเสร็จตกในรัชสมัยสมเด็จพระศรีสรรเพชญ์ที่ ๘ (พระเจ้าเสือ) แต่ทว่า "ตำราพระโสมงพระนารายณ์" แทนที่จะแสดงออกถึงอัตลักษณ์พื้นถิ่นของอยุธยา ปรากฏว่าบันทึกการรักษาเหล่านั้น กลับแสดงให้เห็นอิทธิพลต่างชาติและการผสมผสานอยู่หลายอย่าง ซึ่งสามารถศึกษาให้ละเอียดลงลึกได้ในงานชิ้นอื่นต่อไป

ความเข้าใจว่าการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์แผนตะวันตกเป็นการแพทย์แผนเดียวกันนั้น นับเป็นความเข้าใจที่ผิดพลาด ขาดการมองในมิติเชิงประวัติศาสตร์ เพราะการแพทย์แผนตะวันตกนั้นเข้ามา มีอิทธิพลต่อการแพทย์แผนที่นิยามว่าเป็นการแพทย์แผนไทยนั้น มาเป็นเวลานานก่อนหน้าคริสต์ศตวรรษที่ ๑๔-๒๐ แล้ว อีกทั้งก่อนหน้านี้การแพทย์แผนตะวันตก ก็ยังมีการแพทย์แผนจีนและอินเดีย ที่แฝงอยู่ในการแพทย์พื้นเมืองอุษาคเนย์

เนื่องจากสภาพอากาศคล้ายคลึงกัน อาหารการกินก็คล้ายกัน ลักษณะการใช้ร่างกายแรงงานก็คล้ายกันอีก ข้างยังมีอิทธิพลความรู้การแพทย์แบบจีนและอินเดียอยู่ในท้องถิ่นเหมือนกันอีก ก็ทำให้ทั้งความ

เจ็บไข้ได้ป่วยและวิธีการรักษาโรคของบ้านเมืองต่างๆ ในอุษาคเนย์ช่วงเวลาเดียวกันนั้น มีความคล้ายคลึงกันตาม มา แต่สิ่งสำคัญที่มากกว่าความคล้ายคลึงกันนั้น ก็คือประเด็นคำถามที่ว่า การจัดการกับโรคภัยไข้เจ็บของรัฐและสังคม ในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละสังคมนั้นส่งผลอย่างไรต่อความเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์

ตัวอย่างคำตอบกว้างๆ หรือแนวทางที่ได้จากการศึกษาในงานชิ้นนี้ได้แก่ โรคระบาดนั้นเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการสถาปนาศูนย์กลางของราชอาณาจักรสำคัญในประวัติศาสตร์ไทยอย่างกรุงศรีอยุธยา อีกทั้งยังเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการจัดตั้งทางสังคมที่เรียกกันว่า "ระบบศักดินา" ในสังคมสยาม เช่นในรัชกาลสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์. (๒๕๓๕). แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย.
- ชยันต์ พิเชียรสุนทร แม้นมาส ชวลิต และวิเชียร จีรวงส์. (๒๕๔๔). คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๗๒ พรรษามหาราชา ๕ ธันวาคม ๒๕๔๒. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์การพิมพ์ และมูลนิธิภูมิปัญญา.
- ดำรงราชานุภาพ, สมเด็จพระยา. (๒๕๔๔). นิทานโบราณคดี. กรุงเทพฯ : สำนักงานเสริมสร้างเอกลักษณ์ของชาติ สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (๒๕๕๐). เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๔๕). "สถานะขององค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย วาระการวิจัยและแนวทางการศึกษาในอนาคต" ใน โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บก.). (๒๕๔๕). พรหมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประทีป ชุมพล. (๒๕๔๑). ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย การศึกษาจากเอกสารตำรา. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประมุขธนากรักษ์, พระยา. (๒๕๕๑). "จดหมายเหตุโหรฉบับพระยาประมุขธนากรักษ์" ใน ประชุมจดหมายเหตุโหร รวม ๓ ฉบับ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ต้นฉบับ.
- ลาธุแบร์, ซิมองต์ เดอ. (๒๕๑๐). จดหมายเหตุลาธุแบร์ ฉบับสมบูรณ์. แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ก้าวหน้า.
- ศิลปากร, กรม. (๒๕๐๔). พระราชพงศาวดารกรุงศรีอยุธยา เล่ม ๒ พงศาวดารเหนือฉบับพระวิเชียรปรีชา (น้อย). กรุงเทพฯ : องค์การค้ำของคุรุสภา.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- คิลปากร, กรม. (๒๕๐๗). พระราชพงศาวดารกรุงศรีอยุธยาฉบับพันจันทนุมาศ (เจิม) กับพระจักรพรรดิพงศ์ (จาต). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คลังวิทยา.
- คิลปากร, กรม. (๒๕๑๖). กฎหมายตราสามดวง. กรุงเทพฯ : องค์การค้าของคุรุสภา.
- คิลปากร, กรม. (๒๕๕๕). คำให้การขุนหลวงวัดประดู่ทรงธรรม : เอกสารจากหอหลวง. นนทบุรี : โครงการเลือกสรรหนังสือ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- คิลปากร, กรม. (๒๕๕๖). "การแพทย์ไทยจากเอกสารต่างประเทศ" ใน นานาสาระประวัติศาสตร์จากเอกสารต่างประเทศ เล่ม ๒. กรุงเทพฯ : สำนักวรรณกรรมและประวัติศาสตร์.
- สุจิตต์ วงษ์เทศ. (๒๕๔๔). อยุธยาที่ยังฟ้า : ประวัติศาสตร์สังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน.
- โพธิ์ธิเบศร์, พระ. (๒๕๔๔). พระราชพงศาวดารกรุงเก่าฉบับหลวงประเสริฐอักษรนิติ์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงดาว.
- Brun, Viggo. (2015). "Traditional Thai Medicine" in Selin Helaine. (ed.). (2015). *Medicine Across Cultures : History and practice of medicine in non-Western cultures*. Dordercht : Kluwer Acedemic publishers.
- Pombejra, Dhiravat na. (1992). *Court, Company and Campong : Essays on the VOC presence in Ayutthaya*. Pra nakorn Sri Ayutthaya : Ayutthaya Historical Centre.
- Reid, Anthony. (1988). *Southeast Asia in the Age of Commerce 1450-1680 : Volume One : The lands below the winds*. New Haven and London : Yale University Press.



บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์

Nurses' Roles in Caring Sexuality Dysfunction of Chronic Disease Patient

ชัชวาล วงศ์สารี*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่พบบ่อยกับปัญหาทางกายและทางจิต ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การสนทนาอย่างเปิดเผยเรื่องเพศไม่เปิดกว้างสำหรับสังคมไทย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษาและบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมองข้ามปัญหานี้ ความทุกข์จึงเกิดกับผู้ป่วยโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลตระหนักรู้ถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม บทบาทที่สำคัญของพยาบาล 6 บทบาท คือ 1) บทบาทการประเมินปัญหาด้านจิตใจ ด้านความคิดและด้านร่างกาย โดยจะต้องมีทักษะในการใช้คำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาเพศสัมพันธ์

จากผู้ป่วย 2) บทบาทบทบาทการให้คำปรึกษา เป็นการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศโดยใช้หลักการให้คำปรึกษา 3) บทบาทการให้ความรู้ เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่สำคัญ 4) บทบาทการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เป็นการทำความเข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ตามศักยภาพของผู้ป่วยที่ควรจะมีได้ 5) บทบาทการดูแลช่วยเหลือปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการให้การช่วยเหลือตามกรณีของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ 6) บทบาทในการประเมินผลลัพธ์ จากการปฏิบัติงานตามบทบาทดังกล่าวมาแล้ว จากนั้นนำผลลัพธ์ที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์มาพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์, บทบาทของพยาบาล

Abstract

Currently, chronic disease is the major health problem of Thailand and the world. Sexual dysfunction is one problem accompanied with physical and psychological problems of patients having chronic diseases. Since discussion about sexuality openly is not traditionally open among Thai,

most of patients with chronic diseases do not dare to seek advice; while this issue is overlooked by health care professionals. Then, it is not inevitable for these patients to be suffering with sexual dysfunction. This article aims to encourage nurses to be aware of their

*อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

important roles for patients with chronic disease patients having sexual dysfunction. Being aware of these roles, nurses could be able to know, understand and have appropriate health behaviors. Those 6 nurses' roles include as follow: 1) Assessing physical, psychological, and cognitive problems by using probing questioning skills to explore patients' sexual problems, 2) Counseling, as to encourage the patients to be aware of their sexual needs and anything that could impact their sexual needs and function, 3) Educating the patients about their disease, symptoms,

and physiological changes that could impact their sexual needs and function, 4) Adjusting both the patients' and their spouses' attitudes toward sexual activities that should be relied on their competency, belief, and attitudes, 5) Helping/Assisting patients to deal with sexual dysfunction, and 6) Outcome evaluation from the implementation through the previous roles. Then, nursing outcomes, as empirical evidence of nursing practice, should be brought to improve effectiveness and of nursing care for these patients.

Key words: Chronic disease patients, Sexual dysfunction, Nurses' roles

บทนำ

เพศสัมพันธ์ไม่ใช่สิ่งต้องห้ามในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและยังถือว่าเพศสัมพันธ์คือความต้องการพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่มีครอบครัวและอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (ปราณิศา เสาวคนธ์, วิศาล คันธรัตน์กุลและณัฐยา จิตประไพ, 2000) การพูดถึงเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยตะวันตกถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาเนื่องจากเพศสัมพันธ์เป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต แต่ในประเทศไทยซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่แตกต่าง ยังถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ไม่ควรเปิดเผยให้คนอื่นได้รับรู้ทั้งที่มีปัญหาเกิดขึ้น

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นเพราะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้มาก รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสความเจริญของโลก โรคเรื้อรังที่มีอัตราสูงมากที่สุด ของประเทศไทย 5 โรค จำนวนรวม 1,009,002 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีอัตรา

อัตราป่วยสูงสุดจำนวน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 24,927 ราย อัตราป่วย 38.79 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 24,587 ราย อัตราป่วย 38.26 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20,675 ราย อัตราป่วย 32.17 ต่อประชากรแสนคน (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) และอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นโดยพบได้ถึงร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554) ซึ่งปัญหาทางเพศสัมพันธ์พบมากในเพศชาย ในชายยุโรปที่มีอายุ 40-70 ปี พบว่ามีอัตราความชุกร้อยละ 52 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ พบมากในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคเบาหวาน (Hatzimouratidis et al., 2010) ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน จึงขาดข้อมูลทางสถิติที่เป็นปัจจุบัน จากข้อมูลล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2542 การสำรวจความชุกโรคหายอันสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบอัตรา

ความชุกร้อยละ 37.50 โดยโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุและการมีโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคร่วม (Kongkanand, 2000)

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้เขียนที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องประมาณ 10 ปี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกกังวลกับการปฏิบัติตัวเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงจะรู้สึกกังวลว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมักมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อ่อนเพลียง่าย ความรู้สึทางเพศลดลง โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะไม่กล้าสอบถามข้อสงสัยหรือปัญหาให้กับผู้ใด จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนไม่น้อยที่ต้องเลิกรักกัน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของร่างกาย ไม่ส่งผลกระทบต่อระดับอัตราการดำเนินของโรค บทบาทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลตระหนักรู้ถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดของเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การมีเพศสัมพันธ์ถือเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้านร่างกายตามแนวคิดของนักมนุษยนิยมที่ชื่อ มาสโลว์ เป็นการแสวงหาความสุขทางกายสัมผัสและนำไปเพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษยชาติตามแนวคิดของนักจิตวิเคราะห์ที่ชื่อ ฟรอยด์ (Stuart, 2013) เพศสัมพันธ์เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนหลากหลายมิติ ครอบคลุมความต้องการทางเพศ ค่านิยม ความเชื่อและการแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศ ความมีคุณค่าและเอกลักษณ์ของ

บุคคล ทั้งนี้เพศสัมพันธ์ยังรวมถึงการแสดงออกใกล้ชิด เช่น การกอด จูบ การแสดงออกซึ่งความเื้ออาทรต่อกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งเปิดเผยตนเองให้อีกคนได้รับรู้และนับถือในตนเอง เพศสัมพันธ์และความสามารถในการแสดงออกเป็นเรื่องของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอายุ และสมรรถนะของร่างกาย (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2551; Russel, 1998) พยาบาลจึงควรตระหนักว่าการแสดงออกด้านพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยนั้น เป็นการแสดงถึงความต้องการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยซึ่งไม่ถือว่าเป็นผิดปกติ การที่บุคคลจะมีความสุขทางเพศได้นั้นต้องรู้จักปรับเปลี่ยนแบบแผนทางเพศให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย พยาธิสภาพหรือภาวะของโรคที่เป็น ซึ่งจากการศึกษาในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่าเรื่องเพศสัมพันธ์มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค (Westlake et al., 1999) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและโรคมีผลกระทบให้ความสามารถในการทำงานลดลง ผู้ป่วยโรคหัวใจจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยง่าย ส่วนโรคไตวายจะพบอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะวิตกกังวลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ (Vacanti & Caramelli, 2005; Traeen & Olsen, 2007; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) บางรายสามารถทำกิจกรรมได้คงเดิมแต่ไม่กล้าทำ เนื่องจากอาการของโรค ที่พบได้บ่อย เช่น อาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะร่างกายที่อ่อนแอ ทำให้มองสุขภาพของตนเองในทางลบ เป็นผลให้หยุดกิจกรรมทางกายและงดพฤติกรรมทางเพศ เพราะกลัวว่าจะทำให้โรคกำเริบ (Traeen & Olsen, 2007; Rosana ,2008)

ปัจจัยที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เพศสัมพันธ์ที่สมบูรณ์แบบจะต้องเกิดจากร่ายกายและจิตใจที่มีความพร้อมและมีความสมบูรณ์ เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งมีปัญหา ย่อมส่งผลกระทบต่อ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ต่อการแสดงออกเช่นกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเพศสัมพันธ์อย่างมาก จากสภาพร่างกายและจิตใจที่ต้องเผชิญกับอาการแสดงของโรค รูปลักษณะที่เปลี่ยนแปลง การทำงานของระบบภายในร่างกายที่ผิดปกติจากพยาธิของโรค และการรักษาบางวิธีก็มีผลต่ออารมณ์และร่างกายของผู้ป่วย ต่อไปนี้คือคำอธิบายโดยสังเขปเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

1.1 อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ จากการสำรวจเกี่ยวกับ Sexual and Reproductive Health Professional ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศนิวซีแลนด์ (Ministry of Health, 2003) ระบุว่า ร้อยละ 52 ของผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 26 ของผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และร้อยละ 27 ของผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีเพศสัมพันธ์มากกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์จะลดลง และกลุ่มผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งผลจากความเครียด ความวิตกกังวลจะทำให้ความต้องการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังลดลงไปอีกด้วย (สุกร บุษปวนิช และคณะ, 2549)

1.2 ระดับฮอร์โมนในร่างกายพบว่าในผู้หญิงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจะลดลง ส่วนผู้ชายระดับของเทสโทสเตอโรนจะลดลง ตัวอสุจิลดลง ทำให้ความต้องการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559)

2. ปัจจัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา

2.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชืด จะทำให้เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ความทนในการมีเพศสัมพันธ์จะลดลง ก่อให้เกิดความวิตกกังวลตามมาจึงไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559)

2.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียเป็นอาเจียนและโรคมีผลต่อระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่

ปริมาณฮอร์โมนเพศลดลงทำให้ความต้องการทางเพศลดลงด้วย (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554)

2.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลจากพยาธิสภาพของโรคและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อการทำกิจกรรมทางเพศมากขึ้น ซึ่งบ่อยครั้งที่พบหัวใจเต้นเร็วขึ้น เจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้นในขณะมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยที่เคยเกิดเหตุการณ์ขึ้นกับตนเองจะจดจำว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีและไม่ปรารถนาให้เกิดขึ้นอีก จึงเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนในรายที่ยังไม่เคยประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้จะวิตกกังวลเมื่อต้องมีเพศสัมพันธ์ (Vacanti & Caramelli, 2005; Traeen & Olsen, 2007)

ผลจากยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราความชุกสูงในประเทศไทยทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่ ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อยมีดังนี้ nifedipine, spirodactone, methyldopa, ramipril, chomipramine, hydralazine, trihexyphenidyl, verapamil, captopril, nicardipine, diltiazem, doxazosin และ clonidine เป็นต้น (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; Vacanti & Caramelli, 2005; Traeen & Olsen, 2007)

3. ปัจจัยเกี่ยวกับอารมณ์และทัศนคติ

ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ล้วนมีผลต่ออารมณ์ทางเพศที่ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ความรู้สึกทางเพศลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคกำเริบและมีภาวะแทรกซ้อนสูง (สุกร บุษปวนิช, เฟลินทิศ ฐานิวัฒนานนท์, วิภาวี คงอินทร์, 2549)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วย สภาพจิตใจที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวและผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์

ปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบต่อเนื่องและพบว่ร้อยละ 20-50 ของผู้มีปัญหาหมกค้ำปรึกษา ขอรับความช่วยเหลือ (Ebersole, Hess and Luggen, 2003) ส่วนที่เหลือน่าจะเป็นเพราะอายุที่จะพูด จึงไม่กล้าปรึกษา ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เข้าใจตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลมี 3 ประการ ดังนี้

1. **บทบาทการประเมินปัญหา** การประเมินปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ต้องประเมินทั้งด้านร่างกายจิตใจและร่างกาย ทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งลักษณะของการประเมินควรเริ่มต้นจากการสนทนา แบบถามไปตอบมา พยาบาลจำเป็นต้องเลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกใจในการตอบคำถาม พยาบาลทำการประเมินด้วยท่าทีที่อบอุ่น มีทักษะเกริ่นนำและทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งที่จะตอบน้อยที่สุด ด้วยการชวนคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจแล้วค่อยถามแบบเจาะลึก ซึ่งแบ่งการประเมินปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกเป็น 3 ประเด็นย่อย (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; Johnson, 1999) ดังนี้

1.1 ประเมินสภาวะทางจิตใจ ประเมินจากการสังเกตขณะสนทนา และเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์พยาบาลควรใช้เครื่องมือร่วมประเมิน เช่น ใช้แบบประเมินภาวะเครียดหรือใช้การสังเกตท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ล้วนมีผลต่ออารมณ์ทางเพศที่ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ความรู้สึทงเพศลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคกำเริบและมีภาวะแทรกซ้อนสูง (สุกร บุษปวนิช และคณะ, 2549)

1.2 ประเมินความคิด ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการแสดงออกทางเพศ ด้วยตัวอย่างคำถามต่อไปนี้ "คุณยังมี

เพศสัมพันธ์กับคู่นอนได้ปกติและสม่ำเสมอหรือไม่ครับ/คะ" "โรคที่คุณเป็นและวิธีการรักษาที่คุณได้รับมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของคุณหรือไม่ อย่างไร" เป็นต้น (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554)

1.3 ประเมินด้านร่างกายซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะของโรคประจำตัว การเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออาการเรื้อรังต่าง ๆ อาทิ การป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ โรคไตวายเรื้อรัง การปวดเรื้อรังหรือการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; ชัชวาล วงศ์สาร, 2559) ซึ่งระยะและการดำเนินของโรครวมถึงภาวะแทรกซ้อนล้วนมีผลต่อสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย

2. **บทบาทการให้คำปรึกษา** การให้คำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ชี้แนะแนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักตนเองว่ามีความต้องการทางเพศและมีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์อย่างไร มองเห็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเชื่อ ความเข้าใจผิดหรือเกิดจากความวิตกกังวลในเรื่องสมรรถภาพที่ลดลงและปัญหาต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริง และนำไปพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ตามที่ต้องการและเหมาะสม การให้คำปรึกษาและให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความมั่นใจและเข้าใจว่า ถึงแม้สมรรถภาพทางเพศอาจลดลงตามอายุก็ตาม แต่ไม่ได้หมายความว่าสูญเสียไปเลย ซึ่งหลายคนยังเข้าใจผิดคิดว่าตนเองเป็นกามตายด้าน หลังจากเริ่มมีการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ จึงพยายามปกปิดหรือดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ และมีความสำคัญมากต่อการเสริมความมั่นใจให้ทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคู่ครองเข้าใจกันและกัน (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554; Feldman, et al., 1998)

3. **บทบาทการให้ความรู้** เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะมีผลต่อการปรับ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

กิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ให้เข้ากับโรคของตนเอง และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จะเป็นการช่วยให้การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เป็นการตอบสนองความต้องการนั้นดีขึ้น ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่แข็งแรงเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น การรับประทานยาเฉพาะโรค การดื่มน้ำอย่างเหมาะสมและเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น ในระหว่างการทำความรู้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาระบายความเครียด ลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ รับฟังอย่างตั้งใจ และให้ความรู้พร้อมวิธีการจัดการกับอารมณ์ดังกล่าวเป็นช่วง ๆ ตามเนื้อหาและประเด็นการสนทนา (ชัชวาล วงศ์สารี, 2557)

4. บทบาทการปรับเปลี่ยนทัศนคติ คนในสังคมส่วนใหญ่จะอภิปรายประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในลักษณะตลกขบขัน เป็นเรื่องที่หัวเราะกันได้อย่างสนุกสนาน และจะอภิปราย ลิ่น ๆ ย่อ ๆ ไม่ได้ลงรายละเอียด อันที่จริงทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ของบุคคลรอบข้างมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บ่อยครั้งที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังมีความสุขได้นั้น ยังคงดำรงพฤติกรรมทางเพศอยู่ จะรู้สึกอายเมื่อถูกล้อเลียน (สุกรบุษปวนิช และคณะ, 2549; ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554) ดังนั้นการทำความเข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ตามศักยภาพของผู้ป่วยที่ควรจะมีได้ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นที่พยาบาลต้องส่งเสริมโดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เหมาะสม และควรส่งเสริมคุณอนันท์ให้กับผู้ป่วย โดยการกล่าวคำชื่นชม หรือกอด สัมผัสที่แสดงถึงการเสริมสร้างพลังกำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วย

5. บทบาทการดูแลช่วยเหลือปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ หลังจากที่ได้ข้อมูลจากการประเมินปัญหาผู้ป่วยแล้วพยาบาลต้องปฏิบัติตามเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลควรเริ่มต้นด้วยการสะท้อนเนื้อหาจากที่ประเมินได้ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ ว่า สิ่งที่คุณป่วยตอบนั้น

เป็นปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยต้องการขอความช่วยเหลือและพร้อมที่จะแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน (Ebersol, Hess and Luggen, 2003) ตัวอย่างการช่วยเหลือ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554: ชัชวาล วงศ์สารี, 2559a) ดังนี้ 1) กรณีที่มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ให้ใช้สารหล่อลื่นทางคอขาดก่อนสอดใส่หรือให้เล้าโลมนานกว่าปกติให้เกิดความต้องการทางเพศอย่างเต็มที่ 2) ในผู้ชายที่มีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอาจใช้ปั๊มสุญญากาศในการช่วยให้ช่วยเวะเพศแข็งตัว 3) ผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติดอื่น ๆ พยาบาลต้องแนะนำให้เข้ารับการบำบัดให้หายขาด 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคกำเริบ พยาบาลต้องช่วยเหลือตามมาตรฐานการพยาบาลให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระยะโรคสงบโดยเร็วที่สุด

6. บทบาทการประเมินผลลัพธ์ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดความสำคัญหลังให้การพยาบาลหรือการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผลของการประเมินจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลหรือกำหนดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์ในบริบทของประเทศไทยยังไม่มีมีการเผยแพร่ข้อมูล จึงเหมาะสมอย่างยิ่งที่พยาบาลจะแสดงผลลัพธ์ตามบทบาทที่ตนเองได้ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำผลลัพธ์มาจัดการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป และแสดงบทบาทได้ชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) ดังนี้

6.1 การรวบรวมผลที่เกิดขึ้นหลังจากให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ หรือกระบวนการที่ได้จากการปฏิบัติหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมถึงวิธีการแก้ไข เช่น หลังจากให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศ 10 คน ผ่านไป 3 เดือนปัญหาสุขภาพทางเพศกลับมาเป็นปกติ 7 คน อีก 3 คนยังต้องแนะนำให้ ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงยิ่งขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา การนัดผู้ป่วยที่มีปัญหาแบบเดียวกัน พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีจากผู้ที่เคยมีปัญาสุขภาพทางเพศมา

ก่อน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและประสบการณ์ตรงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตัวผู้ป่วยเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, ม.ป.ป.)

6.2 การนำผลลัพธ์ที่ได้มากำหนดแผนการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การนำอัตราของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศ มาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์และคุณภาพที่เกิดขึ้นโดยใช้ผลงานวิจัยหรือ นำผลที่เกิดขึ้นไปศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือมากขึ้น (เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, ม.ป.ป.; นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ วินิต หลงละเลิง, 2554)

6.3 การนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์มาปรับปรุงพัฒนาการพยาบาลให้ได้เป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยทุกครั้งที่ค้นพบผลลัพธ์ที่ดีต้องนำมาผนวกกับแนวปฏิบัติเดิมให้สอดคล้องเพื่อก่อให้เกิดมาตรฐานที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงต้องประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสุขภาพทางเพศที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือกำหนดการประเมินผลเป็นระยะ ๆ

6.4 จัดทำฐานข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์ และเก็บข้อมูลผลลัพธ์เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6.5 เผยแพร่ผลลัพธ์ที่ได้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทบาทพยาบาลในการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นบทบาทที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะองค์ความรู้เรื่องดังกล่าวในประเทศไทยยังเป็นองค์ความรู้ที่มีน้อยและยังไม่มีระบบและมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม

สรุป

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ปัญหาเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่พบบ่อยกับปัญหาทางกายและทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องที่เปิดเผยกว้างสำหรับสังคมไทย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษาและบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ก็มองข้ามปัญหานี้ไป ความทุกข์ใจจึงเกิดกับผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมากว่า 10 ปีของผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเพศสัมพันธ์จำนวนมากแต่ไม่กล้าที่จะซักถามหรือเล่าปัญหาดังกล่าวให้บุคลากรทางสุขภาพฟัง พยาบาลจำเป็นต้องแสดงบทบาทสำคัญ 6 บทบาท เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย คือ 1) บทบาทการประเมินปัญหาทั้งด้านจิตใจ ด้านความคิดและด้านร่างกาย โดยพยาบาลจะต้องมีทักษะในการใช้คำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาเพศสัมพันธ์จากผู้ป่วย 2) บทบาทการให้คำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักตนเองว่ามีความต้องการทางเพศและ มองเห็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจเป็นผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ 3) บทบาทการให้ความรู้ เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการปรับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ 4) บทบาทการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ทั้งของผู้ป่วยและคู่ครอง 5) บทบาทการดูแลช่วยเหลือปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการให้การช่วยเหลือตามกรณีของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ 6) บทบาทการประเมินผลลัพธ์ นำข้อมูลเชิงประจักษ์มาปรับปรุงพัฒนาการพยาบาลให้ได้เป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์ เผยแพร่ผลลัพธ์ที่ได้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม

- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2554). "เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ". วารสาร มฉก.วิชาการ . 15(2) : 97-109.
- ชัชวาล วงศ์สำรี. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นต่อความรู้เรื่องการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชัชวาล วงศ์สำรี.(2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : N P Press Limited Partnership.
- ชัชวาล วงศ์สำรี.(2559a). "โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ : บทบาทพยาบาล". วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี : 27 (2) : (อยู่ระหว่างจัดทำเล่ม).
- นรลักษณ์ เอื้อกิจและวินิต หลงละเลิง.(2554). "ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย". วารสารพยาบาลสาธารณสุข : 25 (2) : 95-108.
- ปราณिता เสาวคนธ์, วิศาล คันทารัตนกุลและณัฐยา จิตประไพ. (2000). "ความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด". เวชศาสตร์พื้นฟู : 10(2) : 73-79.
- เรมวอล นันทิ์ศุภวัฒน์.(ม.ป.ป.). เอกสารประกอบการบรรยาย : ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสู่มาตรฐานและการแข่งขันในระดับสากล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เอกสารอัดสำเนา.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์.(2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกร บุษปานิษ, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, วิภาวี คงอินทร์.(2549). "เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและคู่สมรสในภาคใต้". วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย :12(1):72-80.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธวัฑฒิต. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บุรณการสู่การปฏิบัติ. สภาการพยาบาล นนทบุรี : จุฑทอง การพิมพ์.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์.(2555).รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, เอกสารอัดสำเนา.
- Ebersole, P, Hess, P. and Luggen, A.S. (2003). *Towards Healthy Ageing: Human Needs and Nursing Response*. 6th ed. Philadelphia : Elsevier.
- Feldman, H.A., et al. (1998). "Importance and its medical and psychological correlates : Results of the Massachusetts male aging study". *The Journal of Urology* : 160 (2) : 299- 315.
- Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D and Montorsi F . (2010). "Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation". *European Urology*. 57(5) : 804-814.
- Johnson, B.K. (1996). "Sexuality and aging : a multidimensional perspective". *Journal of Gerontological Nursing* : 22 (2) : 6-15.

- Kongkanand, A. (2000). "Prevalence of erectile dysfunction in Thailand. Thai Erectile Dysfunction Epidemiological Study Group". *International Journal of Andrology*, 23(suppl. 2), 77-80.
- Ministry of Health. (2003). *Sexual and Reproductive Health: A resource book for New Zealand health care organizations*. Wellington: Ministry of Health, New Zealand.
- Rosana P. L., Eneida R. R., Ricardo S., S?lvia G., and Maria A. M. (2008) . "Sexual Activity after Myocardial Infarction: Taboo or Lack of Knowledge". *Arq Bras Cardiol*: 90(3) : 156-159.
- Russel, P. (1998). "Sexuality in the lives of older people". *Nursing Standard* : 3(8) : 49-53.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Tenth edition*. Missouri: Mosby.
- Traeen , B., & Olsen , S.(2007). "Sexual dysfunction and sexual well- being in people with heart disease". *Sexuality and heart disease*. 22 (2) : 193-208.
- Vacanti, L. J., & Caramelli, B. (2005). "Age and psychological disorder. Variables associated to post- infarction sexual dysfunction". *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 85 (2) : 204-206..
- Westlake, C., Dracup, K., Walden, J. A., & Fonarow, G. (1999). "Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners". *The Journal of Heart and Lung Transplantation*: (18) :1133-1138.
- World Health Organization.(2013). *Chronic diseases and health promotion*. [Online] .Available March 31, 2016, from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index1.html.



โมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ

The Discriminant Model of the Groups of Instructors with High
and Low Research Productivity at
Rajamangala University of Technology Lanna

ดร.วิโรจน์ มงคลเทพ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวแปร
จำแนกที่ดีในการจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ
และสร้างโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ
กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชม
งคลล้านนา จำนวน 320 คน ซึ่งได้มาโดยสุ่มตัวอย่าง
แบบแบ่งชั้นภูมิเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม
สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มแบบขั้นตอนผลการวิจัย
พบว่า

1. ตัวแปรจำแนกที่ดีในการจำแนกกลุ่ม
อาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผล
ผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ มี 4 ตัวแปร เรียงตามลำดับ
ความสำคัญจากมากไปหาน้อย ได้แก่ แรงจูงใจใฝ่
สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
ความรู้ในการวิจัย และทักษะในการทำวิจัย
2. โมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ
สามารถนำไปคาดคะเนการเป็นสมาชิกของกลุ่มอาจารย์
ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำได้ถูกต้องร้อยละ
77.30 ได้แก่

โมเดลจำแนกกลุ่มในรูปแบบคะแนนดิบคือ

$$\hat{D} = -5.688 + 1.073X_{\text{แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย}} - 0.562X_{\text{วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก}} + 2.610X_{\text{ความรู้}}$$

ในการทำวิจัย

$$+ 1.821X_{\text{ทักษะในการทำวิจัย}}$$

โมเดลจำแนกกลุ่มในรูปแบบคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_{\hat{D}} = 0.596Z_{\text{แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย}} - 0.480Z_{\text{วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก}} + 1.615Z_{\text{ความรู้ในการทำวิจัย}}$$

$$+ 1.289Z_{\text{ทักษะในการทำวิจัย}}$$

*อาจารย์ประจำสาขาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์และเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา หน่

Abstract

The purposes of this research were to study good discriminator variables which could discriminate the groups of instructors with high and low research productivity at Rajamangala University of Technology Lanna and constructed the discriminant model of the groups of instructors with high and low research productivity at Rajamangala University of Technology Lanna. The sample consisted of 320 instructors of Rajamangala University of Technology Lanna, obtained using the stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire. The data were analyzed by mean, standard deviation, and discriminant analysis with stepwise

method. The results were as follows:

1. There were four good discriminator variables which could discriminate the groups of instructors with high and low research productivity at Rajamangala University of Technology Lanna consisted of research achievement motivation, materials and facilities, research knowledge, and research skill, respectively in a subsequent order of importance.

2. The discriminant model of the groups of instructors with high and low research productivity at Rajamangala University of Technology Lanna could be correctly predicted 77.30%.

The discriminant model of the raw scores was:

$$\hat{D} = -5.688 + 1.073X_{\text{research achievement motivation}} - 0.562X_{\text{materials and facilities}} + 2.610X_{\text{research knowledge}} + 1.821X_{\text{research skill}}$$

The discriminant model of the standard scores was:

$$Z_{\hat{D}} = 0.596Z_{\text{research achievement motivation}} - 0.480Z_{\text{materials and facilities}} + 1.615Z_{\text{research knowledge}} + 1.289Z_{\text{research skill}}$$

บทนำ

ภารกิจหลักของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่ง คือ การผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ถึงแม้ว่าการสอนจะเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบอันดับแรกของอาจารย์ในระดับอุดมศึกษาก็ตาม แต่การวิจัยก็เป็นบทบาทหลักอีกบทบาทหนึ่งและมีอิทธิพลสำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของอาจารย์และสถาบันอุดมศึกษา (อภิญา หิรัญวงศ์, 2547) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาเป็นสถาบันอุดมศึกษาหนึ่ง ซึ่งเป็นองค์กรทางวิชาการที่สำคัญยิ่งในการผลิตและพัฒนาทรัพยากร

มนุษย์ให้มีคุณค่าต่อสังคมและประเทศชาติ โดยกำหนดนโยบายการพัฒนาด้านการวิจัยและนวัตกรรม สร้างสรรค์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มุ่งพัฒนานักวิจัยที่มีความสามารถ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการสร้างงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน เน้นการพัฒนางานวิจัยที่จะตอบสนองความต้องการของสังคมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พัฒนาประชาคมวิจัยให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับระดับประเทศและระดับสากล เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของมหาวิทยาลัยที่ว่า "มหาวิทยาลัยชั้นนำ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ด้านการผลิตบัณฑิตนักปฏิบัติ บนพื้นฐานสร้างสรรค์นวัตกรรม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อชุมชนสู่สากล" (มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2557) สืบเนื่องจากการประเมินคุณภาพภายนอกรอบสาม (พ.ศ. 2554-2558) ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี โดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) ได้รายงานผลการประเมินคุณภาพภายนอก พบว่า ผลการประเมินในมาตรฐานด้านการวิจัยและงานสร้างสรรค์ มีระดับคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุงเร่งด่วน เมื่อเทียบกับมาตรฐานอื่นๆ ที่มีระดับคุณภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะตัวบ่งชี้งานวิจัยหรือสร้างสรรค์ที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ มีคะแนนเฉลี่ย 3.25 (พอใช้) และตัวบ่งชี้งานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ที่นำไปใช้ประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยเพียง 1.50 (ต้องปรับปรุงเร่งด่วน) (สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา, 2556) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามหาวิทยาลัยยังมีจำนวนผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารหรือการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติค่อนข้างน้อยและมีการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์น้อย นั่นหมายความว่ายังมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการทำวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ซึ่งเป็นปัญหาที่หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบจะต้องหาแนวทางพัฒนาปรับปรุงต่อไป

การศึกษาผลิตภาพของอาจารย์ในมิติการสร้างสรรค์ พัฒนาความรู้ในสาขาวิชาที่สอนให้แก่วิชาการนำไปสู่แนวคิดที่เกิดขึ้นในวงการศึกษาคือ ผลิตภาพการวิจัย (Research Productivity) ดังที่มีนักวิชาการได้ให้แนวคิดและนิยามคำว่า ผลิตภาพการวิจัย ไว้ในหลายแง่มุม เช่น อภิญา หิรัญวงษ์ (2547) นิยามว่า ผลิตภาพการวิจัย หมายถึง ความสามารถในการผลิตผลงานวิจัย โดยพิจารณาจากปริมาณงานวิจัยเป็นจำนวนเรื่องและคุณภาพงานวิจัยแต่ละเรื่องจากสถานภาพผู้วิจัย การเผยแพร่ผลงานวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัย และแหล่งทุน นอกจากนี้ ชำนาญ ปาณวงษ์ (2554) ให้นิยามว่า ผลิตภาพการวิจัย หมายถึง ผลรวม

ของผลงานวิจัยที่เป็นผลงานส่วนบุคคลและเป็นคณะ ทั้งที่ดำเนินการเสร็จแล้วและกำลังดำเนินการ โดยพิจารณาทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ ซึ่งปริมาณงานวิจัยนับจากจำนวนงานวิจัยและจำนวนร้อยละของงานที่รับผิดชอบในแต่ละเรื่อง ส่วนคุณภาพของงานวิจัยพิจารณาจากการมีส่วนร่วมในการวิจัย การเผยแพร่ผลงานวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัย และแหล่งทุนที่ได้รับการสนับสนุน รวมทั้งจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อผลิตภาพการวิจัย พบว่าผลการศึกษาค้นคว้าได้ข้อสรุปที่แตกต่างกันออกไป อาทิ Jones (1994) ที่พบว่าตัวแปรเจตคติต่อการวิจัยสามารถทำนายผลิตภาพการวิจัยของอาจารย์ได้รวมทั้ง Kahn & Scott (1997) พบว่า ผลิตภาพการวิจัยถูกทำนายได้ด้วยเจตคติต่อการวิจัย ความสนใจในการวิจัย ทักษะเชิงวิจัยและการรับรู้ความสามารถในการวิจัย นอกจากนี้ ผลงานวิจัยของ Gustavo (2008) ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองกับผลิตภาพการวิจัยของอาจารย์มีความสัมพันธ์กันสูงนอกจากนี้ จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อผลิตภาพการวิจัยสามารถแบ่งกลุ่มตัวแปรได้ 3 ด้าน คือ 1) ตัวแปรด้านจิตลักษณะได้แก่ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการทำวิจัย แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำวิจัยซึ่งมีรากฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของแบนดูรา (ภทริธา ผลงาม, 2544) 2) ตัวแปรด้านสมรรถนะการวิจัยได้แก่ความรู้ทักษะ และเจตคติต่อการทำวิจัย จากแนวคิดของเดวิด แมคเคลแลนด์ (David C. McClelland) (วรภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ, 2550) และ 3) ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมในการทำวิจัยได้แก่ การสนับสนุนของหน่วยงานและผู้บริหาร เงินทุนสนับสนุนการวิจัย เวลาในการทำวิจัย วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก แหล่งค้นคว้าในการทำวิจัย บรรยากาศการวิจัย ผลตอบแทนและรางวัล ความร่วมมือระหว่างนักวิจัยมีรากฐานจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin's theory) (อภิญา หิรัญวงษ์, 2547)

จากตัวแปรดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่ส่งผลต่อผลิภาพการวิจัย แต่ยังไม่ทราบว่าตัวแปรใดมีความสำคัญมากกว่ากัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรจำแนกที่ดีและสร้างโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิภาพการวิจัยสูงและต่ำเพื่อให้ทราบว่าตัวแปรสำคัญใดบ้างที่สามารถจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิภาพการวิจัยสูงและต่ำได้ และเพื่อเป็นแนวทางให้มหาวิทยาลัยนำไปใช้ในการวางแผน ปรับปรุง และส่งเสริมให้อาจารย์มีการพัฒนาตนเองด้านการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

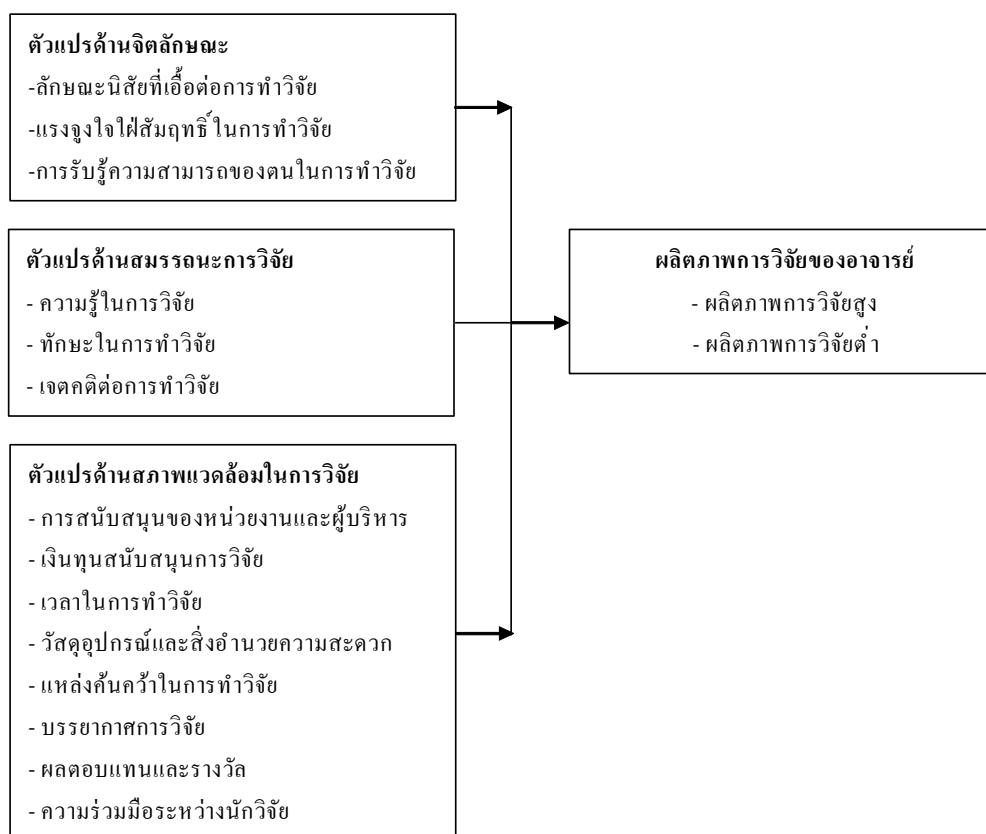
1. เพื่อศึกษาตัวแปรจำแนกที่ดีในการจำแนก

กลุ่มอาจารย์ที่มีผลิภาพการวิจัยสูงและต่ำ

2. เพื่อสร้างโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิภาพการวิจัยสูงและต่ำ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อผลิภาพการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura's Social learning theory) แนวคิดของเดวิด แมคเคลแลนด์ (David C. McClelland) และทฤษฎีของเลวิน (Lewin's theory) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ขอบเขตการวิจัย

ด้านประชากร

ประชากรคืออาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาทั้ง 6 เขตพื้นที่ ได้แก่ เขตพื้นที่เชียงใหม่ เขตพื้นที่ตาก เขตพื้นที่น่าน เขตพื้นที่ลำปาง เขตพื้นที่พิษณุโลก และเขตพื้นที่ภาคพายัพ เชียงใหม่ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,149 คน

ด้านตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรจำแนก (Discriminator variable) ประกอบด้วยตัวแปร 3 ด้านดังนี้

1.1 ตัวแปรด้านจิตลักษณะ จำนวน

3 ตัวแปร ประกอบด้วย ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการทำวิจัย แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย และการรับรู้ความสามารถของตนในการทำวิจัย

1.2 ตัวแปรด้านสมรรถนะการวิจัย

จำนวน 3 ตัวแปร ประกอบด้วย ความรู้ในการวิจัย ทักษะในการทำวิจัย และเจตคติต่อการทำวิจัย

1.3 ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมใน

การวิจัย จำนวน 8 ตัวแปร ประกอบด้วย การสนับสนุนของหน่วยงานและผู้บริหาร เงินทุนสนับสนุนการวิจัย เวลาในการทำวิจัย วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก แหล่งค้นคว้าในการทำวิจัย บรรยากาศการวิจัย

ผลตอบแทนและรางวัล และความร่วมมือระหว่างนักวิจัย

2. ตัวแปรจัดกลุ่ม (Grouping variable)

ได้แก่ ผลผลิตภาพการวิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูง และกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำ

นิยามตัวแปร

1. ผลผลิตภาพการวิจัย หมายถึง ความสามารถในการผลิตผลงานวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ซึ่งพิจารณาจากอัตราส่วนของผลผลิตกับปัจจัยนำเข้า คือ อัตราส่วนของปริมาณและคุณภาพงานวิจัยเทียบกับช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา โดยปริมาณงานวิจัยพิจารณาจากจำนวนงานวิจัยที่เสร็จแล้วและงานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่ ทั้งที่เป็นงานวิจัยส่วนบุคคลและเป็นหมู่คณะ และจำนวนบทความวิจัยที่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ส่วนคุณภาพงานวิจัยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์บทความวิจัยและการนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการโดยมีสูตรและการกำหนดค่าน้ำหนักคะแนนในการคำนวณผลผลิตภาพการวิจัยบนพื้นฐานแนวคิดผลิตภาพเชิงวิศวกรรมคือผลผลิตภาพการวิจัย = ผลผลิตการวิจัย / 3

เมื่อ ผลผลิตการวิจัย = ผลผลิตการวิจัยที่เสร็จแล้ว + ผลผลิตการวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่

$$\text{ผลผลิตการวิจัยที่เสร็จแล้ว} = \sum_{i=1}^k [(100 \times \text{สถานะของผู้วิจัย} + (100 \times \text{การได้รับตีพิมพ์เผยแพร่} \\ \text{บทความวิจัย} + (0.1 \times \text{แหล่งตีพิมพ์บทความวิจัย} \\ (0.1 \times \text{การนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ}))]$$

$$\text{ผลผลิตการวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่} = \sum_{i=1}^k [100 \times \text{สถานะของผู้วิจัย} \times \text{ผลสำเร็จของงานวิจัย}]$$

เมื่อ k แทนจำนวนเรื่องงานวิจัยและกำหนดเกณฑ์พิจารณาค่าผลผลิตการวิจัย ดังนี้ สถานะของผู้วิจัย (หัวหน้าโครงการวิจัย = 1, ผู้ร่วมวิจัย = 1 / จำนวนนักวิจัย), ผลสำเร็จของงานวิจัย (กำลังเสนอโครงการวิจัย = 0.15, กำลังดำเนินการช่วงศึกษาปัญหาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง = 0.30, กำลังดำเนินการช่วง

สร้างเครื่องมือและทดลองใช้เครื่องมือ = 0.45, กำลังดำเนินการจัดส่งและ/หรือกำลังเก็บรวบรวมข้อมูล = 0.60, กำลังดำเนินการช่วงวิเคราะห์ข้อมูลและ/หรือแปลผล = 0.75, กำลังดำเนินการช่วงสรุปผลและอภิปรายผล = 0.90, จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ = 1.00), การได้รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย (ไม่ได้ตีพิมพ์

= 0, ได้ตีพิมพ์ = 1), แหล่งตีพิมพ์บทความวิจัย (ไม่ได้ตีพิมพ์ = 0, ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการภายในสถาบัน = 1, ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างสถาบันซึ่งอยู่ภายในประเทศ = 2, ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ = 3) และการนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ (ไม่ได้นำเสนอผลงานวิจัย = 0, นำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการในประเทศ = 1, นำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ = 2)

2. อาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูง หมายถึง อาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีค่าผลผลิตภาพการวิจัยเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 ขึ้นไปหรือมีค่าผลผลิตภาพการวิจัยในรอบสามปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1 เรื่องขึ้นไป

3. อาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำ หมายถึง อาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีค่าผลผลิตภาพการวิจัยเฉลี่ยน้อยกว่า 1.00 หรือมีค่าผลผลิตภาพการวิจัยในรอบสามปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1 เรื่อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อวิเคราะห์หาค่าแปรจำแนกที่ดีในการจำแนกกลุ่ม และสร้างโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่อาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาทั้ง 6 เขตพื้นที่ และประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดขนาดของ Krejcie และ Morgan ซึ่งให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 288 คน (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2553) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คนซึ่งได้มาโดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามขนาดของประชากร (Proportional allocation) ในแต่ละชั้นภูมิ โดย

ให้เขตพื้นที่เป็นชั้นภูมิ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิแบบอย่างง่าย จึงได้กลุ่มตัวอย่างอาจารย์สังกัดเขตพื้นที่เชียงรายจำนวน 44 คน เขตพื้นที่ตาก จำนวน 61 คน เขตพื้นที่น่าน จำนวน 46 คน เขตพื้นที่ลำปาง จำนวน 56 คน เขตพื้นที่พิษณุโลก จำนวน 39 คนและเขตพื้นที่ภาคพายัพ เชียงใหม่จำนวน 74 คน

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามผลผลิตภาพการวิจัยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2556 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดตามประเด็นที่ศึกษาจำนวน 6 ข้อคำถามในแต่ละปี รวมทั้งสิ้น 18 ข้อคำถาม ได้แก่ สถานะของผู้วิจัย จำนวน 2 ข้อคำถาม เป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน, ผลสำเร็จของงานวิจัยจำนวน 1 ข้อคำถาม เป็นข้อมูลระดับอันตรภาค, การได้รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยจำนวน 1 ข้อคำถาม เป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน, แหล่งตีพิมพ์บทความวิจัยจำนวน 1 ข้อคำถาม เป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ และการนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการจำนวน 1 ข้อคำถาม เป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านจิตลักษณะที่ส่งต่อผลผลิตภาพการวิจัยจำนวน 32 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านสมรรถนะการวิจัยที่ส่งต่อผลผลิตภาพการวิจัยจำนวน 51 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านสภาพแวดล้อมในการวิจัยที่ส่งต่อผลผลิตภาพการวิจัยจำนวน 64 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสร้างข้อคำถามต่างๆ โดยการพัฒนาและปรับปรุงมาจากการวิจัยที่ศึกษาในเรื่อง

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

เดียวกันหรือมีลักษณะใกล้เคียงกัน และเป็นงานวิจัยที่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างชนิดเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ตลอดจนเครื่องมือนั้นมีคุณภาพดีพอ

2. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามตอนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหา มีความถูกต้อง ครบถ้วน และภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล และส่วนที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามตอนที่ 2-4 โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective congruence index: IOC) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไปหากข้อคำถามใดมีค่าต่ำกว่า 0.60 จะทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากการวิเคราะห์ข้อคำถาม พบว่า จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามตอนที่ 2-4 รวมจำนวน 152 ข้อ มีข้อคำถามที่เข้าเกณฑ์ใช้ได้ จำนวน 147 ข้อ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00

3. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองใช้กับอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ซึ่งมีใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ซึ่งหากมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป แสดงว่า มีความเชื่อมั่นสูง (เกียรติสุดาศรีสุข, 2552) และจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตอนที่ 2-4 พบว่าตัวแปรทุกตัวในแต่ละด้านมีความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 โดยที่แบบสอบถามด้านจิตลักษณะแบบสอบถามด้านสมรรถนะการวิจัย และแบบสอบถามด้านสภาพแวดล้อมในการวิจัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.864, 0.943 และ 0.886 ตามลำดับต่อนั้น ผู้วิจัยจึงจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับอาจารย์ในแต่ละเขตพื้นที่โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ด้วย

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังอาจารย์ในแต่ละเขตพื้นที่ จำนวน 432 ชุด (เพิ่มอีกร้อยละ 50 จากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ไม่น้อยกว่า 288 ชุด) ทั้งนี้ เพื่อลดโอกาสที่จะได้รับแบบสอบถามคืนน้อยกว่าเท่าที่ควร

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์ในแต่ละเขตพื้นที่ ระหว่างวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 ถึง 31 พฤษภาคม 2557 โดยขอความอนุเคราะห์ส่งแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสมบูรณ์แล้ว บรรจุลงในซองส่งคืนทางไปรษณีย์

4. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้งสิ้น 320 ชุด คิดเป็นร้อยละ 74.07 จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ทำการบันทึกมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise method)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 คน จำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีผลิตภาพการวิจัยสูงจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 45.22 และกลุ่มตัวอย่างที่มีผลิตภาพการวิจัยต่ำ จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 54.78 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีผลิตภาพการวิจัยสูง มีลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการวิจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนในการทำวิจัยความรู้ในการวิจัยทักษะในการทำวิจัย เจตคติต่อการทำวิจัย และความร่วมมือระหว่างนักวิจัยอยู่ในระดับสูงและการสนับสนุนของหน่วยงานและผู้บริหาร เงินทุนสนับสนุนการวิจัยแหล่งค้นคว้าในการทำวิจัย บรรยากาศการวิจัยและผลตอบแทนและรางวัล อยู่ในระดับปานกลางส่วนเวลาในการทำวิจัย และวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำ มีลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการวิจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย เจตคติต่อการทำวิจัย และความร่วมมือระหว่างนักวิจัยอยู่ในระดับสูงและมีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำวิจัยความรู้ในการวิจัยทักษะในการทำวิจัย การสนับสนุนของหน่วยงานและผู้บริหาร เงินทุนสนับสนุนการวิจัยวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก แหล่งค้นคว้าในการทำวิจัย บรรยากาศการวิจัยและผลตอบแทนและรางวัลอยู่ในระดับ

ปานกลาง ส่วนเวลาในการทำวิจัย อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

2. ผลการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์จำแนกกลุ่มแบบขั้นตอนซึ่งตัวแปรจำแนกที่ศึกษาทั้งหมด 14 ตัวแปร พบว่า มีตัวแปรจำแนกที่ดี จำนวน 4 ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำออกจากกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเรียงตามลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย ได้แก่แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ความรู้ในการวิจัย และทักษะในการทำวิจัย (ตาราง 1) และมีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคัล (Canonical correlation) เท่ากับ 0.454 และมีค่าวิลค์แลมบ์ดา (Wilk's Lambda) เท่ากับ 0.794 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า ตัวแปรจำแนกทั้ง 4 ตัวในโมเดลจำแนกกลุ่มมีอำนาจในการจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำได้ (ตาราง 2)

ตาราง 1 ตัวแปรที่จำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำโดยวิธีแบบขั้นตอน

ขั้นที่	ตัวแปร	ค่าวิลค์แลมบ์ดา
1	แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย	0.888**
2	วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	0.848**
3	ความรู้ในการวิจัย	0.823**
4	ทักษะในการทำวิจัย	0.794**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 2 ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ (Canonical Discriminant Function)

Function	ค่าไอเกน	ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคัล	ค่าวิลค์แลมบ์ดา	ค่าไคสแควร์	องศาความเป็นอิสระ	Sig.
	(λ)	(R_c)	(Λ)	(χ^2)	(df)	
1	0.260	0.454	0.794	31.684	4	0.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๔

3. โมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ ได้แก่

โมเดลจำแนกกลุ่มในรูปคะแนนดิบคือ

$$\hat{D} = -5.688 + 1.073X_{\text{แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย}} - 0.562X_{\text{วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก}} + 2.610X_{\text{ความรู้ในการทำวิจัย}} + 1.821X_{\text{ทักษะในการทำวิจัย}}$$

โมเดลจำแนกกลุ่มในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_{\hat{D}} = 0.596Z_{\text{แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย}} - 0.480Z_{\text{วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก}} + 1.615Z_{\text{ความรู้ในการทำวิจัย}} + 1.289Z_{\text{ทักษะในการทำวิจัย}}$$

เมื่อพิจารณาเครื่องหมายของค่าเฉลี่ยของโมเดลจำแนกกลุ่ม (Group Centroid) พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรร่วมจากโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูง มีค่าเป็นบวก ดังนั้น ตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย ความรู้ในการทำวิจัย และทักษะในการทำวิจัย เป็นตัวแปรที่มีแนวโน้มจะเป็นลักษณะของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูง ส่วนค่าเฉลี่ยของตัวแปรร่วมจากโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยต่ำ มีค่าเป็นลบ ดังนั้น ตัวแปรวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นตัวแปรที่

มีแนวโน้มจะเป็นลักษณะของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยต่ำ(ตาราง 3) โดยที่โมเดลจำแนกกลุ่มข้างต้นสามารถนำไปคาดคะเนการเป็นสมาชิกของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูงได้ถูกต้องร้อยละ 75.80 และกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยต่ำได้ถูกต้องร้อยละ 78.50ซึ่งเมื่อพิจารณาโดยรวม โมเดลจำแนกกลุ่มสามารถนำไปคาดคะเนการเป็นสมาชิกของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูงและต่ำได้ถูกต้องร้อยละ 77.30 (ตาราง 4)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในโมเดลจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ในรูปคะแนนดิบ	ค่าสัมประสิทธิ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ในการทำวิจัย	1.073	0.596
วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	-0.562	-0.480
ความรู้ในการทำวิจัย	2.610	1.615
ทักษะในการทำวิจัย	1.821	1.289
ค่าเฉลี่ยของโมเดลจำแนกกลุ่ม (Group Centroid)		
กลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยสูง=	0.548	
กลุ่มอาจารย์ที่มีผลิิตภาพการวิจัยต่ำ=	-0.468	

ตาราง 4 ผลการจำแนกกลุ่มที่เป็นจริงและกลุ่มที่คาดคะเน และอัตราส่วนที่ทำการจำแนกถูกต้องของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำ

กลุ่มจริง	จำนวน	กลุ่มที่คาดคะเน	
		กลุ่มผลผลิตภาพการวิจัยสูง	กลุ่มผลผลิตภาพการวิจัยต่ำ
กลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูง	147	111 (75.80%)	36 (24.20%)
กลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำ	173	37 (21.50%)	136 (78.50%)
ร้อยละของการคาดคะเนได้ถูกต้องจากโมเดลจำแนกกลุ่ม เท่ากับ 77.30			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำทั้งหมด 14 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรจำแนกที่ดีที่สุดที่สามารถจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำออกจากกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 4 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ความรู้ในการวิจัย และทักษะในการทำวิจัย เมื่ออภิปรายผลในแต่ละตัวแปรตามลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย ดังนี้

1. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย เป็นตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงที่สุดในโมเดลจำแนกกลุ่ม ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดที่สามารถจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำและเป็นตัวแปรที่มีแนวโน้มจะเป็นลักษณะของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัยถือเป็นแรงกระตุ้นจากภายในที่จะเป็นแรงผลักดันให้อาจารย์ผลิตผลงานวิจัย หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นแรงผลักดันทำให้อาจารย์ทำงานวิจัยให้ดีที่สุดและทำให้สำเร็จผลได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจูงใจ (Motivation theory) (วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ, 2550) ที่กล่าวว่า การจูงใจเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แกบุคลากรแต่ละคน เสริมสร้างความรู้สึกรัก ตื่นเต้นที่ดี

และความจงรักภักดีต่อองค์กร สร้างความมั่นใจในความมั่นคงขององค์กร ช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สร้างวิสัยทัศน์ ช่วยควบคุมกำกับการทำงานให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น และบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าทั้งแก่บุคลากรและองค์กรซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเลี้ยง ทุมทอง, นงนุช อิทธิวงษ์ชาติ และเกษมศรีสุระสังข์ (2545) และพฤกษ์วรรณ ทองมาก (2549) ที่พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์การทำวิจัยในชั้นเรียนของข้าราชการครู และยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อุดมพร พลภูกา (2550) และนวลอนงค์ คำนันต์ (2552) ที่พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตภาพการวิจัยของข้าราชการครูผู้มีวิทยฐานะ

2. วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญรองลงมาจากตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำวิจัย ที่สามารถจำแนกกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยสูงและต่ำได้ และเป็นตัวแปรที่มีแนวโน้มจะเป็นลักษณะของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำ แสดงให้เห็นว่าอาจารย์ที่มีผลผลิตภาพการวิจัยต่ำเนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ถ้าหากมีวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เอื้อต่อการผลิตผลงานวิจัยแล้วจะส่งผลให้อาจารย์เกิดแรงกระตุ้นที่จะทำงานวิจัยนั่นเอง

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ภิญโญ ลองศรี (2549) ที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารด้านวัสดุอุปกรณ์และ สิ่งอำนวยความสะดวกเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการทำวิจัย ในชั้นเรียนของครูนอกจากนี้ ศุภจักร สุทธิ (2554) ยัง พบว่า ปัจจัยด้านแหล่งเอกสารและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเป็น ตัวพยากรณ์ที่ดีที่ส่งผลต่อผลผลิตงานวิจัยได้

3. ความรู้ในการทำวิจัย เป็นตัวแปรที่มีแนวโน้ม จะเป็นลักษณะของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิตภาพการวิจัยสูง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า หากอาจารย์แต่ละท่านมีความ รู้ในการทำวิจัยที่ดี จะก่อให้เกิดการผลิตผลงานวิจัยออก มาตามไปด้วยซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศรีเวียง เขียงแรง (2546) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการ ทำวิจัยในชั้นเรียนที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการทำวิจัยใน ชั้นเรียนของครูและสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมาน วงษ์ปัตตา (2546) ที่พบว่าตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการ ทำวิจัยในชั้นเรียนที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการทำวิจัยในชั้น เรียนของครูนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษร กุณใหม่ (2549) ที่พบว่า ความรู้ในรูปแบบการ วิจัย และวางแผนการวิจัยส่งผลต่อการปฏิบัติและ ไม่ปฏิบัติการทำวิจัยในชั้นเรียนของครู

4. ทักษะในการทำวิจัย เป็นตัวแปรที่มีแนวโน้มจะเป็นลักษณะของกลุ่มอาจารย์ที่มีผลิตภาพการ วิจัยสูงข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าทักษะในการทำวิจัยเป็นสิ่งที่ จะช่วยทำให้อาจารย์มีความพร้อมที่จะทำวิจัยและทำงาน วิจัยได้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลงาน วิจัยของ Kahn & Scott (1997) ที่พบว่า ผลิตภาพการ วิจัยถูกทำนายได้ด้วยทักษะเชิงวิจัย และยังสอดคล้อง กับ นิภา ศรีไพโรจน์ (2541) ที่กล่าวว่า ทักษะในการ ทำวิจัยเป็นความสามารถ ความชำนาญในการทำงานวิจัย

ได้ดี มีความคล่องตัวในการแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งทุน ต่างๆ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานวิจัยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ด้านการวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ล้านนาควรมีการวางแผนเตรียมการในการส่งเสริมและ สนับสนุนให้อาจารย์มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำ งานวิจัยให้ประสบความสำเร็จ

2. มหาวิทยาลัยควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และ สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยที่เพียงพอและ เหมาะสม ตลอดจนมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการ พัฒนาความรู้และทักษะในการทำวิจัยให้แก่อาจารย์ อย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบการฝึกอบรม การสัมมนา การศึกษาดูงาน เพื่อให้อาจารย์ได้สร้างผลงานวิจัยที่มี คุณภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาผลิตภาพ การวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ล้านนา โดยใช้ข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้เป็น พื้นฐานในการสร้างและพัฒนาแบบ

2. ควรมีการวิเคราะห์พหุระดับ (Hierarchical Linear Model: HLM) มาใช้ศึกษาตัวแปรหรือปัจจัย ที่ส่งผลต่อผลิตภาพการวิจัยของอาจารย์เนื่องจากข้อมูล ที่นำมาศึกษาครั้งนี้มีทั้งระดับบุคคล และระดับสาขาวิชา หรือแผนกวิชา ซึ่งข้อมูลที่มีระดับแตกต่างกันอาจส่ง ผลต่อผลิตภาพการวิจัยของอาจารย์ต่างกันด้วย

เอกสารอ้างอิง

- เกษร กุณาใหม่. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการวิจัยในชั้นเรียนของครูผู้สอนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานเขตพื้นที่การศึกษาพะเยาเขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและสถิติการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552). ระเบียบวิธีวิจัย. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ครองช้าง.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2553). ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ R.V. Krejcie และ D. W. Morgan. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2557, จาก <http://www.watpon.com/table/mogan.pdf>.
- ชำนาญ ปาณางษ์. (2554). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อผลผลิตการวิจัยของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นวลอนงค์ คำนันต์. (2552). ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับผลผลิตการวิจัยของครูผู้ที่มีวิทยฐานะสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิภา ศรีโพธิ์โรจน์. (2541). ปัญหาในการทำวิจัยของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- บุญเลี้ยง ทูมทอง, นงนุช อิทรวงษ์โชติ และเกษมศรี สุระสังข์. (2545). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำวิจัยในชั้นเรียนของข้าราชการครู สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์: สำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดสุรินทร์.
- พรพิมาน วงษ์ปัดดา. (2546). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการทำวิจัยในชั้นเรียนของครูระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตการศึกษา 9. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พฤกษวรรณ ทองมาก. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถเชิงปฏิบัติการวิจัยในชั้นเรียนของครูสำนักงานเขตบางพลัด สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยการศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ภัทรธิดา ผลงาม. (2544). ความพึงพอใจต่อการกระบวนการจัดการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษาของนักศึกษาบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏเลย. เลย: สถาบันราชภัฏเลย.
- ภิญโญ ลองศรี. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำวิจัยในชั้นเรียนของครูผู้สอนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น เขต 1-5. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา. (2557). แผนกลยุทธ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ปี พ.ศ. 2557-2561. เชียงใหม่ : กองนโยบายและแผน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา.
- วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ. (2550). รูปแบบการพัฒนาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของคณาจารย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- ศรีเวียง เขียงแรง. (2546). การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการวิจัยของครูประถมศึกษา จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและสถิติการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภจักร สุทธิ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลผลิตงานวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยนเรศวร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานรับรองมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา. (2556). รายงานผลการประเมินคุณภาพภายนอก รอบสาม ระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา. เชียงใหม่: สำนักงานประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา.
- อภิญา หิรัญวงษ์. (2547). ปัจจัยเชิงสาเหตุของผลผลิตงานวิจัยของนักศึกษาสาขาอาชีวศึกษาในระดับ อุดมศึกษาวิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุดมพร พลภูงา. (2550). ผลผลิตงานวิจัยของข้าราชการครูผู้มีความรู้ มีวิทยฐานะ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Fan, A. C. (1998). "The relationship of self-efficacy and perception of work environment to the research productivity of faculty in selected universities across Taiwan". *Dissertation Abstracts International*.58(7) : 2528-A.
- Gustavo, G. (2008). *A mixed-method study of the environmental and personal factors that influence faculty research productivity at small-medium, private, doctorate-granting universities*. ProQuest Dissertations & Theses.[Online]. Retrieved January 4, 2015, from <http://search.proquest.com/docview/304416690/abstract/AEF8F5BAFE274B7FPQ/1?accountid=32057>.
- Jones, J. E. (1994). "Factors associated with faculty research productivity in United States and Canadian schools of dentistry". *Dissertation Abstracts International*. 55(2) : 227-A.
- Kahn, J. H. & Scott, N. A. (1997). "Predictors of research productivity and science-related career goals among counseling psychology doctoral students". *The Counseling Psychologist*. 25(1) :38-67.



**ปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
ของประชาชนลุ่มน้ำลี่ จังหวัดลำพูน**
**Factors Predicting Usage of Cultural Health for Health Promotion of
People at Li Watershed in Lumphun Province**

ดร.สามารถ ใจดีเยย*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและการใช้วัฒนธรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ประชาชนพื้นที่ลุ่มน้ำลี่ จังหวัดลำพูน จำนวน 321 คน รวบรวม และผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 49 คน รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่ม การวิจัยเอกสาร และกระบวนการสัมมนาเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี่ส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติ และการใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง (ค่าเฉลี่ยความรู้ ร้อยละ 65.2 ค่าเฉลี่ยเจตคติ = 2.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.66 และค่าเฉลี่ย การใช้วัฒนธรรมสุขภาพ = 2.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.63 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย ระดับความรู้ และระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value = 0.014 \leq 0.000$ และ ≤ 0.000 ตามลำดับ) ทั้งนี้การใช้ประโยชน์วัฒนธรรมสุขภาพต้องก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วม และการวางแผนการสร้างเสริมกิจกรรมและแหล่งเรียนรู้ในชุมชนภายใต้กฎเกณฑ์ชุมชนและแนวคิดวัฒนธรรมสุขภาพ กระบวนการเหล่านี้จะส่งผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Abstract

The objective of this study were investigated knowledge, attitude, cultural health encourage using and factors predicting cultural health encourage using of Li,s citizen. The study was designed by descriptive research. The number of sample size was 321 household and 49 stakeholders lived in Li watershed. Data collected by questionnaires, in depth interview and focus group. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis

The results indicated that the relationship aspect of cultural health in the knowledge, attitude and practice were

on the modulate level (62.5 %, = 2.27 SD = 0.66, 2.00 SD = 0.63, respectively). The relationship between these age, knowledge and attitude had a significant at the 0.05 with cultural health encourage using (p - value 0.014, ≤ 0.000 and ≤ 0.000 , respectively). The policy recommendations for cultural health utility was citizen should establish the participation process, applied to the health care planning and promote community learning source promotion under community rules on the concept of cultural health, which will affect the development of cultural health knowledge.

บทนำ

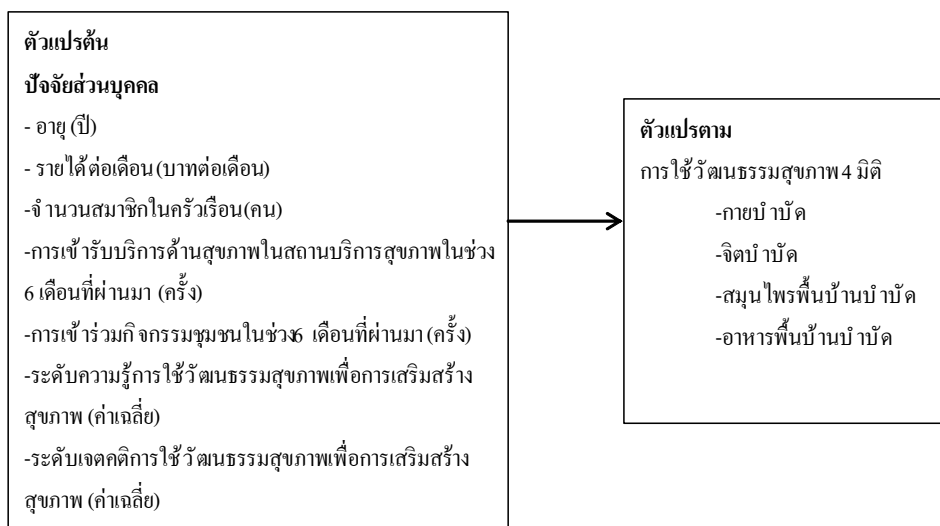
สำหรับสังคมไทย การดูแลสุขภาพตั้งแต่อดีตอยู่บนพื้นฐานทางวัฒนธรรมประกอบด้วยวิถีชีวิตและความเชื่อสังคมไทยในแต่ละภูมิภาค จึงมีระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งยังคงมีบทบาทอยู่มากโดยเฉพาะในสังคมชนบทที่เชื่อมโยงเป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงและพึ่งพิงอาศัยกันระหว่างมนุษย์สัตว์พืชและธรรมชาติในระบบนิเวศเดียวกัน (David, 2008) วัฒนธรรมสุขภาพของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ในแต่ละพื้นที่นั้นยังไม่ก้าวข้ามการตีความของการแพทย์แผนใหม่ให้พ้นจากข้อกล่าวหาที่ว่าระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อที่สืบทอดกันมาอย่างงมงายเป็นความเชื่อผิดๆขาดความเป็นวิทยาศาสตร์ไม่สามารถพิสูจน์และอธิบายได้ตามหลักเหตุผลทางวิทยาศาสตร์โดยเฉพาะความเชื่อสิ่งเหนือธรรมชาติ (ผี) ที่ยังมีการปฏิบัติอย่างแพร่หลายและมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตและ

การดูแลสุขภาพ รวมถึงความศรัทธาในวัตถุที่เชื่อว่าจะสามารถป้องกันภัยอันตรายที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ เช่น ยันต์ในรูปแบบต่าง ๆ (การสัก ผ้ายันต์ ทรายกระตุก) (สามารถ ใจดี สิวลี รัตนปัญญา และสมชาย แสวงษ์, 2555) พบว่า ประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้เมื่อเริ่มเจ็บป่วยจะพึ่งพาศาสนาและยาเหล่านี้เป็นอันดับแรกและจะให้หมอเมืองหรือญาติผู้ใหญ่เป็นคนทำพิธีต่อเมื่ออาการเริ่มรุนแรงมากขึ้นจึงจะเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งขัดแย้งกับทัศนะของการแพทย์แผนปัจจุบันที่มักมองว่าระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นเพียง "ระบบความเชื่อ" ไม่มีมูลฐานของเหตุผลที่พิสูจน์ได้ตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และมองข้ามการทำความเข้าใจในวิถีชีวิตเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านในวัฒนธรรมต่างๆไปอย่างน่าเสียดาย ในปัจจุบันระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นการปฏิบัติในความสัมพันธ์เชิงอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งทำให้วัฒนธรรมสุขภาพกลายเป็นระบบการดูแลสุขภาพขายขอบและสูญเสียความชอบธรรม

ในการปฏิบัติการด้านสุขภาพ(วิเชียร ไทยเจริญ, 2547) เช่นเดียวกับพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูนที่ปัจจัยหลักของการเกิดโรคมาจากการที่ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว วิธีการดำรงชีวิตยังมุ่งเน้นการหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายถึงแม้จะเกิดความเครียดต่อสภาพร่างกาย และจิตใจ (คณะกรรมการลุ่มน้ำปิงตอนบน, 2554) นอกจากนี้ประชาชนยังมีการใช้ระบบการแพทย์พื้นบ้านทั้งหมอสุมโนไพรและหมอตำแยบำบัดที่เป็นแบบแผน ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาที่เป็นแนวทางเสริมสร้างสุขภาพกาย ขวัญกำลังใจ (สุขภาพจิต) ทั้งการออกกำลังกาย ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน และอาหารพื้นบ้านซึ่งเป็นกระบวนการที่ประชาชนใช้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพกายและกำลังใจเมื่อประสบปัญหาสุขภาพ และปัญหายับยั้งขัดขวางธรรมชาติที่ทำให้ท้อแท้ หหมดกำลังใจ แต่องค์ความรู้เหล่านี้ยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง รวมถึงการรวบรวมองค์

ความรู้ดังกล่าวยังไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพทั้งที่เป็นระบบที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง เสียค่าใช้จ่ายน้อยและยังเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและญาติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2556) ปรากฏการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้กำลังเผชิญกับสภาพปัญหาความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจภายใต้โครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงและความเสื่อมสภาพของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่กำหนดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของวิถีการดำเนินชีวิตด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้เจตคติ และการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนอันจะนำไปสู่การเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดเป็นแนวทางการบูรณาการร่วมกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เหมาะสมและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงพรรณนา มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จำนวน 50,482ครัวเรือนเลือกใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Cochran (1977) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 321 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาเป็นประชาชนที่ถูกคัดเลือกมาจากกลุ่มประชากรโดยวิธีการสุ่มแบบหลายชั้น (Multistage random sampling) ทั้งนี้ในการแบ่งชั้นแต่ละชั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยชั้นแรกแบ่งพื้นที่เป็นชั้น (Stratum) ในระดับอำเภอ โดยเลือกมา 1 อำเภอ จากทั้งหมด 4 อำเภอชั้นที่สองแบ่งออกเป็นระดับตำบลร้อยละ 30 ของอำเภอชั้นที่สามจะแบ่งออกเป็นระดับหมู่บ้านร้อยละ 30 ของแต่ละตำบล และชั้นสุดท้ายแบ่งตามสัดส่วนครัวเรือนที่คำนวณได้

2. เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพครอบคลุมวัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาด้านกายบำบัด จิตบำบัด สมุนไพรพื้นบ้านบำบัด และอาหารพื้นบ้านบำบัด ลักษณะแบบสอบถามความรู้เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 2 ระดับแบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน จำนวน 28 ข้อมีความเที่ยงจากการวิเคราะห์โดยวิธี KR 21 ได้ค่าเฉลี่ยความเที่ยงเท่ากับ 0.81 การแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ (ประชาชนมีความรู้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อย ปานกลาง มาก)

ส่วนที่ 2 เจตคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพ ข้อคำถามครอบคลุมเจตคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาด้านสุขภาพกายบำบัด จิตบำบัด สมุนไพรพื้นบ้านบำบัด และอาหารพื้นบ้านบำบัดลักษณะแบบ

สอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับแบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนจำนวน 24 ข้อมีความเที่ยงจากการวิเคราะห์โดยวิธี Cronbach's Alpha มีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.87การแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ(ประชาชนมีเจตคติต่อวัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อย ปานกลาง มาก)

ส่วนที่ 3 การใช้วัฒนธรรมสุขภาพ ข้อคำถามครอบคลุมการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาด้านสุขภาพกายบำบัด จิตบำบัด สมุนไพรพื้นบ้านบำบัด และอาหารพื้นบ้านบำบัดลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับแบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนจำนวน 26 ข้อมีความเที่ยงจากการวิเคราะห์โดยวิธี Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.78การแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ(ประชาชนมีการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระดับต่ำ ปานกลาง สูง)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนักวิชาการสาธารณสุขประจำกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการแปลผลของเครื่องมือเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลความรู้ เจตคติ และการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4.2 ข้อมูลปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

4.3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปโดยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนลุ่มน้ำลี่

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.1 อายุเฉลี่ย 47.44 ปี (ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 76 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 82.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 ไม่ได้ศึกษาทางธรรม ร้อยละ 84.1 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 48.4 มีรายได้เฉลี่ย ประมาณ 6,865.60 บาทต่อเดือน (ต่ำสุด 700 บาท สูงสุด 45,000 บาท) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.37 คน (ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน) บทบาทในหมู่บ้านเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 58.6 ในปัจจุบันไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 58.6 ประชาชนส่วนใหญ่เชื่อว่ายาแผนปัจจุบันทำให้หายจากการเจ็บป่วยได้ ร้อยละ 88.3 เมื่อเจ็บป่วยได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 75.1 เข้ารับบริการสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.41 ครั้ง ประชาชนเคยใช้วัฒนธรรมสุขภาพแก้ไข ปัญหาความเจ็บป่วย ร้อยละ 70.2 โดยใช้ตามคำแนะนำของหมอเมือง ร้อยละ 33.3 ประชาชนเรียนรู้ วัฒนธรรมสุขภาพในการรักษาความเจ็บป่วยจากบิดา - มารดา ร้อยละ 78.4 เข้าร่วมกิจกรรมด้านวัฒนธรรมสุขภาพของหมู่บ้านในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 84.7 และเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 1.91 ครั้ง

ความรู้ เจตคติ และการใช้วัฒนธรรมสุขภาพ ในการเสริมสร้างสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการ ใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ = ร้อยละ 65.2) มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพ ในการเสริมสร้างสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติ = 2.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ย = 0.66) ใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติ = 2.00 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ย = 0.63)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติและการใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพ

วัฒนธรรมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ (ร้อยละ)	65.2	-	ปานกลาง
เจตคติ (คะแนน)	2.27	0.66	ปานกลาง
การใช้วัฒนธรรมสุขภาพฯ (คะแนน)	2.00	0.63	ปานกลาง

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสนทนากลุ่มประเด็นความรู้เกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพ ยังพบข้อมูลสรุปได้ว่า วัฒนธรรมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ โดยรูปแบบกายบ่งชี้ที่ประชาชนส่วนใหญ่ใช้มักจะเป็นการบีบ นวด ซึ่งลักษณะจะไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน องค์ความรู้เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์จากการที่ต้องแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สมาชิกในครอบครัว และชุมชน

เจตคติเกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพ ยังพบข้อมูลสรุปได้ว่า การใช้วัฒนธรรมสุขภาพไม่มีผลข้างเคียง กระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่มียอยู่แล้วในชุมชน ประหยัดค่าใช้จ่าย และยังเป็นการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติแตกต่างจากแพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาตามความรู้และความต้องการของแพทย์โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนแพทย์จะมีพูดคุย ชักถามอาการเจ็บป่วยน้อยมาก กระบวนการรักษายังเป็นการทำให้ประชาชนในพื้นที่รู้จักการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในท้องถิ่นโดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ตำรับยาต้ม ยาขง ยาฝน และการใช้สมุนไพรสด อย่างไรก็ตามยังมีความคิดเห็นจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่เห็นว่าการใช้วัฒนธรรมสุขภาพอาจทำให้อาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหายช้า บางพื้นที่ไม่มีหมอเมืองซึ่งเป็นผู้ดำเนินการรักษาทำให้ประชาชนมีการใช้วัฒนธรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง การใช้วัฒนธรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านจิตบำบัดที่กระบวนการมุ่งเน้นการสร้างเสริมกำลังใจ การเข้าร่วมพิธีกรรมจึงทำให้เกิดความสบายใจ อยู่ดีกินดี แต่ในสภาพปัจจุบันของพื้นที่ลุ่มน้ำลี้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของประชาชนต้องเผชิญกับภาวะอุทกภัยจากน้ำล้นตลิ่ง น้ำป่าไหลหลาก ภาวะหมอกควัน และภัยแล้ง รวมถึงการขยายพื้นที่ของเทศบาลตำบลที่ก้าวกระโดดและลุกล้ำพื้นที่ชนบทที่ประชาชนยังไม่มีแนวทางในการปรับตัวเอง

ให้ดำรงชีวิตอยู่กับความเป็นเมืองได้ ส่งผลให้แนวโน้มของการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการดูแล รักษาความเจ็บป่วยลดลง

อย่างไรก็ตามในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ยังมีปัจจัยชุมชนที่อาจจะทำให้วัฒนธรรมสุขภาพดำรงอยู่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทั้งความสามัคคีและช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามแบบชุมชนล้านนา รวมถึงโครงสร้างทางวัฒนธรรม ประเพณี แนวคิดและจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิตของประชาชนที่ไม่แตกต่างกันมากนักส่วนใหญ่มุ่งให้ความสำคัญกับคุณธรรมและจริยธรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณธรรมด้านความกตัญญูต่อพ่อแม่และผู้มีพระคุณ การเคารพนับถือผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งทำให้ประชาชนสามารถดำรงวิถีชีวิตประจำวันที่ถูกพันกับกิจกรรมทางศาสนาและกิจกรรมชุมชน

นอกจากนี้ยังมีแบบแผนภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาที่เป็นแนวทางเสริมสร้างขวัญกำลังใจ (พิธีกรรม) ทั้งความเชื่อเกี่ยวกับผี พิธีส่งเคราะห์ ปล่อยขันธ์ สืบชะตา และบูชาเทียนซึ่งเป็นกระบวนการที่ประชาชนใช้เพื่อการเสริมสร้างกำลังใจเมื่อประสบปัญหาสุขภาพ และปัญหาภัยพิบัติทางธรรมชาติ แนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความเข้าใจวิถีชีวิตที่ถูกพันกับธรรมชาติที่สัมพันธ์กับประสบการณ์และบริบทแวดล้อมทั้งด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจสังคมและประวัติศาสตร์ของสังคม โดยกระบวนการจะเชื่อมโยงกับครอบครัว และญาติมิตรที่ต้องพึ่งพาเกื้อกูลและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ในปัจจุบันที่กำหนดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของแนวทางการดำเนินชีวิตที่แฝงอยู่ในรูปแบบพิธีกรรมหรือสัญลักษณ์ของการรักษาความเจ็บป่วย โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อและการให้คุณค่าของสัญลักษณ์นิยม (Symbolism) ซึ่งยุคโลบายนี้ได้ก่อเกิดการเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้คนให้มีความหวังจากการช่วยเหลือของสิ่งที่ตนศรัทธา นอกจากนี้กระบวนการเหล่านี้ยังเป็นระบบอำนาจของชุมชนที่ใช้ขัดเกลาและควบคุมความสัมพันธ์ของประชาชนและเป็นแหล่งกำเนิดคุณค่าที่ทำให้ประชาชนให้ความสนใจกับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจตคติ กับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b)	β	t	P - value
ค่าคงที่	1.876		7.055	≤ 0.000
อายุเฉลี่ย (ปี)	.005	.002	2.496	0.014
ความรู้การใช้วัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย)	.824	.396	7.331	≤ 0.000
เจตคติการใช้วัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย)	.435	.459	8.592	≤ 0.000
$R^2 = 0.553$	SEE 0.037		F = 32.289	

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 ปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ อายุ (ปี) ระดับความรู้การใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย) และระดับเจตคติการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย) มีความสัมพันธ์กับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($P\text{-value} = 0.014 \leq 0.000$ และ ≤ 0.000 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ เจตคติ และการใช้วัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนลุ่มน้ำลี่กำหนดด้วยโครงสร้างทางวัฒนธรรม ประเพณี และทัศนคติในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับแบบแผนของชาวล้านนาในเรื่องสุขภาพ โดยมีครอบครัวและญาติมิตรที่พึ่งพาเกื้อกูลและเอื้ออาหารซึ่งกันและกัน ภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของวิถีการดำเนินชีวิตรวมทั้งศักยภาพทางภูมิปัญญาและเทคโนโลยีในการดูแล

รักษาสุขภาพของบุคคลและชุมชน ซึ่งพญา นีละภมร (2550) กล่าวว่าเมื่อใดสังคมมีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด การถ่ายทอดภูมิปัญญาที่เป็นวิถีชีวิตของผู้คนจะไม่ต่อเนื่องจากฐานวัฒนธรรมเดิมของชุมชนนั้น สังคมของการพึ่งพาอาศัยกันที่อยู่บนฐานของความเชื่อในคุณค่าของธรรมชาติ การเคารพซึ่งกันและกันจะถูกบั่นทอนด้วยการนำความรู้จากภายนอกมาลดคุณค่าของสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน รวมถึงการเป็นสังคมบริโภคนิยมที่ให้ความสำคัญต่อวัตถุจะส่งผลให้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นถูกละเลยและไม่มีการพัฒนาจากรากฐานเดิมที่มีอยู่

ส่วนความสัมพันธ์ของอายุที่พบว่าเมื่อประชาชนมีอายุเพิ่มขึ้นมีการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อประชาชนมีอายุมากขึ้นการก่อเกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจก็จะเพิ่มขึ้น จึงแสวงหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายไม่มากนักรวมถึงวัฒนธรรมสุขภาพบางกลุ่มในพื้นที่ลุ่มน้ำลี่

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

เช่น กลุ่มพิธีกรรมมีการใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนประชาชนที่มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมีการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ยงคงไว้ซึ่งกระบวนการของวัฒนธรรมสุขภาพทั้งการมีแหล่งการเรียนรู้ด้านตัวบุคคลและสถานที่ จึงทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมสุขภาพในบทบาททางเลือกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการดำรงชีวิตของประชาชนที่ยังคงแบบแผนการดำรงชีวิตตามแบบแผนล้านนาที่คงไว้ซึ่งระบบเครือญาติและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งเนตรดาว ธงชีว ทรธธา เศรษฐบุผา และชวพร พรหม จันทรประสิทธิ์ (2554) ศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดต่อ พบว่า ชุมชนล้านนามีการประยุกต์ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดต่อ โดยมุ่งเน้นความสมดุลของธาตุ (กาย) และขวัญ (จิตใจ) เพื่อสภาวะแบบองค์รวมตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมล้านนา

การประยุกต์ใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ยงควรสร้างจิตสำนึกร่วมเพื่อการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั้งสมุนไพรรักษาบ้านและอาหารพื้นบ้าน การก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการรับรู้ข่าวสารด้านปัญหาสุขภาพในชุมชนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างแท้จริง และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการสูญหายของวัฒนธรรมสุขภาพจากการขยายพื้นที่ชุมชนเมืองอย่างต่อเนื่องโดยการวางแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตรงจุด ชุมชนพื้นที่ต้นน้ำเน้นการส่งเสริมด้านพัฒนาภูมิปัญญาสมุนไพรรักษาพื้นบ้าน ส่วนชุมชนกลางน้ำ

และปลายน้ำมุ่งเน้นแนวทางการปฏิบัติผ่านกฎ กติกา ภายใต้กฎเกณฑ์ของพิธีกรรมในชุมชน

ทั้งนี้แนวทางความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพด้านวัฒนธรรมสุขภาพ โดยหน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีการวางแผนการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมสุขภาพ องค์การท้องถิ่นและผู้นำชุมชนทุกระดับต้องพยายามแสวงหาเครือข่ายและสร้างโครงการที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. การพัฒนาและสร้างหมอพื้นบ้านทุกสาขาในพื้นที่ให้มีส่วนสำคัญในการนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน แล้วสร้างกิจกรรมที่ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอันจะนำไปสู่การสืบทอดองค์ความรู้ไม่ให้สูญหาย
2. การใช้โรงเรียนภายในชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพ จะก่อเกิดกระบวนการการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนและสะท้อนสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งช่วยให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดและสืบทอดองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ รูปแบบการนำวัฒนธรรมสุขภาพในแต่ละสาขาเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นแบบแผนชัดเจนรวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพของหมอพื้นบ้าน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เยาวชนและผู้เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการลุ่มน้ำปิงตอนบน.(2554). โครงการจัดทำแผนรวมการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำในพื้นที่ลุ่มน้ำปิง. เอกสารอัดสำเนา.
- เนตรดาว ธงชิว,หรรษา เศรษฐบุปผา และชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ .(2554)."ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดต่อ". พยาบาลสาร. 38 (3): 111 - 132.
- พทยา นิละภมร. (2550). โครงการฟื้นฟูภูมิปัญญาสุขภาพเชียงใหม่ : โครงการนวัตกรรมบริการสุขภาพภูมิ. วิเชียร ไทยเจริญ.(2547).อัตลักษณ์และการดำรงอยู่ของแพทย์พื้นบ้านภาคใต้ กรณีศึกษาแพทย์พื้นบ้านอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช. บทคัดย่อและบทสรุปผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการและชุมนุมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี.กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- สามารถ ใจเตี้ย,ลิวลี รัตนปัญญา และสมชาย แสนวงศ์.(2555). "ประสิทธิภาพบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่นเรื่อง ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนากับการเสริมสร้างสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ : สมุนไพรและโภชนาการบำบัด". วจัยราชภัฏเชียงใหม่. 14(1) : 57 - 65.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2556). สถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำพูน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2559, จาก <http://www.lamphunhealth.go.th/cd/main.html>.
- Cochran, W.G. (1977). *Sampling Techniques*. 3th ed. New York : John Wiley and Sons Inc.
- David, R. Wessner. (2008). *The wisdom of whores: Bureaucrats, brothels and the business of AIDS*. W. W. Norton & Co., New York.



**การพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
ในเขตกรุงเทพมหานคร***
**The Development of Knowledge Management in a Private Hospital
in Bangkok Metropolitan**

ทิพวรรณ จันศิริ**
ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต***
เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนียพงศ์****

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการจัดการความรู้ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรต่างๆ ของทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะฝ่ายการบริหารนั้นได้เล็งเห็นความสำคัญจึงนำการจัดการความรู้มาเป็นกลยุทธ์ในการบริหารงานคุณภาพ แต่การจัดการความรู้ภายในองค์กรที่ศึกษา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครและประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ไปใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน

30 คน ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีจำนวน 16 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.33 ซึ่งหาได้จากการนำแบบประเมินความเป็นไปได้ไปให้พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลรามคำแหง จำนวน 22 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยมีดังนี้

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวิชัยยุทธ และนักศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

1. การจัดการความรู้ที่ได้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ด้านการผลิตความรู้ 5 กิจกรรม 2) การเก็บรักษาความรู้ 5 กิจกรรม 3) การเผยแพร่ความรู้ 3 กิจกรรม และ 4) การนำความรู้ไปใช้ 3 กิจกรรม รวม 16 กิจกรรม

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ไปใช้ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการ

นำความรู้โดยรวมไปใช้ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.57) ในรายขั้นตอนทั้ง 4 และในรายข้อทุกข้อ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากเช่นกัน ผู้บริหารควรนำการจัดการความรู้ที่ได้ไปสู่การปฏิบัติจริง มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องและนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนอย่างสมบูรณ์

Abstract

At present, knowledge management has been used in organizations in both private and public sections. The administrator uses the knowledge management as one of the strategies in quality management it does not have a unique model.

This descriptive research aimed to develop knowledge management in a private hospital in Bangkok Metropolitan and assess the possibility of its implication. The sample of 30 nurses who had been working in emergency department of a private hospital, was purposively selected. The research tool was an evaluation form. Its content validity index was 0.92 and its Cronbach alpha coefficient was 0.33. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results were as follows.

1. The developed knowledge management included 4 process of knowledge management 1) knowledge creation consists of five activities 2) knowledge storage consists of five activities 3) knowledge transfer consists of three activities 4) knowledge utilization consists of three activities including 16 activities.

2. The possibility of knowledge management implication in overall was at the high level ($\bar{X} = 3.78$, SD=0.57) as well as in 4 steps and in all item.

The leader should be promoting knowledge management in organization to provide the highest level in all of activities and lead these activities of knowledge management to real practicality and evaluated continuously.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประกอบธุรกิจให้ประสบความสำเร็จทั้งภาครัฐและเอกชน และทำให้สามารถอยู่รอดได้ในท่ามกลางภาวะเศรษฐกิจและสังคมในยุคแห่งเปลี่ยนแปลงของทศวรรษที่ 21 องค์กรจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดการบริหารจัดการที่ต้องอาศัยการสร้างความรู้ และการจัดการความรู้ (เจษฎา นกน้อย, 2552) ปัจจุบันสภาวะการแข่งขันที่รุนแรง สินค้าและบริการได้มีการ

นำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ จำเป็นต้องใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์มากกว่าการใช้ทุนทรัพย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคสังคมเศรษฐกิจ ฐานความรู้เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ ที่องค์กรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้โดยใช้สินทรัพย์ที่จับต้องไม่ได้ เช่น ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ เทคโนโลยี มากกว่า การใช้สินทรัพย์ที่จับต้องได้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีศักยภาพ และการจัดการความรู้ก็เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาองค์กร เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ดีแก่ลูกค้า โดยการจัดการความรู้ขององค์กรจะช่วยให้ให้นำเอาความรู้จากคนในองค์กรออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร โดยเฉพาะความรู้ที่สั่งสมจากประสบการณ์จากงานจริงซึ่งจัดเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล ซึ่งอยู่ในรูปของทักษะ ประสบการณ์ พรสวรรค์ ในแต่ละตัวของบุคคล ดังนั้น การจัดการความรู้จึงเน้นที่การปฏิบัติเป็นสำคัญ ที่ต้องแนบแน่นอยู่กับการปฏิบัติโดยมีความสำคัญอยู่ที่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รู้หรือนักวิชาการใดๆ การจัดการความรู้จึงเป็นเครื่องมือที่สามารถปรับเปลี่ยน ประยุกต์ไปตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม สำหรับองค์กรที่มุ่งหวังในการเป็นองค์กรแห่งคุณภาพ ที่ต้องการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าและเพื่อความพร้อมในการแข่งขัน

โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ได้มีการนำการจัดการความรู้เข้ามาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยใน พ.ศ.2549 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้กำหนดมาตรฐานใหม่โดยมีการวัดผล การวิเคราะห์และการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มงานพยาบาลให้เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลและได้ให้ความสำคัญในการจัดการความรู้ โดยการจัดการความรู้ทางพยาบาลเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้มีการสร้าง รวบรวม และจัดระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่ความรู้ทางพยาบาล และสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices) ตามบริบทของแต่ละองค์กร (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน,2548)

ในองค์กรภาคเอกชนนั้น จุดมุ่งหมายของแต่ละองค์กรย่อมต้องการเป็นองค์กรแห่งคุณภาพ ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าและความพร้อมในตลาดการแข่งขัน ซึ่งการจะบรรลุให้ไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จนั้น ผู้นำองค์กร ต้องพัฒนาองค์กรไปสู่สมรรถนะสูงสุด องค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูงสุด หมายถึง "การเป็นองค์กรที่เก่ง มีแผนรองรับกับสภาวะต่างๆ อย่าง

ชัดเจนมีการวิเคราะห์ที่สามารถระบอบต่อการทำงาน จากรอบด้านทุกมุมมอง ทำให้สามารถปฏิบัติภารกิจบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามเวลา และคุณภาพของผลงานดีเยี่ยม เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป" (Holbeche,2011) การที่จะก้าวไปสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงสุดได้นั้น ต้องเริ่มด้วยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่มีกระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีศักยภาพสูงสุด

การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงที่สุดนั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการบริหารที่ต้องบริหารทรัพยากรขององค์กรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งในยุคปัจจุบัน ผู้บริหารภายในองค์กรมักถูกท้าทายความสามารถในการบริหารต้นทุนการบริหารมีราคาสูงขึ้นทำให้ผลประโยชน์ตอบแทนที่ควรจะได้รับจากการดำเนินงานลดน้อยลง ทำให้แต่ละองค์กรต้องการที่จะพยายามลดต้นทุนการดำเนินงาน เช่น การลดอัตรากำลังคนในการปฏิบัติงาน หรือลดการใช้ทรัพยากรต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติบางครั้งการลดกำลังคนในการดำเนินงานอาจส่งผลกระทบต่อองค์กรหลายประการ ทำให้เกิดความขาดแคลนแรงงานหรือผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน หรือทำให้สภาพการดำเนินงานมีความติดขัดหากองค์กร ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือ หรือบุคลากรภายในเพื่อทดแทนกำลังแรงงานที่ออกไป ดังนั้น หนทางของการแก้ไขปัญหาคือการทำให้การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของกำลังพลแต่ละคน การใช้ทรัพยากรที่ประหยัดคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุด ซึ่งการที่จะได้มาซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในองค์กรนั้นการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพ และศักยภาพขององค์กร (Goh, 2003)

โรงพยาบาลวิชัยยุทธเป็นโรงพยาบาลเอกชน ที่ให้บริการด้านสุขภาพในระดับตติยภูมิที่ครอบคลุมในบริการด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาในโรคทั่วไป และในการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน และมุ่งเน้นในการให้บริการที่เป็นเลิศที่เป็นไปตามวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปตามพันธกิจขององค์กร ซึ่งในการควบคุมคุณภาพใน

การให้บริการนั้นในภาคส่วนของฝ่ายการพยาบาล มีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้นำขององค์กรในการวางแผนกลยุทธ์ กำหนดมาตรฐาน คุณภาพของการให้บริการทางด้านการพยาบาลขององค์กร เพื่อให้ได้คุณภาพที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน การจัดการความรู้คือ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพซึ่งเป็นฝ่ายที่ทำงานควบคู่ไปกับฝ่ายการพยาบาล ซึ่งทางฝ่ายพัฒนาคุณภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ จึงมีการจัดทำโครงการและการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากร พร้อมทั้งกำหนดนโยบายที่เป็นข้อบังคับให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าร่วมประชุมคุณภาพที่ทางองค์กรได้จัดทำขึ้นในทุกๆ เดือน พร้อมทั้งมีโครงการที่กระตุ้นให้หน่วยงานต่าง ๆ นำเสนอนวัตกรรมที่ได้คิดค้นเพื่อเป็นการเสริมสร้างบรรยากาศองค์กรแห่งการเรียนรู้ โรงพยาบาลวิชัยยุทธจึงมีฝ่ายพัฒนาคุณภาพได้เข้ามาดูแลในด้านการจัดการความรู้ขององค์กร ซึ่งทำการจัดกิจกรรมส่งเสริม ให้บรรยากาศขององค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

จากประโยชน์ของการจัดการความรู้ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ทำให้ผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและคุณภาพเกิดความผิดพลาดน้อยลง โดยการเรียนรู้จากบทเรียนหรือแนวปฏิบัติที่ดีหรือประสบการณ์ที่มีการ

ถ่ายทอดซึ่งกันและกัน (ประภาพรณ อุณอบ, 2555) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการความรู้ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

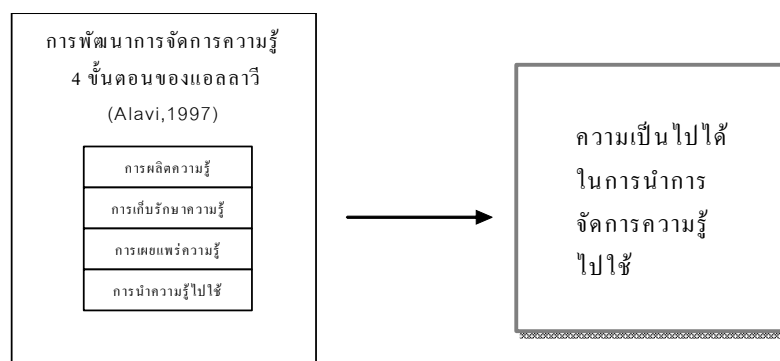
1. การจัดการความรู้ในโรงพยาบาลวิชัยยุทธที่ได้พัฒนาขึ้นมา มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. การจัดการความรู้ในโรงพยาบาลวิชัยยุทธที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธ
2. ประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ของ Alavi (1997) ที่มีการจัดการความรู้ 4 ขั้นตอน คือ การผลิตความรู้ การเก็บรักษาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ และขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ไปใช้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์และปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการทำกลุ่มระดมสมอง เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำเรียนอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงให้ถูกต้องเหมาะสม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน เพื่อแสดงความคิดเห็นเพื่อให้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงแนวคำถาม ให้ถูกต้องเหมาะสมตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ปฏิบัติงานในตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2) ความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ ผู้วิจัยสร้างจากผลการทำกลุ่มระดมสมอง ใน 4 ด้าน คือ การผลิตความรู้ การนำความรู้ไปเก็บรักษา นำออกมาเผยแพร่ และนำความรู้ไปใช้จริงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลักษณะแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าคะแนนไว้ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความเป็นไปได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความเป็นไปได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความเป็นไปได้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความเป็นไปได้น้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

การแปลผลระดับความเป็นไปได้ ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

4.50–5.00 หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด

3.50–4.49 หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก

2.50–3.49 หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง

1.50–2.49 หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย

1.00–1.49 หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนในด้านการจัดการความรู้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และหาความเที่ยง (Reliability)

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบประเมินพร้อมโครงร่างการวิจัย ฉบับย่อซึ่งมีคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ศึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตามที่คุณวิจัยได้เรียนเชิญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ 1, 2, 3 และ 4 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้ คือ 0.92

ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยได้นำแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลวิชัยยุทธ ไปใช้ในโรงพยาบาลราชวิถี ที่โรงพยาบาลรามคำแหง จำนวน 22 คน นำข้อมูลไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตยันทากร, 2553) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้เท่ากับ 0.33

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยให้ข้อมูลและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยไม่ปิดบัง พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงลักษณะการเก็บข้อมูลโดยใช้การตอบแบบสอบถาม และการจัดกลุ่มสนทนา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกเสียงและการจดบันทึก ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหาก

มีข้อคำถามใดไม่สะดวก กลุ่มตัวอย่างมีอิสระที่จะไม่ตอบ รวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดของการวิจัยก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและสามารถสอบถามข้อข้องใจกับผู้วิจัยได้ ข้อมูลที่ได้มาจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาวิจัยเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเข้าใจชัดเจนในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งระยะในการเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาล

1.1 จัดกิจกรรมการทำกลุ่มระดมสมองเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาการจัดการความรู้ สรุปแนวคิดที่ได้ในการทำกลุ่มระดมสมองของกลุ่มเพื่อทำเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการความรู้ในของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยจัดการประชุมกลุ่ม 2 ครั้ง การประชุมครั้งที่ 1 เป็นการประชุมเพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมกลุ่มระดมสมองซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 13 คน โดยวัตถุประสงค์ในการจัดกลุ่มระดมสมองครั้งที่ 1 นี้เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดดังต่อไปนี้

บทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมประชุมในฐานะผู้ร่วมวิจัย

อธิบายรายละเอียดต่างๆ ในการทำกลุ่มระดมสมองและข้อมูลเกี่ยวกับหัวข้อที่จะทำการทำกลุ่มระดมสมอง

อธิบายรายละเอียดของเนื้อหาในเอกสารในเรื่องของทฤษฎีการจัดการความรู้ รูปแบบ กรอบแนวคิดของการจัดการความรู้ของนักทฤษฎีต่างๆ และทฤษฎีที่ผู้วิจัยได้เลือกนำมาประยุกต์ในการจัดการความรู้ในการทำวิจัยครั้งนี้

เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สอบถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามในประเด็นที่สงสัย

โดยการประชุมกลุ่มครั้งแรกนี้ ได้มีการกำหนดหัวข้อในด้านกิจกรรมทั้ง 4 ด้านของการจัดการความรู้ โดยมีความคิดเห็นตรงกันว่า กิจกรรมที่จะนำมาใช้ในการสร้างรูปแบบการจัดการความรู้นั้นจะต้องเป็นกิจกรรมที่บุคลากรส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ไม่ซับซ้อน

การประชุมครั้งที่ 2 เป็นการประชุมเพื่อทำกลุ่มระดมสมอง โดยใช้แนวคำถามที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ

1.2 จัดทำรายการจัดการความรู้ ซึ่งได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดการความรู้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามรูปแบบการจัดการความรู้ของ แอลลวี่ (Alavi, 1997) เป็นรูปแบบการจัดการความรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ โดยเริ่มจากการผลิตความรู้ การนำความรู้ไปเก็บรักษา นำออกมาเผยแพร่ และนำความรู้ไปใช้

1.3 การนำแผนจัดการความรู้ไปปฏิบัติ และขั้นตอนกิจกรรมที่ได้จากการทำกลุ่มระดมสมองเสนอส่งผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม

อุปกรณ์ เทปบันทึกเสียง เอกสารให้ความรู้ ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 16.00-18.00 น. ที่ห้องสังเกตอาการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มระดมสมองโดยการถอดเทปและสรุปเนื้อหา

2. ระยะประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินไปใช้ โดยผู้วิจัยทำการแจกแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำกิจกรรมการจัดการความรู้ไปใช้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.การวิเคราะห์ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาจากแบบฟอร์มการระดมสมอง และนำเสนอโดยการพรรณนา

3. การวิเคราะห์การประเมินผลในเรื่องของความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิเคราะห์ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ความเป็นไปได้โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาที่ได้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการพัฒนาการจัดการความรู้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการจัดการความรู้ของ แอลลาวี ซึ่ง มี 4 ขั้นตอนในการสร้างรูปแบบการจัดการความรู้ โดยการใช้กลุ่มระดมสมองเพื่อสรุปขั้นตอนกิจกรรมการจัดการความรู้ในแต่ละขั้นตอนของการจัดการความรู้ของแอลลาวี

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการความรู้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลวิชัยยุทธ มีการเสนอกิจกรรมในสร้างความรู้ ดังนี้

1.1 จัดกิจกรรมระดมความคิดเห็นจากสมาชิกในกลุ่มคณะกรรมการทำงาน วิเคราะห์ สังเคราะห์ ร่วมกันความรู้และประสบการณ์เดิม

1.2 จัดกิจกรรมและมีการมอบหมายรวบรวมความรู้ที่ค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่างๆ ตามหัวข้อที่ได้จากการระดมความเห็น

1.3 มีกิจกรรมการนำเสนอข้อมูลที่ได้รับมอบหมายให้สืบค้น ให้ทุกคนรับรู้ร่วมกัน

1.4 มีการระดมความคิดเห็นจากสมาชิกในองค์กร วิเคราะห์ แสดงความคิดเห็นในความรู้ที่สืบค้นร่วมกับประสบการณ์ความรู้เดิมที่มี

1.5 สร้างกลุ่มผู้ตรวจสอบความถูกต้องของความรู้ที่ได้มา เพื่อนำมาปรับแก้ ให้ตรงกับบริบทขององค์กรเพื่อควมมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ในองค์กร

ขั้นตอนที่ 2 การจัดเก็บความรู้ การจัดเก็บความรู้ไว้เพื่อให้บุคลากรในองค์กรเข้ามาสืบค้นได้ตามความต้องการ โดยต้องคำนึงถึงวิธีการเก็บรักษา ซึ่งแต่ละองค์กรจะต้องเก็บรักษาข้อมูลสารสนเทศและความรู้ไว้อย่างดีที่สุด ในการจัดเก็บนั้นสามารถบันทึกเป็นฐานข้อมูลหรือบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนได้จากการทำกลุ่มระดมสมองสามารถสรุปกิจกรรมที่เป็นการจัดเก็บความรู้ได้ดังนี้

2.1 หัวหน้าหน่วยงานกำหนดบุคลากรรับผิดชอบการจัดเก็บองค์ความรู้

2.2 หน่วยงานจัดเก็บความรู้ จัดให้มีการจัดสรรระบบความรู้ โดยการจำแนกประเภท จัดหมวดหมู่ จัดลำดับความสำคัญ และจัดความสัมพันธ์ของความรู้ที่มีในองค์กร แล้วจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงองค์ความรู้

2.3 หน่วยงานจัดเก็บความรู้ จัดเก็บความรู้ในรูปแบบบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บไว้ในเอกสารต่างๆ เช่น คู่มือ แนวทางปฏิบัติ ฐานข้อมูล และ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

2.4 จัดสถานที่จัดเก็บความรู้ ดังนี้

2.4.1 จัดมุมความรู้ของหน่วยงานเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการรักษาพยาบาล

2.4.2 จัดทำชั้นหรือบอร์ดให้ความรู้ที่ได้ จากการสรุปในขั้นตอนที่ 1

2.4.3 จัดทำชั้นเก็บเอกสารการแพทย์ พบให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ และการเก็บรักษาอุปกรณ์ทางการรักษาพยาบาล

2.5 มีการจัดเก็บความรู้ โดยใช้เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ในรูปแบบอินเทอร์เน็ต ซีดี วีซีดี หรือ เทปเสียง

ขั้นตอนที่ 3 การเผยแพร่ความรู้ การกระจายความรู้และถ่ายทอดไปอย่างรวดเร็วและเหมาะสมทั่วทั้งองค์กร เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ สามารถสรุปกิจกรรมที่ได้จากการประชุมกลุ่มได้ดังนี้

3.1 มีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้อย่างเป็นทางการ เช่น การประชุมประจำเดือนภายในแผนก และไม่เป็นทางการ เช่น การประชุมรับส่งเวรในช่วงเช้าของทุกวัน การให้คำปรึกษา ระบบพี่สอนน้อง

3.2 จัดให้มีการทำมุมความรู้ ในแผนกจดหมายข่าว กระดานข่าว ประจำแผนก

3.3 รวบรวมบันทึกข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนความรู้ นำกลับไป วิเคราะห์ สังเคราะห์ ร่วมกับความรู้อื่นที่สร้างขึ้นอีกครั้ง แล้วทำการปรับปรุงเป็นการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการจัดการความรู้ เป็นการที่

บุคคลเกิดการเรียนรู้และนำความรู้ไปใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน และหมุนเวียนไปอย่างต่อเนื่อง จากการทำกลุ่มระดมสมองสามารถสรุปกิจกรรมในขั้นตอนการนำความรู้ไปใช้ได้ดังนี้

4.1 สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในองค์กรรับทราบเกี่ยวกับข้อมูล องค์ความรู้ที่จัดเก็บไว้ที่ใด และการเข้าถึงองค์ความรู้ที่ได้ทำการแยกประเภทและจัดเก็บไว้ในสถานที่เก็บความรู้ต่างๆ ได้อย่างไร

4.2 บุคลากรในองค์กรช่วยกันประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงการเข้าถึง และนำความรู้ที่มีอยู่และได้จัดเก็บอย่างเป็นหมวดหมู่ และง่ายต่อการเข้าถึงไปประยุกต์ใช้และพัฒนางานให้ดีขึ้น ต่อทั้งคนในองค์กรเอง และบุคลากรภายนอกที่สนใจ

4.3 ส่งเสริมให้บุคลากรสรุปและประเมินผลการทำงานจากการใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่ ทั้งของตนเองและองค์กร เพื่อนำไปยกระดับพัฒนาความรู้ไปใช้ในครั้งต่อไป

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำการจัดการความรู้ไปใช้

ตารางที่ 1 : ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความสามารถในการนำไปใช้ได้ (n=30)

การจัดการความรู้	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.การจัดการความรู้ในการผลิตความรู้	3.83	0.60	มาก
2.การจัดการความรู้ในการเก็บรักษาความรู้	3.97	0.57	มาก
3.การจัดการความรู้ในการเผยแพร่ความรู้	3.90	0.50	มาก
4.การจัดการความรู้ในการนำความรู้ไปใช้	3.78	0.64	มาก
รวม	3.87	0.57	มาก

2.5 มีการจัดเก็บความรู้ โดยใช้เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ในรูปแบบอินเทอร์เน็ต ซีดี วีซีดี หรือ เทปเสียง

ขั้นตอนที่ 3 การเผยแพร่ความรู้ การกระจาย

บุคคลเกิดการเรียนรู้และนำความรู้ไปใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน และหมุนเวียนไปอย่างต่อเนื่อง จากการทำกลุ่มระดมสมองสามารถสรุปกิจกรรมในขั้นตอนการนำความรู้ไปใช้

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๔

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าระดับความเป็นไปได้ในการนำขั้นตอนกิจกรรมในทุกกิจกรรมของแต่ละด้านการจัดการความรู้ทั้ง 4 ด้าน มีระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องตาม Peter Senge (2007) ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงวินัย 5 ประการที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งหนึ่งในนั้น กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ซึ่งต้องมีการเรียนรู้เป็นทีม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการผลักดันการจัดการความรู้ในองค์กร ให้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของกิจกรรมในแต่ละของการจัดการความรู้ในแต่ละขั้นตอนพบว่ายังไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามรูปแบบการจัดการความรู้ของแอลลาซึ่งเน้นในเรื่องของการใช้เทคโนโลยีในการประยุกต์ใช้ในการจัดเก็บองค์ความรู้ เนื่องจากทางแผนกอุบัติเหตุ

ฉุกเฉินยังขาดความพร้อมของอุปกรณ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการจัดซื้อและการจัดงบประมาณในการนำเข้าโปรแกรมให้เหมาะสมกับรูปแบบกิจกรรมที่ได้จัดวางไว้ แต่ได้มีการพยายามให้เกิดการจัดเก็บความรู้ในรูปแบบของบันทึกด้วยลายลักษณ์อักษรที่สามารถแยกประเภทให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล และจัดเก็บ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมนำการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลวิชัยยุทธไปใช้ให้ได้ในระดับมากที่สุดในทุกขั้นตอนกิจกรรม
2. ผู้บริหารควรนำการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลวิชัยยุทธไปสู่การปฏิบัติจริง และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- เจษฎา นกน้อย.(2552). นานาพรรณคณะกรรมการจัดการความรู้และสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประภาพรณ อบอุ่น. (2555). การจัดการความรู้สู่องค์กรแห่งความสุข:แนวคิด และบทเรียนจากกรณีศึกษา. กรุงเทพมหานคร:พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. (2552). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาด้านบริการพยาบาลในโรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Alavi,M.,& Dotothe,E..(1997). *Knowledge management systems: theory and practice*. Thomson Learning, Berkshire House: London.
- Holbeche, L. (2011). "GP consortia: navigating ambiguity to produce greater public value". *Perspectives in Public Health*. 131 (3): 131-6.
- Senge,P. (2007). *The practice of innovation. Leader to Leader*. (9):16-22.
- Swee C. Goh, (2003) "Improving organizational learning capability: lessons from two case studies", *The Learning Organization*. 10(4) : 216 - 227.



ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชี
ของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย*

The Opinion about Factors Affecting Audit Quality of Certified Public
Accountant in Thailand

ร้อยตรีสาธิต นกไม้**
ดร.จิตาภรณ์ ลินจัญญ์ศักดิ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย ในปัจจัย 1) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) ด้านความเป็นมืออาชีพ 3) ด้านระดับการศึกษา 4) ด้านประสบการณ์การสอบบัญชี 5) ด้านขนาดของกิจการที่ตรวจสอบ 6) ด้านรายได้ต่อเดือน 7) ด้านการเข้าร่วมการฝึกอบรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทยจำนวน 400 ตัวอย่าง และได้รับแบบสอบถามกลับคืนสมบูรณ์ทั้งสิ้น 383 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 95.75 การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Multiple regression, t-test และ One-way ANOVA ในการแปลผลและนำเสนอ

ผลการศึกษาพบว่าผู้สอบบัญชีรับอนุญาตนอกตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 36-45 ปี ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์สอบบัญชีมากกว่า 9 ปี มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 60,000 บาท และขนาดของกิจการที่ตรวจสอบ มีทั้งที่เป็นกิจการขนาดเล็ก (ทุนจดทะเบียนไม่เกิน 10 ล้านบาท) ขนาดกลาง (ทุนจดทะเบียนมากกว่า 10 ล้าน แต่ไม่เกิน 30 ล้านบาท) และขนาดใหญ่ (ทุนจดทะเบียนมากกว่า 30 ล้านบาทขึ้นไป) โดยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชี อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น ความโปร่งใส ความเป็นอิสระ ความเที่ยงธรรม และความซื่อสัตย์สุจริต ความรู้ ความสามารถ และมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การรักษาความลับความลับติดต่อผู้รับบริการ ความรับผิดชอบต่อผู้ถือหุ้น บุคคล หรือนิติบุคคลที่ผู้ประกอบการวิชาชีพบัญชีปฏิบัติหน้าที่ให้ ความรับผิดชอบต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต คณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม

** นักศึกษาหลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต คณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม

และจรรยาบรรณทั่วไป ด้านความเป็นมืออาชีพ เช่น ความรู้ทางวิชาชีพ ทักษะทางวิชาชีพ ค่านิยม จรรยาบรรณ และทัศนคติทางวิชาชีพ ประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติ การวัดผลขีดความสามารถและสมรรถนะ และการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า จรรยาบรรณวิชาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการสอบบัญชี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.000^*$) ความเป็นมืออาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการสอบบัญชีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.000^*$) ความคิดเห็นของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต

จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.58$) ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีคุณภาพการสอบบัญชีตามประสิทธิภาพการสอบบัญชีที่แตกต่างกัน ($p = 0.000^*$) ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีขนาดของกิจการที่ตรวจสอบแตกต่างกันมีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน ($p = 0.000^*$) ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน ($p = 0.000^*$) ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีการเข้าร่วมฝึกอบรมแตกต่างกันมีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน ($p = 0.000^*$)

Abstract

This quantitative research aims to study the opinion about factors affecting audit quality of Certified public accountant in Thailand in 1) Code of Ethics of Accounting 2) Professionalism 3) Educational Background 4) Auditing Professional Experience 5) Different sizes of audited business 6) Monthly income 7) Attending training program. The research collect data from sample of 400 Certified Public Accountants in Thailand by use of questionnaires that 383 samples return completed questionnaires, rate by an average of 95.75 percent, Simple Random Sampling, Descriptive Statistic used for research analysts includes calculating percentage, average and standard deviation, and inferential statistic includes Multiple regression, the t-test and One-way ANOVA method.

The study shows most certified public accountants of over-the-counter market in Thailand are females, aged

36-45 years who obtained postgraduate degree with over 9 years auditing professional experiences, earn over 60,000 baht per month and responsible auditing in small business (authorize capital not exceed 10 million baht), medium business (authorize capital not exceed 30 million baht) and big business (authorize capital exceed 30 million baht). Their opinions are evaluated as the "Very Much" level on Factors Affecting Audit Quality includes Code of Ethics of Accounting such as lucidity, independence, objectiveness, integrity, professional competence and standard, confidentiality, responsibility of client servicing, responsibility to shareholders, person or colleague. On ethics and professionalism such as professional skill, value, ethics, professional attitude, field experience, capacity evaluation and continuing professional development.

The result of assumption test revealed the positive relationship between the Code of Ethics of Accounting and the Audit Quality with the statistical significance level of 0.05 ($p = 0.000^*$); the positive relationship between Professionalism and Audit Quality with the statistic significance level of 0.05 ($p = 0.000^*$) ; the certified public accountant with various educational background is assumed as no difference with statistic significance

level of 0.05 ($p = 0.58$); the difference of the certified public accountants' experiences level affect the audit quality ($p = 0.000^*$); the difference of sizes of business affect the audit quality ($p = 0.000^*$); the difference of the certified public accountants' monthly income affect the audit quality ($p = 0.000^*$); the difference of the training program of the certified public accountant affect the audit quality ($p = 0.000^*$).

ความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลจากงบการเงินควรมีความถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงเศรษฐกิจได้โดยงบการเงินจะต้องจัดทำขึ้นตามมาตรฐานการบัญชีที่เกี่ยวข้องและรับรองทั่วไป อย่างไรก็ตามในทางกฎหมายงบการเงินที่จะเสนอต่อบุคคลภายนอกได้นั้นจะต้องผ่านการตรวจสอบและรับรองจากผู้สอบบัญชีรับอนุญาต เพื่อให้มีความเชื่อมั่นได้ว่า งบการเงินดังกล่าวมีการจัดทำอย่างถูกต้องตามระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานการบัญชีที่เกี่ยวข้อง

การสอบบัญชีมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตามสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย การเมือง และสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยวัตถุประสงค์การสอบบัญชีได้มุ่งเน้นไปที่การพิจารณาความถูกต้อง ที่ควรของงบการเงินแทนการมุ่งจับการทุจริตและข้อผิดพลาด รวมถึงมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีเพิ่มขึ้น

การสอบบัญชีถือเป็นกระบวนการของการรวบรวมการประเมินหลักฐานเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศเพื่อระบุและรายงานเกี่ยวกับระดับความสอดคล้องกัน การสอบบัญชีควรปฏิบัติโดยบุคคล ที่มีความรู้ความสามารถและความเป็นอิสระที่เรียกว่า "ผู้สอบบัญชี" ความต้องการเชิงเศรษฐกิจก่อให้เกิดวิชาชีพสอบบัญชีขึ้นมา

เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากข้อมูลสารสนเทศที่ใช้เพื่อการตัดสินใจ ปัจจัยที่สำคัญมากในการสอบบัญชีให้เกิดความน่าเชื่อถือคือ ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตต้องมีจรรยาบรรณในวิชาชีพการสอบบัญชี ซึ่งถือได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะทำให้ธุรกิจเกิดความมั่นใจในคุณภาพของงาน สอบบัญชีที่ผู้สอบบัญชีได้ทำการตรวจสอบนั้น (นิพนธ์ เทินโชคชัยชนะ และศิลปพร ศรีจันทเพชร, 2550)

คุณภาพการสอบบัญชีเป็นผลสะท้อนให้เห็นว่าผู้สอบบัญชีสามารถปฏิบัติงานตรวจสอบความถูกต้องในส่วนที่เป็นสาระสำคัญและการรายงานการตรวจสอบและรับรองบัญชีที่แสดงฐานะทางการเงินและผลการดำเนินงานตามหลักการบัญชีที่รับรองทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสามารถแสดงออกซึ่งความรู้ความสามารถได้เป็นอย่างดี ได้แก่ความรู้ด้านการบัญชี ด้านการสอบบัญชี ด้านกฎหมาย และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ชนัญญา ลินชื่น , 2548)

นอกจากจรรยาบรรณในวิชาชีพการสอบบัญชีแล้ว การตรวจสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้เครื่องมือหลายอย่างในการตรวจสอบเพื่อค้นหาข้อผิดพลาดและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น แต่สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การสอบบัญชีมีประสิทธิภาพได้นั้นคือผู้สอบบัญชีรับอนุญาตจะต้องมีความเป็นมืออาชีพใน

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การสอบบัญชีให้บริษัท ความเป็นมืออาชีพเป็นปัจจัยที่นำมาซึ่งความแข็งแกร่งในคุณภาพการสอบบัญชีโดยความสำเร็จของผู้สอบบัญชีจะมีลักษณะการยึดเอาทฤษฎีที่เป็นระบบมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การมีความรู้ความสามารถในวิชาชีพของตนเอง การได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะการมีจรรยาบรรณ และการมีวัฒนธรรมกลุ่ม (ดิน ปรัชญพฤทธิ , 2546) ดังนั้น หากผู้สอบบัญชีมีจรรยาบรรณวิชาชีพการสอบบัญชีและมีความเป็นมืออาชีพอย่างดีแล้ว สามารถส่งผลให้ธุรกิจและผู้ใช้งานการเงินมีความเชื่อมั่นในงบการเงินและสร้างความน่าเชื่อถือของผู้สอบบัญชีในคุณภาพการสอบบัญชีด้วย ซึ่งนับว่าได้ช่วยเพิ่มศักยภาพและความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติงานและคุณภาพของวิชาชีพให้แก่ผู้สอบบัญชีต่อไป (พยอม สิงห์เสนห์, 2545)

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างความเป็นมืออาชีพเพื่อให้ผู้สอบบัญชีสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและ

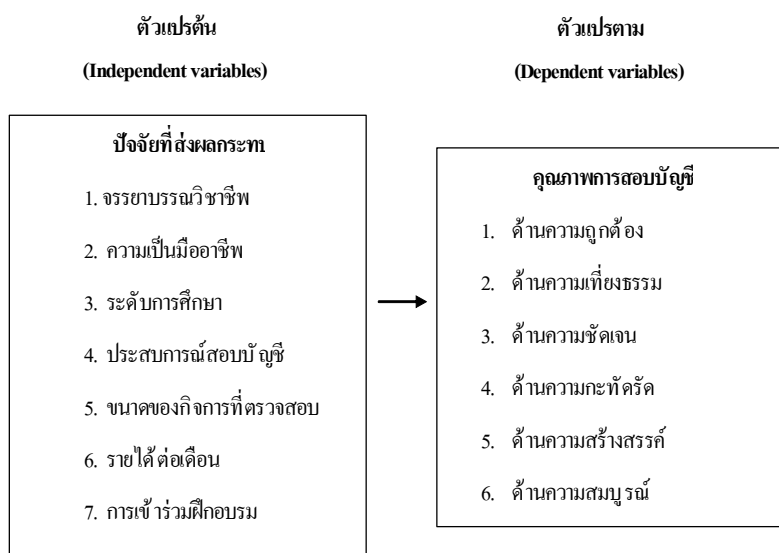
ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณชนและเพิ่มพูนความน่าเชื่อถือของวิชาชีพบัญชีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชีจำแนกตาม ระดับการศึกษา ประสบการณ์การสอบบัญชี ขนาดของกิจการที่ตรวจสอบ รายได้ต่อเดือน และการเข้าร่วมการฝึกอบรม ว่าแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมแนวคิด และสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังต่อไปนี้



สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ มีผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านความเป็นมืออาชีพมีผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต

สมมติฐานที่ 3 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 4 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีประสบการณ์สอบบัญชีแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 5 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีขนาดของกิจการที่ตรวจสอบแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 6 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 7 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีการเข้าร่วมการฝึกอบรมแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทยจำนวน 8,950 คน (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ,2558) การกำหนดขนาดกลุ่มใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งเป็นวิธีการเลือกตัวอย่างที่ทุกๆ หน่วยงานของประชากรจะมีโอกาสถูกเลือกขึ้นมาเป็นตัวอย่างเท่า ๆ กัน โดยใช้วิธีการเปิดตารางสุ่ม (Random number table) โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 400 ราย ตามสูตรดังต่อไปนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณหาได้จากสูตร Yamane ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 %

โดยที่ n = กลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนของประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อน

หมายเหตุ : ในการทำวิจัยนี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} n &= \frac{8,950}{1 + 8,950 (0.05)^2} \\ &= 382.89 \approx 400 \text{ ราย} \end{aligned}$$

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้สอบบัญชีรับอนุญาต ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การสอบบัญชี รายได้ต่อเดือน ขนาดของกิจการที่ทำการตรวจสอบ และการเข้าร่วมการฝึกอบรม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชี ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเป็นมืออาชีพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชี ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชี และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ ของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีต่อคุณภาพการสอบบัญชี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทยโดยการจัดส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามจะตอบข้อคำถามผ่านระบบออนไลน์ และข้อมูลจะถูกส่งกลับมายังผู้วิจัยตามที่อยู่ E-mail address ที่แจ้งไว้กับผู้สอบบัญชีโดยแบบสอบถามจะทำการจัดส่งไปยังสำนักงานผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย จำนวน 400 ราย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับคืนที่สมบูรณ์ทั้งสิ้น 383 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่ออธิบายถึงลักษณะของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ เพื่อนำมาใช้ในการอธิบายหรือบรรยายถึงลักษณะการแจกแจงและการกระจายของตัวแปร

สังเกตได้ โดยกำหนดการวัดเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics)

2.1 ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) สำหรับสมมติฐานที่ 1 และ 2

2.2 ใช้การวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-test) สำหรับสมมติฐานที่ 3

2.3 ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) สำหรับสมมติฐานที่ 4 , 5 , 6 , 7 เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย สรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้สอบบัญชีรับอนุญาตนอกตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 36 - 45 ปี ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีส่วนใหญ่มีประสบการณ์สอบบัญชีมากกว่า 9 ปี มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 60,000 บาท และขนาดของกิจการที่ตรวจสอบมีทั้งที่เป็นกิจการขนาดเล็ก (ทุนจดทะเบียนไม่เกิน 10 ล้านบาท) ขนาดกลาง (ทุนจดทะเบียนมากกว่า 10 ล้านบาท แต่ไม่เกิน 30 ล้านบาท) และขนาดใหญ่ (ทุนจดทะเบียนมากกว่า 30 ล้านบาทขึ้นไป)

การวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชี พบว่า ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพเช่น ความโปร่งใส ความเป็นอิสระ ความเที่ยงธรรม และความซื่อสัตย์สุจริต ความรู้ ความสามารถ และมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การรักษาความลับ ความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ ความรับผิดชอบต่อผู้ถือหุ้น บุคคล หรือนิติบุคคล ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพบัญชีปฏิบัติหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.34)

มีความคิดเห็นด้านความเป็นมืออาชีพเช่น ความรู้ทาง S.D. = 0.30) และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพ วิชาชีพ ทักษะทางวิชาชีพ ค่านิยม จรรยาบรรณ และ การสอบบัญชีเช่น ด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยง ทัศนคติทางวิชาชีพ ประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติ การวัด ธรรม ด้านความชัดเจน ด้านความกะทัดรัด ด้านความ ผลผลิตความสามารถและสมรรถนะและการพัฒนาตน สร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และด้านความ ทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.00, ทันทกาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.12 , S.D. = 0.38)

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 ปัจจัยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพและความเป็นมืออาชีพ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชี

ตัวแปร	Standardized		
	Coefficients Beta	t-value	Sig.
จรรยาบรรณวิชาชีพ	0.408	7.975	0.000*
ความเป็นมืออาชีพ	0.264	5.165	0.000*

หมายเหตุ : $R = 0.604$, $\text{Adjusted } R^2 = 0.361$, $SE_{est} = 0.3745$, $F = 109.071$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 และสมมติฐาน และความเป็นมืออาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวก ต่อ ที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple คุณภาพการสอบบัญชี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ regression analysis) พบว่า จรรยาบรรณวิชาชีพ ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

คุณภาพการสอบบัญชี	ปริญญาตรี		สูงกว่าปริญญาตรี		t	P
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
โดยภาพรวม	4.13	0.41	4.11	0.37	0.55	0.58

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ด้วยการ บัญชีโดยภาพรวมหากจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถาม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างของคุณภาพการสอบบัญชีในรูปแบบ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น สมมติฐานที่ 3 ไม่ได้รับ รายการ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ความคิด การสนับสนุน เห็นของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตเกี่ยวกับคุณภาพการสอบ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีประสบการณ์สอบบัญชีแตกต่างกันมีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

คุณภาพการสอบบัญชี	แหล่งของ					
	ความ	df	SS	MS	F	P-value
	แปรปรวน					
โดยภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	3.25	1.083	7.705	0.000*
	ภายในกลุ่ม	379	53.289	0.141		

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ด้วยการ วิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชี หากจำแนกตามประสบการณ์สอบ บัญชีว่าแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม คิดว่าคุณภาพการสอบบัญชี จะแตกต่างกันตาม ประสบการณ์การสอบบัญชีที่แตกต่างกัน ดังนั้น คุณภาพการสอบบัญชี หากจำแนกตามประสบการณ์สอบ สมมติฐานที่ 4 ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีขนาดของกิจการที่ตรวจสอบแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

คุณภาพการสอบบัญชี	แหล่งของความ	df	SS	MS	F	P-value
	แปรปรวน					
โดยภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	5	6.734	1.347	10.195	0.000*
	ภายในกลุ่ม	377	49.805	0.132		

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 ด้วยการ ที่ตรวจสอบว่าแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ผู้ตอบแบบ วิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ สอบถามคิดว่าคุณภาพการสอบบัญชี จะแตกต่างกัน ตามขนาดของกิจการที่ตรวจสอบที่แตกต่างกัน ดังนั้น คุณภาพการสอบบัญชี หากจำแนกตามขนาดของกิจการ สมมติฐานที่ 5 ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

คุณภาพการสอบบัญชี	แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	3.621	1.207	8.644	0.000*
	ภายในกลุ่ม	379	52.918	0.14		

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชี หากจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

ว่าแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าคุณภาพการสอบบัญชี จะแตกต่างกันตามรายได้ต่อเดือนที่ได้รับแตกต่างกัน ดังนั้นสมมติฐานที่ 6 ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 7 ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มีการเข้าร่วมการฝึกอบรมแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน

คุณภาพการสอบ บัญชี	แหล่งของความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	3.228	1.076	7.649	0.000*
	ภายในกลุ่ม	379	53.311	0.141		

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 7 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชี หากจำแนกตามการเข้าร่วมการฝึกอบรมว่าแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าคุณภาพการสอบบัญชี จะแตกต่างกันตามการเข้าร่วมการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นสมมติฐานที่ 7 ได้รับการสนับสนุน

การอภิปรายผล

1. ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบรวม ด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยงธรรม ด้านความชัดเจน ด้านความสร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และด้านความทันกาล พบว่า จรรยาบรรณผู้สอบบัญชี มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการสอบบัญชีด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยงธรรม ด้านความชัดเจน ด้านความสร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และด้านความทันกาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ นันทวรรณ วงศ์ไชย (2552) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบต่อความเป็นมืออาชีพ และจรรยาบรรณวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตใน

เขตกรุงเทพมหานคร จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และผลกระทบพบว่า ความเป็นมืออาชีพ ด้านการเรียนรู้ อย่างชาญฉลาด ด้านการสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร ด้านบุคคล ด้านองค์กร ด้านความซื่อสัตย์สุจริตด้าน ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและความระมัดระวัง รอบคอบ ด้านความโปร่งใส และด้านความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับคุณภาพการสอบบัญชีโดยรวม ด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยงธรรม ด้านความชัดเจน ด้านความ กะทัดรัด ด้านความสร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และ ด้านความทันกาล และจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านการ ปฏิบัติตนเยี่ยงผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านความเป็นอิสระ ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์และ ผลกระทบเชิงบวกต่อคุณภาพการสอบบัญชี ด้านความ ทันกาล ด้านความชัดเจน และด้านความกะทัดรัด

2. ความเป็นมืออาชีพ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบรวม ด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยงธรรม ด้านความกะทัดรัด ด้าน ความสร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และด้านความทัน กาล พบว่า ความเป็นมืออาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ต่อคุณภาพการสอบบัญชีด้านความถูกต้อง ด้านความ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

เที่ยงธรรม ด้านความกะทัดรัด ด้านความสร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และด้านความทันกาล พบว่า ความ เป็นมืออาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการ สอบบัญชีด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยงธรรม ด้าน ความกะทัดรัด ด้านความสร้างสรรค์ ด้านความสมบูรณ์ และด้านความทันกาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ จารุมณ คริสันต์ (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าวิชาชีพกับ คุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีภาษีอากรใน ประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และ ผลกระทบของคุณค่าวิชาชีพพบว่า คุณค่าวิชาชีพ ด้าน ความเที่ยงธรรม ด้านความเป็นอิสระ ด้านมรรยาทแห่ง วิชาชีพ ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม และด้านความ ตั้งใจที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสัมพันธ์และ ผลกระทบเชิงบวกโดยรวมกับคุณภาพการสอบบัญชี ด้านความถูกต้อง ด้านความเที่ยงธรรม ด้านความ ชัดเจน ด้านความกะทัดรัด ด้านความสร้างสรรค์ ด้าน ความสมบูรณ์ และด้านความทันกาล

3. ด้านระดับการศึกษา

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ด้วยการ วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคุณภาพการสอบบัญชีในรูปแบบ รายการ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตจำแนกตามระดับการ ศึกษาโดยภาพรวมเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชี ไม่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น สมมติฐานที่ 3 ไม่ได้รับการสนับสนุนซึ่ง ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ปภาวี สุขุมณี และ คณะ (2553) ได้ศึกษาผลกระทบของความเป็นมืออาชีพ ที่มีผลต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีในกรม ตรวจสอบบัญชีสหกรณ์ พบว่า ผู้สอบบัญชีในกรมตรวจสอบ บัญชีสหกรณ์ที่มีระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการสอบบัญชี และรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพ การสอบบัญชีโดยรวม ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้าน ความเที่ยงธรรม ด้านความชัดเจน ด้านความกะทัดรัด ด้านความสร้างสรรค์ และด้านความทันกาล แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกัน ตาม สมมติฐานระดับการศึกษาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการ สอบบัญชี ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ถึงแม้จะมี ระดับการศึกษาแตกต่างกัน แต่ด้วยการปฏิบัติงานของ ผู้สอบบัญชี มีหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติงานเป็นแนวทาง เดียวกัน ตลอดจนการใช้ดุลพินิจในการปฏิบัติงานสอบ บัญชีจะใช้ประสบการณ์ในการตรวจสอบควบคู่กับ เกณฑ์การปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาจึง ไม่มีผลต่อคุณภาพการสอบบัญชีในการวิจัยในครั้งนี้

4. ด้านประสบการณ์สอบบัญชี

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ด้วยการ วิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ ประสบการณ์สอบบัญชีแตกต่างกัน มีคุณภาพการสอบ บัญชีแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ผู้สอบบัญชีรับอนุญาต ที่มีประสบการณ์สอบบัญชีแตกต่างกัน มีความคิด ว่า จะทำให้คุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน ดังนั้น สมมติฐานที่ 4 ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของ ปภาวี สุขุมณี และคณะ (2553) ได้ศึกษาผลกระทบของความเป็นมืออาชีพที่มีผลต่อ คุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีในกรมตรวจสอบ บัญชีสหกรณ์ พบว่า ผู้สอบบัญชีในกรมตรวจสอบ บัญชีสหกรณ์ที่มีระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการสอบบัญชี และ รายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการ สอบบัญชีโดยรวม ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความ เที่ยงธรรม ด้านความชัดเจน ด้านความกะทัดรัด ด้าน ความสร้างสรรค์ และด้านความทันกาล แตกต่างกัน

5. ด้านขนาดของกิจการที่ตรวจสอบ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 ด้วยการ วิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความมีคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกันตามขนาดของ กิจการที่ตรวจสอบหรือไม่ ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตมีความ เห็นว่าคุณภาพการสอบบัญชีแตกต่างกัน ตามขนาดของ กิจการที่ตรวจสอบต่างกัน ดังนั้น สมมติฐานที่ 5 ได้รับการ สนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับบทความการประกันคุณภาพ และการตรวจสอบ ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับ

หลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ พ.ศ.2557 ว่าบริษัทจดทะเบียนและบริษัทหลักทรัพย์ที่มีขนาดใหญ่ที่มี ธุรกรรมที่ซับซ้อน การสอบบัญชีไม่สามารถทำได้โดยผู้สอบบัญชีที่ลงลายมือชื่อเพียงคนเดียว แต่ต้องอาศัยทีมงานที่มีความรู้ความสามารถ และระบบงานที่ดีของสำนักงานสอบบัญชีในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องด้วย ดังนั้น การปฏิบัติงานสอบบัญชีจึงต้องอยู่ภายใต้ระบบการควบคุมคุณภาพที่ได้มาตรฐานโดยสำนักงานสอบบัญชีจำเป็นต้องมีระบบการควบคุมคุณภาพงานที่ดีทั้งในระดับสำนักงานและในแต่ละงานสอบบัญชี เพื่อให้มั่นใจถึงคุณภาพของรายงานทางการเงินที่เปิดเผยต่อสาธารณะ

6. ด้านรายได้ต่อเดือน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชีว่าแตกต่างกันตามรายได้ต่อเดือนหรือไม่พบว่า ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตมีความเห็นว่าคุณภาพการสอบบัญชีจะแตกต่างกัน ตามรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน ดังนั้นสมมติฐานที่ 6 ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุนิษชา ธงจันทร์ (2552) ได้ศึกษากระทบคุณลักษณะทางวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีวิชาชีพอากรในประเทศไทย พบว่า ผู้สอบบัญชีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะทางวิชาชีพ ด้านจรรยาบรรณ และคุณภาพการสอบบัญชีโดยรวมแตกต่างกัน

7.ด้านการเข้าร่วมฝึกอบรม

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 7 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการสอบบัญชีว่าแตกต่างกันตามการเข้าร่วมฝึกอบรมหรือไม่พบว่า ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตมีความเห็นว่าคุณภาพการสอบบัญชีจะแตกต่างกันตามการเข้าร่วมฝึกอบรมที่ต่างกัน ดังนั้นสมมติฐานที่ 7 ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุนิษชา ธงจันทร์ (2552) ได้ศึกษากระทบคุณลักษณะทางวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีวิชาชีพอากรในประเทศไทย พบว่า ผู้สอบบัญชีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะทางวิชาชีพ ด้านจรรยาบรรณ และคุณภาพการสอบบัญชีโดยรวมแตกต่างกัน

อบรมหรือไม่พบว่า ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตมีความเห็นว่าคุณภาพการสอบบัญชีจะแตกต่างกันตามการเข้าร่วมฝึกอบรมที่ต่างกัน ดังนั้นสมมติฐานที่ 7 ได้รับการสนับสนุนซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของธนาทิพย์ วัฒนสุชาติ (2556) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะทางการสอบบัญชีกับคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย พบว่า ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตที่มี อายุ จำนวนชั่วโมงเข้ารับการฝึกอบรม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีสมรรถนะทางการสอบบัญชีโดยรวม และด้านเทคนิคการสอบบัญชีแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น มาตรฐานและนโยบายของสำนักงานสอบบัญชี และกฎ ระเบียบของลูกค้าในเรื่องคุณภาพงานของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต การเปิดเผยข้อมูลทางบัญชีให้ถูกต้องครบถ้วน ค่าธรรมเนียมการสอบบัญชี รวมไปถึงปัจจัยด้านลูกค้า ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมควบคู่ไปกับการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความเป็นมืออาชีพของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต เพื่อให้ได้รายละเอียดของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเป็นมืออาชีพเพิ่มเติม เช่น การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ การทำ Focus group และสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้การศึกษามีเนื้อหาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ได้รับผลกระทบจากคุณภาพการสอบบัญชี เช่น ความเชื่อถือได้ของการสอบบัญชี และต้นทุนของเงินทุน

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2558). ผู้สอบบัญชีรับอนุญาต. [ออนไลน์]
สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2558, จาก <http://www.dbd.go.th/main.php?filename=index>.
- จารุมนศรีสันต์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าวิชาชีพกับคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชี
ภาษีอากรในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชนัญญา ลินสิน. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความสามารถ ด้านการบัญชี ด้านการสอบบัญชี
ด้านกฎหมาย และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับคุณภาพการสอบบัญชี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท
สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ตินปรัชญพฤทธิ. (2546). การบริหารการพัฒนา ความหมาย เนื้อหาและปัญหา. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนาทิพย์ วัฒนสุชาติ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะทางการสอบบัญชีกับคุณภาพการสอบ
บัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS.
พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : เอส.อาร์.พรินติ้งแมสโปรดักส์ จำกัด.
- นันทวรรณ วงศ์ไชย. (2552). ผลกระทบของความเป็นมืออาชีพ และจรรยาบรรณวิชาชีพที่มีต่อ
คุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีรับอนุญาตในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท
สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิพนธ์ เห็นโชคชัยชนะ และศิลปพร ศรีจันทะพร. (2549). การสอบบัญชี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
ทีพีเอ็น เพรส.
- ปภาวี สุขมณีและคณะ. (2553). ผลกระทบของความเป็นมืออาชีพที่มีต่อคุณภาพการสอบบัญชี
ของผู้สอบบัญชีในกรมตรวจบัญชีสหกรณ์. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- พยอม สิงห์แสน. (2544). การสอบบัญชี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- เมธากุล เกียรติกระจาย และศิลปพร ศรีจันทะพร. (2554). ทฤษฎีการบัญชี. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ :
ทีพีเอ็น เพรส.
- ศศิวิมลศรีเจริญจิตร. (2548). "Intention Education Standard (IES)". สมาคมนักบัญชีและ
ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตแห่งประเทศไทย. 5(3) :1-25.
- สุนิษา ธงจันทร์. (2552). ผลกระทบของคุณลักษณะทางวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชี
ภาษีอากรในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2558). จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี พ.ศ. 2553.
[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2558, จาก http://www.fap.or.th/-images/column_1359010374
- สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2558). พระราชบัญญัติการบัญชี พ.ศ. 2543. [ออนไลน์].
สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2558, จาก <http://www.fap.or.th/index.php?lay= show&ac=/>

- สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2558). มาตรฐานการศึกษาระหว่างประเทศสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี พ.ศ. 2558. [ออนไลน์] . สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2558, จาก http://fap.or.th.a33.readyplanet.net/images/column_1359010350/framework.pdf.
- อักษรารณณ์ แฉ่นแฉ่น. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นมืออาชีพของนักบัญชีกับคุณภาพรายงานการเงินของธุรกิจ SMEs ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อมลยา โกไศยกานนท์. (2547). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสอบบัญชี:กรณีบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์บัญชีมหาบัณฑิต สาขาการบัญชี บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดลีนและการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*

Effect of the Use of Professional Nursing Service Model that Integrates Lean Concept and Time Management on Perception of Wellness in Living of Coronary Artery Disease Patients

กันธิมา หาญตา**

ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ***

ดร. อาภา หวังสุขไพศาล****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดลีนและการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพ 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U-test และ Wilcoxon signed ranks test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิจัยครั้งนี้สรุปว่ารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดลีนและการจัดการเวลาสามารถส่งเสริมความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และควรจัดระบบการทำงานให้มีการใช้อย่างต่อเนื่องและมีการพัฒนาต่อไป

*วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

**พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

This quasi-experimental research was to examine the effect of the use of professional nursing service model that integrates lean concept and time management on perception of wellness in living in coronary artery disease patients. The samples consisted of 20 coronary heart disease patients admitted in the private hospital. There were 10 patients in each experiment group and control group. The experimental group received the professional nursing service model for six weeks while the control group received the usual care. Data were collected as pretest and posttest by the perception of well being in living questionnaires. Data were analyzed by frequency, mean, standard deviation,

Mann-Whitney U-test and Wilcoxon signed ranks test

The results revealed that the experimental group had significantly higher means scores on perception of wellness in living after experimentation than before experimentation and the control group in both overall scores and each dimension ($p < .05$). This finding suggested that professional nursing service model integrating lean concept and time management could promote wellness in living among coronary heart disease patients. Nurse administrators should support to use it in caring for these patients. Nursing management systems should be also reorganized in order to continue implementing and improving this nursing service model.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 จากทั่วโลก ซึ่งพบประมาณ 17.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 23.6 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2011) จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 โดยในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่สามารถออกกำลังกาย

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (Katz & Purcell, 2006; นงลักษณ์ ทองอินทร์, เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา และ ภีรพร ด้านธีระภากุล, 2554) ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและกิจกรรมทางสังคม (O'Neil, Kristy & Brain, 2010; Spertus, Martha, Nathan, Edward, Erik & Harlan, 2003; Webster, Thompson, & Davidson, 2003; ธิวาสลีวัชนะ, แสงอรุณ อิศระมัลย์ และช่อลดา พันธุเสนา, 2551) ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Huffman, Christopher & James, 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของตนเองลดลงหรือไม่มีความผาสุกในชีวิต (Al-Windi, Dag, & Kurt, 2002; Musil, Morris, Haug, Wamer, & Whelan, 2001; ธิวาสลีวัชนะ, 2551)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ยาวนานที่สุดอย่างมีความสุขแต่ในทางปฏิบัตินั้นพบว่าพยาบาลยังมีการแบ่งแยกหน้าที่กันเป็นส่วนๆ เน้นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำสั่งการรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลแก้ไขตามอาการของผู้ป่วย จึงทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวมได้ (เรณู พุกบุญมี และคณะ, 2544) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวมีผลมาจากการใช้เวลาของพยาบาลสำหรับงานการดูแลผู้ป่วยโดยตรงไม่เต็มที่ พบว่าพยาบาลใช้เวลาเพียงร้อยละ 25-50 กับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมที่สูญเสีย (Garban, 2012) หรือทำหน้าที่นอกเหนือขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง (Prescoff, Phillips, Ryan & Thompson, 1991) ดังนั้นในการปฏิบัติงานของพยาบาล ถ้าพยาบาลสามารถจัดการเวลาให้เกิดประโยชน์และคุณค่าแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (Kelly, 2012) ก็จะทำให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวมซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ และจากผลการวิจัยการจัดการเวลาของพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร พบว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ (พรทิพย์ จันทาทิพย์, 2552) เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละวันมีจำนวนมาก และพยาบาลก็มีเวลาให้ผู้ป่วยจำกัดในแต่ละเวรจากการศึกษาพบว่าพยาบาลใช้เวลาสำหรับการพยาบาลที่มีคุณค่าคุณค่าน้อยกว่าการพยาบาลที่มีคุณค่ามากกว่า (ธนิศา จิมวงษ์, 2557)

การเลือกกิจกรรมที่สำคัญและมีคุณค่ามาปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับพยาบาลเพื่อให้กิจกรรมเหล่านั้นไปสร้างการดำรงอยู่ของผู้ป่วยให้เกิดความสุข และจากผลการวิจัยที่กล่าวถึงการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าจุดเน้นอยู่ที่การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการให้บริการโดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุข ลดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาด (วิชานภา ซาติมนตรี, 2556) และจากการค้นคว้าของ

ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงการจัดการเวลาเพื่อเลือกทำสิ่งที่มีคุณค่า โดยใช้องค์ประกอบสำคัญของความเป็นวิชาชีพเพื่อสร้างการบริการการพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขในการดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ค้นหาแนวคิดและการจัดการเวลามาเพื่อให้พยาบาลมีการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพ เพื่อทำสิ่งที่เกิดคุณค่าที่สำคัญกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผลของการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสุขในการในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพของ Polifko (2007) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยประกอบด้วย 1) การใช้กระบวนการพยาบาล 2) การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งการพยาบาลรายบุคคล 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4) การใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการแนวคิดของ Womack and Jones (2003) ประกอบ

ด้วย 5 ประการ ได้แก่ 1) การระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ (Specify value) ในมุมมองของผู้รับบริการ 2) การแบ่งสายธารคุณค่า (Value stream) 3) การไหล (Flow) คือการทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการติดขัด 4) ระบบดึง (Pull) คือการให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเท่านั้น 5) ความสมบูรณ์แบบ (Perfection) คือการสร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่า และบูรณาการแนวคิดการจัดการเวลาของ Kelly (2012) ประกอบด้วย 1) การมองเห็นคุณค่าการใช้

เวลาของตนเองให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ 2) การมองภาพรวมของงานทั้งหมด 3) การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ 4) วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติงาน 5) จัดทำตารางการใช้เวลา และจัดประมาณเวลา 6) การประเมินผลและปรับปรุงแผนการใช้เวลา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพตามแนวคิดดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลได้วางแผนการใช้เวลาเลือกกิจกรรมที่สำคัญและมีคุณค่ามาปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้กิจกรรมเหล่านั้นไปส่งเสริมความผลในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดเส้นและการจัดการเวลา

- กิจกรรมที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาล
- กิจกรรมที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งการพยาบาลรายบุคคล
- กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- กิจกรรมที่ 4 การใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล

การรับรู้ความผลในการดำเนินชีวิต (Dunn, 1973)

- 1. ด้านบทบาทหน้าที่
- 2. ด้านบทบาททางสังคม
- 3. ด้านบทบาทการเป็นที่พึ่งของครอบครัว

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดสมุทรสาครอายุระหว่าง 40-60 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York American Heart Association: [NYHA], 2003) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการฟัง การมองเห็น การพูด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนการเรียนรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการรักษาโดยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจ (ภาวนา วัฒนาลัสดี, 2557) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .70 อำนาจการทดสอบ (power) 80% จากการเปิดตาราง

สำเร็จรูปที่ใช้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย (Burns & Grove, 2005) การวิจัยแบบทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 10 ราย (Polit & Hungler, 1999) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือรูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดสั้นและการจัดการเวลา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิด 3 แนวคิด ประกอบด้วยแนวคิดการพยาบาลเชิงวิชาชีพของ Polifko (2007) แนวคิดแนวคิดสั้นของ Womack and Jones (2003) และแนวคิดการจัดการเวลาของ Kelly (2012) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านโดยยึดเอาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์ 3 ใน 5 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขภาษา และสำนวนที่ใช้ ภายใต้การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลที่ท่านสามารถพูดคุยระบายความทุกข์ได้ จำนวนสมาชิกที่อาศัยรวมบ้าน และระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคหัวใจ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเมะเร็งเต้านมของ โสน เรืองมันคง (2556) ที่สร้างโดยใช้แนวคิดของ Dunn (1973) ซึ่งมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านบทบาททางสังคม และด้านบทบาทการเป็นที่พึ่งของครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงตรงตามคุณภาพโดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งหมด (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .87 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach' alpha Coefficient) เท่ากับ .93

Christian University of Thailand Journal

Vol.22 No.2 (April –June) 2016

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลที่ใช้เก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังจากได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บความลับของข้อมูลขอความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม การนำ เสนอข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีการระบุนามผู้ให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่เกิดผลใด ๆ ต่อการให้บริการและการรักษา

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยศึกษาคุณสมบัติของพยาบาลที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการทดลอง และคัดเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมมาไม่น้อยกว่า 5 ปี และสามารถเป็นหัวหน้าเวรได้ จำนวน 3 คน มาอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลเชิงวิชาชีพ แนวคิดสั้น และแนวคิดการจัดการเวลาโดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากร

2. ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดสั้นและการจัดการเวลาให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 คนและให้ฝึกทดลองปฏิบัติการใช้คู่มือรูปแบบดังกล่าว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คนละ 1 ราย โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การจัดกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพ และให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตอบแบบสอบถาม

การรับรู้ความทุกข์ในการดำเนินชีวิต (Pre-test) โดยพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยทั้งหมด 4 กิจกรรมต่อผู้ป่วย 1 ราย พบผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการใช้กระบวนการพยาบาล (กิจกรรมนี้จะทำทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมที่ 2 ถึงกิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที) ผู้วิจัยและพยาบาลที่ทำการทดลองใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล ครอบคลุมองค์รวมโดยมองภาพรวมของงานทั้งหมดในเวลาที่รับผิดชอบ กำหนดปัญหาที่มีค่าตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมกันจัดทำแผนตารางเวลาในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและผลลัพธ์

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งการพยาบาลรายบุคคลโดยมีแผนการพยาบาลเฉพาะรายผู้ป่วยที่บันทึกไว้ (จะทำในวันที่ 2 โดยกิจกรรมนี้ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 55 นาที) พยาบาลวิชาชีพประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายบุคคล และร่วมกับผู้ป่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สะท้อนความเข้าใจถึงปัญหาและผลกระทบเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการใช้เวลาในเวร

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (จะทำในวันที่ 3 กิจกรรมนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 65 นาที) พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาและความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยรายบุคคลครอบคลุมองค์รวม เพื่อวางแผนทำกิจกรรมที่สร้างคุณค่าที่สำคัญแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมองค์รวมสอดคล้องกับแผนการใช้เวลาในเวร

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล (จะทำในวันที่ 4 กิจกรรมนี้ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 60 นาที) พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับผู้ป่วยวิเคราะห์และกำหนดรูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน และสร้างความเข้าใจ

ต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยมีการจัดสรรเวลาตามผลลัพธ์ที่ให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยพบพยาบาลที่ทำการทดลองก่อนเริ่มต้นกิจกรรม และหลังทำกิจกรรม ทุก ๆ กิจกรรม เพื่อทบทวนความรู้ในการทำกิจกรรม และร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยให้คำปรึกษากับพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง และหลังจากได้ปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบจนครบ 4 กิจกรรมไปแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ขอความร่วมมือในการวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ในการดำเนินชีวิต (Pre-test) หัวหน้างานหอผู้ป่วยอายุรกรรม มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการตามการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ เป็นเวลา 4 วัน บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกรายที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ในการดำเนินชีวิต ในวันที่ 5 หลังจากได้ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติแล้ว 4 วัน และดำเนินการเหมือนกันในผู้ป่วยทุกรายจนได้จำนวนกลุ่มควบคุม 10 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ในการดำเนินชีวิต

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 60 อยู่ในกลุ่ม 51 - 60 ปีร้อยละ 80 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 80 ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 50 บุคคลที่ทนสามารถพูดคุยระบายความทุกข์ได้คือ บุตรหลานร้อยละ 60 มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมกัน 1-4 คนร้อยละ 60 และมีระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคหัวใจ 1-6 เดือนร้อยละ 50

จากการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi - Square พบว่า

ตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้และบุคคลที่สามารถระบายความทุกข์ได้ จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมกัน ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคหัวใจ ไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งโดยรวมและรายด้านของการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดสันและการจัดการเวลา ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	n=10	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
1.ด้านบทบาทหน้าที่	กลุ่มทดลอง	4.55	0.29	14.95	149.50	3.37	.000
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.27	6.05	60.50		
2.ด้านบทบาททางสังคม	กลุ่มทดลอง	4.46	0.35	14.65	146.50	3.16	.001
	กลุ่มควบคุม	3.90	0.37	6.35	63.50		
3.ด้านบทบาทการเป็นที่พึ่งของครอบครัว	กลุ่มทดลอง	4.51	0.32	14.15	141.50	2.78	.004
	กลุ่มควบคุม	3.94	0.30	6.85	68.50		
โดยรวม	กลุ่มทดลอง	4.50	0.26	14.85	148.50	3.29	.000
	กลุ่มควบคุม	3.90	0.28	6.15	61.50		

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks Test พบว่าคะแนนเฉลี่ย

ทั้งโดยรวมและรายด้านของการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดสันและการจัดการเวลาสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	n=10	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
1.ด้านบทบาทหน้าที่	ก่อน	3.93	0.57	5.00	45.00	2.673	.004
	หลัง	4.55	0.29	.00	.00		
2.ด้านบทบาททางสังคม	ก่อน	3.82	0.45	5.50	55.00	2.805	.002
	หลัง	4.46	0.27	.00	.00		
3.ด้านบทบาทการเป็นที่พึ่งของครอบครัว	ก่อน	4.01	0.51	4.00	28.00	2.366	.009
	หลัง	4.51	0.35	.00	.00		
โดยรวม	ก่อน	3.91	1.47	5.50	55.00	2.805	.002
	หลัง	4.50	0.26	.00	.00		

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพมาให้พยาบาลปฏิบัติ ออกแบบให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาผู้ป่วยรายบุคคลได้ครอบคลุมองค์รวมจึงทำให้ปัญหาด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในการดำเนินชีวิตมากขึ้นและได้มีการนำแนวคิดการจัดการเวลามาใช้โดยพยาบาลให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตามลำดับความสำคัญของปัญหา ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการแก้ไขในเวลาที่รับผิชอบ และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีจะเห็นได้จากงานวิจัยที่มีการวางแผนการใช้เวลาในการให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร พบว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง (พรทิพย์ จันทาพิทย์, 2552; อัญชลี ไชยวงศ์น้อย, 2557) สำหรับรูปแบบใหม่นี้ยังได้มีการนำแนวคิดลิ้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะ

กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละวันมีทั้งกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงและกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และพบว่าพยาบาลใช้เวลาอย่างน้อยในงานที่มีคุณค่าและสำคัญ (ธนิศา จิมวงศ์, 2557) ในรูปแบบการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดให้พยาบาลเลือกกิจกรรมที่สำคัญและมีคุณค่าที่เน้นการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และมีการกำจัดกิจกรรมที่สูญเปล่าในทุกกระบวนการ พร้อมทั้งมอบหมายกิจกรรมที่ไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องหรือเป็นกิจกรรมทางอ้อมให้บุคลากร ทางการพยาบาลที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ จึงทำให้ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากพยาบาลวิชาชีพ จากงานวิจัยที่นำแนวคิดลิ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อให้มีการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจและ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาด (วิชานา ชาติมนตรี, 2556) ดังนั้นเมื่อนำ 3 แนวคิดมาบูรณาการเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดลิ้นและการจัดการเวลาให้พยาบาลในกลุ่มทดลองใช้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้การพยาบาลนี้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่นำรูปแบบการพยาบาลแบบรวบยอดที่มี

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การจัดเวลาให้พยาบาลทำกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย การทำกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพึงพอใจด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวสูงขึ้น (ปฐยาวัชร ปรากฏผล, 2553) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเกิดขึ้นได้ (อมลสิน คิลลัวรรณ, 2556)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งอธิบายได้ว่าก่อนการทดลองพยาบาลก็ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยตามปกติซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ไม่ให้ความสำคัญและให้เวลากับกิจกรรมการรักษาส่งเสริมเกี่ยวกับกลุ่มควบคุม แต่หลังการทดลองพยาบาลในกลุ่มทดลองได้ให้เวลาดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และได้ใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม และได้ปฏิบัติสิ่งที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย ด้วยการใช้เวลาของตนเองให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่และอย่างมีแผนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (Sarkar, Ali & Whooley, 2007) จึงทำให้หลังการทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายบุคคลอย่างมีแบบแผน ผ่านสื่อการสอน คู่มือ แผนการสอน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2549; วคินัสศิริ และจินตนา ชูช่วง, 2554) และที่สำคัญคือการทำผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้อย่างถูกต้องตามสภาวะของความเจ็บป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานควรนำรูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดและการจัดการเวลาไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกประเภทในกลุ่มที่มีการรับรู้ความพึงพอใจน้อย เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ความพึงพอใจผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้ด้วยความสะดวกสุขสูงขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล จากการวิจัยครั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนำแนวคิดและการจัดการเวลามาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการทำงานในหอผู้ป่วยโดยมุ่งที่การใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยเฉพาะรายในกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น

3. ด้านการศึกษา ควรมีการเรียนการสอนที่เน้นความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลเชิงวิชาชีพโดยมุ่งให้ความสำคัญตามแนวคิดคือเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสำคัญได้ เพื่อให้นักศึกษาใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยเลือกพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการทดลองเพียง 3 คน ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการปนเปื้อนของผลการทดลอง ดังนั้น ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้กับพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยโดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทดลองโดยต้องปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมด้วย

2. ควรนำรูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดและการจัดการเวลาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาของอวัยวะสำคัญของร่างกาย (Vital organ) เช่น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อศึกษาการรับรู้ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้

บรรณานุกรม

- ชนิตา จิมวงษ์. (2557). "การประยุกต์ใช้หลักการของลีนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง". วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 24(1) :121-135.
- ธิวสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมัลย์ และชอลดา พันธุเสนา. (2551). "การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยกระทบ". สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(2) : 141-150.
- นงลักษณ์ ทองอินทร์, เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนาและกักรพร ดำเนินระภากุล. (2554). "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ". วชิรเวชสาร. 55(1) :77-86.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเอนต์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปัฐยาวัชร ปรากูผล. (2553). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบรวบยอดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ จันทาทิพย์. (2552). ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันและแนวคิดการจัดการเวลาต่อการรับรู้การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดของสตรีครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ภาวนา วัฒนาสวัสดิ์. (2557). "ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนการเรียนรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการรักษาโดยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจ". วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 25(2) : 17-31.
- เรณู พุกบุญมี, จันทรีวิวัฒน์ วงศ์วิวัฒน์, สุภาณี เสนาดิลัย และจุติพร แดงฉาย. (2544). "ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อความสามารถและความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ". Rama Nurse Journal. 7(1) :27-42.
- วัชานภา ซาติมนตรี. (2556). "การใช้แนวคิดลีนในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลกรณีศึกษา โรงพยาบาลตติยภูมิ". วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 25(1) :53-64.
- วสินีสมศิริและจินตนา ชูเซ่ง. (2554). "ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์". Princess of Naradhiwas University Journal. 3(3) :33-46.
- โสน เรืองมั่นคง.(2556). ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการแนวคิดความหวังต่อการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. เพชรบุรี : สุรัชการพิมพ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2557). ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2557. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2558, จาก<http://www.ddc.moph.go.th/login/filedata/57-WorldHeart290957.pdf>.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- สมจิตต์วงศ์สุวรรณศิริ. (2549). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- อัญชลี ไชยวงศ์น้อย. (2557). ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และความสุขของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ออมสิน คิลลิ่งวอร์น. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Al-Windi, A., Dag, E., & Kurt, S. (2002). "The influence of perceived well-being and reported Symptoms on health care utilization: A population-based study". *Journal of Clinical Epidemiology*. (55) :60-66.
- Burns, N., & Grove, S. K.(2005). *"The practice of nursing research conduct, critique, and utilization"*. 5nd ed. Philadelphia :Elsevier saunders.
- Dunn, H. L. (1973). *High- level wellness*. Arlington Verginia :beatty.
- Grabam M. (2012). *"Lean in hospitals: Improving quality, patient safety, and employee Satisfaction"*. 2nd ed. Boca Raton: Taylor & Francis.
- Katz, R. & Purcell, H. (2006). *Acute coronary syndrome*. London: Elsevier.
- Kelly, P. (2012). *Nursing leadership & management*. 3rd ed. New York: Delmar Learning.
- Musil, M. C., Morris, L. D., Haug, R .M.,Wamer, B. C. & Whelan, T. A. (2001). "Recurrent symptoms: Well-being and management". *Social Science & Medicine*. (52) : 1729-1740.
- New York Heart Association. (2003). *New York heart association classification of CHF patients*. [Online]. Retrieved November 5, 2015, from <http://www.chronic heart failure Classification.htm>.
- O'Neil, A., Kristy, S., Brain, O. (2010). "Depression as a predictors of work resumption following myocardial infarction (MI): A review of recent research evidence". *Health and Quality of Life Outcomes*.8(1) :95-105.
- Polifko, K.A. (2007). *Concept of nursing profession*. New York: Thomson Delmar Learning.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Prescott, R. A., Phillips, C. Y., Ryan, J. W., & Thompson, K. O. (1991)." Changing how nurse spend their time". *Journal of Nursing Scholarship*. 23(1) : 23-27.
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. (2007). " Self-efficacy and health status in patients with Coronary heart disease: Findings from the heart soul study". *Psychosomatic Medicin*. (69) : 306-312.
- Womack, J. P, & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. New York : Simon & Schuster.
- World Heart Organization [WHO]. (2011). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [Online]. Retrieved August 19, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.



สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน
แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร*

Strategic Leadership Competencies of Head Nurses at a Private
Hospital in Samutsakhon Province

วารุณี กังหมิง**
สมพันธ์ หิณทุชะนันท์***
สุคนธ์ ไช้แก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้เชี่ยวชาญผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูง ระดับกลาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 21 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือชุดแรกเป็นแบบสำรวจแทนการสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective congruency :IOC) ได้ค่า 0.89 และเครื่องมือชุดที่สองเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านความสามารถในการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ 2) สมรรถนะด้านความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ 3) สมรรถนะด้านการพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ของบุคลากรในหน่วยงาน 4) สมรรถนะด้านความสามารถในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ 5) สมรรถนะด้านความสามารถในการรักษาวินัยทางธุรกิจ (ในการทำงาน) และ 6) สมรรถนะด้านความสามารถในการควบคุมองค์กร (หน่วยงาน) ให้สมดุลจากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดสรรผู้ที่จะมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการส่งเสริมสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

Abstract

The aim of this study was to define the Strategic Leadership Competencies of Head Nurses at a Private Hospital in Samutsakhon Province through Delphi technique. The twenty-one informants were experts derived by purposive sampling method. They were nurse executives, middle nursing managers, and hospital directors. The employed instrument was a rating scale questionnaires. The content validity of the instrument was .89 calculated by the Index of Item-objective congruency (IOC). The data from the rating scale of the strategic leadership competencies questionnaires were analyzed by SPSS program using median and interquartile range statistics.

The research findings revealed that the Strategic Leadership Competencies

of Head Nurses at a Private Hospital in Samutsakhon Province consisted of six categories. They were: 1) determining strategic directions; 2) strategic implementation; 3) developing human strategic capital; 4) establishing an effective organizational culture; 5) sustaining ethical practices, and 6) emphasizing balanced organizational controls. According to the research findings the researcher suggested that nursing managers should improve their staff on policies concerning utilization of strategic leadership competencies for establishing the criteria for selecting the head nurse career path, use it to evaluate the performances of the first line nursing managers, and create a project that develops the strategic leadership competencies for the head nurses.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นใหม่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากโรงพยาบาลของภาครัฐไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ให้บริการได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้โดยเฉพาะโรงพยาบาลของภาครัฐในต่างจังหวัด จากผลการสำรวจโรงพยาบาลภาครัฐใน พ.ศ.2547 มีจำนวน 980 แห่ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ภายในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาเป็นช่วงที่ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยโดยเฉพาะในเขตปริมณฑลมีการเติบโตอย่างรวดเร็วมีการแข่งขันทางการตลาดกันค่อนข้างสูง (สำนักวิจัยธุรกิจ สายงานบริหารความเสี่ยง, 2556)

จากสมรรถนะการแข่งขันทางธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากและเป็นเวลานาน จึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลเอกชนต้องสร้างกลยุทธ์การแข่งขัน

เพื่อความได้เปรียบทางธุรกิจและเพื่อความอยู่รอดขององค์กรด้วยการสร้างนวัตกรรมเพื่อความได้เปรียบทางการแข่งขัน การมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเพื่อความอยู่รอดอย่างยั่งยืน ผู้นำที่มีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์จึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่จะนำความรู้ความสามารถในการคิดกลยุทธ์ สามารถวางแผนเพื่อความได้เปรียบเชิงธุรกิจ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรหลักที่สำคัญของโรงพยาบาลซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคลากรหรือเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการกำหนดนโยบายหอผู้ป่วยได้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล นำนโยบายของโรงพยาบาลลงสู่ระดับปฏิบัติการให้เกิดผลสำเร็จ (ทัศนีย์ จุลอดุง, 2552)

ในจังหวัดสมุทรสาครมีโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 6 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง 5 แห่ง สถานพยาบาล 1 แห่ง และโรงพยาบาลภาครัฐอีก 3 แห่ง คาดว่าในอนาคตจะมีโรงพยาบาลเอกชนเปิดดำเนินการอีกหลายแห่ง โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งเป็นแหล่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนเตียง 100 เตียง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์เพื่อการแข่งขัน ต่อเนื่องด้วยที่ผ่านมามีหัวหน้าหอผู้ป่วยยังคงมีความล่าช้าต่อการคิดกลยุทธ์ การวางแผนเพื่อนำกลยุทธ์ลงไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการควบคุมการปฏิบัติตามกลยุทธ์ที่ยังต้องมีการควบคุมอย่างใกล้ชิดจากผู้บริหารระดับกลางและระดับสูง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงก่อให้เกิดความล่าช้า และสูญเสียเวลาการบริหารจัดการของผู้บริหารระดับกลางและระดับสูง รวมทั้งการเสียโอกาสด้านการแข่งขันทางธุรกิจของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและกำหนดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครซึ่งเป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้แนวทางในการสร้างเสริมและพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลรวมทั้งเพื่อเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้บริหารระดับสูงต่อไป

คำถามการวิจัย

สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วยสมรรถนะด้านใดบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

กำหนดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการทำวิจัยและ/หรือกรอบทฤษฎีในการทำวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบด้วย แนวคิดในด้านภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ และแนวคิดสมรรถนะ และใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลได้เป็นสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ที่เป็นเป้าหมายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ฮิต ไอร์แลนด์และฮอสคิสสัน (Hitt, Ireland, and Hoskisson, 2007) กล่าวว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ประกอบไปด้วย 1) การกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ 2) การบริหารทรัพยากรในองค์กร 3) การสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่มีประสิทธิผล 4) การมุ่งเน้นการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม 5) การควบคุมองค์กรให้สมดุล ส่วน เดวิสและเดวิส (Davies and Davies, 2004) กล่าวถึงภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ประกอบด้วยคุณสมบัติ 2 ด้าน คือ

1. ด้านความสามารถในการจัดการ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการกำหนดทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร 2) ความสามารถในการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ 3) ความสามารถในการปรับพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กรให้เข้ากับองค์การ 4) ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน จากการเปลี่ยนแปลงจากภายนอก และ 5) มีความสามารถในการพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์

2. ด้านคุณลักษณะเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วย 1) เป็นผู้ที่ไม่พึงพอใจกับสิ่งที่มีอยู่ในปัจจุบันเพราะมีความคิดริเริ่มในการพัฒนาองค์การตลอดเวลา 2) มีความสามารถในการดูดซับความรู้ใหม่ๆ 3) มีความสามารถในการปรับตัว 4) มีภาวะผู้นำ และมีสติปัญญา เนตรพัฒน์ ยาวีราช (2550) ได้กล่าวถึงผู้นำเชิงกลยุทธ์ว่า เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) การสร้างกลยุทธ์ (Strategic formulation) 2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy in action) และ 3) การควบคุมกลยุทธ์ (Strategic control)

สมยศ นาวิการ (2548) ได้เสนอแนวคิดว่าความเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ควรมี

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

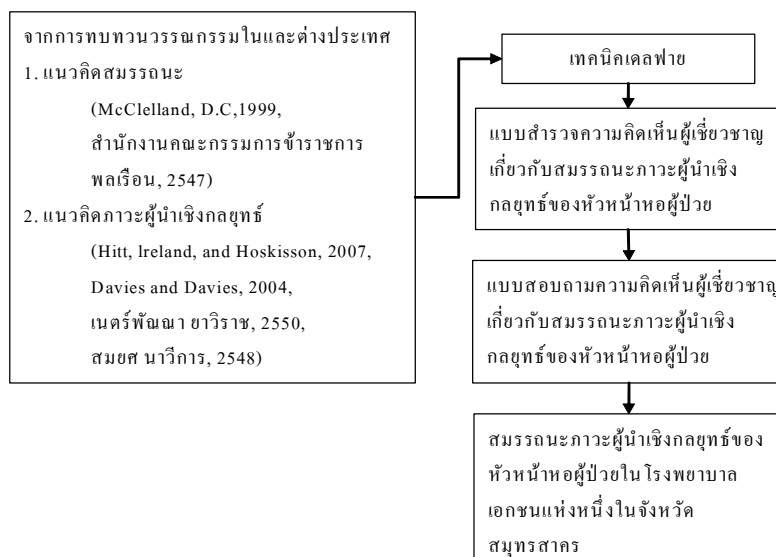
ลักษณะ 6 ประการ คือ 1) การกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ 2) การใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร (Core competence) 3) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มีประสิทธิภาพ 4) การสร้างระบบการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ และ 5) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 6) การรักษาวินัยทางธุรกิจ

แมคเคลแลนด์ (McClelland, 1999) ได้กล่าวถึงสมรรถนะไว้ว่า สมรรถนะคือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี หรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ สมรรถนะมีองค์ประกอบ 5 ส่วนคือ 1) ความรู้ (Knowledge) 2) ทักษะ (Skill) 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) 4) บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Traits) และ 5) แรงจูงใจ เจตคติ (Motives and attitude)

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2547) ให้ความหมายว่า สมรรถนะ คือกลุ่มของความรู้ ความสามารถ ทักษะ ตลอดจนเจตคติของบุคคลที่จำเป็นในการทำงานให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีผลต่อ

พฤติกรรมและผลของการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ประกอบขึ้นจากทักษะความรู้ ความสามารถ เจตคติ บุคลิกลักษณะ ค่านิยมของบุคคล หรือพฤติกรรมของผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานยอดเยี่ยมในงานหนึ่งๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดด้านภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ซึ่งเป็นการผสมผสาน แนวคิดภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของ ฮิต ไอร์แลนด์และฮอสคิสสัน (Hitt, Ireland, and Hoskisson, 2007), เดวิสและเดวิส (Davies and Davies, 2004), เนตร์พัฒนา ยาวีราช (2550), สมยศ นาวิการ (2548) และเชื่อมโยงกับ แนวคิดสมรรถนะของเดวิดแมคเคลแลนด์ (McClelland, D. C., 1999) และคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2547) เพื่อนำมาสร้างแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญแทนการสัมภาษณ์ตามหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเทคนิคเดลฟาย และให้ได้ข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม รวมถึงการใช้สถิติค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อให้ได้ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดเป็นสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic leadership competencies) หมายถึง ความสามารถ และคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครที่แสดงออกในการคาดคะเนมองในอนาคต การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิคเดลฟายในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรอบตามขั้นตอน ดังนี้

รอบที่ 1 ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสมรรถนะ และแนวคิดภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ทั้งในและต่างประเทศ เป็นข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ และนัดวันรับคืนภายใน 2 สัปดาห์

รอบที่ 2 รับแบบสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ นำข้อมูลมาปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไข เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถาม และนัดวันส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์

รอบที่ 3 นำแบบสอบถามที่ได้กลับคืน มาวิเคราะห์และจัดทำแบบสอบถามรายบุคคล มีข้อคำถามเหมือนแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยเพิ่มการแสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละราย ส่งคืนให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อแสดงความคิดเห็นและขอตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้คำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน คือค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยแสดงว่าความ

คิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกัน จึงสามารถยุติกระบวนการและสรุปเป็นผลการวิจัยได้

การออกแบบการวิจัย

ประชากร

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็นได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์เป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพมีผลงานทางวิชาการ เช่นการวิจัย การสอน โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีคุณสมบัติเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับสูงหรือระดับกลางมีประสบการณ์การบริหารการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี หรือเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน ในโรงพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจในการตอบคำถามวิจัย ได้ครอบคลุมทุกมิติที่ผู้วิจัยขอทราบความคิดเห็น ได้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นข้อคำถามความคิดเห็นให้เลือกตอบมี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และข้อเสนอแนะ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คนให้ความคิดเห็นเป็นรอบที่ 1

2. นำแบบสำรวจความคิดเห็นที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปสร้างแบบสอบถามเพื่อขอความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นรอบที่ 2

3. นำแบบสอบถามจากรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่า มัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) โดยระบุค่าระดับความคิดเห็น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละราย แยกเป็นรายชื่อ และส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นรอบที่ 3 เพื่อขอการยืนยันคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละรายหากยังมีคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จะทำซ้ำเป็นรอบที่ 4 และจะยุติการสอบถามความคิดเห็นและตัดคำตอบที่อยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในการวิจัยครั้งนี้ทำเพียง 3 รอบก็ได้ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญเรื่องสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผลการวิจัยในครั้งนี้

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามความคิดเห็น (Content validity) ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective congruency : IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กระทำโดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ซึ่งระหว่างการรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย และขอความร่วมมือลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัย มีการแจกแจงความถี่ค่าร้อยละค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.24

จำนวนมากที่สุด มีอายุ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.81 และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.76 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาตรีมีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 52.38 และ 47.62 ตำแหน่งงานเป็นผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 52.38 และ 47.62 ประสบการณ์การดำรงตำแหน่งผู้บริหารพบว่ามีประสบการณ์ระหว่าง 15 - 19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ 10 - 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.57 และที่มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 5 - 9 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.29

สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้านดังนี้

1. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ จำนวน 6 ข้อ มีค่า Mdn เป็น 5 และค่า IR เป็น 0 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถกำหนดนโยบายการทำงาน ในหน่วยงาน (หอผู้ป่วย) ได้สอดคล้องกับเป้าหมายและวิสัยทัศน์ขององค์กรพยาบาล และโรงพยาบาล 2) สามารถวางแผนการดำเนินงานได้สอดคล้องกับทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของหน่วยงาน และ 3) สามารถเชื่อมโยงและถ่ายทอดวิสัยทัศน์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและเข้าใจง่าย 4) สามารถปรับแผนกลยุทธ์ในการทำงานตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้ตลอดเวลา 5) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์คิดนอกกรอบ ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร และ 6) สามารถวิเคราะห์ปัจจัยภายในภายนอก และนำมากำหนดเป็นแผนกลยุทธ์ในการทำงานได้

2. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ มีค่า Mdn เป็น 5 และค่า IR เป็น 0 จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถสื่อสารและถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานให้บุคลากรในหน่วยงานเข้าใจเพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม 2) สามารถกำหนดขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และ

กิจกรรมที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในหน่วยงาน 3) สามารถมอบหมายงานให้กับบุคลากรได้ตรงตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม 4) สามารถวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานได้สอดคล้องกับเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ขององค์กร 5) สามารถสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานให้ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน องค์กรการพยาบาล และโรงพยาบาลได้ 6) สามารถปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ให้เป็นแนวทางดำเนินงานที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ 7) สามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การบริการเพื่อคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 8) สามารถวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านการให้บริการ แก่ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ 9) สามารถกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักด้านการพยาบาลในหน่วยงานซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่สำคัญของแผน ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ขององค์กรที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

3. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านการพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ของบุคลากรในหน่วยงาน มีค่าMdn เป็นระดับ 5 และค่าIR เป็น 0 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงาน 2) สามารถจูงใจและกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน 3) สามารถมอบหมายงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้เหมาะสมกับความสามารถแต่ละคน และ 4) สามารถบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ภายในหน่วยงาน ให้เป็นไปตามแผนงาน มีค่าMdn เป็น 4 และค่า IR เป็น 0 จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานทุกคนมีโอกาสได้ศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่อง เสมอภาค ยุติธรรม ตรงตามความสามารถ และเรียงลำดับตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม และ 2) สามารถยกย่องและเชิดชูเกียรติ มอบรางวัล ผลงานที่ดีแก่บุคลากรอย่างเหมาะสม และ

มีค่า Mdn เป็น 4 และค่า IR เป็น 1 จำนวน 1 ข้อ คือ สามารถสนับสนุน ส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน

4. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานที่มีประสิทธิผลมีค่า Mdn เป็น 5 และค่า IR เป็น 0 จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถสร้างค่านิยมให้บุคลากรเกิดความรักความสามัคคี 2) สามารถเป็นพลังผลักดันทำให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานด้วยความทุ่มเท 3) สามารถนำแบบแผนการดำเนินงานที่ดีมาประยุกต์ในหน่วยงาน 4) สามารถกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกร่วมกันกับองค์กรการพยาบาลและโรงพยาบาล 5) สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงาน 6) สามารถกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขพึงพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน รู้สึกว่างานมีความท้าทายและมีความหมาย และ 7) มีบุคลิกภาพ การวางตัวเหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีในการครองตน ครองคน และครองงาน และมีค่า Mdn เป็น 4 ค่า IR เป็น 0 จำนวน 1 ข้อ คือ สามารถกำหนดค่านิยม เพื่อเป็นหลักยึดในการทำงานร่วมกันในหน่วยงานได้ สามารถปรับเปลี่ยนค่านิยมในการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงจากภายนอก

5. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ด้านความสามารถในการรักษาจริยธรรมทางธุรกิจ (ในการทำงาน) ที่มีค่าคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ คือ ค่า Mdn เป็นระดับ 5 และค่า IR เป็น 0 ได้แก่ 1) ปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม 2) มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงานอย่างเสมอต้นเสมอปลาย 3) สามารถปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน 4) มีความรักและเอื้ออาทรต่อผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน อย่างเสมอภาค 5) ยกย่อง ชมเชย ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรในหน่วยงานด้วยความโปร่งใสชัดเจนยุติธรรม และ 6) เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

6. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ด้านความสามารถในการควบคุมองค์กร (หน่วยงาน) ให้สมดุลมีค่าMdn เป็น5 และค่าIR เป็น 0 จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถจัดอัตรากำลังบุคลากรได้เหมาะสมกับภาระงาน ด้วยความโปร่งใส และยุติธรรม 2) สามารถบริหารงานโดยยึดหลักความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ 3) สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน 4) สามารถกำจัดความขัดแย้งของผู้ใต้บังคับบัญชาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานจริงเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด เพื่อนำไปวางแผนการดำเนินงานในหน่วยงานต่อไป 6) มีความยืดหยุ่นในการบริหารงาน 7) มีความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาได้อย่างเหมาะสม และ 8) สามารถจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความสุขในการทำงาน และมีค่า Mdn เป็น4 และค่า IR เป็น 0 จำนวน 1 ข้อ คือสามารถแก้ไขปัญหาในระยะสั้น และระยะยาว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ขออภิปรายได้ว่า

1. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ ทั้งหมด 6 ข้อเนื่องจากการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ มีความสำคัญเป็นการคาดการณ์อนาคตขององค์กรให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์จึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อกำหนดแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลทั้งด้านดีและด้านลบต่อการกำหนดทิศทางขององค์กร นำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงมาถ่ายทอดให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ ด้วยแนวทางหรือวิธีการที่สร้างสรรค์ การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ จะนำมาซึ่งนวัตกรรมเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพเกิดผลงานที่แตกต่างจากองค์กรอื่น เพื่อการได้เปรียบเหนือคู่แข่งซึ่งเป็นไปตามแนวคิดภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์

ของฮิทท์, ไอแลนด์และฮอสคิสสัน (Hitt, Ireland and Hoskisson, 2007) กล่าวว่าผู้นำเชิงกลยุทธ์ ต้องสามารถกำหนดและถ่ายทอดวิสัยทัศน์ กระตุ้นจิตใจให้ผู้ตามปฏิบัติงานได้อย่างสม่ำเสมอ สามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กรการนำมากำหนดแผนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงพรรณนาของ ปรายณี รวิทอง (2557) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีความรู้และมีทักษะด้านการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการวิเคราะห์สภาพองค์กร เพื่อนำมากำหนดทิศทางและเป้าหมายในการทำแผนกลยุทธ์ได้และยังสอดคล้องผลการวิจัยของสุริย์พร แคล้วประเสริฐ (2551) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ต้องมีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงและวิสัยทัศน์ สามารถกำหนดทิศทางการทำงานขององค์กรได้อย่างเหมาะสม กำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ได้ เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน สร้างสรรค์ผลงานต่างๆ ให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล และทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อผู้นำเชิงกลยุทธ์นอกจากจะต้องมีวิสัยทัศน์แล้วยังต้องสามารถนำวิสัยทัศน์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นผลสำเร็จหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์จึงต้องสามารถนำกลยุทธ์ของหน่วยงานที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลและองค์การการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนด้วยการสื่อสารและอธิบายวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์ให้พยาบาลเข้าใจเพื่อความร่วมมือ สามารถกระตุ้นให้พยาบาลและพนักงานเกิดความกระตือรือร้น ชักนำความพยายามของพนักงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานที่วางไว้ นอกจากนั้นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจผู้ใต้บังคับบัญชาก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดความสำเร็จ นอกจากนั้นยังต้องสามารถกำหนดตัวชี้วัดของโครงการได้สอดคล้องกับมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล และมีการทบทวน ปรับวิธีการ

เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง หรือผลลัพธ์ของตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามที่กำหนด การมอบหมายงานได้เหมาะสมกับความสามารถของพนักงานแต่ละคนจะก่อให้เกิดความสำเร็จของโครงการและความภาคภูมิใจของพนักงาน นอกจากนี้การให้รางวัลแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา การยกย่องสรรเสริญและการตำหนิตัวอย่างพฤติกรรมและถูกต้องเหมาะสมก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเนตร์พัฒนา ยาวีราช (2556) กล่าวว่า ผู้นำต้องสามารถแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ที่ต้องอาศัยทักษะความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้บริหาร มีผู้รับผิดชอบต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ มีความยืดหยุ่น มุ่งเน้นนวัตกรรม และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์เพ็ญ พิมพ์ลา (2555) พบว่า สมรรถนะด้านการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบ่งชี้ คือ ชี้แจงนโยบาย เป้าหมายและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบสามารถนำนโยบายของโรงพยาบาล มาสู่การปฏิบัติในหน่วยงานได้

3. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านการพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ของบุคลากรในหน่วยงาน เนื่องจากการสร้างความได้เปรียบในเชิงแข่งขันความสามารถของบุคลากรเป็นเรื่องสำคัญ เป็นหัวใจของการพัฒนาองค์กรที่จะนำมาซึ่งผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงาน จูงใจและกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงานมอบหมายงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้เหมาะสมกับความสามารถแต่ละคนบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ภายในหน่วยงาน ให้เป็นไปตามแผนงานสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานทุกคนมีโอกาสได้ศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่อง เสมอภาค ยุติธรรม ตรงตามความสามารถและความจำเป็น ยกย่องและเชิดชูเกียรติ มอบรางวัล ผลงานที่ดีแก่บุคลากรอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ เดวีส์ และ

เดวีส์ (Davies and Davies, 2004) กล่าวว่าผู้นำเชิงกลยุทธ์ต้องให้ความสำคัญ กับการพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ มุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจาก ทรัพยากรมนุษย์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในการสร้างความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน การฝึกอบรมบุคลากรจึงเป็นเรื่องสำคัญ เป็นหัวใจของการพัฒนาองค์กร และนำมาซึ่งผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิตติมา จำนงเลิศ, 2550 เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยาการองค์การ กับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล การสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร การบริหารจัดการที่ดีได้โดยการเติมเต็มในส่วนที่เป็นช่องว่างของศักยภาพของบุคลากร ย่อมทำให้หน่วยงานมีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและสามารถขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายขององค์การได้ และสอดคล้องกับอุไรวรรณ พรหมศรี (2550) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะในการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการขององค์การ ให้คุณค่าและรางวัลตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีผลงานดี รวมทั้งสามารถมอบหมายงานและหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงกับความสามารถของบุคลากร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรุ่งทิพา ปัญญานาม (2550) พบว่าตัวประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการจัดการความรู้ได้แก่สนับสนุนให้มีการศึกษาหาความรู้จากแหล่งต่างๆ

4. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานที่มีประสิทธิผล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับที่ ฮิตท์, ไอแลนด์และฮอสคิสสัน (Hitt, Ireland and Hoskisson, 2007) กล่าวว่าผู้นำเชิงกลยุทธ์ควรมีความสามารถในการการสนับสนุนวัฒนธรรมองค์การที่มีประสิทธิผล คือสามารถเลือกวัฒนธรรมองค์การและค่านิยมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมองค์การ ปฏิบัติวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศและคุณธรรมของ ส่วนสมยศ นววิการ (2551)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๔

กล่าวว่า วัฒนธรรมองค์การที่ดีจะต้องปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และนอกจากนี้ ญัษฐาสินตระการผล (2554) ยังได้กล่าวถึงแนวทางการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์การไว้ว่า การจะเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์การได้นั้น บุคลากรต้องได้รับแรงจูงใจ และถูกกระตุ้นให้คิดและทำในสิ่งที่ต่างออกไปจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สุนีย์พร แคล้วประเสริฐ (2551) ที่พบว่า ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วยการปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงาน สามารถสร้างค่านิยมให้บุคลากรเกิดความรัก ความสามัคคีในการทำงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ ปราณี ริวทอง (2557) พบว่าสมรรถนะด้านภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วย มีความประพฤติดีสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคลากรได้ สามารถจูงใจบุคลากรให้ใช้ความรู้ความสามารถและทุ่มเทความพยายามให้กับงานอย่างเต็มที่ รวมถึงการสร้างค่านิยมให้บุคลากรเกิดความสามัคคีและสงบสุขในองค์การ และสอดคล้องกับ ผลการค้นคว้าแบบอิสระของ จันทรเพ็ญ พิมพ์ลา (2555) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะในการกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงานของโรงพยาบาลและในหน่วยงาน เพื่อสร้างความผูกพันกับองค์การได้

5. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการรักษาจริยธรรมทางธุรกิจ (ในการทำงาน) ทั้งนี้เนื่องจาก วิชาชีพพยาบาลเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตคน รวมทั้งดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละ อดทน มีความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ละเอียดยรอบคอบ มีความซื่อสัตย์สุจริต ในการทำงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องเป็นแบบอย่างในการรักษาจริยธรรมในการทำงาน ด้วยการปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงานอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน มีความรักและเอื้ออาทรต่อผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน อย่างเสมอภาค ยกย่องชมเชย ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรในหน่วย

งานด้วยความโปร่งใสชัดเจนยุติธรรมและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการมีคุณธรรม จริยธรรมสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ ฮิต, ไอแลนด์ และ ฮอสกิสสัน (Hitt, Ireland and Hoskisson, 2005) กล่าวว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มุ่งเน้นการปฏิบัติอย่างมีคุณธรรม เป็นผู้นำที่มีคุณธรรมจริยธรรม มีความซื่อสัตย์ สุจริต เป็นที่ไว้วางใจ มีการตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน มีคุณธรรมยึดมั่นในหลักการของตน ทั้งสามารถในการตัดสินใจต่อพนักงานให้ประกอบธุรกิจบนหลักของความเป็นจริยธรรมซึ่งสอดคล้องกับ อุไรวรรณ พรหมศรี (2550) ที่กล่าวว่าสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านคุณธรรมและจริยธรรม ประกอบด้วย มีความซื่อสัตย์สุจริต ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความถูกต้อง โปร่งใส เอื้ออาทรผู้ใต้บังคับบัญชาและผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี ริวทอง (2557) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะในการยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน มีความซื่อสัตย์สุจริตต่อตนเองและผู้อื่น

6. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านความสามารถในการควบคุมองค์การ (หน่วยงาน) ให้สมดุล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ ฮิต, ไอแลนด์ และ ฮอสกิสสัน (Hitt, Ireland and Hoskisson, 2005) ได้กล่าวไว้ว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านการควบคุมองค์การให้สมดุลต้องมีการจัดการบริหารงานดูแลในกระบวนการทำงานให้ได้มาตรฐาน คุณภาพการบริการ ผู้ใช้บริการพึงพอใจและผู้ให้บริการมีความสุขและเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สามารถสร้างความมีประสิทธิผลและความมีคุณภาพขององค์การ ส่วนชูชัย สมมิตรไกร (2550) กล่าวว่า การบริหารทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสมจะทำให้คนปฏิบัติงานได้สำเร็จ เกิดความพึงพอใจ การได้รับความยุติธรรมจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานให้ได้ประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิจิตมา จานงเลิศ (2550) พบว่าสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การมีความเข้าใจและตอบสนอง

ความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด มีความยืดหยุ่นในการบริหารงาน พัฒนาปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การบริการเพื่อคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดอัตรากำลังได้เหมาะสมกับภาระงานและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์เพ็ญ พิมพ์ลา (2555) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะด้านการบริหารการพยาบาลมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถสมรรถนะในการอำนวยความสะดวกได้แก่การไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้ง ควบคุมบุคลากรพยาบาลให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงานและให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์แก่บุคลากรในหน่วยงานควบคุม กำกับดูแล และปรับปรุงงานเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใช้บริการ ในหน่วยงาน เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการให้บริการและพัฒนาคุณภาพงานในหน่วยงานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารระดับสูง กำกับดูแลให้ฝ่ายวิชาการขององค์กรการพยาบาลนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทาง

ในการพัฒนาโดยการนิเทศ อบรมผู้บริหารระดับต้น สร้างโปรแกรมพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้มีสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์

2 ฝ่ายบริหารขององค์กรการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

3 ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเพื่อการประเมินภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารประจำปีและเป็นเครื่องมือในการคัดเลือกพยาบาลที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในพยาบาลระดับปฏิบัติการเพื่อการเตรียมขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน เพื่อพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- กรองจิตต์ เล็กสมบุญ. (2555). องค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- กัณฑ์กณัฐ สุวรรณรัชภูมิ. (2556). ภาวะผู้นำกลยุทธ์: รูปแบบของผู้ในยุคใหม่. วารสารบริหารการศึกษา มคอ. 10(18). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2559, จาก <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/-EAJ/article/view/4137>.
- จันทร์เพ็ญ พิมพ์ลา. (2555). การพัฒนาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน. วิชาการค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูชัย สมितिไกร. (2550). การฝึกอบรมบุคลากรในองค์กร. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- จิตติมา จำนงเลิศ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยบรรยากาศองค์กร กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัฐยา ลินตระกูลผล. (2554). การจัดการเชิงกลยุทธ์: ภาคปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็กซ์เปอร์เน็ท จำกัด.
- ทัศนีย์ จุลอดุง (2552). การศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารสภากาพยาบาล. 24(4): 43-55.
- ทิพย์สุดา ดวงแก้ว. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรพัฒนา ยาวีราช. (2556). ภาวะผู้นำและผู้นำเชิงกลยุทธ์ (พิมพ์ครั้งที่8). กรุงเทพมหานคร: เซ็นทรัลเวิลด์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี รื่นทอง. (2557). สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2544). ภาวะผู้นำ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนัชการพิมพ์ จำกัด.
- สมยศ นาวิการ. (2548). การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพมหานคร: บรรณกิจ. สำนักวิจัยธุรกิจ สายงานบริหารความเสี่ยง ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์ จำกัด (มหาชน). (2556). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน.[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่13 มิถุนายน 2558, จาก www.lhbank.co.th/.../-8588184995420837808ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2547). ทุนมนุษย์กับการพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยและพัฒนารายงานบุคคล สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ พรหมศรี. (2550). สมรรถนะที่พึงประสงค์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ปีพุทธศักราช 2550-2559. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Davies, B. J. & Davies, B. (2004). Strategic leadership. *School Leadership & Management*. 24(1): 29-38.
- Hitt, M.A., Ireland, R.D. & Hoskisson, R.E. (2007). Strategic Management: Competitiveness and Globalization. 7th ed. Ohio: Thomson South Western.

- Ireland, R. D. & Hitt, M. A. (2005). Achieving and maintaining strategic competitiveness in the 21st Century: The role of strategic leadership. *Academy of Management Executive*. 19(4): 63-77.
- McClelland, D.C. (1999). Identifying Competencies with Behavioral-event interviews. *Psychological Science*, 9(5). [Online]. Retrieved June 13, 2015, from www.eiconsortium.org/research/business_-case_for_ei.htm.
- Nahavandi, A. (2000). *The art and science of leadership* (2nd ed.). Upper saddle river, New Jersey: Prentice Hall.



ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร*

The Predictive Factors of Work Retention Through Perception of Professional Nurses at a Private Hospital in the Bangkok Metropolitan

จันทร์จิรา แดงน้อย**

สมพันธ์ ทิณฐิระนันท์***

ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 90 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ 3) แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม และ 4) แบบสอบถามการคงอยู่ในงาน เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.99 ตามลำดับ และหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับนิยามตัวแปรได้ค่าเท่ากับ 0.89, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ และหาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.954, 0.936 และ 0.902 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการเสริมพลังอำนาจ ($\bar{X} = 3.69$, $S.D.=0.592$) และการทำงานเป็นทีมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$, $S.D.=0.701$) การคงอยู่ในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $S.D.=0.935$) การเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมสามารถร่วมทำนายการคงอยู่ในงานได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคงอยู่ในงานได้ร้อยละ 57.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากผลการวิจัยมีข้อเสนอว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการรักษาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ โดยการพัฒนาศักยภาพด้านการเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีม เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับงาน โอกาสในงานปัจจุบัน โอกาสเข้าถึงการสนับสนุนในงานปัจจุบัน และโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร มีคุณค่า มีความก้าวหน้าในการทำงาน และยังคงอยู่ในวิชาชีพต่อไป

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research was a descriptive research. The purposes of this descriptive research were to predict work retention and to study the empowerment, teamwork and work retention of professional nurses at a private hospital in the Bangkok Metropolitan. The nurse samples worked experience up to from 6 months, and 90 samples were selected purposively. The research instrument was a set of questionnaires including 4 parts: 1) demographic data, 2) empowerment, 3) teamwork, and 4) work retention which were validated for content validity by five experts. The content validity index (CVI) of the questionnaires number 2, 3 and 4 were: 1.00, 1.00, and 0.99, the index of item objective congruence (IOC) were 0.89, 0.94, and 0.95, and the coefficient of Cronbach were 0.954, 0.936, and 0.902 respectively. The data were analyzed in percentage, mean, standard deviation, Pearson's

Product Correlation Coefficient, and multiple regression analysis.

The research results were: the empowerment of nurses ($\bar{X}$ = 3.69, S.D. = 0.592) and team work in private hospital was at the high level ($\bar{X}$ = 3.87, S.D. = 0.701), and work retention was at the moderate level ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 0.935). The empowerment and team work accounted for work retention were 57.40 percent at $p < .001$. The study indicates that nurse administrators should encourage the retaining nurses by developing the potential of empowerment and teamwork, opportunities to participate in making decisions, opportunities to contribute to work-related, opportunities to access support in their current job, and opportunities to participate in more activities related to nurses feeling as a part of the organization of valuable work in progress, and remaining in the profession.

บทนำ

ในประเทศไทยพยาบาลวิชาชีพมีความขาดแคลนอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงขึ้นทั้งในด้านปริมาณกำลังคน และทักษะที่จำเป็นต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลาย ซึ่งปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากการที่พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานไม่นาน มีการออกจากวิชาชีพเพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาความต้องการพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยในระยะ 10 ปีข้างหน้าระหว่าง พ.ศ.2553-2562 พบว่ามีความต้องการพยาบาลวิชาชีพในอัตราส่วน 1 ต่อ 400 ประชากรหรือประมาณ 160,000 คน ในขณะ

ที่ในปี 2553 มีพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอยู่ประมาณ 126,384 คน จึงยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 33,616 คน (วิจิตร ศรีสุพรรณและกฤษฎา แสงวงศ์, 2555)

การคงอยู่ในงาน (Work retention) คือ การที่พยาบาลวิชาชีพเข้าทำงานในองค์กรพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มทำงานจนถึงปัจจุบันโดยไม่มีแผนการลาออกจากงาน ซึ่งปัญหาที่สำคัญในปัจจุบันคือการรักษาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพให้อยู่ในระบบ หรือให้คงอยู่ในงานยังไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจลาออก เมื่อมีโอกาสที่ดีกว่า ปัญหาการคงอยู่

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ของพยาบาลวิชาชีพมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาระยะยาวของกฤษดา แสงดีและคณะ (2552) ศึกษาชีวิตการทำงานและสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีระยะเวลา 20 ปี เริ่ม พ.ศ. 2532 ถึง 2552 พบว่าพยาบาลวิชาชีพพบใหม่มีความตั้งใจทำงานในวิชาชีพพยาบาลร้อยละ 99 ในปีแรก ในปีที่ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 98 ในปีที่ 3 เหลือร้อยละ 97 ในปีที่ 4 ลดลงเหลือร้อยละ 80 และเมื่อทำงานปีที่ 5 อัตราการคงอยู่เท่ากับร้อยละ 80 นอกจากนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพรุ่นใหม่ที่มีอายุไม่ถึง 30 ปี จะมีอายุในการทำงานในวิชาชีพสั้นมากเพียง 3-4 ปีเท่านั้น หากไม่มีมาตรการใดดึงดูดให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นใหม่ทำงานในวิชาชีพได้ถึง 5 ปี ก็จะสามารถเสียพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มนี้ไป แต่ถ้าหากมาตรการทำให้การทำงานในวิชาชีพได้ถึง 5 ปี ก็จะทำให้ทำงานอยู่ในวิชาชีพได้ยาวนานขึ้น

การคงอยู่ในงานทั้งภาครัฐบาลและเอกชนพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในงานมี 4 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ปัจจัยด้านภาระงาน 3) ปัจจัยด้านองค์การ และ 4) ปัจจัยด้านผู้บริหาร (Taunton, Krampitz & Woods, 1989)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยสิทธิทั่วไป ประกันชีวิต ชำราชการและสิทธิประกันสังคม ได้ประสบกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพบว่าอัตราการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ.2556 คิดเป็นร้อยละ 97.84 พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 98.5 และ พ.ศ. 2558 (6 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 84.8 ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้ได้ตั้งเป้าไว้ร้อยละ 95 จะเห็นว่าอัตราการคงอยู่ของพยาบาลในปี 2558 ต่ำกว่าทุกปีและต่ำกว่าเป้าของโรงพยาบาล ทั้งนี้เกิดจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น และจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ลาออกจากการงานในปี 2558 จำนวน 8 ราย ที่มีอายุงานตั้งแต่ 1- 8 ปี สรุปได้ว่าการที่พยาบาลวิชาชีพลาออกเกิดจากสาเหตุค่าตอบแทน

ต่ำ งานหนัก เหนื่อยจากการที่มีพยาบาลวิชาชีพน้อย ย้ายกลับภูมิลำเนา ต้องการทำงานโรงพยาบาลรัฐ จากการที่ผู้วิจัยสุ่มสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 3 ปีขึ้นไปอย่างไม่เป็นทางการในเรื่องที่ยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 8 ราย สรุปได้ว่าการที่พยาบาลวิชาชีพยังคงปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ เกิดจากความพึงพอใจในงาน บรรยากาศการทำงานในหน่วยงานที่ดี ทำงานเป็นทีม มีความผูกพันในโรงพยาบาล พึงพอใจกับค่าตอบแทน และการได้รับโอกาสและการส่งเสริมจากผู้บริหาร ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารขององค์การพยาบาลของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีความสนใจศึกษาการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานและ การทำงานเป็นทีมว่ามีอิทธิพลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้หรือไม่ เพื่อที่ผู้บริหารองค์การจะได้นำผลการศึกษาค้นคว้าไปเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญห การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ธารงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในงานต่อไป

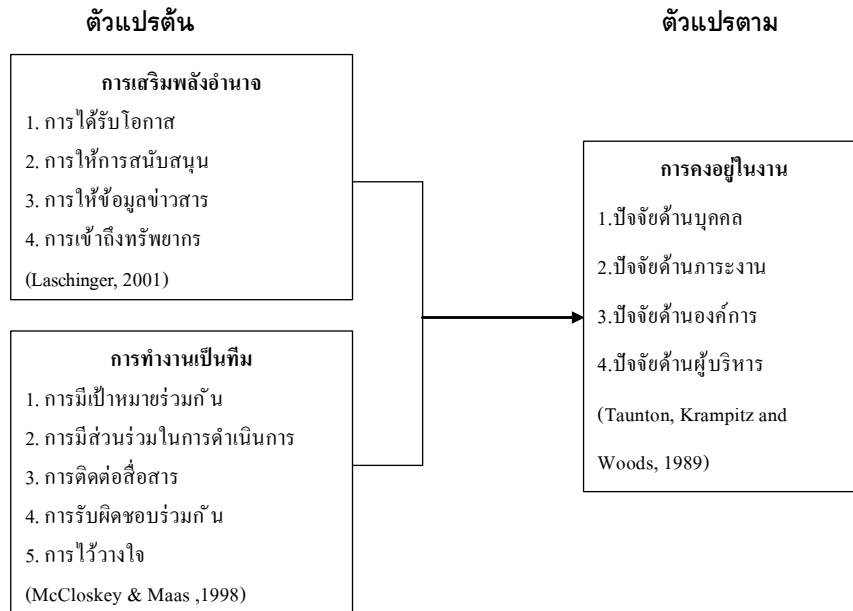
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการเสริมพลังอำนาจ การทำงานเป็นทีม และการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. ศึกษาอำนาจทำนายของการเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมกับการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการวิจัย

การเสริมพลังอำนาจ และการทำงานเป็นทีมสามารถร่วมทำนายการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดของการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และได้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจ การทำงานเป็นทีม การคงอยู่ในงาน และพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

การเสริมพลังอำนาจนำแนวคิดของลาสชินเจอร์ (Laschinger, 2001) มาสร้างเป็นเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของครินทอร์ริเยเคือ (2553) ประกอบด้วยการเสริมพลังอำนาจ 4 ประการคือ

1. การได้รับโอกาสในงาน
2. การได้รับโอกาสเข้าถึงสารสนเทศ
3. การได้รับการสนับสนุนในงาน
4. การได้รับทรัพยากร

การทำงานเป็นทีมได้นำแนวคิดของแมคโคลสกีและแมส (McCloskey & Maas, 1998) มาสร้างเป็นเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามการทำงานเป็นทีมของ สมสมร เรืองวรบูรณ์ (2544) และ แวดาว อินทุบุตร (2545) มีองค์ประกอบ 5 ประการคือ

1.การมีเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติงาน มี ความเข้าใจ ยอมรับและปฏิบัติงานตามเป้าหมาย รวมถึง

การประชุมปรึกษาหารือ เพื่อประสานการปฏิบัติงานให้เป็นตามเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การที่สมาชิกรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ มีการปรึกษาหารือกันด้วยเหตุด้วยผล สมาชิกมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นและปฏิบัติงานด้วยความสบายใจ

3. การติดต่อสื่อสาร ความชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร การประสานงานของสมาชิก การได้รับข้อมูลข่าวสาร การใช้เอกสารร่วมกัน รวมถึงการจัดเอกสารอย่างเป็นระบบ

4. การรับผิดชอบร่วมกัน การประชุมเพื่อทบทวนการทำงานเป็นทีม การรับผิดชอบร่วมกัน การยอมรับในผลงานร่วมกัน

5. การไว้วางใจ การยอมรับในผลงานซึ่งกันและกัน ความจริงใจต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมีสัมพันธภาพที่ดี การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา และความมั่นใจในความสามารถซึ่งกันและกัน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การคงอยู่ในงานได้นำแนวคิดของทอนตัน เครมพิทซ์ และวูดส์ (Taunton, Krampitz & Woods, 1989) มาสร้างเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้โดยประยุกต์จากแบบสอบถามการคงอยู่ในงานของศิริพงษ์ สุนทรวัฒน์กิจ (2554) ประกอบด้วย 4 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ โอกาสที่ได้ไปทำงานที่อื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ระดับการศึกษาและการะครอบครัว

2. ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ คุณลักษณะในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการทำงาน เครื่องมือในการทำงานและการติดต่อสื่อสาร

3. ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ ค่าตอบแทน ได้รับความยุติธรรม โอกาสก้าวหน้าและเลื่อนตำแหน่ง เป็นวิชาชีพอิสระ

4. ปัจจัยด้านผู้บังคับบัญชา ได้แก่ มีแรงจูงใจและรูปแบบการบริหารของผู้นำ อำนาจอิทธิพลและแบบของภาวะผู้นำ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการเสริมพลังอำนาจและโอกาสจะช่วยเพิ่มความสามารถในตนเอง มีส่วนรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน และใช้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่ได้อย่างอิสระ การได้รับโอกาสในงานในการเข้าถึงสารสนเทศในงาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุน การเข้าถึงทรัพยากร การได้รับอำนาจอย่างเป็นทางการ และการได้รับอำนาจอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งช่วยเพิ่มแรงจูงใจเพิ่มความผูกพันต่อองค์กร

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อกระบวนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ครอบครัวแพทย์ พยาบาล ญาติ และงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยมีองค์ประกอบ คือ การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

การติดต่อสื่อสาร การรับผิดชอบร่วมกัน และการไว้วางใจ

การคงอยู่ในงาน หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพเข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่แรกเริ่มทำงานจนถึงปัจจุบัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีการวางแผนที่จะทำงานต่อเนื่อง ไม่คิดจะลาออกจากงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมกับการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หัวหน้าหน่วย หัวหน้าแผนก ผู้ตรวจการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาลทุกหน่วยงานหรือฝ่ายอื่นๆที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จากตารางการประมาณการขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้า 86 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ ประยุกต์จากแบบสอบถามการให้อำนาจในงานการพยาบาลของ

ครินทร์ อริยะเครือ (2553) จำนวน 28 ข้อ 3) แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม ประยุกต์จากแบบสอบถามของสมสมร เรื่องวราบูรณ์ (2544) และเวทดาว อินทบุตร (2545) จำนวน 22 ข้อ และ 4) แบบสอบถามการคงอยู่ในงานประยุกต์จากแบบสอบถามของศิริพงษ์ สุนทรวัฒนกิจ (2554) จำนวน 28 ข้อ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.99 ตามลำดับ และหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับนิยามตัวแปรได้ค่าเท่ากับ 0.89, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.954, 0.936 และ 0.902 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board: IRB) ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้

ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากมีคำถามสามารถซักถามผู้วิจัยได้ และมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสามารถยุติความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ของการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล จัดเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาสรุปผลการวิจัยผู้วิจัยจะเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม เก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมด 90 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการเสริมพลังอำนาจ การทำงานเป็นทีม และการคงอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการเสริมพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม และรายด้าน (n = 90)

การเสริมพลังอำนาจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านโอกาสในงานปัจจุบัน	3.93	0.575	สูง
ด้านโอกาสเข้าถึงการสนับสนุนในงานปัจจุบัน	3.74	0.551	สูง
ด้านโอกาสสำหรับเข้าร่วมกิจกรรมในงานปัจจุบัน	3.72	0.607	สูง
ด้านโอกาสเข้าถึงทรัพยากรในงานปัจจุบัน	3.67	0.653	ปานกลาง
ด้านโอกาสเข้าถึงสารสนเทศในงานปัจจุบัน	3.58	0.574	ปานกลาง
ด้านโอกาสในการทำงานในงานปัจจุบัน	3.52	0.645	ปานกลาง
โดยรวม	3.69	0.592	สูง

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมพลังอำนาจโดยรวมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.592) ในรายด้าน พบว่าได้รับการเสริมพลังอำนาจในระดับสูง 3 ด้านได้แก่ ด้านโอกาสในงานปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.575) ด้านโอกาสเข้าถึงการสนับสนุนในงานปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.551) และด้านโอกาสสำหรับเข้าร่วมกิจกรรม

ในงานปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.607) และในระดับปานกลางอีก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโอกาสเข้าถึงสารสนเทศในงานปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.653) ด้านโอกาสเข้าถึงทรัพยากรในงานปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.574) และด้านโอกาสในการทำงานในงานปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.645)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการทำงานเป็นทีมโดยรวม จำแนกตามรายด้าน (n=90)

การทำงานเป็นทีม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการมีเป้าหมายร่วมกัน	3.93	0.654	สูง
ด้านการไว้วางใจ	3.89	0.738	สูง
ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.86	0.677	สูง
ด้านการรับผิดชอบร่วมกัน	3.85	0.741	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	3.83	0.696	สูง
โดยรวม	3.87	0.701	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำงานเป็นทีมโดยรวมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.701) และในรายด้านทั้ง 5 ด้าน มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ด้านที่มี

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีเป้าหมายร่วมกัน ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.654) รองลงมาได้แก่ การไว้วางใจ ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.738)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการคงอยู่ในงาน จำแนกตามรายด้าน (n=90)

การคงอยู่ในงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร	3.61	0.833	ปานกลาง
ด้านการวางแผนที่จะทำงานต่อเนื่อง	3.47	0.884	ปานกลาง
ด้านการไม่คิดลาออกจากงาน	3.13	1.087	ปานกลาง
โดยรวม	3.40	0.935	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าการคงอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.935) ทุกด้านมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่า

ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.833) และด้านที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการไม่คิดลาออกจากงาน ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 1.087)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายคู่ของตัวแปรที่ศึกษา

	การคงอยู่ในงาน	การเสริมพลังอำนาจ	การทำงานเป็นทีม
การคงอยู่ในงาน	1.00	0.736***	0.689***
การเสริมพลังอำนาจ		1.00	0.753***
การทำงานเป็นทีม			1.00

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่าการคงอยู่ในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการเสริมพลังอำนาจ ($r=0.736$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การคงอยู่ อยู่ในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการทำงานเป็นทีม ($r=0.689$) อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผลการศึกษาการร่วมทำนายการคงอยู่ในงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมเป็นตัวทำนาย

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การทำนายการคงอยู่ในงาน

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	p value
ค่าคงที่	-22.932	10.842		-2.115	.037
การเสริมพลังอำนาจ	0.724	0.152	0.502	4.777	.000
การทำงานเป็นทีม	0.515	0.174	0.311	2.955	.004

 $R=0.764$, $R^2=0.584$, $Adj R^2 = 0.574$, $F= 60.952$, $p < .001$

จากตารางที่ 5 การเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมสามารถร่วมทำนายการคงอยู่ในงานได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคงอยู่ใน

งานได้ร้อยละ 57.40 ($R^2 \text{ adjust.} = 0.574$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การเสริมพลังอำนาจและการทำงานเป็นทีมสามารถร่วมทำนายการคงอยู่ในงานได้โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคงอยู่ในงานได้ร้อยละ 57.40 ($R^2 \text{ adjust.} = 0.574$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของเออร์เพนิกส์ (Upenicks, 2005) ที่พบว่า สิ่งที่สามารถดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพไว้ได้คือ การกระจายอำนาจให้ความอิสระและการเสริมพลังอำนาจ เน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์ ท้าวคำลือ

(2549) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยกระตุ้นที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 293 คนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษพบว่า การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .301$, .273 และ .278 ตามลำดับ) สอดคล้องกับแนวคิดของคานเตอร์ (Kanter, 1977)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

กล่าวว่า การที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการส่งเสริมจากผู้บังคับบัญชาในการเลื่อนตำแหน่งตามความสามารถ ได้พิจารณาความดีความชอบ ปรับเงินเดือนอย่างยุติธรรม ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน และใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ได้อย่างอิสระ และตามแนวคิดของทอนตัน เครมพิทซ์และวูดส์ (Taunton , Krampits and Woods, 1989) กล่าวว่า การคงอยู่ในงานมีผลมาจากการที่ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็น มีการสั่งการโดยการปรึกษาหารือ เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการปกครองและการตัดสินใจที่สำคัญ มีความยุติธรรม มีการให้ข่าวสาร มีบุคลากรที่เพียงพอ มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม มีโอกาสก้าวหน้าและเลื่อนตำแหน่ง เมื่อพยาบาลได้รับโอกาสในการทำงาน โอกาสในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และการก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รวมทั้งมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีสัมพันธภาพที่ดีทั้งกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ได้รับการยอมรับ และมีส่วนร่วมในองค์กร รู้สึกมั่นคงในงาน ส่งผลให้คงอยู่ในงาน หากผู้บริหารการพยาบาลเสริมพลังอำนาจแก่บุคลากรพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยการจัดสรรทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานถ่ายทอดข่าวสารที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน สนับสนุนและส่งเสริมความก้าวหน้าในงานจะทำให้บุคลากรพยาบาลรู้สึกว่าการบริหารการพยาบาลให้ความสำคัญและคำนึงถึงคุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจในความสามารถของตน ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีความพึงพอใจในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรรวมทั้งทำให้การดำเนินพันธกิจขององค์กรบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

ส่วนการทำงานเป็นทีมนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของประชิด ทรายพันธ์และคณะ (2552) ทำการศึกษาเรื่องสาระสำคัญที่ดึงดูดใจให้พยาบาลคงปฏิบัติงานอยู่ในไอซียูเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในไอซียู

มากกว่า 2 ปีจำนวน 296 คนซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในไอซียู 13 แห่งพบว่า สาระสำคัญลำดับแรกดึงดูดใจให้พยาบาลคงปฏิบัติงานอยู่ในไอซียูคือการเกื้อกูลกันซึ่งกันและกัน มิตรสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันของผู้ปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้บังคับบัญชา มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดลฤดี รัตนปิณฑิร (2553) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพญาไทเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายโรงพยาบาลพญาไท จำนวน 268 คน ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการคงอยู่ในงาน ($r=0.45$) และผลการศึกษาของคุโด (Kudo, 2006) พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีภายในทีมพยาบาลวิชาชีพและการสื่อสารที่ดีกับแพทย์มีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โทแองเจียและเครนลีย์ (Tourangeau and Cranley, 2006) กล่าวว่า การคงอยู่ในงานของบุคลากรนั้น มาจากการพึงพอใจต่อเพื่อนร่วมงาน จากการศึกษาการสื่อสารที่ดี มีความสัมพันธ์ ความผูกพันร่วมมือกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน จึงอธิบายได้ว่าการเสริมพลังอำนาจ โดยการให้โอกาสในการทำงาน ได้ทำงานตามความสามารถ ได้รับโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น รวมทั้งโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถทักษะในการทำงาน และมีการทำงานเป็นทีม มีสัมพันธภาพที่ดีในทีม มีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดกิจกรรมเสริมพลังอำนาจในงานและสนับสนุนการทำงานเป็นทีมกับพยาบาลวิชาชีพทุกระดับในโรงพยาบาล โดย 1) เปิดโอกาสในงานปัจจุบันให้พยาบาลวิชาชีพทำงานที่ตรงกับความรู้ ความสามารถ และเปิดโอกาสให้ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย หรือทักษะใหม่ๆ สม่่าเสมอ 2) เปิดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่อง

เป้าหมายขององค์กร หน่วยงาน แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับงาน 3) ให้โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานตามบันไดความก้าวหน้า(Carrier path) เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับให้มีแรงจูงใจในการทำงาน 4) การให้ความช่วยเหลือคำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ 5) เปิดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น มีการให้รางวัลเมื่อมีการสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีการยกย่องชมเชยเมื่อมีการปรับปรุงการทำงานใหม่ๆ 6) สนับสนุนการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และภายในทีมของหน่วยงาน และ 7) พิจารณาเรื่องเงินเดือน ค่าตอบแทน และส่งเสริมสวัสดิการต่างๆที่

เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถทำงานต่อไปได้ โดยไม่คิดที่จะลาออกจากงาน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง และร่วมกันในการแก้ปัญหาคาดการณ์พยาบาลวิชาชีพได้ตรงประเด็นมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการส่งเสริมการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพให้มากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาในเรื่องอายุ ค่าตอบแทน ลักษณะขององค์กรและประสบการณ์การทำงาน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานให้ได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา แสงวดี. (2551).การศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย.นันทบุรี:สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา แสงวดี, ทินกร โนรี, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล และ นงลักษณ์ พะไยยะ. (2552). สุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. [ออนไลน์].สืบค้นวันที่ 26 มิถุนายน 2558. จาก <http://www.thainursecohort.org/webhtml/proposal.pdf>.
- จิรัชยา เจียวีก. (2556). การคงอยู่และความตั้งใจลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์ และสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดลฤดี รัตนปิณฑิโร. (2553). ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพญาไท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บงกชพร ตั้งฉัตรชัย,บุญทิพย์ สิริธรรณี, สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรกุล และ วิไลพร รังควัต. (2554). ทำนaylorการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550).ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551).ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลศตวรรษที่ 21 .กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน – มิถุนายน) ๒๕๕๙

- บุญเอื้อ โจว. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาลังคม คณะพัฒนาลังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2553). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร:ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ประชิด ศราชนันท์, วราพร ชาญคุณะเศรษฐ์, และจารุพันธ์ ศรีจันทร์ดี. (2552). สารสำคัญที่ดึงดูดใจให้พยาบาลคงปฏิบัติงานอยู่ในไอ.ซี.ยู. องค์การพยาบาลที่ดี..มีดีไซด์. โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2552. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี. (2555). "ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย".วารสารสภาการพยาบาล, 27(1): 5-12.
- วิจิตรา กุศลมร, อรุณี เฮงยศมาก, รวีวรรณ ศรีเพ็ญ, สัมพันธ์ สันทนาคณิต, ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, ภัสสร ขำวิชา และรัตนา จารุสุวรรณ. (2555). ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:สหประชาพาณิชย์.
- แววดาว อินทุบุตร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาบุคลากร การทำงานเป็นทีมกับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครินทร์ อริยะเครือ. (2553). การให้อำนาจในงานการพยาบาล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย.
- ศิริพร จิรวรรณกุลและคณะ. (2555). คุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพและความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร. สำนักเลขานุการวุฒิสภา.
- ศิริพงษ์ สุนทรวัฒน์กิจ. (2554). ปัจจัยที่จะส่งผลต่อการรักษานักงานให้คงอยู่กับองค์การศึกษานเฉพาะกรณีพนักงานในธุรกิจ wedding studio ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สกลนารี เวทยะเวทิน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ ลักษณะงาน กับความผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมสมร เรืองวรรณ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์ ท้าวคำลือ. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Cowin, L.S. (2002). "The effects of nurses' job satisfaction on retention: an Australian perspective". *Journal of Nursing Management*. (32) : 283-291.

- Kanter, R. M. (1993). *Men and women of the corporation*. New York : Basic Books.
- _____. (1997). *Frontiers of management*. Boston : A Harvard Business Review Book.
- Kudo, Y., Satoh, T., Hosoi, K., Miki, T., Wanatabe, M., Kido, S., & Aizawa, Y. (2006). "Association between intention to stay on the job and job satisfaction among Japanese nurses in small and medium-sized private hospitals". *Journal of Occupational Health*. 48(6) : 504-513.
- Gomez, C., & Rosen, B. (2001). "The leader-member exchange as a link between managerial trust and employee". *Group & Organization Management*. 26(1) : 53-70.
- Gibson, C. H. (1995). "The process of empowerment in mothers of chronically ill children". *Journal of Advanced Nursing*. (21) : 1201-1210.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C., McMabon, L., & Kaufmann, C. (1999). "Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness". *Journal of Nursing Administration*. 29(5): 28-39.
- Laschinger, H.K., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). "The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment". *Health Care Manage Rev*. 26(3): 7-23.
- Laschinger, H. K.S., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). "Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model". *Journal of Nursing Administration*. (31): 260-72.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2004). "A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction". *Journal of Organizational Behavior*. (25) : 527-545.
- McCloskey, J.C., & Maas, M. (1998). "Interdisciplinary team: The nursing perspective is essential". *Nursing Outlook*. 46(4) : 157-163.
- Nies, M.A., Hepworth, J. H. & Fickens, S. (2001). "An interdisciplinary team approach to nursing scholarship". *Journal of Nursing Administration*. 31(9): 411-413.
- Taunton R. L., Krampitz, S. D., & Woodss, C. Q. (1989). "Manager impact on retention of hospital staff: Part2". *Journal of Nursing Administration*. 19(4): 15-19.
- Torrington, D. H. L. & Taylors. (2002). *Human resource management*. (5th ed). Harlow : Prentice Hall.
- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). "Nurse intention to remain employee : Understanding and strengthening determinants". *Journal of Nursing Administration*. 55(4) : 497-509.
- Upenieks, V. V. (2005). "Recruitment and Retention Strategies: A magnet hospital prevention model". *Med Surg Nursing*. (4): 21-27.



ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
อวัยวะเพศชายในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี*

The Outcomes of Self-Efficacy Enhancing Program in Patients with
Pre and Post Male Reproductive Organ Operation at a Secondary
Level Hospital in Ratchaburi Province

กันต์สินี ประสพสุวรรณ**

ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว***

ดร.วินัส ลิ้มพิกุล****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษา
กลุ่มทดลองแบบกลุ่มเดียว (One Group pretest-
posttest design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรม
การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนและหลัง
ผ่าตัดอวัยวะเพศชายในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่ง
หนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย
ที่นัดสารแปลกล่อมเข้าอวัยวะเพศชาย ที่มารับการผ่าตัด
จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการ
เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดทั้งหมด 3 ครั้ง

ครั้งแรก 1 วันก่อนการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ภายหลังผ่าตัด
6 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 3 วัน ก่อนจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาลรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชาย
และแบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง
ผ่าตัดอวัยวะเพศชายระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน
มีนาคม พ.ศ.2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติพรรณนา
และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้โปรแกรมการ
เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน
เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังได้รับโปรแกรม

*วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p .01$ ($\bar{X} = 9.44$, S.D. = .35) และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอวัยวะเพศชายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p .01$ ($\bar{X} = 15$, S.D. = 0) จากผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลควรนำโปรแกรมการเสริม

สร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดอวัยวะเพศชายที่พัฒนาขึ้น ไปใช้จริงทางคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะเพศชายรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากยิ่งขึ้น และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น

Abstract

This study was a quasi-experimental research with one group pretest-posttest design to investigate the outcomes of self-efficacy enhancing program in the patients with pre and post male reproductive organ operation at a secondary level hospital in Ratchaburi province. This study adopted the Bandura's self-efficacy framework, and the research samples were twenty-five patients who received foreign material injection on male reproductive organ and decided to get reproductive organ operations. All samples received self-efficacy enhancing program three times: such as: the first was one day before surgery; the second was 6 hours after surgery; and the third was three days after operation, before discharge from the hospital. The research data collection process utilized self-efficacy evaluation form of patients who received male reproductive organ operation and self-care knowledge during pre and post

male reproductive organ operation between February and March 2016. The research data were analyzed by a descriptive statistical paired t-test.

The findings of the research showed that after applying the self-efficacy enhancing program, the mean score of self-efficacy was statistically and significantly higher than those before $p .01$ ($\bar{X} = 9.44$, S.D. = .352) and the mean score of knowledge pre and post operation male reproduction organ was statistically and significantly higher than those before $p .01$ ($\bar{X} = 15$, S.D. = 0) Therefore, based on the research findings it is recommended that the developed self-efficacy enhancing program should be practically applied in medical clinics to help patients get better self-efficacy and knowledge of post male reproductive organ operation and to encourage patients to recover faster after surgery.

ปัญหาการวิจัย

ปัญหาการฉีดสารแปลกปลอมเข้าอวัยวะเพศชายซึ่งต่อไปจะเรียกว่าผู้ป่วยพาราฟีโนมา เพื่อเป็นการเพิ่มขนาดให้อวัยวะเพศชายนั้นเป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศแนวโน้มจะมีปริมาณ

เพิ่มขึ้นด้วย ประเทศที่พบผู้ป่วย ได้แก่ ประเทศในทวีปยุโรป เกาหลีใต้ และประเทศในทวีปเอเชีย เช่น ไทย พม่า เป็นต้น ความเข้าใจผิดในเรื่องการเพิ่มขนาดของอวัยวะเพศชายทำให้มีการฉีดสารแปลกปลอมเข้าอวัยวะเพศชายที่ไม่ถูกวิธี ชายไทยมีความเชื่อว่าขนาด

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ของอวัยวะเพศที่ใหญ่แสดงถึงความเป็นชายถึงแม้ว่าขนาดของอวัยวะเพศเดิมจะมีขนาดเป็นปกติหรือค่อนข้างใหญ่อยู่แล้ว กลุ่มชายเหล่านี้นิยมฉีดสารแปลกปลอมเข้าใต้ผิวหนังของอวัยวะเพศเพื่อเพิ่มขนาดโดยฉีดด้วยตัวเองหรือเพื่อนฉีดให้ สารที่ใช้ฉีด ได้แก่ วาสลิน พาราฟิน น้ำมันมะกอก ขี้ผึ้งทาแผล ประเภทขี้ผึ้งคลอแรมเฟนิคอล ซึ่งหาซื้อได้ง่ายจากร้านขายยา แต่สารดังกล่าวไม่ได้ผ่านการเตรียมด้วยวิธีปราศจากเชื้อ จึงมีโอกาสูงที่จะทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อเฉียบพลันหลังฉีดได้ ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยคือ มีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศอักเสบ เป็นหนอง บวม ปวด มีสารแปลกปลอมไหลออกมาทางปลายอวัยวะเพศ ผิวหนังหดตัวเป็นตะปุ่ม ตะป่ำ เกิดแผลเรื้อรังเป็นๆ หายๆ และเกิดภาวะหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศปิด (Phimosis) ทำให้เกิดภาวะปัสสาวะลำบากตามมา รวมทั้งมีการสูญเสียภาพลักษณ์อีกด้วย (พงษ์ศักดิ์ สารเจริญ, 2551)

จากผลการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่ให้ประวัติว่าฉีดน้ำมันมะกอกและวัตถุแปลกปลอมเข้าบริเวณอวัยวะเพศชาย ของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2542 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขแล้ว โดยศึกษาข้อมูลด้านอายุ อาชีพ เชื้อชาติ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ฉีดน้ำมันมะกอกหรือวัตถุแปลกปลอมก่อนมาพบแพทย์ จากทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุในช่วง 20-30 ปี คือประมาณร้อยละ 67 มีผู้ป่วยเพียง 5 ราย ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และยังมีอยู่ในวัยเรียน 6 ราย ในจำนวนนี้ มีแรงงานต่างชาติ 6 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 60 มาพบแพทย์หลังจากฉีดสารแปลกปลอมได้ไม่เกิน 1 ปี ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวด บวม อักเสบเป็นแผลเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ผิวหนังหดตัว เป็นตะปุ่ม ตะป่ำ มีสารแปลกปลอมไหลออกมาทางปลายอวัยวะเพศชาย มีปัญหาเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยพบผู้ป่วยที่มีแผล ผิวหนังตาย 4 ราย (ร้อยละ 13) และผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) ไม่สามารถ

เปิดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศได้ เนื่องจากเกิดภาวะหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศปิด (Phimosis) ทำให้มีปัญหาเรื่องการดูแลความสะอาดและเรื่องปัสสาวะลำบากตามมา (สันติ สุขหวาน, 2547) การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยพาราไฟโนมาหลายวิธี วิธีที่แพทย์เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไปและทีมศัลยแพทย์โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีเสนอคือ วิธีการผ่าตัดแบบ Debridement with scrotal flap เป็นการผ่าตัดลอกเอาหนังหุ้มอวัยวะเพศชายส่วนที่เสียแล้วออก แล้วฝังอวัยวะเพศชายลงในถุงอัณฑะรอเวลาประมาณ 2 เดือน เพื่อให้หลอดเลือดเกิดการเชื่อมต่อกันระหว่างหนังถุงอัณฑะและอวัยวะเพศแล้วจึงทำการผ่าตัดครั้งที่ 2 (Reconstruction of penis) เพื่อแยกอวัยวะเพศออกจากอณฑะ วิธีนี้มีข้อดี คือได้หนังจากถุงอัณฑะมาตลอดความหนาจึงไม่หดตัวเหมือนการทำกราฟท์ (Graft) วิธีนี้มีการติดเชื้อต่ำและไม่ต้องกังวลว่าหนังจะติดดีหรือไม่ แต่ต้องมีการทำผ่าตัด 2 ครั้งและผลที่ออกมาดีกว่าแบบทำกราฟท์

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้ให้การดูแลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยพาราไฟโนมาที่มารับการผ่าตัดอวัยวะเพศชาย ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยบางรายรอจนเกิดการอักเสบรุนแรง เป็นแผลเรื้อรัง เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทำให้บางรายผ่าตัดยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความอาย ไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือไปพบแพทย์แล้วแต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี รวมทั้งได้รับข้อมูลในการรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อน หลังผ่าตัดและทำให้ขาดสมรรถนะแห่งตน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่าเกิดแผลติดเชื้อในผู้ป่วย 3 ราย ใน 10 ราย ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชายขึ้นตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการรับ

รู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดๆ ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะหรือบุคลิกภาพของบุคคล แต่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการเรียนรู้ เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และนำไปสู่การประเมิน ตัดสินความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้น เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดด้วยวิธีเพศชายของผู้ป่วยพาราฟีโนมา ความรู้พื้นฐานในการเข้าใจผู้ป่วยและความใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วยพาราฟีโนมา เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลที่มีคุณภาพและเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและรู้สึกมั่นใจต่อผลการผ่าตัดรักษา ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีเพศชาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อศึกษาความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีเพศชายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีเพศชาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีเพศชายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีเพศชายในกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีเพศชายในกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการทําวิจัย/หรือกรอบทฤษฎีในการทําวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคล ซึ่งแบนดูรากล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมนั้นและประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัตินั้น ซึ่งสิริมนต์ ดำริห์ (2553) ได้สรุปคำอธิบายแบนดูรา (Bandura, 1997) ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ใช่ลักษณะเฉพาะหรือบุคลิกภาพของบุคคล (Personality trait) แต่เป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเองซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของงานหรือกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เมื่อบุคคลเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนบุคคลจะกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องต่างๆ นั้น สามารถสร้างให้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้มาจาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states)

ซึ่งอธิบายได้ว่าสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีเพศชายเป็นความเชื่อของบุคคลถึงความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ว่

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ตนมีสมรรถนะเกิดขึ้นก่อนจึงจะลงมือกระทำพฤติกรรมนั้นได้เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเองจะเกิดเป็นแรงจูงใจให้พยายามปฏิบัติจนประสบความสำเร็จ

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ โดยสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะเพศชายมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นด้วยวิธีการสนับสนุนจาก 4 แหล่งข้อมูล (Bandura, 1997) คือ

1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) แบบดูราเชื่อว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนเองกระทำสำเร็จความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยๆ จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และความคาดหวังว่าตนจะสำเร็จ

2. การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อิทธิพลจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ ทำให้บุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถพอบุคคลจะตัดสินใจที่จะลงมือกระทำกิจกรรมนั้นๆ ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภทดังนี้ (แบบดูรา Bandura, 1997)

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (Live-modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อ อยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตมีความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นตนก็สามารถปฏิบัติได้เพราะมีความคล้ายคลึงกัน

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์

หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ วีดิทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น มี 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) 2) กระบวนการเก็บความจำ (Retention processes) 3) กระบวนการกระทำ (Production processes) 4) กระบวนการจูงใจ (Motivation processes)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกประเภทตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อวีดิทัศน์ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง แสดงขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและขั้นตอนการผ่าตัดแพทย์ ศัลยกรรม ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้ให้ข้อมูล

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) หมายถึงการที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยใช้คำพูดว่าเรามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองนั้น ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จการชักจูงด้วยการพูดเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย

4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) บุคคลจะมีการตัดสินใจถึงความสามารถของตนเองได้ส่วนหนึ่งโดยผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายหมายถึงการตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อมีภาวะถูกคุกคามและการเผชิญความเครียดสภาวะอารมณ์ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางด้านลบ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอวัยวะเพศชายมีสภาวะทางสรีระที่ผิดปกติ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีอารมณ์ทางด้านลบส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงด้วย



ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ผู้วิจัยซักถามด้วยคำพูดให้ความรู้ แนะนำ ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และการดูแลสถานะทางสรีระและอารมณ์ โดยการประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว เครื่องมือที่ใช้ประกอบโปรแกรม ประกอบด้วย 1) สื่อดีทัศน์และคู่มือการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด 2) การประเมินความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง 3) การสนับสนุนโดยการซักถามด้วยคำพูด 4) การสนับสนุนด้านสถานะทางสรีระและอารมณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลในการนัดหมายนัดเปลี่ยนชนิดของสารแปลกปลอมที่ใช้ฉีด แหล่งข้อมูลที่มาของการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้อาการที่ทำให้มาพบแพทย์

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (ผู้วิจัยบันทึกเอง) ประกอบด้วย วันที่รับใหม่ วันที่ผ่าตัด การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ โรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวาระเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997), ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ (2551) และสิริมนต์ ดำริห์ (2553) จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ที่สอบถามระดับความมั่นใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม การหายใจ 3 ข้อ การพลิกตะแคงตัวบนเตียง 3 ข้อ การลุกจากเตียงลงนั่งเก้าอี้ 3 ข้อ การเดิน 3 ข้อ และใช้เทคนิคผ่อนคลาย 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ช่วง คะแนน (Rating scale) จาก 0 ถึง 10 คะแนน

จากซ้ายไปขวา คะแนน 0 หมายถึงผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย คะแนน 10 หมายถึงมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้แน่นอน คะแนนต่ำหมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวาระเพศชาย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ที่สอบถามระดับความมั่นใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตัวก่อน หลังการผ่าตัดด้วยวาระเพศชาย การใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เทคนิคการทำแผลที่ถูกวิธี และการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ช่วงคะแนน (Rating scale) จาก 0 ถึง 10 คะแนน จากซ้ายไปขวา คะแนน 0 หมายถึงผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย คะแนน 10 หมายถึงมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้แน่นอน คะแนนต่ำหมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวาระเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเหมาะสมของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวาระเพศชาย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับความรู้เรื่องเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดด้วยวาระเพศชาย โดยแบ่งคำถามเป็นก่อนผ่าตัด 6 ข้อ และหลังผ่าตัด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ และไม่ใช่ โดยคำตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน

การหาความตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 5 คนโดยดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน (Content validity) และการใช้ภาษา ความชัดเจน เพื่อให้ตรง

ตามเนื้อหาและครอบคลุม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิโดยวิธีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ .80 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชาย ด้วยการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 12 ราย นำแบบสอบถามที่ทดสอบแล้วมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงให้แบบสอบถามมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .957 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน หลังผ่าตัดอวัยวะเพศชายของผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชาย มีค่า KR 20 = 0.86 โดยคำนวณจากสูตร

$$KR - 20 = \frac{k}{k - 1} \left\{ 1 - \frac{(\sum pq)}{s^2} \right\}$$

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจัดทำเอกสารชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบหนังสือลงนามยินยอมให้ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการให้ความร่วมมือเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวมหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

(Pretest) โดยเก็บก่อนผ่าตัด 1 วันและก่อนการให้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยครั้งที่สองหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง ทบทวนโปรแกรม ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 3 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทบทวนโปรแกรมและสอนเทคนิคการทำแผล และเก็บข้อมูลอีกครั้งโดยให้ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด (Posttest) ในวันที่ 7 วันที่นัดผู้ป่วยมาพบแพทย์และตัดไหมที่แผนกผู้ป่วยนอกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 อายุเฉลี่ย = 34 ปี (S.D.=1.21) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือ สถานภาพสมรส โสดคิดเป็นร้อยละ 32 ศาสนาทั้งหมดเป็นศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพส่วนใหญ่ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 28 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ ประถมศึกษา และปริญญาตรี ร้อยละ 20 เท่ากัน สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ จ่ายเงินเอง ร้อยละ 48 รองลงมาคือบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 36 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 15,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาอยู่ในช่วง 5,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16 ระยะเวลาที่ฉีดสารแปลกปลอมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 ระยะเวลาเฉลี่ย 6 ปี (S.D.= 5.06) สารแปลกปลอมที่ใช้ฉีดส่วนใหญ่คือ น้ำมันมะกอก คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ วาสลิน ร้อยละ 28 อาการที่มากพบแพทย์ส่วนใหญ่มีอาการเป็นแผลอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 64 ข้อมูลที่ได้ในการมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ส่วนใหญ่เพื่อนแนะนำมา คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาจากเว็บไซต์ ร้อยละ 32

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอวัยวะเพศชาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ภาพที่ 2 : กรอบแนวคิดเชิงสมมุติฐานของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ				t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	5.58	1.55	9.44	.35	15.11	.000 *
ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดด้วยเวชชา	7.64	1.65	15	.00	14.69	.000 *

* $P < .01$

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 5.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.55 หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 9.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .35 ค่า t เท่ากับ 15.11 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .01$)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน หลังผ่าตัดด้วยเวชชา ก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ย 7.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.65 หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ย 15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .000 ค่า t เท่ากับ 14.69 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดด้วยเวชชาหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .01$)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยเวชชาในกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในวันที่ 7 หลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p .01$ (ดังตารางที่ 1) ซึ่ง

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยเวชชาในกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดด้วยเวชชาในวันที่ 7 หลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p .01$ (ดังตารางที่ 1) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงสนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ใช่ลักษณะประจำหรือบุคลิกภาพของบุคคล (Personality trait) แต่สามารถฝึกฝนให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องต่างๆได้และการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง อย่างผสมผสาน ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด 2) การสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยได้เห็นตัวแบบหรือสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) จากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญโดยการแนะนำ ชักชวน อธิบาย เพื่อแสดงให้เห็นบุคคลนั้นเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จได้และ 4) สภาวะทาง

สรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ที่เหมาะสมก็มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยเช่นกัน (Bandura, 1997)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการเพิ่มความรู้และเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชายได้

2. สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะเพศชายนี้ไปใช้กับผู้ป่วยฉีดยาฮอร์โมนเพื่อรักษาภาวะเพศชายที่มารับการผ่าตัดได้ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเกิดความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัดได้ถูกต้องเหมาะสม ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดโอกาสการเกิดภาวะติดขัดของแผลผ่าตัด ช่วยลดภาระงานด้านการให้ข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนหลังผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอวัยวะเพศชาย เนื่องจากส่วนประกอบหนึ่งของโปรแกรมนี้นี้ คือ การให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นโดยชมวิดิทัศน์ของผู้ป่วยต้นแบบ ผู้ป่วยสามารถดูได้บ่อยตามความเหมาะสม นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ป่วย

ได้รับประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง สอนเทคนิคการทำแผลด้วยตนเองและลองให้ผู้ป่วยได้ทำแผลเองมีการชักจูงด้วยคำพูดและให้กำลังใจ การดูแลสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายเรื่องที่วิตกกังวลหรือคับข้องใจ ซึ่งพยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระ พยาบาลจึงควรพัฒนากิจกรรมดังกล่าว เพื่อใช้ดำเนินบทบาทเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความรู้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องการผ่าตัดอวัยวะเพศชายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ศึกษาข้อมูลการให้ความรู้ในการเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดเพิ่มเติม ให้ครอบคลุมและให้ทันสมัยตลอดเวลา

3. ศึกษาแนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่นๆ

4. การทำวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยเป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : ธรรมส.ศ.
คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2547). สรีรวิทยา. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : เท็กซัสแอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ในตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (คัลยศาสตร์). ชอลดา พันธุ์เสนา. บรรณาธิการ. สงขลา : ภาควิชาการพยาบาลคัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนิต วัชรพุกก์. (2544). Preoperative and Postoperative care. ในชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และชนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), ตำราคัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาการพยาบาลคัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจบ อินทรสุศรี. (2542). การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ในไพบูลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุศรี (บรรณาธิการ), ตำราคัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัย แนวทางสู่ความสำเร็จ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- พงษ์ศักดิ์ สารเจริญ. (2551). "การผ่าตัดแก้ไขการฉีกขาดของกล้ามเนื้อช่องคลอดด้วย วิธีฝังลงในอุ้งอัมชะ และแยกออกจากกันในช่วงต้นเดียว กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก". *พุทธชินราชเวชสาร*. 26(2): 157-167.
- สันติ สุขหวาน. (2547). "การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยนิ่วในน้ำนมมดลูกที่ช่องคลอด". *วารสารแพทย์เขต*, 24(2) :6-9.
- สิริมนต์ ดำริห์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W. H. Freeman.
- Callaghan, D. (2005). "Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults." *Journal of Community Health Nursing*. 22(3): 169-178.
- Chobarunsitti. C. (2007). *Effect of self-efficacy enhancement on patient post abdominal surgery recovery at Phaphutabath hospital Sareburi*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Lee T, Choi H.R. Lee Y.T. et al. (1994). "Paraffinoma of the Penis." *Yonsei Medical Journal*. 35(3) : 344-348.
- Kirkendall, L.A. (1960). "Sex education." *In discussion guide*. 1 (3) : 1-11.
- Oetker-Black, et al. (1992). "Preoperative self-Efficacy and postoperative behaviors." *Applied Nursing Research*. (5): 134-139.
- Oetker-Black, S.L.. (1996). "Generalizability of the Preoperative self-Efficacy scale." *Clinical Methods*. 9(1) : 40-44.
- Oetker-Black, S.L., Jone, S., Estok, P., Ryan, M., Gale, N., & Parker, C. (2003). "Preoperative teaching and hysterectomy outcomes." *AORN Journal*. (77): 1215-1231.
- Oetker-Black, S L., Kauth, C. (1994). "Evaluation of a Self-Efficacy scale for preoperative patients." *AORN Journal*. 60(1): 43-50.
- Oetker-Black, S L., Kauth, C. (1995). "Evaluation a revised self-Efficacy scale of preoperative Patients" . *AORN Journal*. 62(2): 244-250.
- Oetker-Black, S L., Teeters, D.L., Cukr, P L., & Rininger, S A. (1997). "Self-Efficacy enhanced Preoperative instruction." *AORN Journal*. 66(5) : 854-864.
- Wang, L. Y., Chang, P. C., Shih, F. J., Sun, C. C., & Jeng, C. (2006). "Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation." *Journal of Psychosomatic Research*. 61(4) : 485-491.



**การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร
ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร***
**The Development of Conflict Management Program of Incharge
Nurses at a Private Hospital in Samutsakhon Province**

สมฤดี กীরตวนิชเสถียร**
ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต***
สุคนธ์ ไช้แก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร และศึกษาผลของโปรแกรมโดยการเปรียบเทียบทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน เลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง ระยะที่ 2 การทดสอบโปรแกรมโดยใช้โปรแกรมการจัดการความขัดแย้งและแบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.80

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งพยาบาลหัวหน้าเวรมีทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 8.45$, $S.D. = 4.67$) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง พยาบาลหัวหน้าเวรมีทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับสูง ($X = 16.6$, $S.D. = 3.10$) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง พยาบาลหัวหน้าเวรมีทักษะการจัดการความขัดแย้งโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 9.22$) ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาทักษะการจัดการความขัดแย้ง ให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อช่วยให้พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งในองค์กรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop the conflict management program of in charge nurses at the hospital, and compare the conflict management skills before and after training the conflict management program. The sample of 20 incharge nurses at the hospital was selected by using simple random sampling. The research instruments included the program and a conflict management skills 'test which was approved content validity by five experts. The content validity index

was 0.86, and the reliability coefficient was 0.80. The data were analyzed by using mean, standard deviation and t-test.

The research showed that before training the program, incharge nurses 'skills had moderate level ($\bar{X}=8.45$, S.D.=4.67), but after training the level was high ($\bar{X}=16.6$, S.D.=3.10) at a statistical significance of .001. The suggestion of this study can apply to develop conflict management of incharge nurses skills.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี รวมถึงการที่มนุษย์มีความแตกต่างกันทั้งความเชื่อ และค่านิยม ความขัดแย้งจึงเป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสังคม ความขัดแย้งอาจจะมีประโยชน์หรือมีโทษขึ้นอยู่กับวิธีการบริหารงานของผู้นำในองค์กร การบริหารความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานในองค์กรให้มีความราบรื่น องค์กรที่มีความขัดแย้งในระดับที่เหมาะสม จะช่วยกระตุ้นให้คนในองค์กรพยายามหาทางแก้ปัญหา พัฒนาผลงานให้ดียิ่งขึ้น และสร้างแรงจูงใจให้คนปฏิบัติงาน แต่หากระดับความขัดแย้งมีมากเกินไปก็จะนำไปสู่การเกิดปัญหามากมายในองค์กร

ระบบบริการสุขภาพได้รับผลกระทบจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ รวมทั้งระบบสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป บุคลากรในระบบบริการสุขภาพจึงต้องมีการปรับตัว ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้ซึ่งเป็นบุคลากรที่ต้องปฏิบัติภาระหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติตลอด 24 ชั่วโมง การพัฒนาทักษะการจัดการความขัดแย้งสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถเรียนรู้ได้โดยใช้กระบวนการการฝึกอบรมและการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ

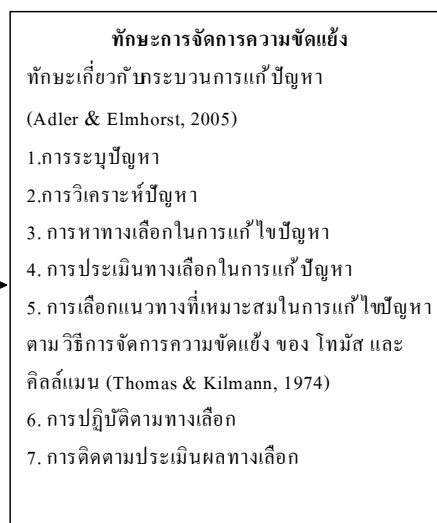
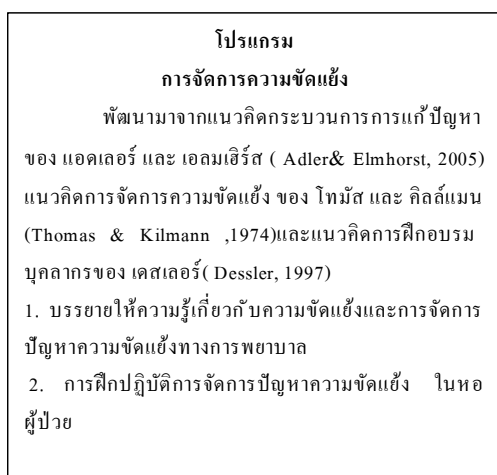
ร่วมกับการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เนื่องจากการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่จะเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน โดยการนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2550)โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ทั้งยังช่วยปรับปรุงและพัฒนาทักษะของบุคลากรให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (ชุมพร จำแสง, 2552)

การพัฒนาทักษะโดยการฝึกอบรมจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยพัฒนาให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีความรู้ มีทักษะที่เหมาะสมกับงาน รวมถึงก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลให้บุคลากรมีความสามารถมากขึ้น และมีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นได้ดี ทำให้หน่วยงานมีประสิทธิภาพของงานดียิ่งขึ้น (พรทิพย์ ควรคิด, 2555) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการวิธีการจัดการความขัดแย้ง ของ โทมัส และ คิลล์แมน (Thomas & Kilmann, 1974)กระบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจของ แอดเลอร์ และ เอลมเฮิร์ส (Adler & Elmhurst, 2005) ร่วมกับการใช้กระบวนการพัฒนาการฝึกอบรม Five step training and development ของ เดสเลอร์ (Dessler, 1997) มาใช้ในการพัฒนาทักษะการจัดการความขัดแย้ง โดยนำโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร ที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางและใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะ รวมถึงการนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่กำลังจะขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าเวร เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าเวรใช้เป็นองค์ความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย ต่อตัวพยาบาล และต่อองค์กรพยาบาลเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร
2. เปรียบเทียบทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ก่อนและหลังได้รับการโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่ม

สมมติฐานของการวิจัย

พยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร มีทักษะการจัดการความขัดแย้ง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการความขัดแย้งของโทมัส และ คิลล์แมน (Thomas & Kilmann, 1974) และกระบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจของแอดเลอร์ และ เอลมเฮิร์ส (Adler & Elmhurst, 2005) และนำแนวคิดการฝึกอบรมบุคลากรของ เดสเลอร์ (Dessler, 1997) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง และสร้างเครื่องมือวิจัยแบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง

ตัวอย่างจำนวน 20 คน เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้งในองค์กร และวิเคราะห์ความต้องการการฝึกอบรม

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

(Need analysis) โดยวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร

2. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำราและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับความขัดแย้ง กระบวนการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ

3. ออกแบบเนื้อหาโปรแกรมการฝึกอบรม (Instructional design) โดยกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการสอน สื่อการสอน กิจกรรม รวมทั้งการจัดทำเอกสาร คู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความขัดแย้งและการตัดสินใจ

4. เตรียมเนื้อหาแผนการอบรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

5. กำหนดกรณีศึกษาเพื่อใช้เป็นสถานการณ์ประกอบเนื้อหาในแผนการอบรมโดยกำหนดกรณีศึกษาประเด็นความขัดแย้งทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Grohar-Murray (1992) และจากสถานการณ์ความขัดแย้งที่พบในโรงพยาบาล

6. จัดทำแผนการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้โดยใช้วิธีการบรรยาย จำนวน 3 ชั่วโมง และการแบ่งกลุ่มเพื่อฝึกวิเคราะห์ประเด็นความขัดแย้งจากสถานการณ์ที่กำหนด พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ร่วมกับการอภิปรายจำนวน 3 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

7. จัดทำเอกสารคู่มือความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ประกอบการอบรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้แนวคิดของโทมัส และ คิลล์แมน (Thomas & Kilmann, 1974) และการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ของ เอเดลเลอร์ และเอลมฮอร์ส (Adler and Elmhurst, 2005)

8. ขั้นตอนการทำให้เกิดความเที่ยงตรง (Validation) โดยนำเครื่องมือเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา

9. ขั้นตอนการปฏิบัติการฝึกอบรม (Implementation) โดยใช้โปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง มีผู้วิจัยเป็นวิทยากร การฝึกอบรมประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกแก้ไขสถานการณ์ความขัดแย้งจากโจทย์สถานการณ์และให้กลุ่มอภิปรายนำเสนอผลการจัดการความขัดแย้งตามที่ทางกลุ่มได้เลือกในแต่ละสถานการณ์

10. ขั้นตอนการประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรม (Evaluation and follow) ฝึกปฏิบัติการจริงในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยมอบคู่มือโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งให้ และเมื่อพบสถานการณ์ความขัดแย้งให้กลุ่มทดลองฝึกแก้ไขโดยใช้ความรู้ที่ได้รับและบันทึกเหตุการณ์รวมทั้งวิธีการแก้ไขลงในแบบบันทึกสถานการณ์ความขัดแย้ง และนำมาอภิปรายในการประชุมกลุ่มโดยผู้วิจัยนัดในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ครึ่งละ 1 ชั่วโมงเพื่อให้กลุ่มทดลองได้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกทักษะร่วมกันโดยมีผู้วิจัยร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะขั้นตอนการประเมินผลหลังการฝึกอบรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อทำการประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้แบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง

โปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง

โปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นชุดกิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การบรรยายประกอบการใช้สื่อ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ให้ความรู้เรื่องความขัดแย้ง แนวคิดทฤษฎีของความขัดแย้ง กระบวนการของความขัดแย้ง สาเหตุและผลกระทบของความขัดแย้ง โดยการบรรยาย และการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) โดยใช้แนวคิดกระบวนการการแก้ปัญหาของ แอดเลอร์ และ เอลมฮอร์ส (Adler & Elmhurst, 2005)

2. การอภิปรายกลุ่มย่อยใช้เวลาในการอภิปรายและนำเสนอทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมวิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้ง และฝึกทักษะการจัดการความขัดแย้งจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ และนำเสนอผลงานต่อกลุ่มใหญ่

3. การฝึกปฏิบัติในคลินิก ใช้เวลา 4 สัปดาห์ พยาบาลหัวหน้าเวรฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ความขัดแย้งที่พบจากการทำงานในหน่วยงาน โดยมีคู่มือโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง ใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติโดยมีผู้วิจัยให้คำปรึกษาและนำ สถานการณ์ที่พบเสนอต่อกลุ่มใหญ่ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของการฝึกปฏิบัติและร่วมกันอภิปรายผล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ แบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตามตัวเลือกที่กำหนด และเติมคำมีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งหัวหน้าเวร และสถานภาพสมรส แบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง เป็นลักษณะอัตนัย ที่ให้สถานการณ์ความขัดแย้งที่กำหนดให้ 3 สถานการณ์ เป็นการวิเคราะห์และหาทางจัดการความขัดแย้ง ตามคำถามที่ตั้งไว้สถานการณ์ละ 7 ข้อ ดังนี้

1. ปัญหาความขัดแย้งคืออะไร
2. สาเหตุของปัญหาความขัดแย้งคืออะไร
3. ทางเลือกในการแก้ปัญหาที่มีอะไรบ้าง
4. ท่านประเมินทางเลือกในการแก้ปัญหาจากคำตอบในข้อ 3 อย่างไร

5. จากข้อ 3 ท่านตัดสินใจเลือกแนวทางใดในการแก้ปัญหา

6. ท่านปฏิบัติตามทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างไร

7. ท่านคิดว่าผลของทางเลือกมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

ระบบการให้คะแนน ถ้าตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบ ผิดให้ 0 คะแนน

โดยแบ่งระดับทักษะการจัดการความขัดแย้งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 15-21 หมายถึง ทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับสูง

คะแนน 8-14 หมายถึง ทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0-7 หมายถึง ทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับต่ำ

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 โปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง คู่มือการจัดการความขัดแย้ง แผนการสอนและ รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

1.2 แบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง ทาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ 0.86

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยใช้แบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง ซึ่งมอบให้ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลนำไปให้พยาบาลหัวหน้าเวรได้ตอบแบบประเมินโดยใช้เวลาตอบ 1 สัปดาห์ และรับกลับคืนจากผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล

2. การนำโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งไปใช้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งกับพยาบาลหัวหน้าเวร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล

3. เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดหมายพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยให้ตอบในแบบประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง ให้เวลา 1 ชั่วโมงและเมื่อตอบเสร็จ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารเลขที่ 207 และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ได้จากผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยเพื่อขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ให้สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีผลใดๆ ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน

จากนั้นนำมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการจัดการความขัดแย้ง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการจัดการความขัดแย้ง ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลหัวหน้าเวร ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลหัวหน้าเวร จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งหัวหน้าเวร

ตารางที่ 1 จำนวน (f) และร้อยละ(%) ของพยาบาลหัวหน้าเวรจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	f	%
เพศ		
หญิง	20	100.00
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย 30.6 (S.D.=4.122)		
25-30	8	40.00
31-35	11	55.00
36-40	1	5.00
สถานภาพสมรส		
โสด	12	60.00
คู่	7	35.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	5.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	20	100.00
ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งหัวหน้าเวร(ปี)		
0-2	7	35.00
2-5	3	15.00
5-7	1	5.00
7-10	7	35.00
11-15	2	10.00

จากข้อมูลใน ตารางที่ 1 พยาบาลหัวหน้าเวรทุกคนเป็นเพศหญิง และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55 มีอายุระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 35 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าเวรอยู่ในช่วง 0-2 ปี และ 7-10 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้ paired t-test (n=20)

ทักษะการจัดการความขัดแย้ง	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.การระบุปัญหาความขัดแย้ง	1.70	0.86	2.00	1.02	1.06	.301
3.การหาทางเลือกในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง	1.15	0.93	2.90	0.44	7.00	.000
4.การประเมินทางเลือกในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง	0.90	0.78	2.90	0.30	9.74	.000
5.การเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง	1.00	0.79	1.85	1.22	4.07	.000
6.การปฏิบัติตามทางเลือกความขัดแย้ง	1.15	1.08	2.70	0.57	6.30	.001
7.การติดตามประเมินผลทางเลือก	1.00	0.79	1.85	1.22	4.07	.000
รวม	8.45	4.67	16.6	3.10	9.226	.000

จากข้อมูลใน ตารางที่ 2 พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง พยาบาลหัวหน้าเวรมีทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=8.45$, S.D.=4.67) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง พยาบาลหัวหน้าเวรมีทักษะการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=16.6$, S.D.=3.10) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง พบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีทักษะการจัดการความขัดแย้งโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=9.226$)

แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครจังหวัด สมุทรสาคร ได้โปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง มีลักษณะตามที่ระบุไว้ในเครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ก่อนและหลังได้รับการโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง

ในรายการกระบวนการของทักษะการจัดการความขัดแย้ง พบว่ามี 6 ใน 7 กระบวนการ ที่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง มีเพียง 1 กระบวนการที่ไม่แตกต่าง ได้แก่ การระบุปัญหาความขัดแย้ง

อภิปรายผลการวิจัย

ทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีเพียง 1 กระบวนการที่ไม่แตกต่าง ได้แก่ การระบุปัญหาความขัดแย้ง สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัย และอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรให้สูงขึ้นได้ โดยการสร้างโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง ซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความรู้ การฝึกอบรมและการได้ฝึกแก้ไขสถานการณ์ความขัดแย้งจากสถานการณ์จำลองที่กำหนด รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปสู่การจัดการความขัดแย้งในสถานการณ์จริงขณะปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรเกิดการเรียนรู้ในการนำหลักการและแนวทางการจัดการความขัดแย้งที่ถูกต้องไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ในสถานการณ์จริงเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของพรทิพย์ วรรณคิด(2555) ที่ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยกลุ่มที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าความรู้ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องมีเพื่อใช้แก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยให้ผ่านพ้นไปได้ การฝึกแก้ไขปัญหความขัดแย้งและการวิเคราะห์กรณีศึกษาที่กำหนดจะช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความขัดแย้งให้กับพยาบาลได้ดีขึ้น การเรียนรู้แบบมีขั้นตอนสามารถช่วยพัฒนาทักษะการจัดการความขัดแย้ง มากกว่าการลองผิดลองถูกและควรนำโปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งไปปรับใช้ในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละระดับ ส่วนทักษะการจัดการความขัดแย้งด้านกระบวนการระบุปัญหาความขัดแย้งที่มีระดับคะแนนไม่แตกต่างจากการทดลองนั้น อธิบายได้ว่า สถานการณ์การจัดการความขัดแย้งที่จัดทำขึ้น ผู้วิจัยได้จากการทบทวนปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงานร่วมกับการ

สัมภาษณ์เชิงลึกจากพยาบาลหัวหน้าเวรและจากผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลถึงปัญหาความขัดแย้งที่พบบ่อย ทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีความคุ้นเคยและสามารถระบุปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ ทักษะ รวมถึงการนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่กำลังจะขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าเวร และตำแหน่งที่สูงขึ้นทางด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าเวรใช้เป็นองค์ความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย ต่อตัวพยาบาล และต่อองค์กรพยาบาลเอง

2. พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถนำโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยครั้งนี้มีการนำโปรแกรมการจัดการความขัดแย้ง ไปใช้ในกลุ่มทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หรือทำการเปรียบเทียบรูปแบบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับวิธีการสอนแบบอื่น

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลของการคงอยู่ของทักษะการจัดการความขัดแย้งอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้ง เป็นระยะเวลาที่มากกว่า 3 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของทักษะ และใช้เป็นแนวทางกำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรมซ้ำเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์ยงค์ ลิ้มวานานนท์. (2551). การจัดการความขัดแย้งภายในโรงพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชมพูนุท ทิพย์ผืน. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุมพร จำแสง. (2552). การพัฒนาชุดฝึกอบรมทักษะการตัดสินใจทางการบริหารการพยาบาลตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับผู้บริหารหอผู้ป่วยศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ควรจิต. (2555). ผลของโปรแกรมการแก้ไขความขัดแย้งของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อประสิทธิผลของทีมการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550). การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. เชียงใหม่: ช้างเผือก.
- Adler, R. B., & Elmhurst, J. M. (2005). *Communicating at work: Principles and practices for business and the professions*. New York: McGraw-Hill
- Dessler, G. (1997). *Human resource management*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Grohar-Murray, M. E., & DiCroce, H. R. (1992). *Leadership and management in nursing*. Norwalk, Conn: Appleton & Lange.
- Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (1974). *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. Mountain View, CA: XICOM. Incorporated.



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ*

The Effect of Informational and Emotional Support Program on
Uncertainty in Illness of Coronary Artery Disease Patients
Undergoing Cardiac Catheterization

ละมัย อยู่เย็น**

ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว***

ดร.วินัส ลีฬุกุล****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2559 โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของมิเชลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบ

สอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาและ 4) ด้านไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้ ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Paired t-test

*วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน และพยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of informational and emotional support program on uncertainty in illness of coronary artery disease undergoing cardiac catheterization at a private hospital in Samutsakhon province. The data were collected from February to April, 2016. The concept of uncertainty in illness by Mishel, (1988) was adopted to design the program. A purposive sampling was applied to recruit 40 patients with acute coronary disease into this study. This study collected data using personal characteristics questionnaire and the questionnaire on uncertainty in illness for cardiovascular patients included four aspects of 1) the ambiguity of the illness; 2) the complexity of treatment and health system; 3) the inconsistency of information on illness and treatment; and 4) unpredictability of health outcome with

the total of 24 questions. Data were analyzed using statistical package. Descriptive statistics was used to describe personal characteristics of respondents. Paired t-test was applied to examine the mean difference of uncertainty in illness of patients before and after participating in the program.

The findings of the research showed that after implementation of the program, the mean score of uncertainty in illness of the patients result of the decreased significantly. ($P < .05$) Moreover, the findings study show that the informational and emotional support program could decrease the uncertainty in illness of coronary artery disease patients so that nurses should use this program for improving the quality of nursing care of the patients with coronary artery disease who will be undergoing cardiac catheterization and angioplasty.

ปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา อีกทั้งเป็นสาเหตุของการตายในอันดับหนึ่งของประชากรโลก(WHO, 2014)โดยพบว่าประชากรจำนวน 17.3 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2030 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน

สำหรับในประเทศไทยปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,079 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) หมายถึง โรคหลอดเลือดโคโรนารี ที่ตีบ แคบ อุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่ เกิดจากการสะสมของไขมันของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง(Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง จนกระทั่งทำให้หลอดเลือดอุดตันจากการสะสมของไขมัน และแคลเซียม(อุไร ศรีแก้ว, 2543)ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดในทางที่เลื่อมตาม วัย โดยจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบ คอลลาเจน (Collagen) และไฟโบรบลาส (Fibroblast) มีการงอกขยาย (Proliferation) เคลื่อนสู่หลอดเลือดชั้นใน (Intima layer) เกิดหลอดเลือดแดงแข็งได้ง่าย ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่เกิดอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีการสะสม ของไขมัน และแคลเซียมภายในผนังเยื่อบุด้านในของหลอดเลือดมากขึ้น เป็นเวลานาน รวมทั้ง หลอดเลือดมีการตีบแคบเกินกว่าร้อยละ 50-70 ของขนาดเดิม จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่เพียงพอกับความต้องการ (วารสาร สัตยวงศ์, 2550; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อค ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้นอาจทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีหลายวิธี การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac catheterization) เป็นวิธีตรวจชนิดที่ให้ผลแม่นยำ เป็นที่นิยมและยอมรับว่าเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเนื่องจากสามารถบอกถึงตำแหน่งระยะเวลาของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ดีที่สุด (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจให้แน่ชัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพและลักษณะรอยโรคระบุตำแหน่งการตีบหรือตันของหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคราบไขมัน การเกาะของหินปูน ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนสามารถวัดค่าความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ทำการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจยังมีข้อจำกัด มีงานวิจัยที่ใกล้เคียง คืองานวิจัยของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้จากหลากหลายปัจจัย เช่น จากผลกระทบจากการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงธรรมชาติของโรคหัวใจ ซึ่งไม่สามารถคาดเดาผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ หากความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงเกิดขึ้นอยู่ต่อไปเรื่อยๆ จะยิ่งทำให้กระบวนการทางความคิดของบุคคลถูกขัดขวาง ทำให้ผู้ป่วยนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้น้อยลง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) คือ การที่บุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) หรือผู้ป่วยและญาติ ไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้ตัวผู้ป่วยไม่สบายได้ ไม่สามารถแยกความแตกต่างการรักษาแต่ละชนิดได้ ด้านความซับซ้อนของวิธีการดูแลเฉพาะด้าน (Complexity) ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เฉพาะทางซึ่งมีขั้นตอนที่ค่อนข้างซับซ้อนด้านการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการและระบบการให้บริการ (Lack of Information) เมื่อผู้ป่วยและญาติไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยผลการรักษาต่างๆ และระบบการบริการซึ่งเกิดจากการที่ได้รับการอธิบาย จากบุคลากรทางการแพทย์ทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน ด้านความไม่เพียงพอของข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถสร้างความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นได้ และด้านการไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) การดำเนินและการพยากรณ์โรค

ของผู้ป่วยไม่แน่นอน เนื่องจากของอาการของโรคที่กลับไปกลับมา เป็นผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าตนเองจะแสดงบทบาทอย่างไรได้บ้างเมื่อมีอาการดีขึ้น (Mishel, 1988) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลผ่านกรอบของตัวกระตุ้น (Stimuliframe) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบแผนอาการแสดง (Symptom Pattern) คือระดับความรุนแรงของอาการที่แสดงออกมาให้บุคคลรับรู้ ถ้าแบบแผนอาการแสดงชัดเจนสม่ำเสมอ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event congruence) คือความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริง จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้นจริง จนทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น (Mishel, 1988) จากการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) โดยทำการศึกษาผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้สีกตัว ที่มีต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลคือ ความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านพบว่า ด้านไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรคมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 4 ด้านสรุปจากผลการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องรับการตรวจสวนหัวใจทางด้านจิตโดยเฉพาะด้านอารมณ์และสนับสนุนด้านข้อมูลส่วนมากสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ โดยผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์เพื่อบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการดูแลด้านอารมณ์ควบคู่กันโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่ผู้วิจัยได้จากการศึกษาในครั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการ

ปรับปรุงการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์
2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการทำวิจัย/หรือกรอบทฤษฎีในการทำวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยและไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่า จะมีอันตรายเกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ อย่างไร (Lazarus & Folkman, 1984) และความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักจะพบได้เสมอในการเจ็บป่วยเนื่องจากสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคลโดยความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะไปรบกวนความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นทุกข์ มิเชล ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญปัญหาของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และผลงานวิจัยต่างๆ มาอธิบายกับความเจ็บป่วยให้ได้เฉพาะเจาะจงและพัฒนาเป็น

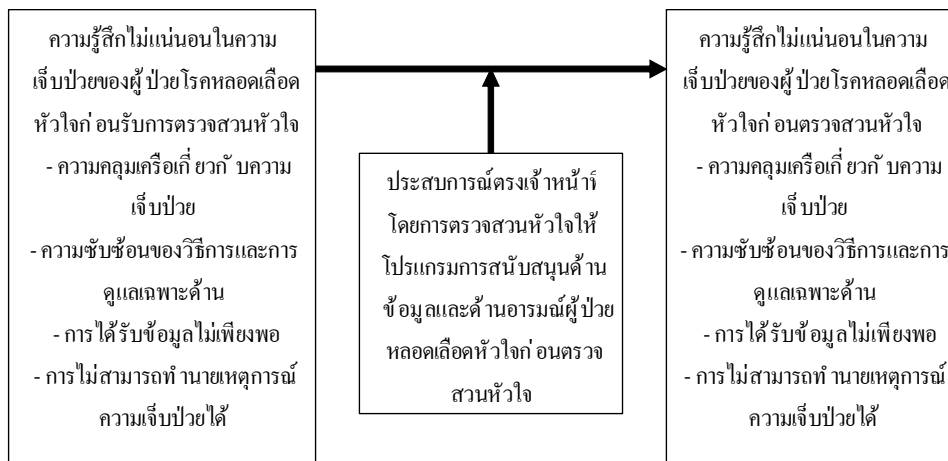
วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ทฤษฎีความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งถือเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory) อธิบายถึงการใช้กระบวนการของความคิด (Cognitive Process) เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้าคือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วยนั้นคือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Scheme) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองอันเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เพียงพอ (Mishel, 1988)

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดมีความรู้สึกละมัยอยู่ในความวิตกกังวลใจด้าน 1) ด้านความคลุมเครือเรื่องโรคหัวใจ การวินิจฉัย การรักษาโรคหัวใจ 2) ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน 3) การรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมเพื่อตอบสนองการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด มิเชล (Mishel, 1988)

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Mishel, 1988)

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ใช้แบบสอบถามส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ แผนกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ที่เข้า

รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1.) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2.) ผู้ป่วยที่มารับการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก 3.) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี 4.) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย เป็นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจโดยผู้วิจัย

พัฒนาจากการศึกษา คันทัวตารา ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากของ นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน โดยมีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 20 คะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 13, 23, 24 คะแนน 5-25 ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 11, 18, 22 คะแนน 6-30 คะแนน ด้านการที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 16, 19, 21 คะแนน 4-20 คะแนนลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ จากจริงที่สุด ถึงไม่จริงที่สุด เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ ความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางบวก เป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามคะแนนมากหมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย การกำหนดคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 5 ระดับโดยกำหนดคะแนนดังนี้

สูงที่สุด	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 4.50-5.00
สูง	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3.50-4.49
ปานกลาง	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 2.50-3.49
น้อย	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.50-2.49
น้อยที่สุด	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.00-1.49

การหาความตรงของเครื่องมือคือการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 5 คนโดยดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามและโปรแกรม และการใช้ภาษาความชัดเจน เพื่อให้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยวิธีการหาค่า CVI = .91 การหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดสอบแล้วมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงให้แบบสอบถามมีคุณภาพมากขึ้น โดยการวิเคราะห์หาความเที่ยง ซึ่งได้วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคค่าความเชื่อมั่นได้ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อการวิจัยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมและการสร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองโดยยิ้มแย้มทักทาย และแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ในการให้โปรแกรม และทำการประเมินแบบสอบถามก่อนได้รับโปรแกรม ใช้เวลาช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบเอกสารจากต้นสังกัด เพื่อส่งให้แพทย์ตรวจ (ใช้เวลา 5 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

และข้อมูล โดยจัดห้องให้มีความสงบและเป็นสัดส่วน ภายในห้องสอนสุขศึกษาของศูนย์โรคหัวใจ รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ โทรทัศน์ 1 เครื่อง และ คอมพิวเตอร์ 1 เครื่องและจัดเตรียมข้อมูล เนื้อหา การให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการเตรียมความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ แนวทางการรักษาที่จะได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสอบหัวใจโดยที่ผู้วิจัยได้สอดแทรกไว้ตลอดระยะเวลาของการให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์

สรุป การให้ข้อมูลต่างๆ และการประเมินผล (ใช้เวลา 5 นาที)

นำมาวิเคราะห์ ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 1.ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ร้อยละ 2.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.50 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 65.00 และส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 52.50 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธและใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 87.50 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง

จากการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ รายด้านดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบรายด้าน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=40)

ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยรายด้าน	ช่วงเวลา				การแปลผล	
	ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ		หลังได้รับ โปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการรักษา	3.93	0.65	2.54	0.83	-0.77	.000
ด้านความซับซ้อนของการ รักษาและระบบบริการ สุขภาพ	3.70	0.50	3.47	0.70	-0.39	.027
ด้านความไม่สม่ำเสมอ ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย	3.84	0.68	2.20	1.05	-0.09	.000
ด้านการไม่สามารถทำนาย ผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย และการรักษา	3.50	0.60	3.44	0.78	-0.28	.347
รวมโดยรวม	3.79	0.69	2.80	0.40	-0.28	.000

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สรุปดังนี้

ด้านที่ 1 ค่าเฉลี่ยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.65) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=2.54$, S.D.=0.83) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ด้านที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.70$, S.D.=0.50) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.47$, S.D.=0.70) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ด้านที่ 3 ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.68) หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.20$, S.D.=1.05) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ด้านที่ 4 ค่าเฉลี่ยด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.68) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=2.20$, S.D.=1.05) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.69) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=2.80$, S.D.=0.40) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การอภิปรายผล

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์

สนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) จึงอธิบายได้ว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=3.79$, S.D.=.406) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เท่ากับ ($\bar{X}=2.79$, S.D.=.710) ซึ่งพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งและสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่เดินทางมาเพื่อเข้ารับการตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคที่ตนเองเป็น ความสามารถในการรู้คิด แหล่งที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะสามารถลดความไม่เข้าใจที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง เมื่อได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งผลคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่าทั้ง 4 ด้านความรู้สึกไม่แน่นอนหลังรับโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนรับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดย ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรมฯ ($\bar{X}=2.27$, S.D.=0.24) อยู่ในระดับสูง ภายหลังรับโปรแกรมค่าคะแนน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

เฉลี่ย ($\bar{X}=1.68$, S.D.=0.41) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมี 3 ด้านที่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1)ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและรักษา 2)ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3)ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนด้านที่ 4)ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติคือด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องรายด้านเช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ซึ่งคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลและสาเหตุที่ทำให้คะแนนรายด้านของการไม่สามารถทำนายผลได้ ซึ่งต้องรอให้แพทย์ทำการตรวจสอบหัวใจจึงจะแจ้งผลอย่างเป็นทางการได้ จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยเองที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์มาก่อนอีกประเด็นที่วิเคราะห์คือ ผู้วิจัยสังเกตและได้จากความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการเข้ารับการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งผลของการวินิจฉัยที่ยังไม่แน่นอนและยังไม่ทราบทั้งแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งไม่มีใครยืนยันผลตรวจและการรักษาก่อนที่จะเห็นว่าเส้นเลือดหัวใจตีบมากจนสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นมากหรือน้อยได้แน่นอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล จากการวิจัยครั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนำแนวคิดการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาใช้ในการวางแผนการ

ทำงานในหอผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นให้การพยาบาลด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้การดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาเพื่อนำผลวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ต้องทำหัตถการอื่นๆ โดยเฉพาะ การผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้เมื่อได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาในการรักษาและทำหัตถการ ผลการรักษา ระยะฟื้นตัว แนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และจะลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างแท้จริง

2. การทำการวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล ควรทำการศึกษาทั้งก่อนและหลังทำหัตถการเพื่อให้ได้ความรู้สึกไม่แน่นอนในแต่ละด้านได้อย่างสมบูรณ์ในการประเมินและได้นำผลที่ได้ไปแก้ไขจุดที่คิดว่าเรายังให้ข้อมูลด้านใดที่ไม่เพียงพอหรือไม่ดีพอ

3. การศึกษาด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นเชิงนามธรรมควรมีแบบสอบถามหรือแบบวัดความรู้สึกด้านอารมณ์เพื่อให้เห็นผลเป็นรูปธรรม และได้นำผลมาวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ไปใช้ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสอบหัวใจ

5. นำผลวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องทำหัตถการอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG)

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง สอนดา. (2558). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้สึกรู้สีก่อนการสวนหัวใจในความเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเชียงใหม่.
- วารสาร สัตยวงศ์. (2550). การพยาบาลกล้ามเนื้อหัวใจตามเฉียบพลัน. ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณธิการ) การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 4 . (พิมพ์ครั้งที่ 9).นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2547). แนวทางการรักษา Acute coronary Syndrome (ACS). ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์และศรัณย์ ควรประเสริฐ(บรรณธิการ), *HEART: Cardiac Diacnosis and Theatment*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ : ไอเอ็มเอออกเคในเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2552). รายงานการสาธารณสุขไทย 2548- 2552.[ออนไลน์]. สืบเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2557 จาก, <http://moph.go.th>.
- อภิชาติ สุคนธทรัพย์. (2543). โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. เชียงใหม่ : ไอเด็นตีตี้กรุ๊ป.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Mishel, M. H. (1988). "Uncertainty in illness". *Image: Journal of Nursing Scholaship*, 20 (4) : 225- 232.
- Whitehead D.L. Strike P., Perkins-Parras L, Steptoe. (2005). "A. Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation". *American Journal of Cardiology*. 96 (11) : 1512-1516.
- World Heart Organization [WHO]. (2014). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [Online]. Retrieved August 19, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.



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 เกตวาธิตาตร*

นัยนา ภูม*

ปัทมา ผาติภัทรกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกระบวนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเอง และ คู่มือในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน 2) แบบทดสอบความรู้ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชดสัน 20 ได้เท่ากับ .91 และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความ

สามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .802 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 37.62$, S.D. = 2.04) และสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.453$, $p < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .512) และสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.346$, $p < .05$) โปรแกรม

*อาจารย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

การส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษา

เพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อสถานการณ์ในการปฏิบัติงานที่คำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำไปสู่การปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

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.

ความสำคัญของปัญหา

ในสภาวะการณ์โลกปัจจุบัน พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 100 ล้านคน มีการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับบริการสุขภาพ และมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกและระบบบริการสุขภาพ

ทั่วโลกจึงให้ความสนใจ และมีนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ โดยมีเป้าหมายในแต่ละปีเพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านการให้การรักษาที่มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น เป็นเป้าหมายสำคัญที่เป็นการมุ่งเน้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ทางนโยบายด้านความปลอดภัยระดับชาติ (The Joint Commission, 2015) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องส่งเสริมให้นานาชาติร่วมกันพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก โดยตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2004 องค์การอนามัยโลกที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาและอบรมให้ความรู้ระดับบุคคลเกี่ยวกับทรัพยากรและเครื่องมือที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในระดับองค์กร (World Health Organization, 2013)

ประเด็นความปลอดภัยในดูแลผู้ป่วยในประเทศไทยเป็นเรื่องที่ระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเป้าหมายของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ และกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety Goal) เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2551) รวมทั้งสถาบันภายนอกที่มีบทบาทในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization) เป็นสถาบันรับรองคุณภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดให้ Patient safety Goal เป็นเป้าหมายสำคัญ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยที่สุด (อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติธาร, 2553)

องค์การอนามัยโลกได้ระบุถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวินิจฉัยของแพทย์ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็นข้อผิดพลาด

ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและการใช้งานหรือการออกแบบระบบที่เกิดความผิดพลาด ในสหรัฐอเมริกา มีมากกว่า 1 ล้านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปีในอัตรา 6.3 เหตุการณ์ต่อ 1,000 วันนอน โดยชี้ให้เห็นว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา สาเหตุที่เกิดพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากแพทย์ที่มักเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดทรัพยากร และจากการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกของสหรัฐอเมริกาพบว่า 1.4% ของโรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยได้มีการรายงานถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับยาโดยพบว่า 25 % ของผู้ป่วยที่ได้รับการเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหตุการณ์จากยา และ 1 ใน 7 อยู่ในระดับที่รุนแรง (WHO, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของระบบบริการสุขภาพในประเทศอังกฤษ (The National Health Service [NHS]) ที่พบว่า มีการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 28,998 เหตุการณ์ เป็นต้นว่าการพลัดตก หกล้ม การให้ยาผิด และการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Shaw et.al, 2005)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนถึงความสำคัญของการบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยสถาบันการศึกษาที่มีบทบาทหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่จะเข้าสู่ระบบสุขภาพ ได้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการให้บริการที่มุ่งเน้นถึงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยได้มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติตามมาตรฐานการศึกษาที่กำหนดจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และมาตรฐานของสภาการพยาบาลที่ ส่งเสริมความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติเพื่อให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา จากวิทยาลัยเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นมืออาชีพในทางปฏิบัติร่วมด้วย มีการจัดการเรียนการสอนยึดมาตรฐานหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิตตามสภาการพยาบาลกำหนด (สภาการพยาบาล, 2556) ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญต่อความปลอดภัยในการดูแล

ผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นถึงการจัดรูปแบบเรียนการสอนที่สอดคล้องถึงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติของวิชาทางการพยาบาลแก่นักศึกษา แม้จะไม่มีการบรรจุหัวข้อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหัวข้อใหญ่ในรายวิชาใดรายวิชาหนึ่งที่ชัดเจน แต่ได้มีการสนับสนุน สอดแทรกองค์ความรู้และทักษะปฏิบัติแก่นักศึกษาอย่างต่อเนื่องในทุกแผนกของการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการให้บริการ สิ่งสำคัญคือการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ใช้บริการ ส่งเสริมตามหลักสูตรโดยในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบต้องให้ความสนใจในระบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดปลอดภัยของผู้ป่วยและของนักศึกษาในแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนนำแนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติ การสอนให้นักศึกษาได้เรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีความไวพothที่จะประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ นักศึกษาพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยต่อไป (เฉลิมพรธน์ เมฆลอย และ พร นุญมี, 2553)

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงและมีบทบาทในการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยงและเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลที่จะนำไปสู่การเป็นพยาบาลนักปฏิบัติที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย (Quality and Safety)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานข้อที่ 1 : กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมุติฐานข้อที่ 2: กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิด

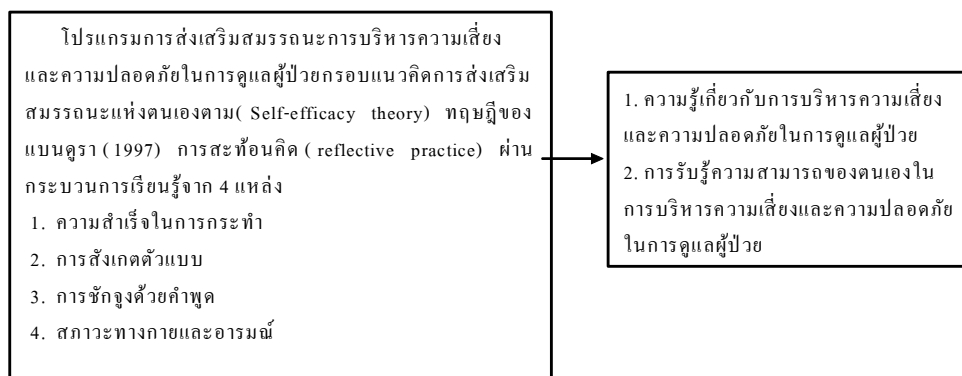
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองตาม (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura,1997) โดยมีวิธีการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเองเกิดการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้จาก 4 แหล่ง 1) ความสำเร็จในการกระทำ 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ ร่วมกับใช้แนวคิดการสะท้อนคิด (Reflective practice) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ คาดหวังความรู้สึกลึกตนเอง โดยให้ตนเองได้ทบทวนและสะท้อนการกระทำของตนโดยสามารถแสดงออกได้ทั้งการพูดและการเขียน (Gibbs,1988) เป็นการสะท้อนคิดที่ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การบรรยายสถานการณ์

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ที่เกิดขึ้น 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน 3) การประเมินวิเคราะห์ที่ประสบการณ์ 4) วิเคราะห์สถานการณ์ 5) สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์ และ 6) การวางแผนเพื่อนำไปใช้ ในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2548) ซึ่งมีแนวเป้าหมายสำคัญ และการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO (Committee of Sponsoring Organization of the Tread Way Commission) กรอบการบริหารความเสี่ยงจะช่วยให้ทุกหน่วยงานในองค์กรมีวิธีการในการระบุ ประเมิน และจัดการความเสี่ยงไปในทิศทางเดียวกัน อันจะส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงเกิดประสิทธิผลสูงสุดและประยุกต์เนื้อหาจากหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยฉบับสาขาวิชาชีพ WHO (patient safety

Curriculum Guide Multi-Professional Editor) (สำนักงานรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2558) สำหรับเป้าหมายที่สำคัญในด้านคลินิก SIMPLE มีความหมายดังนี้ S=Safe Surgery ,I=Infection Control ,M=Medication & Blood Safety ,P = Patient Care Process, L=Line, Tube, Catheter และ E=Emergency Response ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจในวัตถุประสงค์ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติ กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจ เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จที่ดี และกิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ร่วมสรุปสิ่งที่ได้รับทั้งหมด โดยผลลัพธ์ที่ติดตามคือความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Bandura,1997)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2558

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 69 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มเนื่องจากใช้จำนวนประชากรทั้งหมด คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 69 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม บทความวิชาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เบเนดิกตา (1997) และศึกษาจากตำรา เอกสาร การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ประยุกต์ในกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ ความสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการทบทวนและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในยุคปัจจุบันของโรงพยาบาล (เวลา 15 -30 นาที)

กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล (ตามแนวคิดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย) เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองด้านการบริหารความเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย เน้นการใช้ตัวแบบที่เป็นทั้งสื่อ สัญลักษณ์ บุคคลหรือการสังเกตประสบการณ์ที่ดี การพูดจูงใจ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ โดยผลลัพธ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตามแนวคิดเป้าหมายความปลอดภัยทั้ง 6 ประเด็นที่สอดคล้องกับ พยาบาลวิชาชีพ (SIMPLE) และประสบการณ์ต่าง ๆ จากการปฏิบัติ โดยใช้ระยะเวลา (ฐานละ 15 นาที) ฐานที่ 1 "งด-ลดเชื้อโรค"(Infection control) เป็นฐานที่มุ่งเน้นการทบทวนวิธีการ/หลักการ/ขั้นตอนการปฏิบัติตามประสบการณ์และความรู้แต่ละบุคคลเพื่อป้องกันเกี่ยวกับการใส่สายปัสสาวะ การดูเสมหะ และการล้างแบบปราศจากเชื้อ ฐานที่ 2 "ปลอดภัยต่อการบริหารยา (Medication Safety)" กิจกรรมที่มุ่งเน้น การบริหารยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนของยา และกลุ่มยา High-Alert drug โดยมีสถานการณ์วิเคราะห์ในประเด็นดังกล่าว ฐานที่ 3 "สถานการณ์ซับซ้อนจะรายงานอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ?? " (Patient Care Process และ Emergency response)

โดยมีกรณีศึกษาให้ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย ที่มีภาวะ Sepsis shock ที่เกิดจากการติดเชื้อที่แผล Bed sore และต้องรายงานอาการแพทย์ ตามหลัก SBAR ฐานที่ 4 "ปลอดภัยเมื่อผ่าตัด ไม่กลัวอะไรหลุด" (Safe Surgery (S) และ Line, Tube & catheter (L)) ประเด็นการเรียนรู้จากโจทย์สถานการณ์ผู้ป่วยที่ส่งเสริมเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการตรวจสอบเส้นาระวังการเลื่อนหลุดของสาย/ท่อ/ข้อต่อต่าง ๆ ที่สอดเข้าในร่างกายผู้ป่วย โดยมีการสะท้อนคิดในรูปแบบการเขียนและการพูดในแต่ละฐาน

กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจ เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จที่ดีในการจัดการความเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย เน้นการใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลหรือการสังเกตประสบการณ์ที่ดี การพูดจูงใจ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 20-30 นาที หัวข้อ "การจัดการยังไงดี อย่างพยาบาลมืออาชีพ" โดยพยาบาลต้นแบบ

กิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ร่วมสรุปสิ่งที่ได้ รับทั้งหมด ในการบริหารความเสี่ยงทั้งทั่วไปและคลินิก ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยกระบวนการ การพูดจูงใจ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 15-20 นาที ผู้วิจัยนำโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามที่ได้เสนอแนะและไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนนำโปรแกรมมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้

1.2 คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วยแก่นักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์เนื้อหาของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2548) และการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO (Committee of Sponsoring

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

Organization of the Tread Way Commission) เพื่อประกอบการดำเนินการโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ โดยเนื้อหาประกอบด้วยหัวข้อ การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายที่สำคัญในด้านคลินิก SIMPLE รายละเอียดแต่ละกิจกรรม การบันทึกสะท้อนคิดของแต่ละกิจกรรม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้เสนอแนะและจะนำคู่มือไปใช้ทดลองร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนนำโปรแกรมมาศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อหารากเหง้าของปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ และบุคคลที่จะปรึกษาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและเลือกเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณ โดยข้อคำถามทดสอบความรู้มีตัวเลือกจำนวน 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ ใช่ ไม่ทราบ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบคำถามไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน โดยมีข้อ 10 ข้อ 17 ข้อ 22 และข้อ 29 ถ้าตอบว่าไม่ใช่จะได้คะแนน 1 คะแนน มีคะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน การแปลผล หากได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0-12 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 13-26 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 27 - 40 หมายถึง คะแนน

อยู่ระดับมาก เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ = .82 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จำนวน 30 คน ดำเนินหาได้โดยใช้สูตร คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarson 20) ได้ค่าเท่ากับ .91

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างเองตามกรอบแนวคิดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2548) ประยุกต์เนื้อหาจากหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย ฉบับสาขาวิชาชีพ WHO (Patient safety Curriculum Guide Multi-Professional Editor) (สำนักงานรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2558) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 5-1 คือ การรับรู้ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ การแปลผลคะแนนการรับรู้ความปลอดภัยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การรับรู้ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51- 3.50 หมายถึง การรับรู้ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 การรับรู้ในระดับน้อย และ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การรับรู้ระดับน้อยที่สุด เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.80 และจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ดำเนินหาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .802

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนีสรรบุรี เลขที่ EC1-007/2557 มีการดำเนิน

การพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยผู้ป่วย

ได้อธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจตอบรับ

หรือปฏิบัติในการเข้าร่วมการวิจัย และระหว่างการวิจัยมีสิทธิ

ที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มี

ผลกระทบต่อการเรียนใด ๆ ทั้งสิ้น พร้อมทั้งให้ความมั่นใจ

แก่กลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูล

ต่อบุคคลอื่นว่าเป็นข้อมูลของใคร ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูล

เป็นภาพรวมและเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถาม

จะถูกทำลายเพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับ

ผลกระทบจากการเข้าร่วมงานวิจัย หลังจากผู้ตอบแบบสอบถาม

ได้รับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามใน

เอกสารยินยอม ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการ

เข้าร่วมการวิจัย

ดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งหมด

จำนวน 2 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยติดตามประเมินความรู้ การรับรู้ใน

การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแล

หลังทดลอง โดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถาม

ระยะเวลาทั้งสิ้น 20-30 นาที

หลังการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างแต่ละ

รายแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลใน

แบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ ซึ่งจะรายงานผลการ

วิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive

Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด สถิติอ้างอิง

(Inferential statistic) ใช้ทดสอบสถิติคู่ที่ (paired

t-test) โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการมีดังนี้

1. ผู้วิจัยผ่านการอนุมัติโครงร่างวิจัยจาก

คณะกรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนีสรรบุรี ผู้วิจัยผ่านการอนุมัติแล้วจึง

รวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน

วิชาการเพื่ออธิบายถึงการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ และวางแผน

ด้านระยะเวลาในการดำเนินงานตามโปรแกรมของงานวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดในการ

เก็บข้อมูลบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

ประโยชน์คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยแจกแบบสอบถามที่

ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ และ

รับรู้ความสามารถของตนเอง ระยะเวลาทั้งสิ้น 20-30 นาที

ก่อนกิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริม

สมรรถนะ การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 คน เพศชาย 6 คน

(ร้อยละ 8.7) เพศหญิง 63 คน (ร้อยละ 91.3) อายุ

เฉลี่ย 22.25 ปี (21 ปี - 24 ปี) เคยมีประสบการณ์ใน

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย

จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 โดยการรายงาน

อุบัติการณ์ความเสี่ยงจำนวนครั้งที่มากที่สุด คือ 1-2 ครั้ง

จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 การรายงานในด้าน

การติดเชื้อและด้านการหลุดของสายหรือท่อที่ต่อกับผู้ป่วย

มากที่สุดคือ จำนวน 8 ครั้ง (ร้อยละ 9.4) ประสบการณ์

ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อหาสาเหตุของปัญหาเพื่อ

ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ ด้านการหลุดของสายหรือท่อ

ที่ต่อกับผู้ป่วยมากที่สุดคือ จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 5.8)

บุคคลที่จะปรึกษาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการ

ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คืออาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ (ร้อย

ละ 89.3) รองลงมาคือเพื่อนในกลุ่ม (ร้อยละ 78.9) และ

น้อยที่สุดคือ ไม่ปรึกษาใคร (ร้อยละ 2.9)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ผลค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 37.62$, S.D. = 2.04) และค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้แห่งสมรรถนะแห่งตนในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังการเข้าโปรแกรมพบว่าอยู่ในระดับรับรู้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .512) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนกับหลังการเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันโดยค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.453$, $p < .01$) และค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้แห่งสมรรถนะแห่งตนในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.346$, $p < .01$) เช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=69)

ตัวแปร	Pre-test (n = 69)		Post-test (n = 69)		t	P
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	34.83	3.74	37.62	2.04	-5.453	.000
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	4.18	.55	4.47	.512	-3.346	.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้ง 2 ข้อ คือค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย หลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหลังการเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับมาก

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยกับก่อนเข้าโปรแกรมพบว่าสูงกว่าอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้้นำกระบวนการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนาการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วม ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โสพิศ สุมานิต และคณะ, 2554)

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกปรึกษาอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากจะได้รับการจัดการ ช่วยเหลือและแนะนำอย่างทันท่วงที และรองลงมาคือเพื่อนในกลุ่ม โดยคิดว่าเหตุการณ์นั้นไม่รุนแรงหรืออันตราย หรือมีกังวล กลัวการลงโทษ หรือไม่กล้าที่จะรายงานเหตุการณ์แก่อาจารย์ประจำกลุ่มโดยทันที จึงเลือกในการปรึกษาและการจัดการเบื้องต้นร่วมกับเพื่อนในกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษา มะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุล และคณะ (2557) ที่ศึกษาถึง อุบัติการณ์และเหตุผลที่รายงาน หรือไม่รายงานอุบัติการณ์ภายหลังได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุการณ์ที่ไม่รายงานร้อยละ 65.3(47/72) มีเหตุผลคิดว่าการบาดเจ็บไม่รุนแรงและความเสี่ยงต่ำสามารถจัดการได้ ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติมีส่วนสนับสนุนและสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์ของนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ที่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยกระบวนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ โดยการบรรยายสรุปเพื่อทบทวนถึงความสำคัญในยุคปัจจุบันที่พยาบาลต้องคำนึงถึงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยบริการทางสุขภาพ โดยการให้ความรู้ได้แก่ ปัญหา สถิติ และผลกระทบจากการเกิดจากความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย หลักการบริหารความเสี่ยงในบทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการรับบริการสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมที่มีเพื่อพัฒนา ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีกระสะท้อนคิดจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองที่กลุ่มตัวอย่างมี

ประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติในภาคปฏิบัติตลอดระยะเวลา 3 ปี โดยวิธีการเรียนรู้ในแต่ละฐาน โดยการใช้ตัวแบบที่เป็นทั้งสื่อ สัญลักษณ์ บุคคลหรือการสังเกตประสบการณ์ที่ดี มีการสะท้อนคิดถึงประสบการณ์ที่ทักษะเกี่ยวกับการใส่สายสวนปัสสาวะ การบริหารยาที่ป้องกันความเคลื่อนไหวของการให้ยาแก่ผู้ป่วย หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การประเมินสถานการณ์ฉุกเฉิน การประเมินผู้ป่วยและการจัดการเบื้องต้น เป็นต้น การสาธิต การพูดจูงใจ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ สร้างแรงจูงใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ การรับรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทวี กมลพรมงคล (2550) พบว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และทักษะการปฏิเสธ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิจกรรมที่ 3 และ 4 เป็นกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นอารมณ์เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีความสำเร็จในการจัดการความเสี่ยงและเน้นถึงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบ (Modeling) ที่ดี ที่มีการจัดการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้คำพูดชักจูงใจในการชวนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติที่ของการรายงานอุบัติการณ์ การรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง การวิเคราะห์ถึงรากเหง้าของปัญหาและการป้องกันการเกิดซ้ำเช่น จากเหตุการณ์ครั้งนั้นที่จะใส่ใจ ตรวจสอบและให้เพื่อนร่วมงานตรวจซ้ำเพื่อให้ไม่เกิดความผิดพลาดอีก และถึงวันนี้ก็ไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดอีก เป็นต้น ซึ่งสะท้อนถึงการมีจริยธรรม ความรับผิดชอบ เพื่อส่งผลการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของภารดี นิลภรณ์ (2554) ที่ใช้วิธีการให้ความรู้ผ่านตัวแบบที่ดี การกระตุ้นพฤติกรรมโดยการเสริมแรงทางบวก

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

จากการสะท้อนคิดรายบุคคลหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่านอกจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วนั้น กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ สามารถร่วมรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ โดยมีแนวทางในการบริหารจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานเมื่อกลุ่มตัวอย่างสำเร็จเป็นพยาบาลวิชาชีพพร้อมกับสถานที่ปฏิบัติงาน สะท้อนถึงคุณธรรมสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการศึกษาของ พร บุญมีและเฉลิมพรรณ เมฆลอย.(2554) ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ ควรปฏิบัติงานตามข้อกำหนดและกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด มีการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติ เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาประเมินค้นหา ความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ ความ อย่างชัดเจนตรงไปตรงมา ลดอคติเกี่ยวกับการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสมร เกลยภิตติ และคณะ (2557) พบว่า พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ ควรปฏิบัติงาน ตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด มีการพัฒนาการปฏิบัติงาน เน้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนา ประเมินค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา ลดความอคติเกี่ยวกับการบันทึก รายงานอุบัติการณ์การเกิด ความเสี่ยง โดยตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การวางแผนการจัดการเรียนการสอนในคลินิก อาจารย์ควรส่งเสริมความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความตระหนักและเปิดใจ ไม่ตำหนิ ถึงการรายงานอุบัติเหตุหรือความผิดพลาดเพื่อวางแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างต่อเนื่องทุกรายวิชาภาคปฏิบัติและมุ่งส่งเสริมให้นักศึกษามีทัศนคติที่ต่อการรายงานความเสี่ยงต่อไป

1.2 สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมาใช้เป็นกิจกรรมก่อนสำเร็จแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อต่อยอดสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพด้านบริการต่อไป

1.3 สามารถเป็นข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารทางการศึกษาพิจารณาถึงการบรรจุหัวข้อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม สามารถวัดประเมินผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับแนวคิดสากล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จึงเสนอแนะให้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย แก่นักศึกษาพยาบาลที่สำเร็จเป็นพยาบาลวิชาชีพในในระยะ 6 เดือน 12 เดือน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

- จุฑาวดี กมลพรมงคล. (2554). ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และทักษะการปฏิบัติ การตีพิมพ์เครื่องมือ แอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. เฉลิมพรรณ เมฆลอย และพร บุญมี. (2553). การบริหารความเสี่ยงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เพาะยา. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2558, จาก http://web.bcnpy.ac.th/qa/images/stories/risk_mgmt_manual.pdf.

- บรรจง พลไชย. (2554). " ทศนคติต่อการบริการสุขภาพและการปฏิบัติงานในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม". วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 9(3): 59-68.
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (2557). คุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety). เอกสารประกอบการบรรยาย การสัมมนาวิชาการ " QA to Quality of Life" ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต รังสิต ปทุมธานี 17-18 มีนาคม 2557.
- พันทิพย์ จอมศรี, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, อวยพร ตันมุขยกุล ,และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2553). "การรับรู้เกี่ยวกับหลักการพยาบาลของพยาบาลในประเทศไทย". วารสารสภาการพยาบาล. 25(1): 27-37.
- พร บุญมีและเฉลิมพรณ์ เมฆลอย. (2554). "วัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรม ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ". วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 4(3): 48-62.
- ภาณี นิลกรณ์. (2554). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยการประยุกต์ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 5-6 อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุล, ณัฐวุฒิ มิ่งขวัญ,ชนาการ วรรณกุล, ปิยนุช รัตนโกเศศ,ธนาวุฒิ ทือกระโทก, สุดารัตน์ หงษ์โชคทวี, สมเดช พินิจสุนทร, มานพ คณะโต. (2557). "อุบัติการณ์และเหตุผลที่รายงาน หรือไม่ รายงานอุบัติการณ์ภายหลังได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยในนักศึกษา แพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย" . วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2(4) : 61-75.
- ยงยุทธ แก้วเต็ม. (2556). " กฎหมายและข้อพึงระวังในการเฝ้าระวังนักศึกษาพยาบาล". วารสารสภาการพยาบาล. 28(3): 5-18.
- ลักขณา แพทยานนท์. (2551). "ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเหนื่อยหน่ายกับการ รับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ". วารสารวิทยาลัย พยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. 6(2): 23-33.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. (2557). รายละเอียดของหลักสูตร (มคอ.2) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555).
- วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ). (2558). Thai Patient Safety Goal: SIMPEL. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2558, จาก [http://www. ha.or.th/](http://www.ha.or.th/) .
- สภาการพยาบาล. (2556). คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลและการผดุงครรภ์สำหรับสถาบัน การศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. นนทบุรี : จุฑทอง จำกัด.
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2552). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายสมร เกลยกิตติ, พรนภา คำพราว และ สมพิศ พรหม เดช. (2557). "ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับ คุณภาพบริการพยาบาล" . วารสารพยาบาลทหารบก. 15(2): 66-70.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- โสพิศ สุมานิต, เรณู พุกบุญมี, เสริมศรี สันตติ และศรีสมร ภูมณสกุล. (2554). "ผลของการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล". *วารสารรามคำแหง*. 17(1): 63-74.
- อารีย์ แก้วทวีและจรรยา วงศ์กิจดิถาวร. (2553). "วัฒนธรรมความปลอดภัยบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์". *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 28(3): 117-125.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W.H. Freeman and Company.
- Christine E. Sammer, Kristine Lykens, Karan P. Singh, Douglas A. Mains & Nuha A. Lackan. (2010). " What is patient safety culture ? A review of the literature". *Journal of Nursing Scholarship* : 40(2): 156-165.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing : A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Further Education Unit.
- Pronovast, P., Sexton, B. (2005). "Assessing safety culture : Guidelines and recommendations" . *Quality Safety Health Care*. (14) : 231-233.
- Shaw, R., Drever, F., Hughes, H., Osborn, S., & Williams., S. (2005). *Adverse events and near miss reporting in the NHS*. [Online]. Retrieved May, 10, 2016, from <http://qshc.bmj.com/cgi/reprnt14/4/279?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&PESULTFORMAT=&fulltext=adverse+events+and+incidence&andorexactfulltext=and&searched=1&FIRSTINDEX=10&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>.
- The Joint Commission. (2008). *Improving America's hospital: The joint commission annual report on quality and safety 2008*. [Online]. Retrieved from August 20, 2015 http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2008_Annual_Report.pdf.
- The Joint Commission. (2015). *Nursing care center : 2015 National patient safety goals*. [Online]. Retired May 1, 2015, from http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx/ .
- World Health Organization. (2008). *SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY:IMPLICATIONS FOR RESEARCH*. [Online]. Retrieved June 20, 2016, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf.
- World Health Organization. (2013). *Patient safety*. [Online]. Retrieved May 20, 2015, from http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx/ .
- World Health Organization. (2011). *Patient safety curriculum guide multi-professional edition*. [Online]. Retrieved October 1, 2014, from <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>.



ผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพ
ในการบริจาคโลหิต*

The Effect of Empowering Youth Health Volunteers
for Blood Donation Program

วิชุดา กลิ่นหอม**

พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรานันท์***

สุธีรา ชื่นตระกูล****

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบ
หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัคร
เยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตกลุ่มตัวอย่างเป็น
นักศึกษาของมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัด
ราชบุรี ที่สมัครเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้านสุขภาพ จำนวน
33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – เดือน
มีนาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ
โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้าน
สุขภาพในการบริจาคโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการ
ประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังที่เน้นการเรียนรู้อย่างมี
ส่วนร่วมผ่านกระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การวิเคราะห์
สภาพปัญหา การอบรมความรู้และทักษะการสื่อสาร

การกำหนดแผนกิจกรรม การปฏิบัติการในสถานการณ์
จริง การสะท้อนกลับและการประเมินผล ใช้เวลา 5
สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบบันทึกกระบวนการกลุ่ม แบบวัดความ
รู้และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตน มีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์
ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย
และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ
87.88 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.61 เป็นนักศึกษา
ชั้นปีที่ 1 อายุเฉลี่ย 19.52 ปี ($\bar{X}$ = 19.52, S.D.
= 1.12) กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ากระบวนการกลุ่ม
ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี มีความเชื่อมั่นในความรู้และ

*วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการโลหิตแห่งชาติที่ 4 จังหวัดราชบุรี สภาวิชาชีพ และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รับรู้ถึงความสามารถของตน และเกิดความภาคภูมิใจ ในการเป็นอาสาสมัครด้านสุขภาพที่สามารถช่วยบรรเทา ปัญหาการขาดแคลนโลหิตได้ภายหลังการทดลอง กลุ่ม ตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ความสามารถของตน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติและกลุ่มตัวอย่างสามารถชักจูงนักศึกษาอื่นๆ มาบริจาคโลหิตได้จำนวน 182 คน

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่ามหาวิทยาลัยควร ตระหนักถึงคุณค่าของกลุ่มนักศึกษาอาสาสมัครด้าน สุขภาพในการสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมทางสุขภาพ เพิ่มขึ้น อีกทั้ง โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมในการ นำไปใช้ในมหาวิทยาลัยอื่นเพื่อช่วยลดปัญหาการขาด แคลนโลหิตในพื้นที่

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research one group pretest-posttest design was to study the effects of empowerment program amongst youth health volunteers in blood donation campaign in a public university in Ratchaburi province. The sample consisted of 33 students who devoted to be health volunteers. Data were collected from January to March, 2016. The experimental instrument was five weeks program which applied empowerment concept through participatory groups learning. Its consisted of problem analysis, group health education, communication skill training, planning and operation in real situation, reflection, and evaluation. The research instruments consisted of demographic data, blood donation knowledge and self-efficacy questionnaires which verified for content validity by a panel of five experts. The reliability was presented at .86 and .96 respectively. Those collected data were analyzed by using descriptive statistics, paired t - test and simple content analysis technique.

The results revealed that most of them, 87.88% were female, 60.61% studying in the 1st academic year, average aged was 19.52 year old ($\bar{x}$ = 19.52, S.D. = 1.12). According to group learning process, they got opportunity for sharing experiences and a better learning. They enhanced knowledge about blood donation process, and also more self - efficacy perception. Furthermore, they were proud to take role of youth health volunteers that could relieve of inadequate blood donation problems. After joining the program, the sample were statistically significant higher mean scores of knowledge and self-efficacy perception. Moreover, they could persuade 182 students to be blood donor in this campaign.

The researcher recommends that the universities should concern about the value of youth health volunteers, and support them to increase health care delivery activities. This program is also appropriate to apply in other universities for relieving of blood inadequacy problem.

ความสำคัญของปัญหา

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นหน่วยงานหลักที่รับนโยบายมาจากกระทรวงสาธารณสุขในการจัดหาโลหิต เพื่อสนับสนุนบริการด้านการรักษาแก่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เจาะเก็บโลหิตจากผู้บริจาคโลหิตทั่วไป ทั้งภายในศูนย์ฯ และหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิต (ลัดดา สมณา, 2544) ปัจจุบันประเทศไทยประสบกับปัญหาการขาดแคลนโลหิตในการรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเห็นได้จากหลักนโยบายของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย พ.ศ.2553 เป้าประสงค์ที่ 2 "มีโลหิตในปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ โดยคาดหวังให้มีการบริจาคโลหิตจากผู้บริจาคโลหิตที่สมัครใจไม่หวังสิ่งตอบแทน เพื่อให้ได้จำนวนผู้บริจาคโลหิตไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของจำนวนประชากรของประเทศ ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก" (ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย, 2553) ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 4 จังหวัดราชบุรี สภากาชาดไทย ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดหาโลหิต รวมทั้งการจัดหาส่วนประกอบโลหิตที่ปลอดภัยและเพียงพอ ต่อความต้องการของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ ทั้งนี้การขาดแคลนโลหิตส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีผู้บริจาคโลหิตจำนวนน้อย การบริจาคโลหิตถือเป็นการเสียสละเพื่อส่วนรวมที่ต้องอาศัยแรงจูงใจ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป (อรอุมา ช่วยเรือง, 2546) และยังพบว่าผู้บริจาคโลหิตที่ตั้งใจจะบริจาคโลหิตไม่สามารถบริจาคโลหิตได้เนื่องจากไม่ผ่านการคัดกรองสุขภาพก่อนการบริจาคโลหิต จากข้อมูลในปี 2557 พบว่าอัตราผู้บริจาคโลหิตที่ไม่ผ่านการคัดกรองสุขภาพก่อนบริจาคโลหิตมีถึง 3,495 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.39 ของผู้บริจาคโลหิตทั้งหมด และส่วนใหญ่มาจากสาเหตุความเข้มข้นโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน, คุณสมบัติน้ำหนัก (อายุ น้ำหนัก การนอน การรับประทานอาหาร) และ เป็นโรคต่างๆ ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสถาบันการศึกษาในเยาวชน อย่างไรก็ตามหากจำนวนผู้บริจาคโลหิตที่ไม่ผ่านการคัดกรองสุขภาพด้วยสาเหตุต่างๆนั้นสามารถกลับมาบริจาคโลหิต

ได้จะเป็นการเพิ่มปริมาณโลหิตได้อีกจำนวนมาก (ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 4 จังหวัดราชบุรี สภากาชาดไทย, 2557)จากสถิติการรับบริจาคโลหิต ณ หน่วยเคลื่อนที่ ของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 4 จังหวัดราชบุรี จะเห็นได้ว่าสถาบันการศึกษาให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยเห็นได้จากสถิติยอดผู้บริจาคโลหิตในปี พ.ศ.2557 ผู้บริจาคโลหิตเป็นกลุ่มนักศึกษามากกว่าร้อยละ 30 ของผู้บริจาคโลหิตทั้งหมด และได้โลหิตที่ปลอดภัยมีคุณภาพ เนื่องจากในกลุ่มนักศึกษา ถือว่าเป็นกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่มีความเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อ กลุ่มแกนนำนักเรียน/นักศึกษา จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพและเป็นอาสาสมัครด้านสุขภาพที่จะช่วยขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการศึกษาซึ่งพบว่ามีมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี มียอดผู้บริจาคโลหิตสูงสุดร้อยละ 41.04 และมีผู้ที่ไม่ผ่านการคัดกรองสำหรับบริจาคโลหิตมากที่สุดร้อยละ 41.39

ปัจจุบันยังไม่ได้มีการก่อตั้งอย่างชัดเจนของกลุ่มอาสาสมัครทางสุขภาพในมหาวิทยาลัย แต่หากกลุ่มนักศึกษาเหล่านั้นได้รับการพัฒนา ให้มีการสร้างสมรรถนะและองค์ความรู้ต่างๆ จะสามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้บริจาคโลหิตได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment concept) ในกลุ่มนักศึกษาที่เป็นอาสาสมัครทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ให้มีการจัดกระทำในกลุ่มนักศึกษาต่อไปการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร ที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการและนักบริหาร มาเป็นเวลานานจนถึงปัจจุบัน เป็นแนวคิดพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ที่สามารถนำมาประยุกต์ได้อย่างกว้างขวางทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาบุคคล การพัฒนาชุมชน และการปรับปรุงคุณภาพชีวิต วอลเลอร์สไตน์ และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1994) ได้เสนอแนวทางการประยุกต์ในงานสาธารณสุข โดยระบุว่าการเสริมพลังอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานร่วมกัน การใช้ความรู้ความสามารถและทักษะของตนอย่างเต็มที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

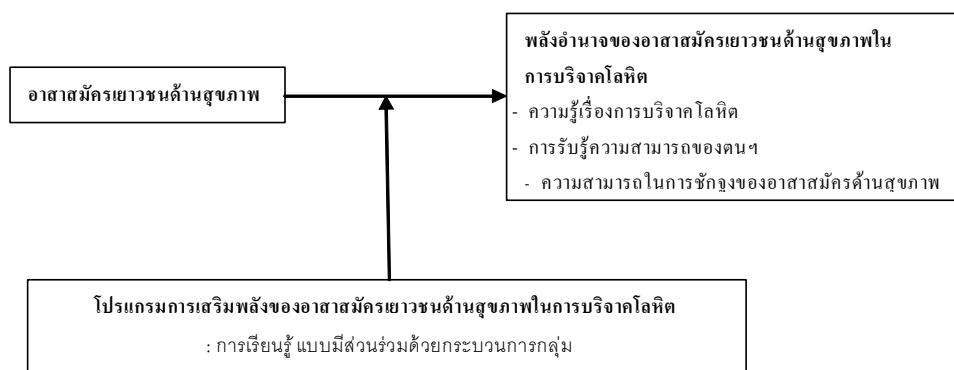
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังกับกลุ่มอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพ ให้มีความเชื่อมั่น และรับรู้ความสามารถของตนเอง และให้กลุ่มอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพสามารถกระจายข้อมูลความรู้สู่กลุ่มนักศึกษาได้อย่างทั่วถึงจนกลายเป็นผู้บริจาคโลหิตประจำและมีจำนวนผู้บริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้หากใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพเหล่านี้จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อไปผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต โดยใช้

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจมาเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมพลังอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้บริจาคโลหิตได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต และการรับรู้ความสามารถของตนในการเป็นอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ศึกษาความสามารถในการชักจูงนักศึกษาเพื่อการบริจาคโลหิต

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (Theoretical framework) ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของวอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์(Wallerstein & Bernstein, 1994)

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่อยู่ในโครงการพัฒนานักศึกษาของมหาวิทยาลัย อาสาสมัครเข้ามาเป็นอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต โดยการเปิดรับสมัครจากนักศึกษาทั้งหมดและกำหนดคุณสมบัติของการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต ใช้วิธีการคัดเลือกแบบอาสาสมัคร(Voluntary selection) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2559 มีระยะการศึกษา 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา

ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม ทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมที่กำหนด โดยร่วมกันคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการขาดแคลนโลหิต ผลกระทบของปัญหา และกระบวนการแก้ไข กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกเพื่อแลกเปลี่ยนกับเพื่อนกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากพฤติกรรม

ระยะที่ 2 การวางแผนและกำหนดวิธีการ แก้ปัญหาที่เหมาะสม

ประกอบด้วย ทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Scenario) ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา ในการวางแผนการแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา และแนวทางการนำความรู้ทักษะที่ได้ไปใช้ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากพฤติกรรม รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตโดยสื่อวีดิทัศน์ความรู้ชุด หนูแดงชวนทำดี

ระยะที่ 3 การปฏิบัติในสถานการณ์จริง ให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ทั้งหมดไปปฏิบัติจริงเพื่อชักจูงเพื่อนนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิตที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไปหลังจากได้ฝึกปฏิบัติโดยการชักจูง

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์จากการได้ฝึกอบรม และปฏิบัติในสถานการณ์จริงระหว่างเพื่อนกลุ่มตัวอย่างด้วยกันโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างระบุความสำเร็จและปัญหารวมทั้งการแก้ไขในการชักจูงผู้บริจาคโลหิตในการเข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ(Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เมื่อได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มคนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในที่นี้คือ โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรม

ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมพลังอำนาจของของวอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) ประสบการณ์การบริจาคโลหิต บทบาทการร่วมกิจกรรมการเป็นแกนนำนักศึกษา และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการบริจาคโลหิตของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ลักษณะคำถามเป็นแบบตอบใช่-ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ถ้าตอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต เป็นแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองประยุกต์จาก เยาวดี สุวรรณาคะ(2543) ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยมีการปรับเปลี่ยนและเรียบเรียงข้อความให้เหมาะสมกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การทํารายงานในมนุษย์เพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด กล่าวคือ การจำกัดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด กระบวนการขอความยินยอม การรักษาความลับ การขออนุญาตการจดบันทึกการบันทึกเสียงและภาพ การขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา การลงนามในการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม การขอยุติการเข้าร่วมวิจัย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ร่วมวิจัย ตามมติการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ 211/2559

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและจำนวนผู้บริจาคโลหิตจากการซักถามของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเสริมพลังอำนาจโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Paired t-test)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive data) ที่ได้จากการจัดกระบวนการกลุ่มหรือการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Group interviewing) ตามประเด็นในชุดคำถามปลายเปิด โดยประยุกต์แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (นิศา ชูโต, 2551; เบญจายอดดำเนิน -แอ็ดติง และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2552) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์การวิจัยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การนำรายละเอียดจากชุดข้อมูลดิบ (Raw data) ที่ได้จากสนาม (Field) (ในที่นี้คือ ข้อมูลดิบที่ได้จากการสังเกตการจดบันทึกและการบันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่มทั้ง 3 ครั้ง) มาอ่านเชิงวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจกับชุดข้อมูลเหล่านั้น ทำการลดขนาดและปริมาณของข้อมูล (Data reduction) เพื่อเลือกสรรเฉพาะเนื้อความที่มีสาระ (Content massage) ทำการตีความร่วมกับการประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงสรุปประเด็นหรือสร้างข้อสรุป (Conclusion)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ

87.88 เพศชายมีเพียงร้อยละ 12.12 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.43 ($\bar{X} = 19.52$, S.D. = 1.12) รองลงมาคือช่วงอายุ 20 ปี ร้อยละ 27.27 และช่วงอายุที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 21 ปี ร้อยละ 6.06 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60.61 รองลงมาคือระดับชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 24.24 และระดับการศึกษาที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 15.15 ค่าคะแนนเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.51-4.00 ร้อยละ 48.49 รองลงมาคือค่าคะแนนเฉลี่ยสะสมในช่วง 2.51-3.00 และ 3.01-3.50 ร้อยละ 21.21 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดอยู่ในช่วง 2.01 - 2.50 ร้อยละ 9.09

ประสบการณ์การบริจาคโลหิต ไม่เคยบริจาคโลหิตคิดเป็นร้อยละ 60.61 ส่วนผู้ที่เคยบริจาคโลหิตมีเพียงร้อยละ 39.39 ส่วนใหญ่เคยบริจาคโลหิตอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง จำนวน 11 คน บริจาคโลหิตอยู่ในช่วง 6-10 ครั้ง จำนวน 2 คน สถานที่บริจาคโลหิตครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 10 คน รองลงมาคือโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 2 คน และที่ว่าการอำเภอ จำนวน 1 คน เหตุผลในการตัดสินใจบริจาคโลหิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ทั้งหมดตอบว่าได้บุญจากการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ จำนวน 13 คน ได้รับของที่ระลึกตอบแทนจำนวน 3 คน ได้รับเข็มพระราชทาน จำนวน 3 คน สิทธิพิเศษทางการรักษาและเป็นการสะสมชั่วโมงในการบำเพ็ญประโยชน์จำนวน 3 คน เหตุผลในการตัดสินใจไม่บริจาคโลหิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) เนื่องจาก กลัวเจ็บ จำนวน 10 คน มีข้อจำกัดทางสุขภาพ จำนวน 9 คน กลัวเป็นลม จำนวน 4 คน และกลัวเลือด จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างเคยมีบทบาทเป็นแกนนำนักศึกษา มีเพียงจำนวน 7 คนเท่านั้นโดยเป็นกรรมการนักศึกษา จำนวน 5 คน ประธานชมรมและสมาชิกกลุ่มอาสา อย่างละ 1 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการแปลผลค่าคะแนนความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต และการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต (n=33)

การแปลผลค่าคะแนน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต				
ระดับมาก	1	3.03	28	84.85
ระดับปานกลาง	24	72.73	5	15.15
ระดับต่ำ	8	24.24	-	-
รวม	33	100	33	100
การรับรู้ความสามารถของตน				
ระดับมาก	1	3.03	20	60.61
ระดับปานกลาง	28	84.85	13	39.39
ระดับต่ำ	4	12.12	-	-
รวม	33	100	33	100

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยจะเห็นได้จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในระดับมากเพียงร้อยละ 3.03 แต่ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในระดับมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.85 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 15.15 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนฯ พบว่า มีการรับรู้

ความสามารถของตนเพิ่มขึ้น โดยจะเห็นได้จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับมากเพียงร้อยละ 3.03 แต่ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.61 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนในระดับปานกลาง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร้อยละ 84.85 แต่ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้ความสามารถของตนในระดับปานกลาง ลดลงเหลือร้อยละ 39.39 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับต่ำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริจาคโลหิตและการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=33)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	การเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การเข้าร่วมโปรแกรมฯ			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต	12.80	.10	18.00	.14	-10.99	.000***
2. การรับรู้ความสามารถของตนฯ	2.94	.45	3.81	.38	-12.44	.000***

***p-value <.001

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริจาคโลหิตและค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - value .05$

นอกจากนี้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการชักจูงนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิตที่จัดขึ้น 2 ครั้ง ของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 4 จังหวัดราชบุรี สภากาชาดไทย พบว่า จากแบบบันทึกของกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้ทำการเชิญชวนนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ให้มาบริจาคโลหิต รวมจำนวน 256 คน และเมื่อถึงวันที่จัดกิจกรรมการบริจาคโลหิต พบว่า มีจำนวนผู้มาบริจาคโลหิตตามการเชิญชวนจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 71.09 ของจำนวนนักศึกษาผู้ได้รับการเชิญชวน ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามชั้นปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 จำนวน 20 คนได้ทำการเชิญชวนนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิตจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 50.78 มาบริจาคโลหิตจริงตามการเชิญชวนจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 33.59 กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 2 จำนวน 8 คนได้ทำการเชิญชวนนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิตจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 มาบริจาคโลหิตจริงตามการเชิญชวนจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 17.19 และ กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 4 จำนวน 5 คนได้ทำการเชิญชวนนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิตจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 26.17 มาบริจาคโลหิตจริงตามการเชิญชวนจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 20.31 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความรู้เรื่องการบริจาคโลหิตและการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น และสามารถเชิญชวนให้มี

นักศึกษาเข้ามาเข้าร่วมการบริจาคโลหิตได้จำนวนมากผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่ม โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้แสดงบทบาทของผู้ดำเนินการกลุ่ม โดยใช้เทคนิคการคำถามปลายเปิด สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

วิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์และผลกระทบของวิกฤตการณ์ขาดแคลนโลหิต

เมื่อได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น โซเชียลมีเดีย ถึงการขาดโลหิตหรือต้องการโลหิตช่วยเหลือผู้ป่วยด่วน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกอยากช่วยเหลือ และคิดว่าสาเหตุหลักของการขาดแคลนโลหิตน่าจะมาจากการเกิดอุบัติเหตุ มีผู้บริจาคโลหิตน้อย มนุษย์ขาดจิตสำนึกที่ดีในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปรับบริจาคไม่ทั่วถึง

"คิดว่าขาดแคลนเลือดในปัจจุบันมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งตรงนี้เราเองก็มีส่วนช่วยแก้ไขได้ไม่มาก แต่อีกสาเหตุหนึ่งคิดว่ามาจากมีคนบริจาคโลหิตน้อย" (แมน)

ผลกระทบของการขาดแคลนโลหิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยที่ต้องการโลหิตเพื่อการเยียวยาและการรักษาจะต้องได้รับโลหิตล่าช้าหรืออาจจะไม่ได้รับโลหิต ซึ่งจะเป็นอันตรายถึงชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายขาดได้

"ถ้าเลือดไม่พอใช้ แทนที่คนไข้บางคนจะหายเป็นปกติ แต่กลับไม่ได้รับเลือด อาการก็จะแย่ หรือเสียชีวิต ทั้งๆที่ยังพอมีโอกาสรักษา" (เปิ้ล)

วิธีการแก้ไขปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า จะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนโลหิต โดยให้มีผู้บริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น ด้วยการชักจูง เชิญชวน ประชาสัมพันธ์ สร้างกลุ่มทางโซเชียลมีเดีย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการโลหิตและประชาสัมพันธ์ ให้เห็นถึงประโยชน์ ข้อดีของการบริจาคโลหิต และข้อเสียของการขาดโลหิต รวมถึงจะสร้างกลุ่มจิตอาสา โดยจะต้องมีทีมที่ดีไปเผยแพร่ความรู้ในชุมชน และมีกลุ่มตัวอย่างบางคนคิดว่าให้มีหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปรับบริจาคโลหิตเป็นเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น จะช่วยเพิ่มโลหิตได้ รวมถึงเพิ่มการปลูกจิตสำนึกเข้าไปในหลักสูตรการศึกษาไทยก็จะช่วยกระตุ้นการมีจิตสำนึกที่ดีในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

"ถ้าได้มีการประชาสัมพันธ์ เข้าถึงในชุมชน บอกกันคน ผู้ใหญ่บ้าน น่าจะมีคนบริจาคมากขึ้น" (วา)

"ควรแก้ไขที่จิตสำนึก ตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน ควรจะเพิ่มการปลูกจิตสำนึกที่ดีในการช่วยเหลือคนอื่นเข้าไปในหลักสูตรการศึกษาไทย คนจะได้ตระหนัก" (เหม่ง)

การวางแผนและกำหนดวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าต้องพูดโน้มน้าวใจชักจูงทุกวิถีทางเพื่อให้กลับบริจาคโลหิต ไม่เกิดความกลัว ต้องอธิบายขั้นตอนของการบริจาคโลหิต การเตรียมความพร้อมก่อนมาบริจาคโลหิต ต้องพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อป้องกันการเป็นลม ต้องอธิบายตั้งแต่ประเด็นของการขาดแคลนโลหิตในประเทศไทยว่าโลหิตขาดแคลนมาก ถึงแม้จะไม่ใช่วิธีการทางการแพทย์ก็สามารถช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันต่อชีวิตจากการบริจาคโลหิตได้ ในระหว่างบริจาคโลหิตจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางคนยกตัวอย่างจากประสบการณ์ของตนเองเมื่อบริจาคโลหิตว่าไม่หนักกลัวอย่างที่คิดภายหลังบริจาคโลหิตก็รู้สึกอึดบุญจากการบริจาคโลหิต กลุ่มตัวอย่างบางคนให้โน้มน้าวผู้บริจาคโลหิต บอกประโยชน์ของการบริจาคโลหิตว่าได้ตรวจโลหิตฟรีได้เป็นการหมุนเวียนโลหิตและมีการสร้างเม็ดโลหิตที่สมบูรณ์แข็งแรง ได้สิทธิทางการแพทย์พยาบาลหากบริจาคโลหิตมากกว่า 24 ครั้ง และให้คิดถึงว่าหากเป็นญาติพี่น้องของตนเอง เจ็บป่วยและต้องการได้รับการช่วยเหลือในฐานะญาติเราเองก็อยากใหญาติได้รับการช่วยเหลือเช่นกัน

"หนูจะพูดโน้มน้าวใจทุกวิถีทาง บอกว่าไม่ต้องกลัวเจ็บ เจ็บนิดเดียวตอนเจาะเท่านั้น อธิบายถึงว่าบริจาคเลือด ได้ตรวจเลือด ได้เข็มพระราชทานเลือด มีการถ่ายเท และเดี๋ยวนี้ก็ได้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วย" (เก)

"จะต้องมีจิตสำนึกที่จะช่วยเหลือก่อน ให้ลองคิดว่าถ้าญาติตัวเองเจ็บป่วยจะรู้สึกอย่างไร" (แคมป์)

การสะท้อนกลับ

จากการจัดกิจกรรมในครั้งนี้รู้สึกว่าได้เรียนรู้ถึงการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอย่างมาก ทั้งวิธีการพูดโน้มน้าวใจ การวางตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีกับบุคคลที่เราจะไปเชิญชวน เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจรู้สึกอยากช่วยเหลือ แม้บางคนอาจจะบริจาคโลหิตไม่ได้แต่ก็ได้มีส่วนช่วยในการที่จะชักจูงให้มีคนบริจาคโลหิตมากขึ้น ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนโลหิตในปัจจุบันได้ส่วนหนึ่ง สำหรับเทคนิคที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าตนเองจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีก่อน ตนเองจะต้องทราบข้อมูลและสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับบริจาคโลหิตได้ รวมทั้งต้องมีความรู้ในการที่จะดูแลผู้อื่นได้และบอกให้กับผู้บริจาคโลหิตทราบว่าบริจาคโลหิตนอกจากจะเป็นการทำบุญช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความปลอดภัยจากการเกิดโรคแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย

การประเมินผล

กลุ่มตัวอย่างเสนอว่าโปรแกรมฯ นี้เป็นโปรแกรมที่ดี ควรจัดโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งตนเองจะมีส่วนร่วมในการที่จะช่วยให้คำปรึกษาและอบรมรุ่นน้องต่อไปเพื่อให้เป็นอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตเพื่อที่จะช่วยชักจูงและหายอดโลหิตให้เพิ่มมากขึ้น จะทำแบบนี้ต่อไปทุก ๆ ปีเพื่อให้อาสาสมัครฯ เกิดขึ้นเรื่อยๆ เป็นวงจรต่อไป ระยะเวลการจัดกิจกรรมเหมาะสม แต่ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมตรงกับช่วงฝึกปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างหลายชั้นปี ทำให้การอบรมบางระยะไม่เป็นไปตามแผน

"ผมอยากให้มีโอกาสกิจกรรมแบบนี้อีก อาจจะให้รุ่นพี่สอนรุ่นน้อง ให้มาเป็นอาสาสมัคร ๆ ก็ได้ สอนต่อไปเรื่อยๆ ให้มีตัวแทนทุกชั้นปี ผมก็จะไปช่วยดูแลน้องๆ ให้ และก็จะเอาความรู้ไปช่วยประชาสัมพันธ์ได้." (แมน)

อภิปรายผล

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่มโดยร่วมกันคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการขาดแคลนโลหิต ผลกระทบของปัญหาและมาตรการแก้ไขปัญหามีการ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตน แลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม ในขั้นต่อไปผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา 3 สถานการณ์ ในการวางแผนการแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา แนวทางปรับเปลี่ยนการรับรู้และแนวทางการนำความรู้ไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้สอดแทรกกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สื่อการนำเสนอภาพนิ่ง และใช้คู่มือความรู้คู่อาสาสมัคร เกี่ยวกับความสำคัญของโลหิต การเตรียมความพร้อมร่างกายก่อนบริจาดโลหิต และการดูแลผู้บริจาดโลหิตที่เกิดขึ้นมีปฏิกริยาแทรกซ้อนจากการบริจาดโลหิตหลังจากนั้นมีการฝึกปฏิบัติจริงโดยให้อาสาสมัครทางด้านสุขภาพเพื่อการบริจาดโลหิตได้ทำการชักชวนเพื่อนนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมการบริจาดโลหิตที่จัดขึ้น ทั้งหมด 2 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ปัญหาโดยการเพิ่มยอดโลหิต และมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลและสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาได้ ขั้นตอนสุดท้ายหลังจากได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงแล้ว มีการเข้ากลุ่มสะท้อนกลับและประเมินผล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์จากการได้ฝึกอบรมและปฏิบัติในสถานการณ์จริงระหว่างเพื่อนกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้วิจัยอธิบายได้ว่าเนื่องจากก่อนการได้รับโปรแกรม ฯความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพ ยังไม่ได้นำมาพัฒนาให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างบางคนอาจเคยได้รับทราบข้อมูลมาบ้างจากประสบการณ์เดิม แต่ไม่ได้มีกระบวนการใด ๆ ที่นำความรู้ ประสบการณ์ มาเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของวอลล์เตอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1994)

มาประยุกต์เพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้อาสาสมัครทางด้านสุขภาพได้สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันเพื่อนำไปสู่กิจกรรมร่วมกันต่อไป การฟังและการสนทนา โดยเริ่มจากการไว้วางใจให้มีการคิดวิเคราะห์ร่วมกัน ร่วมกันคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา การวางแผน นำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการปฏิบัติในสถานการณ์จริง และมีการสะท้อนกลับเพื่อให้เกิดการเพิ่มทักษะ เพิ่มความสามารถ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในการบริจาดโลหิต โดยเชื่อว่าการเสริมพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม ทั้งนี้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตให้ครอบคลุมทุกด้าน การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกิจกรรมการศึกษา หรือการกระทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ในคุณค่าและความสามารถของตน ตลอดจนเกิดความเชื่อว่าจะสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาที่ประสบ ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำการวัดได้คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมหรือเข้าร่วมในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาดังกล่าวซึ่งได้ใช้การรับรู้ความสามารถของตน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการเสริมพลังอำนาจโดยวัดผลตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน ตามแนวคิดของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1977) แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากรากฐานของการใช้หลักเหตุผล และงานวิจัยเชิงประจักษ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจะเป็นตัวเสริมแรงให้มนุษย์ประสบความสำเร็จและมีความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมองเรื่องความยากของงานเป็นเรื่องท้าทายที่ต้องเรียนรู้ และประสบความสำเร็จ มากกว่าที่จะมองเป็นอุปสรรคและยอมแพ้ กลุ่มบุคคลพวกนี้จะตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย และมีค่านิยมสูงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างแรงกล้า เมื่อประสบกับความล้มเหลว

หรือความฟ่ายแพ้ที่เกิดขึ้น และมองความล้มเหลวหรือความฟ่ายแพ้ที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความรู้และความพยายามในเรื่องนั้นไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาดโลหิตกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการชักจูงนักศึกษาเข้ามาเข้าร่วมการบริจาดโลหิตไม่น้อยกว่า 80 คน กลุ่มตัวอย่างสามารถเชิญชวนผู้บริจาดโลหิตจำนวน 256 คน และมีผู้มาบริจาดโลหิตตามการเชิญชวนจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 71.09 จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ในโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาดโลหิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิต และการรับรู้ความสามารถของตนในการเป็นอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพสูงขึ้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ชั้นปีที่ 1 ยังไม่ได้ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของมหาวิทยาลัยมากนัก ทำให้ศักยภาพในการชักจูงผู้บริจาดโลหิตได้เพียงร้อยละ 66.15 ของจำนวนนักศึกษาที่ได้รับการเชิญชวน แต่ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านกระบวนการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างบางคนมีบทบาทในการเป็นผู้นำนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ทั้งประธานชมรมหรือกรรมการนักศึกษา ทำให้ศักยภาพในการชักจูงผู้เข้าบริจาดโลหิตมีสูงขึ้น ทั้ง 2 ชั้นปี คิดเป็นร้อยละ 74.58 และ 77.61 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเสริมพลังจากโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาดโลหิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการชักจูงผู้บริจาดโลหิตเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาดโลหิต ที่ใช้การมีส่วนร่วมแบบกระบวนการกลุ่มมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มตัวอย่าง อย่างเห็นได้ชัดตามนัยสำคัญทางสถิติจากตารางที่ 6 นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคิดวิเคราะห์ เกิดการเรียนรู้ที่ดี มีความเชื่อมั่น และมั่นใจในความสามารถของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. มหาวิทยาลัยควรตระหนักถึงคุณค่าของกลุ่มนักศึกษาอาสาสมัครด้านสุขภาพในการสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม และโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในมหาวิทยาลัยอื่นเพื่อช่วยลดปัญหาการขาดแคลนโลหิตในพื้นที่
2. การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ควร มีสมาชิกประมาณ 8-10 คน ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม อยู่ในสถานที่มืดซิด แต่ละกลุ่มไม่มีเสียงรบกวนกัน

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ.(2550). "ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย". วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3) : 268-279.
- จันทิมา วิชกุล. (2551) ผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฬารัตน์ โสตะ, อมรรัตน์ ภูคาบขาว, นวพร ตรีโอษฐ์.(2554). การพัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาเพื่อเสริมสร้างค่านิยมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- นฤมล บุญสนองและ ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ.(2552). "การศึกษาทัศนคติและปัจจัยที่มีผลต่อการบริจาคโลหิตของบุคลากร ในโรงพยาบาลพำนจังหวัดเชียงรายเพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิต".วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 19(3) : 161-170.
- นิศา ชูโต. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินต์ไพร์ จำกัด.
- เบญญา ยอดดำเนิน - แอ็ดดิกซ์ และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความและการหาความหมาย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีโน พับลิชชิง (ประเทศไทย) จำกัด.
- มนัญ พลายุชม .(2554). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชนตำบลเขาพระบาท อำเภอเข็รในใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ปวีตรา สุทธิธรรม.(2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพา พูลสวัสดิ์. (2555). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2543). ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา สมณา.(2544)ความคิดเห็นของบุคลากรอุดมศึกษาที่มีต่อการบริจาคโลหิต.วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิธนา เทียงธรรม สุนีย์ ละกำป็น และ อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด.
- สมพร เทพสิทธิธา.(2542). บทบาทอาสาสมัครกับการช่วยเหลือประชาชน ผู้ประสบปัญหาสังคม : อาสาสมัครกับการบำเพ็ญประโยชน์. กรุงเทพฯ: สมาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย.ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย.(2558). มาตรฐานธนาการเลือดและงานบริการโลหิต (ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี การพิมพ์.
- อรอุมา ช่วยเรือง.(2546). การบริจาคโลหิตและปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิต ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bandura A. (1977). " Self - efficacy : toward a unifying theory of behavior change". *Psychological Review* . (84) : 191-215.
- Bishop, A.et al. (1988). *A collection of popular education resources and activities*. Ontario : CUSO education department.
- Friere, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York : Seabury Press.
- Funnell, M.M. (2004). "Patient empowerment". *Critical Care Nursing Quarterly*. 27(2) : 231.

- I-chuan, M., Chih, L., & Cing-Min, C. (2007). "Relationship between personality traits, job satisfaction and job involvement among Taiwanese community [Abstract]". *Public Health Nursing Abstract*. 24(3) : 274.
- Palko, N.L., Andrade,M., Silva, A., Moreira,C., Leite,L.J. . (2013). "Nursing care provided to blood donors-from the perspective of integral health care". *Esc Anna Nery*. 17 (4) : 661 - 667.
- Potok, D., Chandler, D. (2005). "The role of nurses in blood services and donor sessions". *Nursing Times*, 101(23) : 24-25.
- Purdey, F.A. (1994). "Participatory health development in Rural Nepal: clarifying the Process of community empowerment ". *Health Education Quarterly*. 2(3) : 329-343.
- National Blood Service .(2005). *Guidelines for the blood transfusion services in the United Kingdom*. (7 th ed.). Norwich :The stationery.
- Shrestha, S. (2003). "A Conceptual model for empowerment of the female community health volunteers in Nepal". *Education for Health*. 16(3) : 318-327.
- Wallerstein, N., Bernstein, E.(1988). "Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education" . *Health education Quarterly*. 15(4) : 379-394.
- _____(1994). Introduction to community empowerment participatory education and health. *Health Education Quarterly* . 21(2) : 141-148.
- World Health Organization. (2012). *Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation*. Geneva 27, Switzerland.
- _____(2014). *Blood donor counselling: implementation guidelines*. Geneva 27, Switzerland.



**สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข***
**The Competencies of Nurse Practitioners in Health Promoting
Hospitals of the 5th Regional Health Services, Ministry of
Public Health***

พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์**

ดร.ศศิธร รุจนเวช***

สุธีรา ชื่นตระกูล****

อารีนา ภาณุโสภณ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงความ
สัมพันธ์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางสังคมประชากร
ความต้องการการศึกษาต่อเนื่อง และสมรรถนะของ
พยาบาลเวชปฏิบัติ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระ
หว่างกลุ่มปัจจัยเหล่านี้ในพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 344
คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน 2559 เครื่อง
มือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสำรวจคุณลักษณะทางสังคม
ประชากร และแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล
วิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ (เมธา พันธุ์รัมย์

และคณะ, 2556; อรวรรณ สัมภามานะ และคณะ, 2554)
จำนวน 8 สมรรถนะ 157 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงของ
เนื้อหา (CVI) = 0.87 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ
ครอนบาช = 0.98

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.92 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยการรับ
ราชการ 18.28 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของการปฏิบัติงานบริการ
ปฐมภูมิ 11.49 ปี ได้รับการศึกษาอบรมต่อเนื่องหลังจบ
การศึกษาระดับสูงสุดร้อยละ 54.70 ต้องการเข้ารับ
การอบรมต่อเนื่องในหลักสูตรระยะสั้นร้อยละ 51.20
และต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

*โครงการวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัยจากทุนหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลาคณ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
และทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ร้อยละ 26.20 ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้านอยู่ในระดับสูง จำนวน 7 สมรรถนะ มีเพียง 1 สมรรถนะที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การบริหารและการวิจัย จากการจัดอันดับจากค่าคะแนนมากไปน้อย พบว่า อันดับที่ 1 คือ สมรรถนะการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ส่วนอันดับสุดท้าย คือ สมรรถนะการบริหารและการวิจัย สมรรถนะรายด้านส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่

การส่งเสริมสุขภาพชุมชน การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น การทำวิจัยและการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนางานพยาบาล

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา รวมทั้งกำหนดแผนการพัฒนาบุคลากรกลุ่มนี้ ให้ได้รับการศึกษาอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่ทันสมัย

Abstract

This correlational descriptive research was to identify the demographic characteristics, continual study need, nurse practitioner competencies, and the correlation among related-factors. The samples consisted of 344 nurse practitioners who work in Health Promoting Hospitals under the 5th Regional Health Services, Ministry of Public Health. Data were collected from January to April 2016, comprising of demographic characteristics, nurse practitioner competency assessment including 8 components, 157 indicators. The research instrument was presented content validity index (CVI) at 0.87 and Cronbach's alpha at 0.983.

The research findings revealed that the majority were female. The average age was 42.92 years old, 11.49 years old for working experiences, and 11.49 years old for working at primary care units. A half of the nurse practitioners educated continuing study (54.70%). Moreover, they also request training program (51.20%), higher education (26.20%). The overall of mean scores of nurse practitioner competencies were highly demonstrated

with 7 components. There was only a management and research component was showed a moderate level. The highest rank of nurse practitioner competencies was a health and illness management component, whereas the lowest competency was a management and research component. Most of nurse practitioners were perceived each of the component at a high level. Furthermore, a few of nurse practitioners stated at a moderate level such as community health promotion, local wisdom integration, research, and research utilization in nursing development. According to the correlation of studied variables, there was no significance correlation among related-factors and nurse practitioner competencies.

The researcher suggests that the Provincial Office of Public Health should incorporate with educational institute in providing training program and higher education. Therefore, training program should be addressed in human resource development planning in order to increase the current knowledge and skills.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ความสำคัญของการวิจัย

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545 โดยเน้นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค (Equity) มีคุณภาพ (Quality) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) รวมทั้งได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงต้องเป็นบริการที่ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม และมีพันธกิจหลัก คือ ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และมีมาตรฐานสอดคล้องกับสภาพชุมชน ตลอดจนสามารถบูรณาการการดูแลทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงในชุมชน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (คณะทำงานศึกษาสถานการณ์ ฯ สมากรพยาบาล, 2550 ; ทัศนีย์ บุญทอง สุปรานี อัทธเสรี และนันทมน ศิริกุล, 2550) พยาบาลเวชปฏิบัติมีพันธกิจหลักในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางคลินิกและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (แสงทอง วีระทองคำ สมจิต หุญเจริญกุล และ นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์, 2552) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาศักยภาพกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบเพื่อให้เป็นบุคลากรด้านหน้าในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Hanucharunkul, 2007) แนวคิดสมรรถนะทางการพยาบาล (Nursing competency) ครอบคลุมถึงความสามารถในการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพทุกด้าน สามารถกำหนดได้จากหลายมิติตามอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ การประเมินสมรรถนะควรพิจารณาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ผู้รับบริการหรือปัญหา สุขภาพที่เผชิญอยู่ (Bradshaw, 1998; Scott Tilley, 2008; Axley, 2008) สมากรพยาบาลร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ได้ทบทวนหลักการและแนวทางการประเมินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่ทันสมัยในการบริหารงานบุคลากรในระบบบริการสุขภาพยุคปัจจุบันที่มีกระแสการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมาก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทน์ไทย, 2556) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพกลุ่มนี้ที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาคุณลักษณะทางสังคมประชากร และความต้องการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาลเวชปฏิบัติ
2. ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาล ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางสังคมประชากร(จำนวนปีที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ)กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ
4. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางสังคมประชากร ความต้องการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่อง และสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยเหล่านี้ในประชากรพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวนทั้งสิ้น 344 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในพื้นที่ภาคกลางตอนล่างและภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร นครปฐม ราชบุรี เพชรบุรีและประจวบคีรีขันธ์ เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม-เมษายน 2559 ทั้งนี้ ปัจจัยคุณลักษณะทางสังคมประชากรมี 2 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนปีที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ และระดับการศึกษาสูงสุด

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคขั้นต้น) ของสภาการพยาบาล เป็นข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง กำลังปฏิบัติงานอยู่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้การบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมดประมาณ 847 คน (ข้อมูลจากฝ่ายพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2558) ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยแบบไม่ทดลอง/เชิงสำรวจ ของ ยามาเน (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 272 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 28 คน ดังนั้น เป้าหมายในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้วิจัยได้ประสานงานการเก็บข้อมูลในพื้นที่พบว่า ได้รับความสนใจและความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงสามารถเก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 344 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการการทำวิจัยในมนุษย์ (IRB) ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนโดยทำหนังสือเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดเพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอต่างๆ ที่ได้รับการสุ่มเลือก

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล เน้นกับแบบสอบถามส่งให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัยทั้งนี้ได้ยืนยันว่าผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้ เป็นความลับ มีการใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุล ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดพร้อมข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาบุคลากรพยาบาลเวชปฏิบัติให้เพิ่มพูนสมรรถนะสำคัญให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น อนึ่ง ผู้ให้ข้อมูล สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดๆ จากหน่วยงานที่สังกัดอยู่

เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ชุด คือ

1. แบบสำรวจคุณลักษณะทางสังคมประชากร เป็นคำถามปลายปิดและระบุข้อมูลเพิ่มเติมประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและการอบรมเฉพาะทางหลังสำเร็จการศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต อายุราชการ จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง/หน้าที่นี้ สถานที่ปฏิบัติงานเดิมและปัจจุบัน ความต้องการศึกษาต่อเนื่องทั้งระดับการพยาบาลเฉพาะทาง และการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

2. แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แบบสอบถามที่ใช้ประเมินสมรรถนะตามการรับรู้ของบุคคล (Self - evaluation) ของ เมธา พันธรัมย์ สุทธิพร มุลศาสตร์ และ กุญชร เจือตี (2556) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสมรรถนะ ๗ ของ อรรวรรณ ลัมภวานะฤตินันท์ สมุทร์ สมศักดิ์ ภูวิภาดาวรรธน์ และ เกียรติสุตา ศรีสุข (2554) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วยข้อความสมรรถนะ 8 องค์ประกอบ รวมจำนวน 127 ข้อ ได้แก่ 1) บุคลิกลักษณะความเป็นพยาบาล จำนวน 33 ข้อ 2) การส่งเสริมสุขภาพชุมชนจำนวน 20 ข้อ 3) การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย จำนวน 34 ข้อ 4) การใช้เทคโนโลยี จำนวน 12 ข้อ 5) การบริหารและการวิจัย จำนวน 14 ข้อ 6) การสอนและให้คำปรึกษา จำนวน 23 ข้อ 7) การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการจำนวน 11 ข้อและ 8) การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลจำนวน 10 ข้อแบบสอบถามชุดนี้สร้างขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะโดยผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและการสำรวจสอบถามจากพยาบาลเวชปฏิบัติ องค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนได้รวมกันร้อยละ 76.67

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) รวมทั้งความสอดคล้องและเหมาะสมของชุดคำถาม ผู้วิจัยได้นำข้อความเห็นนั้นมาปรับปรุงแก้ไข มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ =0.87 จากนั้น นำไปทดลองใช้กับพยาบาลเวชปฏิบัติในจังหวัดหนึ่งในพื้นที่ภาคกลาง จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alfa coefficient) = 0.98 จึงได้นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสืบค้นรายชื่อจากทำเนียบพยาบาลเวชปฏิบัติของสภาการพยาบาลเฉพาะในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่บริการสุขภาพที่ 5 ร่วมกับทำเนียบรายชื่อพยาบาลเวชปฏิบัติจากฐานข้อมูลบุคลากรของกลุ่มงานพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำสุ่มเลือกอำเภอที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลจังหวัดละ 2 อำเภอ แล้วประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับการสุ่มเลือก แห่งละ 1 คนในการตรวจสอบจำนวนและรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การประชาสัมพันธ์ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคนในอำเภอนั้นๆผู้วิจัยรื้อแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเองร่วมกับการส่งข้อมูลกลับคืนทางไปรษณีย์โดยผู้ประสานงานในพื้นที่ โดยใช้ซองไปรษณีย์ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้เรียบร้อยแล้ว ภายใน 2-3 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะทางสังคมประชากร ความต้องการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่อง และสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการรับรู้ของตน ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้านด้วยสถิติวิเคราะห์เชิง

Christian University of Thailand Journal

Vol.22 No.2 (April –June) 2016

พรรณนา ได้แก่ จำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการจัดระดับ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจำนวนปีที่ปฏิบัติงานปฐมนิเทศ กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา ปริญญาตรีและปริญญาโท ด้วยสถิติ One Way ANOVA

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. คุณลักษณะทางสังคมประชากร และความต้องการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจากจังหวัดนครปฐม สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร ร้อยละ 18.30, 16.6, 13.10 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.40 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 44.50 อายุเฉลี่ย 42.92 ปี ($\bar{X} = 42.92$, S.D. = 6.90) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.60 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.10 มีระยะเวลาของการรับราชการในวิชาชีพพยาบาลอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 41.90 ช่วงเวลาเฉลี่ย 18.28 ปี ($\bar{X} = 18.28$, S.D. = 7.95) ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การทำงาน / ระยะเวลาของการปฏิบัติงานในงานบริการปฐมภูมิอยู่ในช่วง 1 - 10 ปี ร้อยละ 54.10 ช่วงเวลาเฉลี่ย 11.49 ปี ($\bar{X} = 11.49$, S.D. = 6.75) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอใช้ในรายเดือน แต่ไม่มีเหลือเก็บเป็นเงินออมร้อยละ 45.60 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 87.50 ได้รับการศึกษาอบรมต่อเนื่องหลังจบการศึกษาระดับสูงสุดและจากหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) แล้วร้อยละ 54.70 ต้องการเข้ารับการต่อเนื่องหรือการอบรมในหลักสูตรระยะสั้นร้อยละ 51.20 และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.20 ที่ต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

ส่วนที่ 2. สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้านพบว่า ค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงจำนวน

7 สมรรถนะ มีเพียง 1 สมรรถนะคือสมรรถนะที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพชุมชน ด้านการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมรรถนะที่ 5 การบริหารและการวิจัย ด้านการทํารว้จ้ยและด้านการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนางานพยาบาล(ดังแสดงในตารางที่ 1)

ค้ะแนนนอยู่ในระดบปานกลาง ได้แก่ สมรรถนะที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละ และระดับ ของค่าคะแนนสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๗ จำแนกตามสมรรถนะ 8 สมรรถนะ (n = 344)

สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๗	ระดับ			$\bar{x}$	SD.
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
1) บุคลิกลักษณะการเป็นพยาบาล	5 (1.50)	49 (14.20)	290 (84.30)	3.98	0.48
2) การส่งเสริมสุขภาพชุมชน	9 (2.60)	141 (41.00)	194 (56.40)	3.66	0.55
3) การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย	6 (1.70)	41 (11.90)	297 (86.30)	4.09	0.52
4) การใช้เทคโนโลยี	5 (1.50)	86 (25.00)	253 (73.50)	3.94	0.56
5) การบริหารและการวิจัย	20 (5.80)	200 (58.10)	124 (36.00)	3.40	0.65
6) การสอน	4 (1.20)	70 (20.30)	270 (78.50)	3.95	0.55
7) การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ	5 (1.50)	52 (15.10)	287 (83.40)	4.10	0.58
8) การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล	4 (1.20)	100 (29.10)	240 (69.80)	3.83	0.55

จากตารางที่ 2 สมรรถนะที่ 1 บุคลิกลักษณะ การเป็นพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะรายด้าน จำนวน 9 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีสมรรถนะ อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้านทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความรับผิดชอบ ในหน้าที่ ($\bar{X} = 4.12$, $SD. = 0.58$) รองลงมาคือด้านการ เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 4.07$, $SD. = 0.58$) และด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ($\bar{X} = 4.06$, $SD. = 0.55$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสร้างเครือข่าย ($\bar{X} = 3.80$, $SD. = 0.61$) และ

สมรรถนะที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพชุมชนซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะรายด้านจำนวน 4 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ประเมินว่ามีสมรรถนะ อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูงคือ ด้านการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน ($\bar{X} = 3.77$, $SD. = 0.63$) รองลงมาคือด้านการประเมินชุมชน ($\bar{X} = 3.76$, $SD. = 0.63$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ใน ระดับปานกลางคือด้านการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ($\bar{X} = 3.41$, $SD. = 0.71$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของค่าคะแนนสมรรถนะที่ 1 และ 2 ของ พยาบาลเวชปฏิบัติ ฯ จำแนกรายด้าน (n = 344)

สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ฯ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
สมรรถนะที่ 1 บุคลิกลักษณะการเป็นพยาบาล	3.98	0.48	สูง
1) ด้านความรับผิดชอบในหน้าที่	4.12	0.58	สูง
2) ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.91	0.53	สูง
3) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	4.06	0.55	สูง
4) ด้านการสร้างแรงจูงใจ	4.05	0.60	สูง
5) ด้านการเจรจาต่อรอง	3.88	0.58	สูง
6) ด้านการตัดสินใจ	3.89	0.53	สูง
7) ด้านการเป็นที่ยอมรับของชุมชน	4.03	0.59	สูง
8) ด้านการสร้างเครือข่าย	3.80	0.61	สูง
9) ด้านการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน	4.07	0.58	สูง
สมรรถนะที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพชุมชน	3.66	0.55	ปานกลาง
1) ด้านการประเมินชุมชน	3.76	0.63	สูง
2) ด้านการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน	3.77	0.63	สูง
3) ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน	3.71	0.61	สูง
4) ด้านการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น	3.41	0.71	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 สมรรถนะที่ 3 การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะรายด้านจำนวน 9 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีสมรรถนะ ๑ อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้านทุกด้านโดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการให้วัคซีนป้องกันโรค ($\bar{X} = 4.32$, $SD. = 0.6$) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ($\bar{X} = 4.23$, $SD. = 0.66$) และด้านการบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 4.17$, $SD. = 0.62$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ($\bar{X} = 3.90$, $SD. = 0.61$) สมรรถนะที่ 4 การใช้เทคโนโลยี ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะรายด้านจำนวน 4 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีสมรรถนะ ๑ อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูงคือ ด้านการสืบค้นข้อมูล

($\bar{X} = 4.05$, $SD. = 0.63$) รองลงมาคือด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการรักษาพยาบาล ($\bar{X} = 3.96$, $SD. = 0.61$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการจัดระบบฐานข้อมูล ($\bar{X} = 3.81$, $SD. = 0.66$) และสมรรถนะที่ 5 การบริหารและการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะรายด้านจำนวน 4 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีสมรรถนะ ๑ อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูงคือ ด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายสุขภาพ ($\bar{X} = 3.77$, $SD. = 0.65$) รองลงมาคือด้านการปฏิบัติตามแผนงาน ($\bar{X} = 3.73$, $SD. = 0.67$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนางานพยาบาล ($\bar{X} = 3.09$, $SD. = 0.65$) และด้านการทำวิจัย ($\bar{X} = 3.03$, $SD. = 0.88$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของค่าคะแนนสมรรถนะที่ 3 4 และ 5 ของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑ จำแนกรายด้าน ($n = 344$)

สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
สมรรถนะที่ 3 การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย	4.09	0.52	สูง
1) การประเมินภาวะสุขภาพ	4.10	0.63	สูง
2) การรักษาเบื้องต้นตามขอบเขตหน้าที่	4.11	0.63	สูง
3) การบริการสุขภาพ	4.17	0.62	สูง
4) การพยาบาลแบบองค์รวม	4.01	0.61	สูง
5) การดูแลต่อเนื่อง	3.98	0.61	สูง
6) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	4.23	0.66	สูง
7) การให้วัคซีนป้องกันโรค	4.32	0.67	สูง
8) การฟื้นฟูสุขภาพ	3.90	0.61	สูง
9) การส่งต่อผู้ป่วย	3.96	0.66	สูง
สมรรถนะที่ 4 การใช้เทคโนโลยี	3.94	0.56	สูง
1) ด้านการสืบค้นข้อมูล	4.05	0.63	สูง
2) ด้านการจัดระบบฐานข้อมูล	3.81	0.66	สูง
3) ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการรักษาพยาบาล	3.96	0.61	สูง
สมรรถนะที่ 5 การบริหารและการวิจัย	3.40	0.65	ปานกลาง
1) ด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายสุขภาพ	3.77	0.65	สูง
2) ด้านการปฏิบัติตามแผนงาน	3.73	0.67	สูง
3) ด้านการทำวิจัย	3.03	0.88	ปานกลาง
4) ด้านการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนางานพยาบาล	3.09	0.95	ปานกลาง

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๔

จากตารางที่ 4 สมรรถนะที่ 6 การสอน ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะรายด้านจำนวน 3 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีสมรรถนะ ๑ อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูงคือด้านการสอนสุศึกษา ($\bar{X}$ = 3.98, SD. = 0.60) รองลงมาคือด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ($\bar{X}$ = 3.97, SD. = 0.57) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการพูดในที่ชุมชน ($\bar{X}$ = 3.90, SD. = 0.61) สมรรถนะที่ 7 การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ

รายด้านจำนวน 2 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีสมรรถนะ ๑ อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูงคือด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 4.12, SD. = 0.60) รองลงมาคือด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ ($\bar{X}$ = 4.10, SD. = 0.64) และสมรรถนะที่ 8 การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะรายด้านจำนวน 1 ด้านพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.83, SD. = 0.55)

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของค่าคะแนนสมรรถนะที่ 6 7 และ 8 ของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑ จำแนกรายด้าน (n = 344)

สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
สมรรถนะที่ 6 การสอน	3.95	0.55	สูง
1) ด้านการพูดในที่ชุมชน	3.90	0.61	สูง
2) ด้านการสอนสุศึกษา	3.98	0.60	สูง
3) ด้านการให้คำ ปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	3.97	0.57	สูง
สมรรถนะที่ 7 การพิ ทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ	4.10	0.58	สูง
1) ด้านการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ	4.10	0.64	สูง
2) ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.12	0.60	สูง
สมรรถนะที่ 8 การพั ฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล	3.83	0.55	สูง

ส่วนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางสังคมประชากรกับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติพบว่า ปัจจัยประสบการณ์การทำงาน (ในที่นี้คือตัวแปรระยะเวลาการทำงานในบริการปฐมภูมิ) ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑ ส่วนปัจจัยระดับการศึกษา (ในที่นี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ประกาศนียบัตรชั้นสูง/อนุปริญญา ปริญญาตรีและปริญญาโท) นั้น พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของ

พยาบาลเวชปฏิบัติ ๑ ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทั้ง 3 กลุ่มนี้

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 คุณลักษณะสังคมประชากรและความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑ เมื่อพิจารณาในภาพรวมของปัจจัยอายุ อายุการรับราชการและประสบการณ์การทำงานหรือระยะเวลาของ

การปฏิบัติงานในงานบริการปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 44.50 อายุเฉลี่ย 42.92 ปีมีระยะเวลาของการรับราชการในวิชาชีพพยาบาลอยู่ในช่วง 11-20 ปีมากที่สุดร้อยละ 41.90 ช่วงเวลาเฉลี่ย 18.28 ปีและมีประสบการณ์การทำงาน/ระยะเวลาของการปฏิบัติงานในงานบริการปฐมภูมิอยู่ในช่วง 1-10 ปีมากที่สุดร้อยละ 54.10 ช่วงเวลาเฉลี่ย 11.49 ปีร้อยละ 54.70 ได้รับการศึกษาอบรมต่อเนื่องหลังจบการศึกษาระดับสูงสุดและจากหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคอยเบื้องต้น) ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อาวุโส มีประสบการณ์ในการทำงานสูง ซึ่งในห้วงเวลานี้ก็ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้มาโดยตลอด นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ในระดับสูง แม้ว่าจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยประสบการณ์การทำงาน (ในที่นี้คือตัวแปรระยะเวลาการทำงานในบริการปฐมภูมิ) ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ าก็ตาม ซึ่งประเด็นนี้มีความเห็นจากนักวิชาการด้านมนุษยศาสตร์สมรรถนะ (Competency concept) และข้อค้นพบจากการวิจัยที่แตกต่างกัน เป็น 2 มุมมอง กล่าวคือ กลุ่มที่เชื่อว่าหรือค้นพบว่าตัวแปร 2 กลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ สมรรถนะมีการพัฒนาและสั่งสมมาจากความรู้ทักษะและบุคลิกภาพ สมรรถนะได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน การศึกษาและการได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติม (McGaghie, et.al., 1978) คุณลักษณะเหล่านี้เป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบให้สูงกว่า หรือเหนือกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (McClelland, 1970) เป็นคุณลักษณะพื้นฐานของบุคคล (Underlying Characteristic) ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลงานสูงกว่า/เหนือกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Spencer & Spencer, 1993) และเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล (Trait) ที่บ่งบอกถึงคุณลักษณะทางกายภาพของบุคคล

และรวมถึงการตอบสนองของบุคคลต่อข้อมูลหรือสถานการณ์ที่เผชิญ (Boyatzis, 1982) จากการทบทวนงานวิจัยที่ยืนยันความสัมพันธ์นี้สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเพิ่มขึ้น ระดับวุฒิภาวะสูงขึ้นและมีประสบการณ์มากขึ้นย่อมมีความเข้าใจในลักษณะวิชาชีพ เข้าใจสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดี มีการปรับตัวเรียนรู้และพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง (เตือนใจ พิทยาวัฒนชัย, 2548; วิภัญญา ลือเลื่อง และ วิภาพร วรหาญ, 2555) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมเฉพาะทางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาล (สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง, 2551) ระยะเวลาการทำงานในหน้าที่ปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงาน (จินตนา นัคราจารย์, 2556)

รายงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรเหล่านี้โดยใช้สถิติวิเคราะห์ขั้นสูงที่ตัวแปรต้นสามารถทำนายหรือพยากรณ์ความผันแปรของตัวแปรตามได้ (ในที่นี้คือ สมรรถนะการพยาบาลหรือ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่) พบว่า ระดับการศึกษาและอายุสามารถร่วมกับตัวแปรอื่นๆ ในการพยากรณ์สมรรถนะด้านการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างได้ (วิภาวิรานันท์ชื่นจิต โพธิ์ศัพทสุขและวงเดือน บันดี, 2556; ประเชิญโชค สมรัตน์, 2556) ปัจจัยประสบการณ์การทำงาน ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของบุคคลตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิภัญญา ลือเลื่อง และ วิภาพร วรหาญ, 2555) ปัจจัยเงินเดือนและปัจจัยในชีวิตส่วนบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เมธา พันธรัมย์ สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษกร เจือดี, 2556) และ ตัวแปรที่เป็นปัจจัยภายในของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรม การปฏิบัติงานหรือความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (ประกาย จิโรจน์กุล และ จุริรัตน์ กิจสมพร, 2552) ผู้วิจัยยังพบว่า มีนักวิจัยที่สนใจศึกษาในแง่การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะการปฏิบัติงานเมื่อจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล สรุปได้ว่า กลุ่ม

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ตัวอย่างที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมวิชาการ มีการปฏิบัติการในวิชาชีพแตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติการในวิชาชีพแตกต่างกัน (ศิริอร สันธุ, รวมพร คงกำเนิด และ กุศลวี วิวัฒน์ชีวิน, 2557) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าระยะเวลาการทำงานในบริการปฐมภูมิ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ฯ และสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ฯ ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ประเด็นที่ 2 ความต้องการการศึกษาต่อเนื่อง ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 รองลงมาคือระดับปริญญาโท ร้อยละ 9.90 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา ร้อยละ 2.60 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.70 ได้รับการศึกษาอบรมต่อเนื่องหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและจากหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.20 ต้องการเข้ารับการการศึกษาต่อเนื่องหรือการอบรมในหลักสูตรระยะสั้นอีกทั้งยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาต่อใน หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา(ปริญญาโท)อีกร้อยละ 26.20 ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสถานการณ์งานวิจัยด้านสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการการสนับสนุนทั้งด้านการบริหาร การบริการและวิชาการ และพบว่าเจ้าหน้าที่ทุกตำแหน่งได้รับการอบรม (ยกเว้นทันตภิบาล) (ประกาย จิโรจน์กุล และ จุริรัตน์ กิจสมพร, 2552) ข้อมูลเหล่านี้แสดงถึงสถานการณ์ที่ดีของการพัฒนาการศึกษาของพยาบาลเวชปฏิบัติ และส่งผลดีต่อการพัฒนานโยบายการศักยภาพของบุคลากรพยาบาล การพัฒนาหลักสูตรระดับต่างๆ โดยเฉพาะหลักสูตรระยะสั้นหรือหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่มีความทันสมัยและสอดคล้องกับกระแสโลก ภาวการณ์ที่ผลักดันให้นโยบายสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตลอดเวลา นับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของประเทศและวิชาชีพพยาบาล (Bradshaw, 1998; Scott Tilley, 2008; Axley, 2008)

Christian University of Thailand Journal

Vol.22 No.2 (April –June) 2016

ประเด็นที่ 3 การประเมินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ผู้วิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลปฐมภูมิของตนอยู่ในระดับสูงถึง 7 ใน 8 สมรรถนะ มีเพียง 1 สมรรถนะคือสมรรถนะที่ 5 การบริหารและการวิจัยที่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาจัดอันดับจากมากไปน้อย พบว่า อันดับ 1 คือ สมรรถนะที่ 3 การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยรองลงมาคือสมรรถนะที่ 1 บุคลิกลักษณะการเป็นพยาบาล เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านพบว่า สมรรถนะรายด้านส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง มีเพียงส่วนน้อยที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ สมรรถนะที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพชุมชน ด้านการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมรรถนะที่ 5 การบริหารและการวิจัย ด้านการทำวิจัยและด้านการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนางานพยาบาล

ข้อมูลดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสอดคล้องกันในบางสมรรถนะรายด้าน และไม่สอดคล้องกันในบางสมรรถนะรายด้านกล่าวคือ สมรรถนะทั้ง 8 ด้านนี้สอดคล้องตามพันธกิจของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ 6 ประการ คือ 1) การเป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 2) การบริบาลดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น 3) การให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมในระดับเบื้องต้น และส่งต่อ 4) การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ 5) การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน(ชูชัย ศุภวงศ์, 2552) จากพันธกิจดังกล่าวทำให้วิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับและยกย่องจากทุกสาขาในวิชาชีพสุขภาพว่าเป็นวิชาชีพหลักของความสำเร็จในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อค้นพบโดยสรุปว่า กลุ่มตัวอย่างประเมิน

ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการปฏิบัติการสาธารณสุขในชุมชน (ญาณิน หนองหาญพิทักษ์และ ประจักษ์ บัวผัน, 2556) สมรรถนะโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (มณฑล ทองนิตย์, 2552) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.10 (จินตนา นัครจารย์, 2556) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพบุคคล/ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รองลงมา คือ การวางแผน การบริหารการจัดบริการสุขภาพ (ประกาย จิโรจน์กุล และ จุริรัตน์ กิจสมพร, 2552) มีการปฏิบัติตามบทบาทด้านการบริการและด้านการบริหารอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านวิชาการอยู่ในระดับปานกลาง (อติญาณ์ ศรีเกษตริณ อรรวรรณ สัมภวะมานะ และ กาญจนา สุวรรณรัตน์, 2553) บทบาทที่ยังทำน้อยและควรพัฒนาคือ การทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพ และการทำวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยสุขภาพร่วมกับชุมชน (ประกาย จิโรจน์กุล และ จุริรัตน์ กิจสมพร, 2552) ซึ่งประเด็นสมรรถนะด้านวิชาการนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าสมรรถนะด้านการทำวิจัยและด้านการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนางานพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (เมื่อเทียบกับค่าคะแนนสมรรถนะด้านอื่นๆ ที่อยู่ในระดับสูงทั้งหมด) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามมุมมองของพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยในพื้นที่ภาคกลางมีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะด้านบทบาทและขอบเขตการปฏิบัติตามวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทด้านการรักษาโรคเบื้องต้นเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่งานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (อัจฉริยา ปทุมวัน วิไล ตั้งปณิธานดี และ สุภาณี เสนาดีสัย, 2548) บริบทการทำงานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคือ การปฏิบัติหน้าที่ตรวจรักษาโรคทั่วไป งานคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง การคัดกรองสุขภาพก่อนส่งพบแพทย์ งานเยี่ยมบ้าน งาน

ดูแลสุขภาพชุมชนและการตรวจคัดกรอง อย่างไรก็ตามยังพบว่าการติดตามผลหลังการรักษา สาธะและคุณภาพการบันทึกการบริการรักษาโรคเบื้องต้นยังอยู่ในระดับน้อย ในด้านกระบวนการบริการพบว่า สามารถใช้ความรู้ความสามารถในการให้บริการอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม สามารถสื่อสารและใช้ข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น ปัจจัยนำที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคือ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการไปอบรมวิชาการ การจัดสถานที่ปฏิบัติงาน และการได้รับขวัญและกำลังใจจากผู้ให้บริการ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2555)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจแนวคิดของ เบนเนอร์ (Benner, 1984) ที่เชื่อว่าประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ ทำให้พยาบาลมีโอกาสได้เพิ่มพูนความรู้และได้ฝึกทักษะการปฏิบัติงาน จนทำให้เกิดความชำนาญได้ ดังนั้น ประสบการณ์การทำงาน (Work experiences) และการได้รับการศึกษาอบรมความรู้ที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง ย่อมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการเพิ่มคุณภาพและผลผลิตของหน่วยงานได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา นัครจารย์ (2556) พบว่า ปัจจัยระยะเวลาการทำงานในหน้าที่ปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการทำงานในหน้าที่ปัจจุบันมากกว่า 1 ปีมีความสามารถในการทำงานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการทำงานในหน้าที่ปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีอย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในคั้งนี้ พบว่า ปัจจัยประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๓ และ สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ๓ มีความไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 3 ระดับ คือ ประกาศนียบัตรชั้นสูง/อนุปริญญา ปริญญาตรีและปริญญาโท ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรุณี เผื่อนดวง อารีรัตน์ ชำอยู่ และ รัชนี สรรเสริฐ (2554) ที่พบว่า ปัจจัยประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๔

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ อหนึ่ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ประการนี้ไม่เป็นไปตามความเชื่อของแมคกาอี และคณะ (McGaghie, et.al., 1978)ที่ว่า สมรรถนะของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายอย่าง อาทิ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน การศึกษาและการได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติม และ คันทันนี วังค์ม่วย และ วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2556) ที่ได้เสนอว่าบุคลากรพยาบาลควรได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อ เพื่อเพิ่มโอกาสในการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้มีส่วนในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทยมาช้านานจนถึงปัจจุบัน หากแต่ยังประสบปัญหาอุปสรรคหลายประการ อาทิ การขาดนโยบายสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากระดับประเทศและระดับองค์กร ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบ ตลอดจนตำแหน่งการทำงาน ทำให้การพัฒนาบุคลากรพยาบาลเวชปฏิบัติยังไม่เป็นระบบและขาดความครอบคลุมในมิติต่างๆ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. มาตรการหนึ่งของนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรเน้นการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของบุคลากรพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการในพื้นที่นั้นๆ อย่างแท้จริง สำนักงานสาธารณสุขทั้งระดับจังหวัดและระดับ

อำเภอ ควรกำหนดมาตรการในการสนับสนุนให้บุคลากรกลุ่มนี้มีโอกาสในการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน อาทิ ทุนการศึกษาต่อ หรือโอกาสพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลเวชปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้ครอบคลุม ความรู้ ความสามารถและการตัดสินใจในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชน 4 ระดับ ได้แก่ สมรรถนะทั่วไป สมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลชุมชน สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลชุมชน และสมรรถนะการบริหารการพยาบาลชุมชน

3. สถาบันการศึกษาและสำนักงานสาธารณสุขควรร่วมมือกันในการจัดหลักสูตรการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการทำวิจัยและการใช้ผลงานวิจัย (Research utilization) เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านนี้อย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีค่าคะแนนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับค่าคะแนนสมรรถนะด้านอื่นๆ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยโดยเฉพาะการวิจัยสุขภาพร่วมกับชุมชน และการผสมผสานภูมิปัญญาไทยในบริการปฐมภูมิ

4. นักวิจัยทางการพยาบาล ควรร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้ด้านสมรรถนะทางการพยาบาลปฐมภูมิ โดยใช้วิทยาการวิจัยขั้นสูง มีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน และใช้สถิติวิเคราะห์ที่สามารถอ้างอิงประชากรได้ดี รวมทั้งการนำผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดความชัดเจนของการประเมินสมรรถนะและประเมินผลลัพธ์/ผลผลิตทางการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

- คณะทำงานศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบและกลไกการพัฒนาสภาการพยาบาล. (2550). สถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย. กรุงเทพฯ ฯ : สภาการพยาบาล.
- จินตนา นัคราจารย์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชัย ศุภวงศ์ . (2552). แนะนำหลักคิดและแนวปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ญาณินหนองหาญพิทักษ์และ ประจักษ์ บัวผัน. (2556). "ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี".วารสารวิจัย มข., 13(1), 99 - 111.
- ทัศนา บุญทอง สุปรานี อัครเสรี และนัทธมน ศิริกุล. (2550). "บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ".วารสารสภาการพยาบาล, 22(4), 24 - 37.
- บุญใจ ศรีสถิตยนาทกร. (2547). ระเบียบวิธีวิจัย.พิมพ์ครั้งที่ 3: กทม. : ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด
- ประกาย จิโรจน์กุล และ จุริรัตน์ กิจสมพร. (2552). "การทบทวนสถานการณ์งานวิจัยด้านสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ". วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 25(1), 39 - 59.
- ประเชิญโชค สมรัตน์ . (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาหวาย จังหวัดศรีสะเกษ.วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เดือนใจ พัทธวิวัฒน์ชัย. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เมธา พันธรัมย์ สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กุญชร เจือดี. (2556). ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มณฑล ทองนิตย. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และ กาญจนา จันทร์ไทย . (2556). คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- วิริยา วิจารณ์ชื่นจิต โพธิ์คำพิสุข และ วงเดือน ปันดี. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

- วิญญา ลือเลื่อง และ วิภาพร วรหาญ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริอร ลินธุ รวมพร คงกำเนิด และ กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. (2557). "การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ". วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 20(2) :32 - 45.
- คันสนีย์ วงศ์ม่วย และ วิทัศน์ จันทโรไพศรี. (2556). "แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์". วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 6(3) :46 - 54.
- สภาการพยาบาล. (2552). แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 - 2559. นทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.
- แสงทอง วีระทองคำ สมจิต หนูเจริญกุล และ นงลักษณ์ สุวิไลชัย. (2552). "การรับรู้ประโยชน์ สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะของพยาบาลเวชปฏิบัติในประเทศไทย". วารสารสภาการพยาบาล. 24(2), 39 -49.
- สุวรรณา จันทรประเสริฐ. (2555). "คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ". วารสารสภาการพยาบาล. 27(1) :25-38.
- สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. (2551). ปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์. รายงานการค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ อรรพรรณ สัมภาวะมานะ และ กาญจนา สุวรรณรัตน์. (2553). "การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ". วารสารกองการพยาบาล. 37(3) :52 - 63.
- อัจฉริยา ปทุมวัน วิไล ตั้งปณิธานดี และ สุภาณี เสนาดีสัย. (2548). "สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาในภาคกลาง ". รามาธิบดีพยาบาลสาร. 11(2) : 149 -163.
- อรุณี เผื่อนด้วง อารีรัตน์ ขำอยู่ และ รัชณี สรรเสริญ. (2554). "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมิเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 3". วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 19(3) :37 - 53.
- อรรพรรณ สัมภาวะมานะ ฤตินันท์ สมุทร์ สมศักดิ์ ภูวิภาดาวรรณ และ เกียรติสุตา ศรีสุข. (2554). การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Axley, L. (2008). "Competency: a concept analysis". *Nursing Forum*. 43(4) :214 - 222.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison - Wesley.
- Boyatzis, R.E. (1982). *The Competent manager*. New York: McGraw - Hill.
- Bradshaw, A. (1998). "Defining "competency" in nursing (Part 2): an analytical review". *Journal of Clinical Nursing*. 7(2) :103 - 111.

- Hanucharunkul S. (2007). "Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand". *Contemporary Nurse*. 26(1): 83 – 93.
- McClelland, D.C. (1970). "Testing for competence rather than intelligence". *American Psychologist*. 28 :1 – 14.
- McGaghie, W.C., et.al. (1978). Competency – based curriculum development in medical education. Geneva: WHO.
- Scott Tilley, D.D. (2008). "Competency in nursing". *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 39(2) :58 – 64.
- Spencer, M. & Spencer, M.S. (1993). *Competence at work: model for superiors performance*. New York : John Wiley & Sons



**คำแนะนำในการเขียนผลงานวิชาการและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน**

กองบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. บทความที่รับตีพิมพ์

- 1.1 บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์
- 1.2 บทความวิชาการ
- 1.3 บทความปริทัศน์

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 มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม - ปี ดังตัวอย่าง (คากุล ช่างไม้ , 2550)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

- 1) บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหา
- 3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 4) กรอบแนวความคิดการวิจัย

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

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปรเพศ (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, อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	3.69	.60	3.67	.67	.22*	.047
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 ธรรมอุปการณ. (2530). การใช้ยาน้ำบาดาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// "ชื่อบทความ".// ชื่อวารสาร.// ปีที่ (ฉบับที่).// : เลขหน้า - เลขหน้า
ธวัช โลพันธ์ศรี. (2530). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

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

สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนทำคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง/(ปีที่พิมพ์).ชื่อเรื่อง/[ประเภทสื่อ].//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.
สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินทางสู่การศึกษาศึกษา. [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). “ข่าวโกสนา”. สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินผลงานวิชาการ

3.1 การส่งต้นฉบับบทความผู้เขียนสามารถส่งบทความได้ 2 วิธีคือ

1) ส่งบทความ Online ได้ที่เว็บไซต์วารสาร [http:// library.christian.ac.th/ctujournal/main.php](http://library.christian.ac.th/ctujournal/main.php)

2) ส่งบทความทางไปรษณีย์ หรือ ทาง e-mail : [ctujournal@ christian.ac.th](mailto:ctujournal@christian.ac.th)
โดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนำส่งได้จากเว็บไซต์วารสาร

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหา และ ความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลงานโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

3.3 ผู้เขียนที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน จะต้องชำระเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Peer review) ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินผลงานเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.8 ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.3 และจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

สถานที่ติดต่อ

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว

ตำบลคอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

E-mail : ctujournal@christian.ac.th

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

ผู้เขียนที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน
โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในคำแนะนำ
การเขียนและโปรดส่งบทความในระบบ Online Submission
ได้ที่เว็บไซต์วารสาร **library.christian.ac.th/ctujournal/main.php**

ตัวอย่างบทความวิชาการ
ภาษาพูดกับภาษาวิชาการ
A Spoken Language and Academic Writing in Thai

ดร. เรืองเดช ปันเขื่อนขันธ์ *

บทคัดย่อ

บทความนี้ นำเสนอความหมายของภาษา ภาษาพูดกับภาษาถิ่น ภาษาวิชาการกับภาษาถิ่น ภาษามาตรฐานกับภาษาถิ่น ความแตกต่างระหว่างภาษาพูดกับภาษาวิชาการ ความแตกต่างระหว่างภาษาไทยถิ่นกรุงเทพฯ กับภาษาไทยมาตรฐาน และภาษาพูดกับภาษาวิชาการที่ใช้เป็นทางการและใช้เชิงวิชาการ รวมทั้งเสนอแนวทางการเขียน และข้อควรระวังในการใช้ภาษาเขียนเชิงวิชาการด้วย

Abstract

This article presents the definition of language, spoken language and dialect, as well as, academic writing and Thai dialect. The differences of the standard Thai and Bangkok Thai dialect, the different usage of the spoken Bangkok Thai dialect and academic writing in standard Thai is also presented. Awareness of writing in academic usage in Thai is given as well.

บทนำ

ชนชาติไทยมีภาษาพูดใช้มานานแล้ว แต่จะนานสักแค่ไหนไม่มีหลักฐานปรากฏ แต่ถ้าจะให้สันนิษฐานในฐานะที่เป็นนักภาษาศาสตร์คนหนึ่งก็ต้องสันนิษฐานว่า มีมานานตั้งแต่ก่อกำเนิดของชนชาติไทยหรือไม่ก็หลังจากนั้นไม่นานนัก ถ้าถามว่าแหล่งกำเนิดของชนชาติไทยอยู่ที่ไหน ปัญหานี้มีคำตอบอยู่หลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีว่าคนไทยอพยพจากเหนือลงใต้ ทฤษฎีว่าคนไทยอพยพจากใต้ขึ้นเหนือ ทฤษฎีว่าคนไทยอยู่ประเทศไทยมานานแล้วไม่ได้อพยพไปไหนหรือมาจากไหน ทฤษฎีเหล่านี้ต่างก็อาศัยหลักฐานทางภาษา และโบราณคดีมาประกอบทฤษฎี ใครจะเชื่อทฤษฎีไหนไม่มีใครห้าม แต่ถ้าจะเชื่อทฤษฎีทางภาษาของนักภาษาศาสตร์เป็นหลัก แหล่งกำเนิดของชนชาติไทยหรือชนชาติไหนจะอยู่บริเวณทางตอนเหนือของลาวกับเวียดนาม

* รองศาสตราจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ

อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี*

Health Status and Activity of Daily Living of Disabled Persons at Tamuang District in kanchanaburi Province

ดร. ศากุล ช่างไม้**

สุปราณี แดงวงษ์***

จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์****

บทคัดย่อ

ความพิการเป็นสถานะทางสุขภาพอย่างหนึ่งซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตแต่ละวัน ซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น การเจ็บป่วยและการได้รับการบาดเจ็บ ดังนั้น การมีข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้พิการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการที่อาศัยอยู่ในวัดวังขนายทายิการาม ตำบลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ประชากรเป็นผู้พิการอายุระหว่าง 34-50 ปีขึ้นไป จำนวน 57 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พิการ แบบประเมินภาวะสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมพัฒนาสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะปลายนิ้ว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 85.96 มีปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 71.90 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 57.89 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า คือ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 สำหรับความรุนแรงของความพิการจนมีภาวะพึ่งพา พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการพึ่งพาทางกาย แต่อาจมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เป็นปกติมาก จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 43.90 และผู้พิการที่มีความพิการปานกลาง จนถึงมีความพิการรุนแรงอย่างมาก มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 56.10

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2554

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย อาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** อาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการเฝ้าระวังการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้พิการกลุ่มนี้ และ
ขณะเดียวกันควรมีการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเป็นเบาหวานและการมีภาวะ
ซึมเศร้า รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้พิการให้สามารถพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด

Abstract

Disability was a state of health which is expressed in the form of loss of ability to do activities of daily living. Having disability can be a result of other health problems such as illness and injuries. Therefore, the basic information on health status and condition of the disabled is necessary.

This research was descriptive research which aimed to study health status and ability to perform activity of daily living of disabled people living in Wat (monastery) Wangkanai Tayikaram, Tha Muang District, Kanchanaburi Province. Fifty-seven people with disabilities were a population and the study was conducted in January 2010. Research instruments included questionnaire of personal data of the disabled, a health assessment tool of the National Health Security Office, the screening tool for depression of the Department of Mental Health, and an assessment tool for the ability to perform daily activities. Blood glucose level test before meal was also collected by finger puncture.

The study found that most of disabled people are at risk for type 2 diabetes with 71.90%. The disabled people (57.89%) did not have depression which the number was close to the group with depression (42.11%). For the severity of disability and dependent status, it has found that most disabled people (43.90%) were bodily-dependent but may not be normal. However, the number of disabled people with moderate to very severe disability were 56.10%.

Research has suggested that there should be a surveillance project of diabetic type 2 in this disabled group. In addition there should be an ongoing health promotion programs to prevent diabetes and depression as well as rehabilitating the disabled to be self-reliant as possible.

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.....

อัตราค่าลงโฆษณาในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

พื้นที่โฆษณา					ราคาต่อฉบับ	ราคาต่อปี (3 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 (3 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 ถนนสุขุมวิท 101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th