



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ เมษายน – มิถุนายน ๒๕๕๗ Vol.20 No.2 April-June 2014 ISSN 1685-1412

บทความวิชาการ

- † การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา : การประยุกต์ในการวิจัยทางการแพทย์
- † อาณาจักรสุโขทัยกับมรดกทางวัฒนธรรมเพื่อการท่องเที่ยว
- † ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีชีวการแพทย์ในการวินิจฉัยโรค
- † กระแสนิยมการออกกำลังกายแบบทางเลือก : โอกาสของนักวิจัยและผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง
- † ผู้เสียหายจากการทำให้แท้งลูกในความหมายตามพระธรรมอพยพและกฎหมายไทย
- † การเป็นหนึ่งเดียวกับพระคริสต์และพระคุณทวิภาคในเทววิทยาของจอห์น คาลวิน
- † แนวทางคลินิกเอ็นซีดีคุณภาพ : นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

บทความวิจัย

- † ปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร
- † สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร
- † การศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
- † การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติ เพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
- † แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน กรณีศึกษา กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จังหวัดนครปฐม
- † ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจรของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม
- † ปัญหา ความต้องการและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น
- † สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

บัญชราอาเขียน : หน้าต่างความรู้สู่ประชาคมอาเซียน



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๗ Vol.20 No.2 April - June 2014 ISSN 1685-1412

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บรรณาธิการบริหาร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธิระนนท์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร. กาญจนา นาคสกุล	สำนักราชบัณฑิตยสถาน
ศาสตราจารย์ เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสวีธรรม	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว	ข้าราชการบำนาญ สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
ศาสตราจารย์ ดร. ทวีป ศิริศรี	สมาคมนักวิชาการการท่องเที่ยว(ประเทศไทย)
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริลักษณ์ โรจนกิจอำนวย	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร. สมอาจ วงษ์ขมทอง	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. เรืองเดช ปันเขื่อนขันธ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี วิจิตบันดาล	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริชัย ชินะตั้งกูร	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล กิรติพิบูลย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสงี่ยม ไตรรัตน์	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) หรือบทความปริทรรศน์ (Review Articles) ในสหสาขาวิชา ได้แก่ สาขาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ประยุกต์ สังคมศาสตร์ ภาษาศาสตร์ การศึกษาและอื่นๆ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น โดยบทความทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผ่านการประเมินแบบ Double-blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

กำหนดการออกวารสาร : ราย 3 เดือน

- ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน
- ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน (อาจารย์นิพรณ ทัพพะกุลธร)

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 : กลุ่มงานออกแบบ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด เลขที่ 26 ซอย 83 ถนนพระรามที่ 2 แขวงสามตำ

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ (Peer Review)

1. ศาสตราจารย์ เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสวีธรรม ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 2. ศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว ข้าราชการบำนาญ สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
 3. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูโพบูลย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 4. ศาสตราจารย์ ดร.สันต์ เสริมศรี ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
 5. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 6. รองศาสตราจารย์ ดร.ชาย โพธิ์ลีตา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
 7. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 8. รองศาสตราจารย์ ดร.มลิวรรณ บุญเสนอ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 9. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สาธิต วงศ์ประทีป คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 11. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพันธ์ ยี่มม่น คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระเจ้าเกล้าพระนครเหนือ
 12. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 13. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล กิรติพิบูลย์ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 14. รองศาสตราจารย์ สมประสงค์ น่วมบุญลือ ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 15. รองศาสตราจารย์ พิมพ์อำไพ เวนเซล คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 16. รองศาสตราจารย์ อัจฉรา ชีวตระกูลกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
 17. รองศาสตราจารย์ ดร.สืบสกุล อยู่ยืนยง ธรรมมาธิราช
 18. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์องค์การ เรืองรัตนอัมพร คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤดี ชอบผล กรรมการบริหาร สถาบันหัวใจเพชรเพดฮาร์ท
 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสียม โตรัตน์ โรงพยาบาลปิยะเวท
 21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มีชัย เอี่ยมจินดา ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประติษฐ์ เกกิงรังสฤษดิ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพรัตน์ ภูมิวุฒิสาร คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
- นักวิชาการอิสระ
คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทบรรณาธิการ

ในปี 2557 นี้ วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนได้เพิ่มกำหนดการออกวารสารเป็น 4 ฉบับต่อปี ดังนี้ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน และฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม จึงขอความร่วมมือจากท่านที่ต้องการตีพิมพ์บทความวิชาการหรือบทความวิจัยในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน กรุณาส่งบทความล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้กองบรรณาธิการมีเวลาพิจารณาและดำเนินการประเมินบทความทุกอย่างละเอียด รวมทั้งฝ่ายผลิตจะได้มีเวลาในการจัดเตรียมต้นฉบับอย่างดี

สำหรับวารสารฉบับที่ 2 ปีที่ 20 เป็นวารสารฉบับเดือนเมษายน-มิถุนายน 2557 ยังคงมีบทความวิชาการและบทความวิจัยจากหลากหลายสาขาวิชาได้แก่ บทความด้านการบริหาร ด้านการพยาบาล ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านเทคโนโลยีและอื่นๆ

กองบรรณาธิการได้พยายามปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) อันจะทำให้ผลงานทางวิชาการที่นำมาตีพิมพ์จะเกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่าน ขอขอบคุณนักศึกษามหาวิทยาลัยคริสเตียน บุคคล สถาบันอุดมศึกษา และหน่วยงาน/องค์กร ที่ให้การสนับสนุนเป็นสมาชิก รวมทั้งส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนตลอดมา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง

บรรณาธิการบริหาร

และ

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธิระนันท์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

- | | | |
|--|---|-----|
| ♦ การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา : การประยุกต์ในการวิจัยทางการพยาบาล
Ethnography : An Application to Nursing Research | ผศ.ดร. ศักุล ช่างไม้
Asst.Prof.Dr. Sakul Changmai | 177 |
| ♦ อาณาจักรสุโขทัยกับมรดกทางวัฒนธรรมเพื่อการท่องเที่ยว
Sukhothai Kingdom and Cultural Heritage for Tourism | สงกรานต์ กลมสุข
Songkran Klomsook | 187 |
| ♦ ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีชีวการแพทย์ในการวินิจฉัยโรควัณโรค
Advances in Biomedical Technology for Tuberculosis Diagnosis | ทวิวรรณ สารีบท
Tawiwan Sareebot | 205 |
| ♦ กระแสนิยมการออกกำลังกายแบบทางเลือก : โอกาสของนักวิจัยและผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง
The Current Trends of Alternative Exercises : an Opportunity for Researchers and the Elderly with Chronic Non-Specific Low Back Pain | ธฤชณวัชร ไชยโคตร
Dhissanuvach Chaikhot | 214 |
| ♦ ผู้เสียหายจากการทำให้แท้งลูกในความหมายตามพระธรรมอพยพและกฎหมายไทย
The Victims of Abortion Cases in the Book of Exodus and Perspective from Thai Law | เนติ คูโชติกุล
Nati Khoochotikul | 223 |
| ♦ การเป็นหนึ่งเดียวกับพระคริสต์และพระคุณทวีภาคในเทววิทยาของจอห์น คาลวิน
The Union with Christ and the Twofold Grace in John Calvin's Theology | ดร. พญ. วิจิตรา อัครพิชญธร
Dr. Wichitra Akraphichayatorn | 232 |
-

-
- ◆ แนวทางคลินิก เอ็นซีดี คุณภาพ : นวัตกรรมการดูแล
สุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน 241
Usa Tontapong
The Guidelines of NCD Quality Clinic :
Community Health Care Sustainability Innovation
-
- ◆ ปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร 250
Dr. Raphatphorn Petchsuk
Factors Predicting the Intention to Alcohol
Consumption of Suan Dusit Rajabhat University
Students in Bangkok Province
-
- ◆ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร 260
Samang Tanvichian
The Competencies of Professional Nurses
for Caring for Acute Myocardial Infarction Patients
at a Tertiary Level Hospital in Samutsakhon Province
-
- ◆ การศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดของนักศึกษา
สาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง 273
Paradee Piriyaponggrat
A Study of Effect of Music Therapy for
Reducing Stress of Health Sciences Program
Students at a Private University
-
- ◆ การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติ
เพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง 289
Dr. Saowanee Karndacharuk
The Identification of Result Indicators Based
on National Education Criteria for Performance
Excellence of a Private University
-
- ◆ แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน
กรณีศึกษา กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จังหวัดนครปฐม 304
Napa Nakym
The Development Guidelines of Community
Enterprise Accounting System : a Case Study of
Processed Food Products in Nakhon Pathom Province
-
- ◆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วย
ที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจรของโรงพยาบาลตติยภูมิ 320
Assoc.Prof.Dr. Lucksana Inklab
แห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม
The Factors Relating to Survival Probability
of the Traffic Accident Patients at a Tertiary
Hospital in Nakhon Pathom Province
-

-
- ♦ ปัญหา ความต้องการและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน 72 ชั่วโมง นงศ์รักริ ชัยเสนา และคณะ 333
แรกหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
ในโรงพยาบาลขอนแก่น Nongruk Chaisena
Post-Operative Nursing Care Plan in the First
72 Hours for Patients with Open Heart Surgery
in Khon Kaen Hospital
-
- ♦ สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทรีจิรา วงษ์ขมทองและคณะ 344
ฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนใน Ass.Prof.Dr. Janjira Wongkhomthong
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
The Competencies of Strategic Leadership
of Chief Nurse Executives in Private Hospitals
in Bangkok Metropolitan
-
- ♦ บัญชีรายชื่อ : หน้าต่างความรู้สู่ประชาคมอาเซียน กองบรรณาธิการ 360
-



การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา : การประยุกต์ในการวิจัยทางการพยาบาล Ethnography : An Application to Nursing Research

ดร. ศากุล ช่างไม้ *

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา เป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของกลุ่มคนที่ต้องการศึกษา เพื่อเป้าหมายให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของกลุ่มคนตามการรับรู้ของกลุ่มคนเองและมีความเข้าใจในแบบแผน พฤติกรรมทางสังคมวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ที่ยึดถือจนกลายเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของคนกลุ่มนั้นพยาบาลสามารถนำระเบียบวิธีวิจัยนี้มาใช้ในการศึกษาวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับมิติสุขภาพและการดูแล ดังนั้นนักวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographer) จึงทำการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบของวัฒนธรรมและประสบการณ์ของคนกลุ่มใด

กลุ่มหนึ่งในวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม การทำวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาประกอบด้วย 13 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกโครงการ 2) การเลือกสถานการณ์ทางสังคม 3) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 4) การทำบันทึกเบื้องต้น 5) การบันทึกรายละเอียดสิ่งที่สังเกต 6) การวิเคราะห์ขอบเขตในเบื้องต้น 7) การสังเกตเฉพาะเรื่อง 8) การวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่ม/จัดหมวดหมู่ 9) การเลือกประเด็นที่สนใจเพื่อการสังเกตเฉพาะ 10) การจัดองค์ประกอบของสถานการณ์หรือสิ่งที่สังเกตได้ 11) การกำหนดแก่นของวัฒนธรรม 12) การทำบัญชีรายการของวัฒนธรรมที่ได้มาทั้งหมด และ 13) การเขียนรายงานการวิจัย

Abstract

Ethnographic research is a qualitative research methodology used to study lifestyles of people being studied. The goal is to understand their behaviors from their point of views and to understand patterns, social behaviors, culture, faith and lifestyle of the people. Nurses can use ethnography in order to

study culture and lifestyle of clients in relation to health and care. Therefore, ethnographic research is conducted to study the culture and experience of one group in the holistic culture. The ethnographic research consists of 13 stages as follows : 1) selecting an ethnographic project 2) selecting a

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และประธานสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

social situation, 3) doing participant observation 4) making ethnographic record 5) making descriptive observations in general 6) making a domain analysis 7) making focused observation 8) making

a taxonomic analysis 9) making selected observation 10) making a componential analysis 11) discovering cultural themes 12) taking a culture inventory and 13) writing an ethnography.

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับ “คน” ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการหรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ในมุมมองของตนเอง (Nikkonen & Janhonen, 1995) การศึกษาเชิงคุณภาพช่วยให้พยาบาลสามารถศึกษาและเข้าใจบุคคลหรือกลุ่มคนที่ต้องการศึกษาได้ทั้งพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และวัฒนธรรม (Hardy, 1994) ยิ่งไปกว่านั้นยังสามารถศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในกลุ่มคนด้วย

Ethnography สามารถแปลเป็นไทยได้ว่า “ชาติพันธุ์วรรณา” จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานได้ให้ความหมายว่า เป็นชาติพันธุ์วิทยาสาขาหนึ่งที่พรรณาดังวัฒนธรรมแบบต่างๆ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542:359) นักวิชาการทางการพยาบาลได้อธิบายเพิ่มเติมว่า Ethnography หมายถึง “ภาพวาดหรือรายละเอียดของกลุ่มคน” (Burns & Grove, 1993) หรือ “การเรียนรู้จากกลุ่มคน” (Spradley, 1980) และ “รายละเอียดของคนที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน” (Crowther, 1995)

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic research) จึงเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของกลุ่มคนที่ต้องการศึกษา เพื่อเป้าหมายให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลตามการรับรู้ของบุคคลเอง รวมไปถึงความเข้าใจในแบบแผน พฤติกรรมทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ที่ยึดถือจน

กลายเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของคนกลุ่มนั้นไปแล้ว ดังนั้นนักวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographer) จึงทำการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบของวัฒนธรรมและประสบการณ์ของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม (Polit & Beck, 2008: 222) ระเบียบวิธีวิจัยนี้ได้รับการยอมรับในวิชาชีพการพยาบาลตั้งแต่ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1985) ได้นำมาใช้เพื่อการศึกษาเชิงวัฒนธรรมเกี่ยวกับการพยาบาลโดยเน้นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

Spradley (1980) ให้ความหมายของคำว่า “วัฒนธรรม” ว่าหมายถึงความรู้ซึ่งได้มาจากการเรียนรู้และบุคคลหรือกลุ่มคนได้ใช้ความรู้นั้นในการบอกความหมายของประสบการณ์ของตน จากนั้นจึงแสดงให้เห็นพฤติกรรมตามมา ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ โดยการกระทำพฤติกรรมของกลุ่มคน (Behavior) สิ่งที่กลุ่มคนรู้หรือมีความรู้ (Knowledge) และสิ่งที่กลุ่มคนสร้างขึ้นและใช้ (Artifacts) ดังนั้นในการเรียนรู้วัฒนธรรมของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจึงเรียนรู้ผ่านสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. การสังเกตการกระทำหรือพฤติกรรมของกลุ่มคนในสังคม (Behavior) เพราะพฤติกรรมเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจากการสะสมความคิด ความรู้เพื่อการมีชีวิตรอดในกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน พฤติกรรมเหล่านั้นจึงแสดงออกถึงวัฒนธรรมของคนกลุ่มนั้นได้อย่างดี เช่น ค่านิยมและค่านิยมที่แสดงออกถึงค่านิยมของประเทศไทยนิยมรับประทานข้าวเหนียวที่ต้องใส่กระติบมาอย่างดี

2. การสังเกตสิ่งประดิษฐ์ที่คนในสังคมทำและนำไปใช้ (Culture artifacts) เพราะข้าวของเครื่องใช้ของคนในแต่ละกลุ่มเกิดขึ้นจากรากเหง้าและ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ภูมิปัญญาของเขา จึงทำให้มีการประดิษฐ์หรือสร้างขึ้นและใช้กันมารุ่นต่อรุ่น เช่น หมอนขิดที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเป็นสิ่งที่ประดิษฐ์ที่แตกต่างไปจากคนในภาคอื่น

3. การฟังสิ่งที่คนในสังคมพูดหรือภาษาที่ใช้ (Speech messages/ language) เนื่องจากภาษาแสดงถึงวัฒนธรรมที่ชัดเจนของคนแต่ละกลุ่ม เช่น คนไทยที่มาจากแต่ละภาคซึ่งมีภาษาที่ต่างกันคนภาคเหนือใช้ภาษาเหนือที่มีความแตกต่างกับภาษาใต้ของคนภาคใต้

ดังนั้นการทําวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาจึงใช้กระบวนการอ้างอิงจากสิ่งดังกล่าว ในการเรียนรู้สิ่งที่ได้เห็น ได้ยิน เพื่อเข้าใจวิถีชีวิตของกลุ่มคนที่ศึกษาภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เขาคุ้นเคย เพื่อเป้าหมายคือการเข้าใจความหมายและประสบการณ์ ที่กลุ่มคนในสังคมรับรู้ตามมุมมองของเขาเอง (Leininger, 1985; Cameron, 1990; Nikkonen & Janhonen, 1995; Brandriet, 1994)

คุณลักษณะพื้นฐานของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา

ก่อนเริ่มทําวิจัยเชิงคุณภาพทุกครั้ง ผู้วิจัยควรทำความเข้าใจหลักปรัชญาหรือความเชื่อเกี่ยวกับการทําวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งต้องได้รับการฝึกฝนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึก ในการทําวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณามีคุณลักษณะพื้นฐานที่ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงด้วย กล่าวคือการที่จะอ้างว่างานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา ต้องประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐานดังนี้ (Streubert and Carpenter, 2011:171-174)

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการวิจัย (Researcher as instrument) ซึ่งคุณลักษณะนี้จัดเป็นคุณลักษณะหลักของการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปด้วย

2. การลงพื้นที่ (Fieldwork) โดยผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ของการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. วงรอบของการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลตามธรรมชาติ (Cyclic nature of data collection and analysis) กล่าวคือกระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะเกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน

4. การเน้นวัฒนธรรมของกลุ่มบุคคลที่มีสิ่งต่างๆ เหมือนๆกัน (Focus on culture) เช่น กิจกรรม การกระทำ ภาษา สิ่งของเครื่องใช้ และอื่นๆ

5. การเกิดแก่นของวัฒนธรรม (Cultural immersion) ที่เกิดจากการฝังตัวอยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานานพอสมควรของผู้วิจัยและมีความลึกซึ้งกับความ เป็นอยู่ในชุมชนหรือพื้นที่นั้นๆ

6. การสะท้อนคิด (Reflexivity) เป็นการหาจุดสมดุลของการเป็นผู้วิจัยกับการเป็นบุคคลหนึ่งในวัฒนธรรมของกลุ่มคน เพราะผู้วิจัยต้องเข้าไปอยู่ในชุมชนนั้นๆ จนอาจลืมนึกถึงความเป็นตัวตนที่มีความคิดของตนเองเมื่อพบสิ่งที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมที่ได้เข้าไปอยู่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้วิจัยต้องสามารถแยกแยะให้ได้ว่า ขณะนี้ตนเองคิดอย่างไร และคนในวัฒนธรรมนั้นจริงๆ คิดอย่างไร

การประยุกต์ในการวิจัยทางการแพทย์

เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานกับมนุษย์โดยตรง ทั้งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและการทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพด้วยกันเอง จึงทำให้พยาบาลต้องมีความสามารถในการเข้าใจมนุษย์รวมทั้งเรียนรู้และเข้าใจวิถีชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้ นักวิจัยทางการแพทย์นำระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาไปเพื่อศึกษาวัฒนธรรมและการใช้ชีวิตของผู้ใช้บริการบางกลุ่ม เพื่อเข้าใจวัฒนธรรมความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขภาพ เช่น งานวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (Changmai, 1999, 2001) ที่ศึกษาวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์แห่งนั้นร่วมกับการศึกษาภาวะสุขภาพและ

ระบบการพยาบาลที่จัดการดูแลให้กับผู้สูงอายุ ข้อค้นพบจากการศึกษาทำให้เข้าใจสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามมุมมองของผู้สูงอายุเองที่เรียกว่าเป็นมุมมองจากคนใน (Emic perspectives) รวมทั้งเข้าใจระบบการพยาบาลที่จัดให้กับผู้สูงอายุในลักษณะของการดูแลในเรือนพยาบาลที่มีความใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่มีความอบอุ่นในความรู้สึกของการเป็น “บ้าน” ได้มากกว่า

งานวิจัยทางการบริหารการพยาบาลได้นำเอาระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณามาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาเช่นกัน อาทิ การวิจัยของเอียน บรูค (Brooks, 1999) ที่ศึกษาวัฒนธรรมการทำงานของพยาบาลเวรกลางคืน (Night shift) ที่มีความแตกต่างจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในช่วงกลางวัน (Day shift) ทำให้ผู้บริหารได้เห็นภาพและเข้าใจการใช้ชีวิตในการทำงานของพยาบาลเวรกลางคืนและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการและสนับสนุนศักยภาพของพยาบาลเวรกลางคืนให้มากขึ้น นอกจากงานวิจัยทางการพยาบาลทั้งสองเรื่องดังกล่าวที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา มาเป็นแนวทางในการเจาะลึกให้ได้ข้อมูลที่เป็นวัฒนธรรมของกลุ่มคนหรือชุมชนที่ศึกษาแล้ว ยังมีงานวิจัยทางการพยาบาลอีกหลายเรื่องที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยนี้ เช่น Ensign & Bell (2004) ศึกษาวิถีชีวิตเมื่อเจ็บป่วยของเยาวชนวัย 15-23 ปีที่ไร้ที่อยู่อาศัยในซีแอตเติล Hubbert (2005) ศึกษาวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนวัยผู้ใหญ่ซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยในเรื่องของการได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การศึกษาเหล่านี้ยืนยันข้อค้นพบใหม่ที่ยังไม่มีผู้ใดค้นพบเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจวัฒนธรรมและการใช้ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับมิติด้านสุขภาพและการดูแลยามเจ็บป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลมีข้อมูลในการออกแบบระบบการพยาบาลและการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและการใช้ชีวิตของกลุ่มคนเหล่านั้น

ขั้นตอนการทำวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา

การทำวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ (Spradley, 1979, 1980)

1. การเลือกโครงการ (Selecting an ethnographic project) ในการเลือกโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องสามารถตอบคำถามการวิจัยจากโครงการนั้นๆ ได้ ตัวอย่างคำถามการวิจัย เช่น การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุเป็นอย่างไร ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร ใช้เวลาในแต่ละวันอย่างไร ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมองเห็นว่า การตอบคำถามเหล่านั้นจำเป็นที่จะต้องเลือกโครงการโดยการศึกษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดสระบุรี หรือจากตัวอย่างงานวิจัยของผู้เขียน (Changmai, 1999, 2001) ที่ต้องการศึกษาวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์แห่งนั้นร่วมกับการศึกษาภาวะสุขภาพและระบบการพยาบาลที่จัดการดูแลให้กับผู้สูงอายุ

2. การเลือกสถานการณ์ทางสังคม (Selecting a social situation) เป็นการเลือกเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคม ในสถานที่ที่เลือกโครงการไว้ในขั้นตอนแรก เมืองที่ประกอบ 3 อย่าง คือ

2.1 สถานที่ (A place) ต้องมีที่ที่ผู้วิจัยจะเข้าไปทำการสังเกตเพื่อการเก็บข้อมูลได้

2.2 ตัวแสดง (Actors) ต้องมีผู้คนที่เป็นผู้แสดงให้เห็นภาพหรือสถานการณ์ทางวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยกำลังทำการศึกษา

2.3 กิจกรรม (Activities) ต้องมีกิจกรรมที่แสดงออกให้เห็นฉาววัฒนธรรม เป็นกิจกรรมที่ผู้แสดงเป็นคนแสดงให้สามารถสังเกตและเก็บข้อมูลได้ในขั้นตอนนี้ สามารถใช้เกณฑ์ในการเลือกสถานการณ์ได้ดังนี้

1) สถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน (Simplicity) กล่าวคือเป็นสถานการณ์ที่เหตุการณ์ไม่ยุ่งยากเกินไป ไม่วุ่นวาย ไม่ซับซ้อนมากนัก ในการที่จะเข้าไปสังเกตหรือมีส่วนร่วม

2) สถานการณ์ที่เข้าถึงได้ง่าย (Accessibility) หมายถึงผู้วิจัยไม่มีความยากลำบากที่จะเข้าไปอยู่ในสถานการณ์และสามารถมีส่วนร่วมได้ เช่น การรอตรวจที่ห้องผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้คนมารอมากมาย เพราะคนทั่วไปก็สามารถมานั่งรอตรวจได้

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

3) สถานการณ์ที่ไม่ทำให้ผู้วิจัยกลายเป็นจุดสนใจ (Unobtrusiveness) เป็นสถานการณ์ที่ผู้วิจัยไม่เป็นที่สนใจต่อบุคคลอื่นๆ ในสถานการณ์อาจเป็นที่สนใจบ้างในระยะแรก แต่ไม่ควรกลายเป็นจุดเด่นที่ทุกคนต้องให้ความสนใจ เช่น กรณีงานวิจัยของผู้เขียนนั้น (Changmai, 1999) ได้เลือกสถานการณ์ในห้องการฝีมือที่มีคุณยายหลายคนนั่งทำการฝีมืออยู่ ซึ่งแต่ละคนกำลังมีสมาธิกับงานที่ตนเองทำ จึงให้ความสนใจกับผู้เขียนน้อยมาก

4) สถานการณ์ที่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปได้ (Permissibility) เป็นสถานการณ์ที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าไปอยู่ได้ โดยไม่ถูกต่อต้าน ซึ่งหมายความว่าผู้วิจัยต้องทำการขออนุญาตก่อนเริ่มทำการวิจัย

5) สถานการณ์ที่มักเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ (Frequently recurring activities) หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วเกิดอีก มีกิจกรรมที่ทำซ้ำๆ สามารถสังเกตและมีส่วนร่วมได้บ่อยครั้ง เช่น การอยู่ในห้องการฝีมือซึ่งมีการทำกิจกรรมทุกวันและตลอดทั้งวัน ทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตการทำฝีมือได้ทุกวันและตลอดทั้งวันเช่นกัน

ในสถานการณ์ดังกล่าวทั้งหมดจะทำให้ผู้ทำวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาสามารถเริ่มต้นทำการเก็บข้อมูลได้โดยมีอุปสรรคน้อยลง และเกิดความรู้สึกไม่ยุ่งยากใจต่อระเบียบวิธีวิจัยดังกล่าว

3. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Doing participant observation) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเริ่มการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งต้องอาศัยความสามารถของผู้วิจัย จากการเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) จนกลายมาเป็นเพื่อน (Friend) ของกลุ่มคนในสังคมที่ศึกษา อาจต้องผ่านด่านจากผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลสังคมนั้น (Gatekeeper) นอกจากนั้นผู้วิจัยอาจต้องอาศัยผู้ให้ข้อมูล (Informants) เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมนั้น

ผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) หมายถึงผู้สามารถถ่ายทอดเรื่องราว หรือประสบการณ์ได้ตรงและครบถ้วน กับผู้ให้ข้อมูลทั่วไป (General

informants) หมายถึงผู้ให้ข้อมูลทั่วไป สามารถช่วยยืนยันสิ่งที่ค้นพบได้

การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 5 รูปแบบ ได้แก่ (Leininger, 1985)

3.1 การสังเกตเพียงอย่างเดียว (Non participation-observation alone) เป็นการสังเกตเพียงอย่างเดียวโดยที่ไม่ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ แต่สังเกตจากภายนอก

3.2 การปรากฏตนอยู่ในสถานการณ์ (Passive participation) เป็นการปรากฏอยู่ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ แต่แทบจะไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้อื่นมากนัก

3.3 การมีส่วนร่วมพร้อมๆ กับสังเกต (Moderate participation) เป็นการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ไปพร้อมๆ กับการสังเกตด้วยน้ำหนักที่ใกล้เคียงกัน

3.4 การมีส่วนร่วมโดยตรง (Active participation) เป็นการมีส่วนร่วมมากขึ้นในหน้าที่ที่มากกว่าการสังเกต แต่ยังคงการสังเกตไว้ด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับที่คนในสังคมปฏิบัติ

3.5 การมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (Complete participation) เป็นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จนผู้วิจัยกลายมาเป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมนั้นซึ่งกลายเป็นผู้มีส่วนร่วมเสียเอง

4. การทำบันทึกเบื้องต้น (Making ethnographic record) ในการบันทึกเพื่อสามารถถ่ายทอดวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในสังคมได้นั้น ผู้วิจัยต้องอาศัยกระบวนการสังเกตและมีส่วนร่วมดังกล่าว ในเรื่องของภาษา สิ่งประดิษฐ์ ข้าวของเครื่องใช้ อาจอาศัยการถ่ายรูป วิดีทัศน์ การบันทึกเสียง และการลงบันทึกด้วยการเขียน

การเขียนบันทึกภาคสนาม (Filed notes) เป็นวิธีหนึ่งที่คุณวิจัยต้องรู้จัก สามารถแบ่งลักษณะการบันทึกง่ายๆ ได้ 2 แบบ คือ

4.1 การบันทึกเฉพาะหัวข้อที่สำคัญ (Condensed account) หมายถึงการบันทึกเฉพาะหัวข้อหรือคำหลักๆ ที่ใช้ให้เข้าใจในขณะนั้น

4.2 การบันทึกเพื่อขยายความ (Expanded account) เป็นการบันทึกต่อจากข้อ 4.1 กล่าวคือ ลงในรายละเอียดต่อจากหัวข้อหรือคำหลักๆ ที่ใช้

ซึ่งการบันทึกทั้ง 2 ลักษณะนั้น ผู้วิจัยอาจใช้ลักษณะคล้ายการเขียนบันทึกประจำวัน (Diary) บอกเล่าเรื่องราวที่ได้พบในแต่ละวัน รวมทั้งปฏิกิริยาความรู้สึกต่างๆ ของผู้วิจัยเองได้ด้วย

5. การบันทึกรายละเอียดสิ่งที่สังเกต (Making descriptive observations in general) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องทำการเขียนในสิ่งที่เห็นว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง ทั้งลักษณะทางกายภาพ ทำแผนที่ บอกตำแหน่ง สถานที่ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ทุกอย่างในฉากที่เห็นทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและช่วยในการถ่ายทอดเรื่องราวได้ในภายหลัง

6. การวิเคราะห์ขอบเขตในเบื้องต้น (Making a domain analysis: summary the culture scene) เป็นการวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงของเหตุการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมที่ต้องการศึกษา เพราะอาจมีรูปแบบที่ปรากฏอยู่ให้เห็นจากการบันทึกภาคสนามและข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนี้ ซึ่งอาจกลายมาเป็นฉากของวัฒนธรรม (Cultural scene) ที่เป็นอยู่ของคนในสังคมนั้นได้

7. การสังเกตเฉพาะเรื่อง (Making focused observation) เมื่อได้ฉากของวัฒนธรรมในขั้นตอนที่ 6 แล้ว ผู้วิจัยต้องทบทวนสิ่งที่ได้มาว่า จะมีฉากใดบ้างที่สามารถหาข้อมูลหรือทำการวิเคราะห์เจาะลึกให้มากขึ้นได้ โดยอาจใช้เกณฑ์ง่าย ๆ ในการพิจารณาเลือก ได้แก่ การเลือกตามความสนใจของผู้วิจัยเอง เพราะการเริ่มต้นในสิ่งที่ตนเองสนใจ จะเป็นแรงจูงใจให้อยากติดตามและค้นหาเบื้องลึก เบื้องหลังของวัฒนธรรมเหล่านั้น นอกจากนั้นผู้วิจัยอาจใช้คำแนะนำของผู้ให้ข้อมูล (Informants) ที่สามารถช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในรายละเอียดที่ต้องการเจาะลึกได้มากยิ่งขึ้น ไม่เพียงเท่านั้น การใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ผู้วิจัยสนใจก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้

ในการเลือกการสังเกตเฉพาะเรื่องมีเกณฑ์ในการช่วยพิจารณา ดังนี้

7.1 เลือกประเด็น (Domain) ที่สนใจ

7.2 ตั้งคำถาม/เขียนคำถามเพื่อวางกรอบว่าอะไรบ้างที่ต้องสังเกต เช่น ในห้องทำการฝีมือของสถานสงเคราะห์แห่งนี้มีการทำการฝีมืออะไรบ้าง อะไรเป็นสิ่งที่คนนิยมทำมากที่สุด ใครทำกิจกรรมนั้นๆบ้าง และทำอะไร

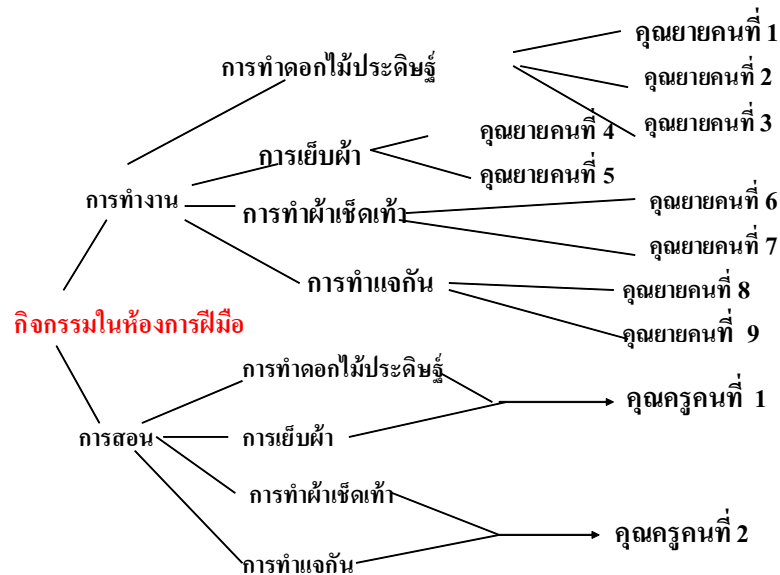
7.3 เมื่อได้คำถามว่าต้องสังเกตอะไรบ้างแล้ว ต้องจัดลำดับให้ได้ว่าจะสังเกตอะไรก่อนหลัง

7.4 พิจารณาดูว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างที่ผู้วิจัยสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมนั้น

8. การวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่ม/จัดหมวดหมู่ (Making a taxonomic analysis) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องทำการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่ม โดยมองหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นภายใต้ขอบเขตของวัฒนธรรมที่ได้ในขั้นตอนต้น เช่น การศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งของผู้เขียน (Changmai, 1999) พบว่ากิจกรรมในห้องการฝีมือเป็นขอบเขตของวัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่ผู้วิจัยเรียนรู้ได้จากสถานสงเคราะห์นี้ ซึ่งกิจกรรมในห้องการฝีมือประกอบด้วยกิจกรรมการทำงานของกลุ่มผู้สูงอายุ และกิจกรรมการสอนโดยคุณครู นอกจากนั้นยังพบอีกว่าการฝีมือดังกล่าวสามารถจัดแบ่งเป็น การเย็บพรม เชิดเท้า การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การเย็บเสื้อผ้า และการทำแจกันกระดาษ ส่วนกลุ่มคนที่ทำกิจกรรมในห้องนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สอนผู้สูงอายุให้ประดิษฐ์การฝีมือเหล่านี้ และผู้สูงอายุที่ทำงานการฝีมือเหล่านี้ โดยผู้วิจัยยังสังเกตว่ามีใครที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้น ทั้งกลุ่มที่เป็นผู้สอน (คุณครูคนที่ 1 และคุณครูคนที่ 2) และผู้ทำงานชิ้นต่างๆ (คุณยายคนที่ 1 ถึงคุณยายคนที่ 9) เมื่อได้ข้อมูลมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์และจัดกลุ่มให้เกิดชุดของข้อมูลที่มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน ดังแผนภาพที่ 1

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗



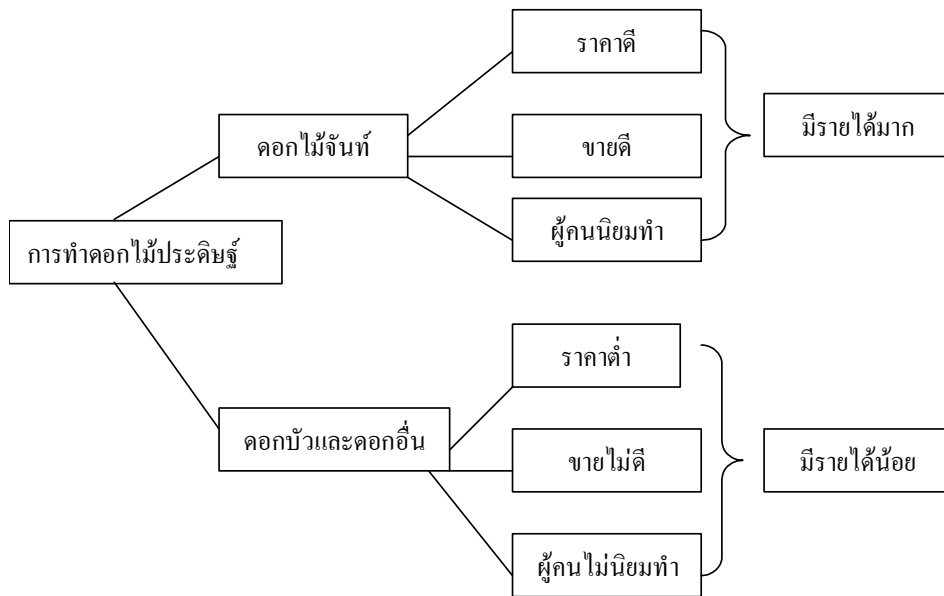
แผนภาพที่ 1 การวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่ม/จัดหมวดหมู่

9. การเลือกประเด็น (Domain) ที่สนใจเพื่อการสังเกตเฉพาะ (Making selected observation) ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต่อจากการจัดกลุ่ม ผู้วิจัยต้องเลือกประเด็นที่สนใจเพื่อทำการสังเกตเฉพาะ ซึ่งรวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม อาจใช้การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการได้ ประเด็นที่สนใจควรเป็นประเด็นที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวให้เห็นวัฒนธรรมของผู้คนในกลุ่มหรือชุมชนที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา

10. การจัดองค์ประกอบของสถานการณ์หรือสิ่งที่สังเกตได้ (Making a componential analysis) ในการจัดองค์ประกอบของสิ่งที่สังเกตได้ นี้ เป็นการรวบรวมให้เห็นว่าคุณสมบัติของสถานการณ์หรือสิ่งที่สังเกตได้ประกอบด้วยข้อมูลใดบ้าง ทั้งนี้ต้องรวมถึงการตรวจสอบ และจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้ทั้งจากการสังเกต การสัมภาษณ์และการมีส่วนร่วมด้วย เช่น ผู้วิจัยพบว่า กิจกรรมในห้องการฝีมือที่เป็นที่นิยมคือการทำดอกไม้ และดอกไม้ที่นิยมทำกันมากที่สุดคือดอกไม้จันทน์ นอกจากนั้นที่นิยมน้อยกว่าคือ ดอกบัว

และดอกไม้อื่นๆ จากนั้นผู้วิจัยยังทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อีกทั้งหมดจึงพบเหตุผลที่ดอกไม้จันทน์เป็นที่นิยม กล่าวคือ ราคาดี ขายง่าย และคนต้องใช้ ในทางกลับกันก็พบว่าดอกไม้อื่นๆนั้น ขายยาก ราคาไม่ค่อยดีคือต้องขายถูกและ ไม่ค่อยมีคนซื้อ จึงได้ข้อสรุปว่าองค์ประกอบที่จัดได้ในกรณีนี้คือ ดอกไม้ประดิษฐ์ที่คนนิยมทำคือ ดอกไม้จันทน์เพราะราคาดี ขายง่ายและคนนิยมใช้เพราะเป็นดอกไม้สำหรับใช้ในการฉาบงานศิลปะสำหรับคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธ

11. การกำหนดแก่นของวัฒนธรรม (Discovering cultural themes) ในการกำหนดแก่นของวัฒนธรรมในขั้นตอนนี้คือการเชื่อมโยงให้เห็นถึงวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในสังคมนั้นๆ กล่าวคือมองเห็นถึงพฤติกรรม การกระทำ สิ่งของ เครื่องใช้ที่ปรากฏอยู่อย่างมีความหมายและมีการเชื่อมโยงกัน เช่น กรณีของดอกไม้จันทน์ที่พบว่าดอกไม้ประดิษฐ์ที่คนนิยมทำนั้น สามารถเชื่อมโยงจนเกิดแก่นของวัฒนธรรมนี้ได้ว่า เป็นดอกไม้ที่ทำแล้วคนทำจะได้น้ำมันมากกว่า และขายได้ดีกว่า โดยสามารถเขียนเป็นกรอบการเชื่อมโยงได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวทางการกำหนดแก่นของวัฒนธรรม

ดังนั้นสาระสำคัญหรือแก่นความคิดรวบยอด (Theme) ที่ได้จากขั้นตอนนี้คือ **การทำดอกไม้จันทน์ จัดเป็นธุรกิจที่ดีในการทำการฝีมือของสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้**

12. การทำบัญชีรายการของวัฒนธรรมที่ได้มาทั้งหมด (Taking a culture inventory) ผู้วิจัยต้องรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดจากขั้นตอนที่ 1 - 11 ว่าได้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ มากน้อยเพียงใด มีอะไรที่ต้องสืบค้นเพิ่มเติม อ่านข้อมูลทั้งหมดซ้ำไปมา เพื่อเกิดความเข้าใจและพิจารณาให้ได้ว่ามีอะไรที่ผู้วิจัยอาจมองข้ามไปบ้าง จากนั้นเขียนรายการของแก่นวัฒนธรรมที่ได้ทั้งหมด เชื่อมโยงให้เป็นเรื่องราว หากยังขาดข้อมูลใด ให้เขียนไว้ด้วยและกลับไปสืบค้นให้ครบถ้วนเพื่อถ่ายทอดงานออกมาให้เห็นวัฒนธรรมของคนกลุ่มนั้นจริงๆ

จากนั้นกำหนดตัวอย่างภายใต้แก่นของวัฒนธรรมที่ได้ อาจเป็นรูปภาพ บทสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้อง และการบันทึกภาคสนาม รวมทั้งข้อมูลจากรายงานหรือแหล่งอื่นๆ

13. การเขียนรายงานวิจัย (Writing an ethnography) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการทำวิจัย ผู้วิจัยควรกำหนดร่างหัวข้อต่างๆที่จะเขียน กำหนดหัวข้อย่อยและรายละเอียดคร่าวๆที่ต้องการใส่ไว้ จะทำให้ไม่ยุ่งยากต่อการเขียนรายงาน อย่างไรก็ตาม การเขียนรายงานที่ดีคือการที่ผู้วิจัยได้อ่านงานวิจัยของผู้อื่นมาก่อนและฝึกเขียนตามแนวทางของตนเอง

สรุป

การทำวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาเป็นการวิจัยที่สามารถนำมาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ได้ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจและเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือคนในชุมชนใดชุมชนหนึ่งได้ โดยวัฒนธรรมที่ศึกษามักมีความเกี่ยวข้องในมิติของสุขภาพและการดูแลสุขภาพของคนกลุ่มนั้นๆ ผู้วิจัยจึงต้องเข้าไปอยู่ในสังคมนั้นระยะหนึ่ง ต้องสามารถสังเกต สัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลที่เป็นวิถีการดำเนินชีวิต ในวัฒนธรรมของเขาจริงๆ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

บรรณานุกรม

- ประณีต ส่งวัฒนา วิภาวี คงอินทร์ และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ปริญญาการณัวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. วารสารสภาการพยาบาล. 15(2) : 12-24.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2547). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2550). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- Brandriet, L.M. (1994). Gerontological Nursing : Application of Ethnography and Grounded Theory. *Journal of Gerontological Nursing*. 20:33-40.
- Brooks, I. (1999). For Whom the Bell Tolls: An Ethnography of a Night Nurse Sub-Culture. *Studies in cultures, organizations, and societies*. 5(2) : 347:369.
- Burns, N. & Grove, S. (1993). *The practical of nursing research : conduct, critique, and utilization*. Philadelphia : WB. Saunders Company.
- Cameron, C. (1990). The Ethnographic Approach: Characteristics and Uses in Gerontological Nursing. *Journal of Gerontological Nursing*, 16: 5-7.
- Changmai, S. (1999). *An ethnography of Ban Bangkae : a home for the aged in Bangkok, Thailand*. A thesis submitted for the fulfillment of Ph.D. Southern Cross University, NSW. Australia.
- Changmai, S. (2001). An Ethnography of Ban Bangkae : A Home for the Aged in Bangkok, Thailand. *Christian University Journal*, 7(1): 59-70.
- Crowther, J. (1995). *Oxford advanced learner's dictionary of current english*. Oxford : University Press.
- Ensign, J. & Bell, M. (2004). Illness Experiences of Homeless Youth. *Qualitative health research*, 14(9):1239-1254.
- Hardy, M. (1994). Qualitative Research and Nursing. In Hardy and Munhall (Eds.). *Nursing research : theory and practice*. London : Chapman and Hall.
- Hubbert, A.O. (2005). An ethnonursing research study : Adult residing in a midwestern Christian philosophy urban homeless shelter. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(3) : 236-244.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and Coping*. New York, Spring Publishing Company.
- Leininger, M.M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. Philadelphia" WB. Saunders Company.

- Nikkonen, M. & Janhonen, S. (1995). Ethnography and Ethnonursing in Nursing Research. *Vard I Norden*. 15 : 21-25.
- Polit, D.E. and Beck, C.T. (2008). Developing an Approach for a Qualitative Study. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Spradley, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. Fortworth : Harcourt Brace Javanovich College Publishers.
- Spradley, J.P. (1980). *Participation observation*. Fortworth : Harcourt Brace Javanovich College Publishers.
- Spradley, J.P. (1980). *Participation observation*. Fortworth : Harcourt Brace Javanovich College Publishers.
- Streubert, H.J.& Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative*, 5th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.



อาณาจักรสุโขทัยกับมรดกทางวัฒนธรรมเพื่อการท่องเที่ยว Sukhothai Kingdom and Cultural Heritage for Tourism

สงกรานต์ กลมสุข*

บทคัดย่อ

สุโขทัย ศรีสัชนาลัย และกำแพงเพชร เป็นเมืองประวัติศาสตร์ที่ปรากฏหลักฐานร่องรอยของอารยธรรมอันรุ่งเรืองในอดีต สะท้อนให้เห็นภาพของอาณาจักรสุโขทัยในความเป็น “รุ่งอรุณ แห่งความสุข” และเป็นรุ่งอรุณของประวัติศาสตร์ชาติไทยเมื่อครั้งเริ่มก่อตั้งบ้านเมืองในฐานะรัฐอิสระจนกลายเป็นรัฐสำคัญของภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ในระหว่างพุทธศตวรรษที่ ๑๘ - ๑๙ เป็นเวลานานถึงกว่า ๒๐๐ ปี ด้วยความโดดเด่นนี้เองส่งผลให้เมืองสุโขทัย และเมืองบริวารได้รับการอนุรักษ์และพัฒนาให้เป็นอุทยานประวัติศาสตร์และได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ในบัญชีรายชื่อแหล่งมรดกโลก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔

ในบทความเรื่องนี้ได้กล่าวถึงมรดกทางวัฒนธรรมที่ได้ก่อกำเนิดขึ้นในขณะสมัยสุโขทัยยังเป็น

ราชธานีของไทย ทั้งที่เกิดจากการประดิษฐ์คิดขึ้นเอง และการรับเอาวัฒนธรรมจากภายนอกแล้วนำมาปรับประยุกต์ให้เข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสุโขทัย เช่น การสร้างโบราณสถานสำคัญต่างๆ ประติมากรรม จิตรกรรม ประเพณี ที่ล้วนแล้วแต่มีคุณค่าต่อสังคมไทยในปัจจุบันทั้งสิ้น อีกทั้งยังส่งผลที่ดีต่อการท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม ซึ่งจะให้นักท่องเที่ยวที่สนใจการท่องเที่ยวประเภทนี้ ได้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมรดกทางวัฒนธรรมและสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ ในเมืองสุโขทัย และเมืองบริวารเพิ่มขึ้นด้วย

Abstract

The remains of ancient monuments and art objects at the sites of present day. Sukhothai, SiSatchanalai and Kamphaeng Phet reflect the called “dawn of happiness” period and the dawn of Thai history. From the declaration of independence from the

Khmers and the formation of the first Thai kingdom, until the 13th to 14th centuries when Sukhothai was one of the most important centres in Southeast Asia, spans a period of over two hundred years. Because of its historical

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาอุตสาหกรรมบริการและการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยคริสเตียน

importance, Sukhothai and its associated towns were developed as historical parks and were added to the World Heritage List in 1991.

This article discusses on the cultural heritage that have been establishing while Sukhothai was the capital of Thailand both of the self idea's invention and from the outer Kingdom culture influences. Sukhothai Kingdom received the cultures to be adapted and applied to the social and cultural

compatibility context. Those cultural examples were historical sites, sculptures, paintings and traditions which were the most valuable and positively tourism image to the present society. Further objective of the article is also focus on the important information for tourists who interested in this kind of tourism to read and gain more knowledge and understand about the cultural and heritage attractions in Sukhothai and its associated towns as well.

ประเทศไทยเป็นดินแดนที่มีอารยธรรมมาแต่โบราณ ดังที่ปรากฏเป็นหลักฐานแสดงร่องรอยการอยู่อาศัย เทคโนโลยีการประกอบอาชีพ วิธีการดำรงชีวิต รวมไปถึงแบบแผนประเพณีและความเชื่อต่างๆ ที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายทั่วราชอาณาจักรไทย และเมื่อมีการขุดค้นทางโบราณคดี การศึกษาด้านมานุษยวิทยา (Anthropology) ภาษาศาสตร์ (Ethnolinguistics)ชาติพันธุ์วิทยา (Ethnology) และการศึกษาเชิงประวัติศาสตร์วัฒนธรรม (Cultural-History Study) จึงทำให้เกิดองค์ความรู้ต่างๆ มากมายเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ไทยในแต่ละยุคสมัย

การรับรู้เรื่องราวแห่งอดีต ความเป็นมาของประวัติศาสตร์และรากเหง้าทางวัฒนธรรมต่างๆ ของประเทศไทยนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาจากหลักฐานในหลากหลายรูปแบบ ทั้งเอกสาร (Document) ศิลจารึก (Stone Inscription) ตำนาน (Legend) หลักฐานทางโบราณสถาน (Archeological site) และโบราณวัตถุ (Artifact) ต่างๆ มากมาย ซึ่งเปรียบเสมือนเสาหลัก (Milestone) แห่งการศึกษาประวัติศาสตร์ ทำให้ผู้ศึกษาทราบถึงพัฒนาการของแต่ละยุคสมัยได้อย่างชัดเจนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ในด้านของความสัมพันธ์ระหว่างประวัติศาสตร์กับการท่องเที่ยวนั้น ผู้เขียนมีความเห็น

ว่า การศึกษาประวัติศาสตร์ คือการศึกษาถึงเรื่องราวในอดีตผ่านร่องรอยของหลักฐานต่างๆ ซึ่งร่องรอยของหลักฐานต่างๆ นั้นเองที่ได้สืบทอดได้กลายมาเป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญในเวลาต่อมา ดังนั้นความสัมพันธ์จึงอยู่ตรงประเด็นที่ว่าองค์ความรู้ทางประวัติศาสตร์จะทำให้ให้นักท่องเที่ยวเข้าใจถึงความเป็นมาของสถานที่ต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้ง เห็นคุณค่าทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต ตลอดจนสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้คนในอดีตที่มีความสัมพันธ์ต่อแหล่งท่องเที่ยวได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล อีกทั้งความรู้ทางประวัติศาสตร์ยังมีส่วนสำคัญที่จะทำให้นักท่องเที่ยวมีจิตสำนึกต่อแหล่งทรัพยากรการท่องเที่ยวจนเกิดความภาคภูมิใจในมรดกของชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาจากเนื้อหาประวัติศาสตร์ศูนย์อำนาจของรัฐหรือประวัติศาสตร์ชาติที่มุ่งเน้นคุณค่าในวีรกรรมของผู้นำซึ่งเป็นแบบอย่างในการสร้างคุณความดีเพื่อส่วนรวมผ่านร่องรอยหลักฐานที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวไม่ว่าจะเป็น อนุสาวรีย์ หรืออนุสรณ์สถานต่างๆ ขณะที่ประวัติศาสตร์ท้องถิ่นที่เป็นเรื่องของพัฒนาการชุมชนย่อยในสังคมใหญ่นั้นก็มีส่วนสำคัญต่อการสร้างจิตสำนึกในเชิงดังกล่าวไม่น้อย เนื่องจากสาระทางประวัติศาสตร์จะทำให้ชาวชุมชนท้องถิ่นรู้ที่มาของตนเองผ่านร่องรอยหลักฐานต่างๆ ที่ต่อมาได้กลายมาเป็นแหล่งทรัพยากรการท่องเที่ยวในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ในบทความวิชาการฉบับนี้ผู้เขียนมีความตั้งใจที่จะนำเสนอประวัติศาสตร์ไทยสมัยสุโขทัยที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการท่องเที่ยว ผ่านมรดกทางวัฒนธรรมต่างๆ โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้อ่านได้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานที่ท่องเที่ยวในสมัยสุโขทัยมากยิ่งขึ้น และเพื่อหลีกเลี่ยงความสับสนในประวัติศาสตร์

สุโขทัยที่ถกเถียงกันมาอย่างยาวนาน ผู้เขียนจะนำเสนอข้อมูลผ่านมิติทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับมรดกที่สืบทอดมาจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการท่องเที่ยวในปัจจุบัน โดยไม่เน้นการเรียงลำดับเวลาหรือเหตุการณ์ (Time line)



ภาพ ๑ แสดงแผนที่ประเทศไทยสมัยสุโขทัย

ที่มา : http://supawit-tongdee.blogspot.com/2012/03/blog-post_30.html

จากจารึกพ่อขุนรามคำแหง มีข้อความบอกชื่อเมือง
ทั้งสี่ทิศในสมัยพ่อขุนรามคำแหง ไว้ว่า

ทิศเหนือ มีเมืองแพร่ น่าน พลัว หลวงพระบาง
ทิศตะวันออก มีเมืองสระหลวงสองแคว
ลุมบาจาย สคา เวียงจันทน์ เวียงคำ
ทิศใต้ มีเมืองคนที่ พระบาง แพรก สุวรรณภูมิ
ราชบุรี เพชรบุรี นครศรีธรรมราช
ทิศตะวันตก มีเมืองฉอด หงสาวดี

เมื่อดูจากชื่อเมืองเหล่านี้พบว่าอาณาเขตของ
แคว้นสุโขทัยกว้างไกลครอบคลุมไปถึงหัวเมืองลาว
หัวเมืองมอญ และปากตะวันตกของกลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา
ลงไปจนถึงนครศรีธรรมราช แต่ยังมีนักวิชาการบางท่าน
มีความเห็นว่าแคว้นสุโขทัยน่าจะมีอำนาจเฉพาะใน
บริเวณตอนล่างของกลุ่มแม่น้ำยม น่าน ปิงและตอน
บนของกลุ่มแม่น้ำป่าสักเท่านั้น โดยพิจารณาจากหลักฐาน
ทางโบราณสถานและโบราณวัตถุตามเมืองเหล่านี้
ซึ่งพบว่ามีรูปแบบของศิลปกรรมของสุโขทัย โดยทาง
เหนือจรดเมืองแพร่ ทิศตะวันออกจรดเมืองสะคำ
ในเขตอีสานตอนเหนือ ทิศใต้จรดเมืองพระบาง
(จังหวัดนครสวรรค์) และทิศตะวันตกจรดเมืองฉอด

(จังหวัดตาก) ซึ่งมีเส้นทางติดต่อกับมอญ (กนกวรรณ
โสภณวัฒน์จิตร, ๒๕๕๔ : ๗๒)

ในศิลาจารึกหลักที่ ๒ จารึกวัดศรีชุม ให้เรื่อง
ราวทางประวัติศาสตร์ช่วงปลายพุทธศตวรรษที่ ๑๘ ว่า
พ่อขุน ๒ องค์ คือ พ่อขุนผาเมือง และพ่อขุนบางกลาง
หาว ได้ร่วมกันต่อสู้ขับไล่ขอมสบาดโขลญลำพง
ออกไปจากเมืองสุโขทัยได้สำเร็จ อันแสดงนัยสำคัญว่า
เป็นการปฏิเสธอิทธิพลทั้งทางการเมืองและวัฒนธรรม
แบบขอมที่เคยแพร่หลายอยู่แต่เดิมออกไป เพื่อสร้าง
สรรค์สิ่งใหม่อันเป็นเอกลักษณ์แห่งชนชาติตน คือ
ความเป็นคนสุโขทัยนั่นเอง ภายหลังจากเหตุการณ์
ข้างต้น พ่อขุนบางกลางหาวได้ขึ้นครองราชย์ เณลิม
พระนามว่า “พ่อขุนศรีอินทราทิตย์” ปกครองเมือง
สุโขทัยเป็นปฐมกษัตริย์แห่งราชวงศ์พระร่วง (กระทรวง
วัฒนธรรม, ๒๕๕๖ : ๒)

ราชวงศ์พระร่วงมีพระมหากษัตริย์ปกครอง
สืบต่อมารวมทั้งสิ้น ๙ พระองค์ เป็นระยะเวลาประมาณ
เกือบ ๒๐๐ ปี (พุทธศักราช ๑๗๙๒ - ๑๙๘๑)
(กรมศิลปากร, ๒๕๔๕ : ๖๙) ดังนี้

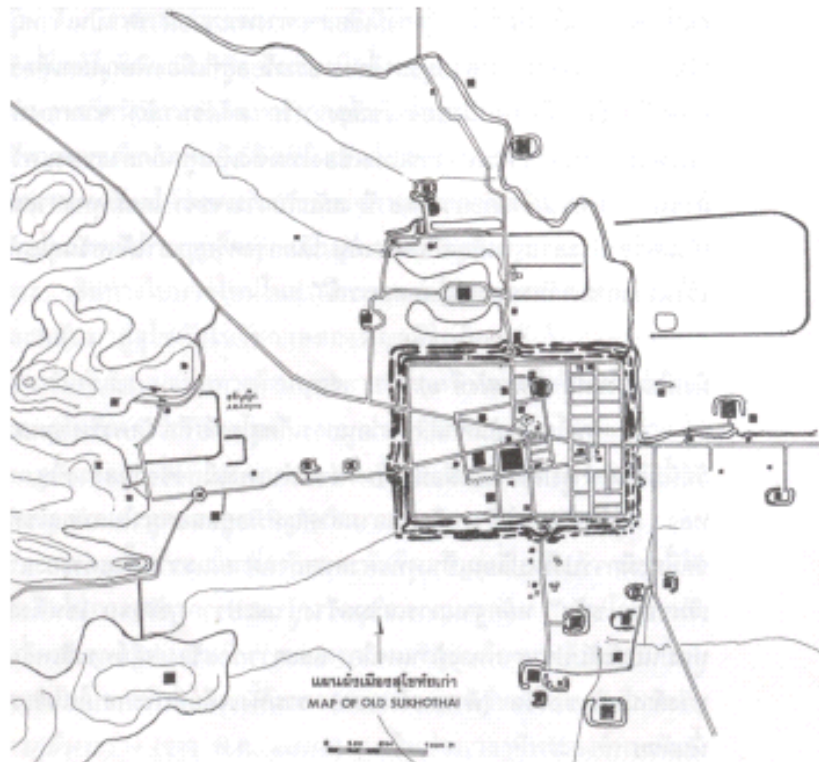
ลำดับกษัตริย์สมัยสุโขทัย		
	ราชวงศ์พ่อขุนศรีนาวนำถุม	ครองศรีสัชนาลัยสุโขทัย (ประมาณ พุทธศักราช ๑๗๖๒ - ๑๗๙๒)
	ราชวงศ์พระร่วง	ปกครองสุโขทัย ระหว่าง ปลายพุทธศตวรรษที่ ๑๘ - ๒๐
๑.	พ่อขุนศรีอินทราทิตย์	(เสวยราชย์ พุทธศักราช ๑๗๙๒ - ไม่สามารถระบุได้)
๒.	พ่อขุนบานเมือง	(พุทธศักราช ไม่สามารถระบุได้ - ๑๘๒๒)
๓.	พ่อขุนรามคำแหงมหาราช	(พุทธศักราช ๑๘๒๒ - ๑๘๔๑)
๔.	พระยาเลอไทย	(พุทธศักราช ๑๘๔๒ - ไม่สามารถระบุได้)
๕.	พระยาจ๋วนำถุม	(ไม่สามารถระบุได้ - ๑๘๕๐)
๖.	พระมหาธรรมราชาที่ ๑ หรือพระยาเลอไทย	(พุทธศักราช ๑๘๕๐ - ๑๘๖๑)
๗.	พระมหาธรรมราชาที่ ๒	(พุทธศักราช ๑๘๖๑ - ๑๘๘๒)
๘.	พระมหาธรรมราชาที่ ๓ หรือพระยาไสลือไทย	(พุทธศักราช ๑๘๘๓ - ๑๘๖๒)
๙.	พระมหาธรรมราชาที่ ๔ บรมपालมหาธรรมราชา	(พุทธศักราช ๑๘๖๒ - ๑๘๘๑)

ตาราง ๑ แสดงลำดับกษัตริย์สมัยสุโขทัย

ที่มา : http://www.thaiwhic.go.th/heritage_culture.aspx#a7

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗



ภาพ ๒ แสดงแผนผังเมืองสุรินทร์

ที่มา : ศิลปะสุรินทร์ โดย รศ.ดร.ศักดิ์ชัย สายสิงห์, ๒๕๕๕ : ๑

เมืองสุรินทร์ มีผังเมืองเป็นระเบียบแบบแผน รูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า โดยสุรินทร์เดิมนั้น กว้างยาว ด้านละ ๖๐๐ เมตร ละมีคูน้ำคันดินกว้างประมาณ ๒๐ เมตรรอบทั้งสี่ด้าน โดยมีวัดพระพายหลวงเป็นศูนย์กลางของชุมชน ต่อมา มีการเพิ่มจำนวนของประชากร จึงได้ย้ายเมืองไปทางทิศใต้ของเมืองเดิมเพื่อตั้งชัยภูมิใหม่ที่เหมาะสมกว่า โดยเมืองสุรินทร์ใหม่นั้นกว้างกว่าเดิมมาก คือมีความกว้าง ๑,๔๐๐ เมตร ยาว ๑,๘๐๐ เมตร มีกำแพงดินและคูน้ำล้อมรอบ ๓ ชั้น คูน้ำแต่ละชั้นกว้าง ๒๐ เมตร ซึ่งนอกจากจะใช้คูน้ำในการป้องกันข้าศึกแล้ว ยังใช้สำหรับการอุปโภคบริโภคภายในเมืองสุรินทร์ด้วย ถือว่าเป็นเมืองที่มีระบบการจัดการน้ำที่ดีมาก โดยมีการชักน้ำมาจากท่านบพระร่วง หรือ

เขื่อนสรีดภงศ์ที่อยู่นอกเมืองสุรินทร์ทางตะวันตกเฉียงใต้ และใช้ท่อน้ำดินเผาในการส่งน้ำไปใช้ภายในเมือง และมีการขุดสระน้ำ หรือ “ตระพัง” สำหรับเก็บกักน้ำไว้ใช้ภายในเมืองอีกด้วย (กรมศิลปากร, ๒๕๔๕ : ๖๘)

นอกจากเมืองสุรินทร์แล้ว ในช่วงเวลาเดียวกันทางตอนเหนือของเมืองสุรินทร์ มีเมืองสำคัญอีกหลายเมืองโดยเฉพาะเมืองเชลียง มีวัดชมชื่น วัดเจ้าจันทร์ และวัดพระศรีรัตนมหาธาตุเมืองเชลียงเป็นศูนย์กลางของชุมชน และต่อมาได้ขยายเมืองไปทางตะวันตก คือ เมืองศรีสัชนาลัย ซึ่งสันนิษฐานว่าเมืองทั้งสองคงมีความเจริญขึ้นอันเนื่องมาจากการค้า เมื่อผู้คนมากขึ้นจึงต้องขยายเมืองดังกล่าว จนในที่สุด

ราวพุทธศตวรรษที่ ๑๘ ทั้งเมืองสุโขทัยและศรีสัชนาลัย ได้รวมตัวกับเมืองเล็กเมืองน้อยในลุ่มน้ำเดียวกันเกิดเป็นแคว้นสุโขทัย หรือ อาณาจักรสุโขทัย ซึ่งเจริญรุ่งเรืองต่อมาจนถึงประมาณพุทธศตวรรษที่ ๒๐ (กนกวรรณ โสภณวัฒน์จิตร, ๒๕๕๔ : ๔๗)

ในช่วงที่เมืองสุโขทัยเจริญรุ่งเรือง ได้ก่อให้เกิดงานศิลปะ สถาปัตยกรรม ศิลปจารึก และขนบธรรมเนียมประเพณีที่พบได้ทั้งในเขตเมืองสุโขทัย และเมืองบริวารจำนวนมาก เช่น พระพุทธรูปศิลปะสุโขทัย พระเจดีย์ขนาดเล็กใหญ่รูปทรงต่างๆ เครื่องปั้นดินเผา ซึ่งล้วนแต่บอกถึงความชำนาญและความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างมรดกทางวัฒนธรรมอันมีเอกลักษณ์เฉพาะตน ซึ่งได้ผ่านกาลเวลามาให้คนรุ่นหลังได้ชื่นชมและประจักษ์ในคุณค่าแห่งความงามนั้น นอกจากนี้ยังมีการสร้างสรรค์วรรณกรรมชิ้นสำคัญ คือ ไตรภูมิภิกษา และการประดิษฐ์อักษรไทยและภาษาไทย ใช้ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีทางศาสนาที่ยังปฏิบัติมาถึงปัจจุบัน เช่น การนมัสการรอยพระพุทธรูป การบวช การทอดกฐิน และการเทศน์มหาชาติเป็นต้น ซึ่งประเพณีต่างๆ เหล่านี้ก็ได้กลายมาเป็นแบบอย่างให้แก่มุมชนบ้านเมืองในยุคสมัยต่อมา

มรดกทางวัฒนธรรมในสมัยสุโขทัย

มรดกทางวัฒนธรรมของสุโขทัยส่วนใหญ่มักจะเป็นงานศิลปะที่มีความเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา



ภาพ ๓ แสดงภาพจำหลักลายเส้นบนหินชนวน
วัดศรีชุม จ.สุโขทัย
ที่มา : [http://th.wikipedia.org/wiki/วัดศรีชุม_\(จังหวัดสุโขทัย\)](http://th.wikipedia.org/wiki/วัดศรีชุม_(จังหวัดสุโขทัย))

มีทั้งงานจิตรกรรม ประติมากรรม และสถาปัตยกรรม โดยได้รับอิทธิพลรูปแบบมาจากอินเดีย ลังกา พม่า เขมร ศรีวิชัยและล้านนา

จิตรกรรม

จิตรกรรมในศิลปะสุโขทัยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องราวจากพระไตรปิฎก เช่น พุทธประวัติ ชาดก ไตรภูมิ และอื่นๆ โดยนอกจากจะเป็นไปเพื่อการประดับตกแต่งแล้ว ยังได้เล่าเรื่อง และแสดงธรรมบางประการไว้ด้วย นอกเหนือไปจากการให้ความรู้ความเพลิดเพลินแล้ว จิตรกรรมไทยยังได้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปของสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และคติความเชื่อของคนไทยในยุคสมัยต่างๆ โดยมีทั้งภาพเขียนและลายเส้น เช่น ภาพจิตรกรรมฝาผนังในคูหาเจดีย์ด้านทิศตะวันตกของวัดเจติยเจ็ดแถว อุทยานประวัติศาสตร์ศรีสัชนาลัย จ.สุโขทัย เป็นภาพอดีตพระพุทธรูปเจ้า (กรมศิลปากร, ๒๕๔๕ : ๗๑) มีการวาดลวดลายด้วยสีแดง ขาวและเหลืองเป็นหลัก เป็นภาพที่รับอิทธิพลทางศิลปะมาจากอินเดียและพุกามของพม่า นอกจากนี้นักท่องเที่ยวยังสามารถชมภาพแบบลายเส้นแสดงเรื่องราวชาดกที่จำหลักบนแผ่นหินชนวนในอุโมงค์วัด ศรีชุม อุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย อันแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลศิลปะลังกาอย่างชัดเจนอีกด้วย



ภาพ ๔ แสดงภาพจิตรกรรมฝาผนัง
วัดเจติยเจ็ดแถว จ.สุโขทัย
ที่มา : <http://www.info.ru.ac.th/province/Sukhotai/art3.htm>

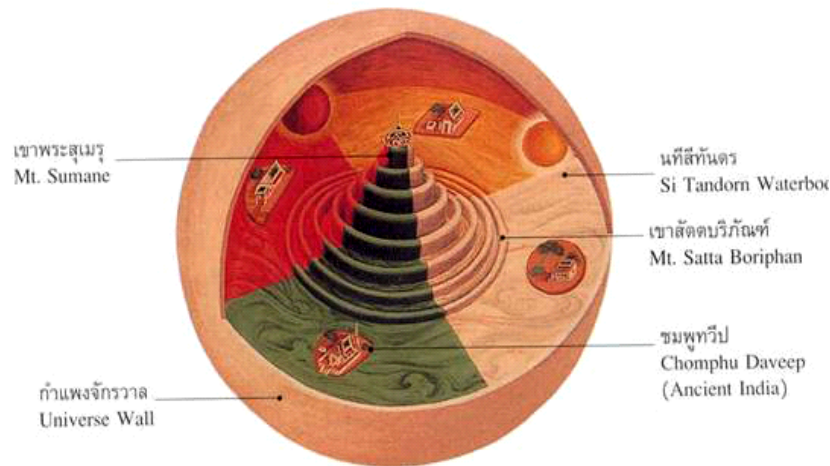
วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ไตรภูมิิกถา

ไตรภูมิ ตามความหมายของสารานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เล่มที่ ๑๓ คือ ภาพ ๓ ภาพ อันได้แก่ กามภาพ รูปภาพ และอรุภาพ โดยเป็นการเล่าเรื่องราวของการกำเนิดสัตว์ ยักษ์ มาร มนุษย์

เทวดา พรหม และเรื่องการทำเนติจักรวาลว่ามีที่มาอย่างไร ซึ่งถือว่าเป็นภูมิปัญญาของคนสมัยก่อนในการพยายามอธิบายการสร้างโลก ภูมิศาสตร์ และเรื่องเหนือธรรมชาติอื่นๆ



ภาพ ๔ แสดงการจำลองจักรวาลตามคติไตรภูมิ
ที่มา : <http://triphom.blogspot.com/>

ไตรภูมิิกถา จึงเป็นเรื่องราวที่กล่าวถึงความรู้ทางปรัชญา ทั้งจริยศาสตร์ อภิปรัชญา และจักรวาลวิทยา รวมทั้งมานุษยวิทยาและรัฐศาสตร์ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือสอนให้ทำความดีเพื่อไปเกิดในภพภูมิที่ดีขึ้น และเกรงกลัวต่อการทำบาป มิฉะนั้นก็จะตกนรก จึงถือได้ว่า ไตรภูมิิกถา มีความสำคัญต่อความเชื่อของสังคมไทยมาทุกยุคทุกสมัยนับตั้งแต่สุโขทัย อยุธยา รัตนโกสินทร์ และส่งผลต่อวรรณคดีไทยหลายๆ เรื่องที่มีพระพรณนาถึงสิ่งต่างๆ ตามที่ปรากฏในไตรภูมิิกถานี้ เช่น ปาหิมพานต์ สรรพอนดาต นกกรวิก ช้างเอราวัณและสวรรค์ชั้นดาวดึงส์ เป็นต้น (กนกวรรณ โสภณวัฒน์วิจิตร, ๒๕๕๔ : ๑๓๘)

ไตรภูมิิกถา มีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ไตรภูมิพระร่วง โดยสมเด็จพระมหาธรรมราชาธิราชได้สันนิษฐานว่า พระยาสิทธิไทย น่าจะเป็นผู้แต่ง เพราะ

มีศัพท์เก่าๆ และมีศัพท์หลายคำที่ปรากฏอยู่ในศิลาจารึกสมัยสุโขทัย รวมถึงการใช้โวหารเก่ากว่าหนังสือเรื่องใดๆ ในภาษาไทยนอกจากศิลาจารึก จึงเชื่อว่า ไตรภูมิพระร่วงฉบับเดิมคงแต่งขึ้นในสมัยสุโขทัย แต่มีการคัดลอกสืบกันมาหลายชั้นตอนและหลายช่วงเวลา จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เป็นเหตุให้มีนักวิชาการบางท่านตั้งข้อสงสัยว่า แท้จริงแล้ว ไตรภูมิิกถา หรือไตรภูมิพระร่วง นั้นอาจจะไม่ได้แต่งขึ้นในสมัยสุโขทัยก็เป็นได้

พระพุทธรูปศิลปะสุโขทัย

พระพุทธรูปศิลปะสุโขทัย นับว่าเป็นประติมากรรมที่มีรูปแบบที่สวยงามเป็นพิเศษ ความงามอย่างลงตัวของพระพุทธรูปสุโขทัยเป็นผลของการพัฒนาทางศิลปะที่สั่งสมมาจากความเชื่อชาวนาในฝีมือและการสร้างสรรค์ของช่าง รวมถึงการสนับสนุนการสร้างศิลปวัตถุของผู้ปกครองในสมัยนั้นด้วย

พระพุทธรูปสุโขทัยอาจแบ่งได้ เป็น ๔ หมวดด้วยกันคือ **หมวดใหญ่** **หมวดกำแพงเพชร** **หมวดพระพุทธรชินราช** **หมวดเบ็ดเตล็ดหรือหมวดวัดตะกวน**

๑. หมวดใหญ่ มีอยู่ทั่วไปเป็นลักษณะศิลปะสุโขทัยโดยเฉพาะ มีลักษณะคือ พระรัศมีเป็นเปลว ขมวดพระเกศาเล็ก พระพักตร์รูปไข่ พระขนงโค้ง พระนาสิกงุ้ม (ตามแบบลักษณะมหาบุรุษจากอินเดีย พระโอษฐ์อมยิ้มเล็กน้อย พระอังสาใหญ่ บั้นพระองค์เล็ก ครองจีวรห่มเฉียง ชาวจิรวาลงมาถึงพระนาภี

ปลายเป็นเขี้ยวตะขาบ ชอบทำปางมาวิชัย ประทับขัดสมาธิราบ ฐานเป็นหน้ากระดานเกลี้ยง ปัจจุบันนักท่องเที่ยวสามารถเยี่ยมชมพระพุทธรูปหมวดนี้ได้ตามวัดต่าง ๆ ในอุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย อุทยานประวัติศาสตร์ศรีสัชนาลัย อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร รวมถึงพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติรามคำแหง พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติสวรรคตวนายก และพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติกำแพงเพชร อีกด้วย

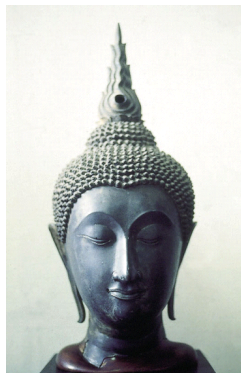


ภาพ ๖ แสดงพระพุทธรูปศิลปะสุโขทัยหมวดใหญ่ : พระอจนะ วัดศรีชุม จ.สุโขทัย

ที่มา : http://www.lib.nu.ac.th/pulinet4/paper/images/s_praeadjana.jpg

๒. หมวดกำแพงเพชร มีลักษณะพระพักตร์ตอนบนกว้าง พระหนุเหลี่ยม อยู่มาก โดยพระพุทธรูปในหมวดนี้มีการค้นพบได้น้อย แต่นักท่องเที่ยว

ยังสามารถเยี่ยมชมได้ ในพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติกำแพงเพชร และพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติรามคำแหง จังหวัดสุโขทัย



ภาพ ๗ แสดงพระพุทธรูปศิลปะสุโขทัยหมวดกำแพงเพชร

ที่มา : http://dc96.4shared.com/doc/BEt4fmOa/preview_html_35deea84.jpg

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

๓. **หมวดพุทธชินราช** พระพักตร์ค่อนข้างกลม พระองค์ค่อนข้างอวบอ้วน นิ้วพระหัตถ์ทั้งสี่มีปลายเสมอกัน มีลักษณะของมหาบุรุษ ๓๒ ประการ หมวดนี้เชื่อกันว่าคงเริ่มสร้างครั้งแผ่นดินพระเจ้าลิไท ราวต้นพุทธศตวรรษที่ ๒๐ หรือหลังกว่านั้น



ภาพ ๘ แสดงพระพุทธรูปศิลปะสุโขทัยหมวดพุทธชินราช : พระพุทธชินราช
วัดพระศรีรัตนมหาธาตุ จ.พิษณุโลก
ที่มา : <http://www.hamanan.com/tour/phitsanulok/watyai/praputthachinnarach.jpg>

๔. **หมวดเบ็ตเตลิต** หมวดเบ็ตเตลิตหรือหมวดวัดตะกวน หมวดนี้เป็นหมวดพระพุทธรูปแบบสุโขทัยที่มีศิลปะแบบเชียงแสนและลังกาเข้ามาปะปนอยู่มาก บางองค์มีลักษณะชายสังฆาฏิหรือจีวรสั้น พระนลาฏแคบ แต่องค์พระและฐานมักเป็นแบบสุโขทัยที่เรียกว่าแบบวัดตะกวนนั้น เพราะได้พบพระพุทธรูปแบบสุโขทัยและแบบแปลกๆ เหล่านี้ที่วัดตะกวนใน

เมืองสุโขทัยเป็นครั้งแรก พระพุทธรูปแบบนี้บางองค์อาจเป็นพระพุทธรูปรุ่นแรกของศิลปะแบบสุโขทัยก็ได้ ทั้งนี้ถ้าเราเชื่อว่าศิลปะเชียงแสนรุ่นแรกเกิดขึ้นก่อนศิลปะสุโขทัย บรรดาพระพุทธรูปปูนปั้นที่ค้นพบ ณ เจดีย์ทางทิศตะวันออกและในพระปรางค์วัดพระพายหลวงเป็นวัดเก่าในสมัยสุโขทัยก็ดูจะเป็นลักษณะแบบนี้ทั้งสิ้น



ภาพ ๙ แสดงพระพุทธรูปศิลปะสุโขทัยหมวดเบ็ตเตลิต (หมวดวันตะกวน)
ที่มา : <http://www.reurnthai.com/index.php?topic=4370.0>

นอกจากนี้ ยังมี “พระสี่อิริยาบถ” ซึ่งเป็นงานศิลปกรรมที่พบมากในศิลปะแบบสุโขทัย เช่น วัดพระเชตุพน จ.สุโขทัย วัดพระสี่อิริยาบถ จ.กำแพงเพชร โดยจะทำเป็นอาคารที่มีแผนผังเป็นรูปสี่เหลี่ยม แกนกลางทึบ ในแต่ละด้านประดิษฐานพระพุทธรูปในอิริยาบถที่ต่างกันไปคือ ยืน หรือ ปางประทานอภัย (ทิศตะวันตก) เดิน หรือ ปางลีลา (ทิศตะวันออก) นั่ง หรือ ปางมารวิชัย(ทิศใต้) และ

นอน หรือ ปางไสยาสน์(ทิศเหนือ) ซึ่งคติในการทำพระพุทธรูปสี่อิริยาบถนี้มาจากพระไตรปิฎกเกี่ยวกับพุทธกิจของพระพุทธเจ้าในแต่ละวัน ในฐานะที่พระองค์เป็นมนุษย์ที่ทรงปฏิบัติกิจอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งวันย่อมต้องทรงพักผ่อนพระวรกายให้คลายจากความเมื่อยล้า ดังนั้นการยืน เดิน นั่ง และนอนจึงเป็นอิริยาบถทั้งสี่ในการพักผ่อนของพระองค์



ภาพ ๑๐ แสดงพระสี่อิริยาบถ (ประทับยืน) อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร
ที่มา : <http://www.h2th.com/articles/42079701/วัดพระสี่อิริยาบถ%20จ.กำแพงเพชร.html>

สถาปัตยกรรม

มรดกทางวัฒนธรรมของอาณาจักรสุโขทัยนั้น นอกจากพระพุทธรูปที่ได้ชื่อว่างดงามที่สุดแล้ว ก็ยังมีอีกหนึ่งมรดกทางวัฒนธรรมที่ทรงคุณค่าเช่นกัน นั่นก็คือ สถาปัตยกรรมการสร้างวัดและเจดีย์ โดยส่วนใหญ่จะได้รับอิทธิพลการก่อสร้างมาจากอินเดีย และพัฒนาปรับปรุงให้เข้ากับท้องถิ่นจนเกิดเป็นสถาปัตยกรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

สถาปัตยกรรมสมัยสุโขทัย จำแนกได้ตามลักษณะรูปทรงดังนี้

๑. สถาปัตยกรรมเจดีย์ทรงดอกบัวตูม

พระเจดีย์แบบนี้มียอดเป็นรูปดอกบัวตูม หรือเรียกกันว่า ทรงพุ่มข้าวบิณฑ์ หรือทรงหนามฟ้า ตั้งอยู่

เหนือเรือนธาตุสี่เหลี่ยมย่อไม้ยี่สิบ มีรูปทรงสูงเด่นสง่างาม ฐานชั้นล่างมีแผนผังสี่เหลี่ยมจัตุรัสซ้อนลดหลั่นกัน ๓ หรือ ๔ ชั้น ถัดขึ้นไปเป็นฐานแฉ่นฟ้าซ้อนกันค่อนข้างสูงรองรับเรือนธาตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระเจดีย์ประธานวัดมหาธาตุ อำเภอเมืองสุโขทัย เจดีย์ประธานทรงดอกบัวตูมวัดเจดีย์เจ็ดแถว อำเภอศรีษะเกษ นักโบราณคดีและนักประวัติศาสตร์ศิลปะ ยกย่องว่า พระเจดีย์ทรงบัวตูม เป็นสถาปัตยกรรมแบบสุโขทัยแท้ที่ศิลปินสุโขทัยคิดแบบอย่างของตนเองขึ้น พระเจดีย์แบบนี้นิยมสร้างไว้ตามเมืองต่างๆ ในสมัยสุโขทัยเท่านั้น โดยไม่มีการสร้างต่อมาในสมัยกรุงศรีอยุธยาเลย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗



ภาพ ๑๑ เจดีย์ทรงพุ่มข้าวบิณฑ์ วัดมหาธาตุ จ.สุโขทัย

<http://www.finearts.go.th/node/357>



ภาพ ๑๒ เจดีย์ทรงพุ่มข้าวบิณฑ์ วัดเจดีย์เจ็ดแถว จ.สุโขทัย

http://www.thaigoodview.com/files/u31723/DSC_1728.jpg

๒. สถาปัตยกรรมทรงระฆังหรือดอกบัวคว่ำ

มักเรียกกันโดยทั่วไปว่า แบบลังกา ตามทฤษฎีเดิมเชื่อว่าได้รับอิทธิพลมาจากลังกาโดยตรง แต่ถ้าวิจารณาในแง่ของแบบอย่างศิลปะแล้ว จะเห็นว่าอิทธิพลทางศิลปะของลังกามีไม่มากนัก เพราะมิได้ลอกเลียนมาจากลังกาโดยตรง แต่เป็นแบบที่ศิลปินสุโขทัยประดิษฐ์ขึ้นจากการผสมผสานแต่งเติมจนมีสัดส่วนกลมกลืน และมีรูปทรงสูงสวยงาม เช่น การประดิษฐ์ฐานสูงซ้อนกัน

หลายชั้น การประดิษฐ์บัวปากระฆัง การทำรูปทรงระฆังให้พองออกในตอนบนและคอดในส่วนที่เป็นปากระฆัง เจดีย์บางองค์มีการจัดชั้นประดิษฐานพระพุทธรูปทั้ง 4 ทิศ เช่น เจดีย์วัดนางพญา เจดีย์วัดเขาสุวรรณคีรี เจดีย์วัดชมชื่น อำเภอศรีสัชนาลัย เจดีย์วัดสระศรี เจดีย์วัดต้นจันทร์ และเจดีย์วัดเขาพระบาทน้อย อำเภอเมืองสุโขทัย เป็นต้น



ภาพ ๑๓ เจดีย์ทรงระฆัง วัดนางพญา จ.สุโขทัย

[http://th.wikipedia.org/wiki/วัดนางพญา_\(สุโขทัย\)](http://th.wikipedia.org/wiki/วัดนางพญา_(สุโขทัย))



ภาพ ๑๔ เจดีย์ทรงระฆัง วัดสระศรี จ.สุโขทัย

<http://www.panoramio.com/photo/61050825?tag=วัดสระศรี>

๓. สถาปัตยกรรมทรงพระปรางค์ พระปรางค์ของไทยโดยทั่วไปมีลักษณะรูปทรงคล้ายขอมและอินเดียผสมผสานกัน แต่มีได้ลอกเลียนแบบมาโดยตรง พระปรางค์ในสมัยสุโขทัยแม้จะมีอยู่เพียงไม่กี่องค์ก็ตาม แต่ล้วนเป็นฝีมือช่างไทยก่อสร้างขึ้นตามแบบ

อย่างขอม พระปรางค์เท่าที่ปรากฏอยู่มี พระปรางค์วัดพระศรีรัตนมหาธาตุ พระปรางค์วัดเจ้าจันทร์ ในอำเภอศรีษะนาถาย พระปรางค์วัดศรีสวาย พระปรางค์วัดพระพายหลวง ในอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย



ภาพ ๑๕ เจดีย์ทรงพระปรางค์
วัดพระศรีรัตนมหาธาตุสุโขทัย
ที่มา : http://www.thaiwhic.go.th/article4_4.aspx



ภาพ ๑๖ เจดีย์ทรงพระปรางค์
วัดพระพายหลวง จ.สุโขทัย
ที่มา : www.sujitwongthes.com/suvarnabhumi/2012/11/16112555/

๔. สถาปัตยกรรมทรงเจดีย์บุษบก หรือเจดีย์วิมาน แผนผังเป็นรูปสี่เหลี่ยม ยอดมุมไม้ยี่สิบ และยอดมุมไม้สิบสองเรือนธาตุมีซุ้มพระพุทธรูปทั้ง ๔ ทิศ ส่วนยอดทำเป็นชั้นๆ ซ้อนกันถึง ๙ ชั้น และยอดบน

สุดเป็นยอดแหลม เจดีย์แบบนี้พบอยู่สามถึงสี่องค์ เช่น วัดชนะสงคราม วัดตระพังเงิน วัดเจดีย์เจ็ดแถว อำเภอศรีษะนาถาย อยู่ในสภาพค่อนข้างสมบูรณ์และมีขนาดใหญ่



ภาพ ๑๗ เจดีย์ทรงบุษบก วัดตระพังเงิน จ.สุโขทัย
ที่มา : <http://www.thaiphotosite.com/central-thailand/615--central39.html>

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

๔. สถาปัตยกรรมทรงจอมแห ส่วนฐานทำเป็นกลีบดอกบัว ๓ ชั้น ชั้นที่ ๓ ทำเป็นซุ้มคูหาสำหรับประดิษฐานพระพุทธรูปทั้งสี่ทิศ เรือนพระเจดีย์ทำเป็นรูประฆังครอบปากผายออกเป็นแบบระฆัง ๘ เหลี่ยม แต่ตอนที่เป็นตัวระฆังไม่กลมอวบอ้วนเหมือนอย่างเจดีย์ทรงระฆังครอบ คือ ทำเป็นอย่างระฆังมีกลีบยาวเป็นลอนเรียงกันเป็นกลีบๆ รอบองค์พระเจดีย์ นับได้ ๒๘ กลีบ จากลักษณะของรูประฆังเจดีย์ที่คล้ายกับร่างแหที่แขวนตากแดดแขวนไว้กับเสากระโดง จึงเรียกกันว่า เจดีย์จอมแห พบเพียงแห่งเดียวบนเนินเขาวัดพระบาทน้อย อำเภอเมืองสุโขทัย เท่านั้น

๖. สถาปัตยกรรมทรงปราสาท เป็นเจดีย์แบบหลายยอด นักโบราณคดีเชื่อกันว่าได้รับอิทธิพลแบบอย่างจากเจดีย์วัดมหาธาตุเมืองไชยา และเจดีย์วัดมหาธาตุ เมืองนครศรีธรรมราช ลักษณะโดยทั่วไป

มีฐานสี่เหลี่ยมสูง เรือนธาตุเป็นรูปสี่เหลี่ยมจัตุรัส ประกอบด้วยซุ้มประดิษฐานพระพุทธรูปปางประทับยืน ทั้ง ๔ ทิศ แต่ละซุ้มนิยมจัดเสาแบนและหน้าบันซ้อนกันสองชั้น ลวดลายประดับซุ้มประดิษฐานเป็นรูปใบไม้หรือขนนกยาวๆ เรียงลดหลั่นกันซุ้มละ ๗ อัน เหนือเรือนธาตุทำเป็นฐาน ๘ เหลี่ยม ตรงส่วนที่เป็นบัวปากระฆังนิยมทำเป็น “บัวกลุ่ม” องค์ระฆังตอนบนพองออกมากกว่าส่วนที่เป็นปากระฆัง มีลาย “รัดอก” หรือ “รัดเอว” คาดเป็นเครื่องประดับ ไม่มีบัลลังก์เหนือองค์ระฆังทำเป็นบัวกลุ่มอีกสองชั้นก่อนที่จะถึงปลียอด ตามมุมเจดีย์ทั้งสี่มีการประดิษฐานเจดีย์บริวารสี่เหลี่ยมขนาดเล็ก เช่น เจดีย์บริวารที่วัดมหาธาตุ อำเภอเมืองสุโขทัย และเจดีย์รายที่วัดเจดีย์เจ็ดแถว อำเภอศรีสัชนาลัย



ภาพ ๑๘ เจดีย์ทรงจอมแห วัดเขาพระบาทน้อย จ.สุโขทัย
ที่มา : www.comingthailand.com/sukhothai/wat-khaophrabatnoi.html



ภาพ ๑๙ เจดีย์รายทรงปราสาท วัดมหาธาตุ จ.สุโขทัย
ที่มา : <http://www.finearts.go.th/node/357>

ประเพณี

ในสมัยสุโขทัยนั้นมีการวางรากฐานขนบธรรมเนียมประเพณีทางพระพุทธศาสนาให้แพร่หลายสู่สามัญชน ดังจะเห็นได้จากการสร้างวัดจำนวนมาก ซึ่งเป็นสถานที่ศูนย์กลางการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่ยังคงตกทอดมาถึงปัจจุบัน เช่น ประเพณีการบวช การเทศน์มหาชาติ หรือการทอดกฐิน

โดยประเพณีดังกล่าวนี้ พบว่ามีในจารึกสุโขทัย เช่น จารึกวัดศรีชุม กล่าวถึง "กลอยสดับพระมหาชาติแล้ว" จารึกนครชุม มีคำว่า "พระมหาชาติ" และ "สวดแล" ซึ่งคำว่า สวดแล สันนิษฐานว่าเป็นรูปแบบวิธีการสวดมหาชาติ (กนกวรรณ โสภณวัฒน์วิจิตร, ๒๕๔๕ : ๑๕๓)

ตัวอักษรไทย

การริเริ่มจารึกตัวอักษรไทย หรือลายสือไทย ในหลักศิลา สมัยพ่อขุนรามคำแหงนั้น มีปรากฏในจารึกพ่อขุนรามคำแหง หลักที่ ๑ ในปี พ.ศ.๑๘๒๖ และถือกันว่าเป็นศิลาจารึกแรกที่ใช้อักษรไทย และภาษาไทย ในการสลัก ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของสังคมลายลักษณ์ ที่เน้นการใช้อักษรภาษาไทยเป็นภาษากลางในการสื่อสารระหว่างชุมชนต่อชุมชน ชุมชนต่อรัฐ และรัฐต่อรัฐ จึงทำให้อักษรไทยเปรียบเสมือนสายใยแห่งวัฒนธรรม และยกระดับความรู้ทั้งทางโลกและทางธรรมของ ผู้คนให้มีระดับเท่ากัน

แม้จะยังมีการถกเถียงกันในหมู่นักวิชาการว่า จารึกพ่อขุนรามคำแหง (ศิลาจารึกหลักที่ ๑) อาจจะไม่ใช่ต้นกำเนิดของภาษาไทย และพ่อขุนรามคำแหงอาจไม่ใช่ผู้ประดิษฐ์ภาษาไทยขึ้น แต่อาจจะเป็นการดัดแปลงมาจากอักษรต้นตระกูลอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแล้วนำมาปรับปรุงต่ออีกที เช่น อาจารย์พิเศษ เจียจันทร์พงษ์ ได้ให้เหตุผลว่า ตัวอักษรคือ สิ่งที่เป็นวิวัฒนาการ ซึ่งยากต่อการเสาะหาต้นกำเนิดของวิวัฒนาการ จึงไม่เห็นด้วยว่าจะมีการประดิษฐ์ตัวอักษรขึ้นมาใหม่โดยใช้เวลาเพียงไม่นานนัก หรืออาจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์ ได้แสดงความคิดเห็นว่า ตัวอักษรและอักษรวิธีเป็นระบบสัญลักษณ์ที่ซับซ้อนมาก และต้องอาศัยระยะเวลาอันยาวนานหลายชั่วคนในการพัฒนา กว่าจะเป็นระบบสัญลักษณ์อันเดียวกันได้ อีกทั้งการคิดสร้างระบบสัญลักษณ์ที่ซับซ้อนทั้งระบบทั้งที่ในช่วงเวลานั้นก็มีตัวอักษรหลากหลายชนิด เช่น ตัวมอญ ตัวขอม ตัวปัลลวะ ฯลฯ ใช้กันอยู่ ดังนั้นจึงเป็นกรณี ที่พิเศษมากหากจะมีการประดิษฐ์อักษรไทยขึ้นมาใหม่ โดยบุคคลเพียงคนเดียว (กนกวรรณ โสภณวัฒน์วิจิตร, ๒๕๕๕ : ๑๕๖)

แต่อย่างไรก็ตาม อักษรไทยถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ทรงคุณค่ามากที่สุดอย่างหนึ่งของคนไทย แม้จะยังมีข้อถกเถียงกัน แต่การมีอักษรไทย ภาษาไทย นับว่าเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมที่สำคัญยิ่งต่อ พัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย ปัจจุบัน

หลักศิลาจารึกหลักที่ ๑ ที่เชื่อว่าถูกประดิษฐ์ขึ้นใน สมัยสุโขทัย ได้ถูกเก็บรักษาไว้ ณ พระที่นั่ง ศิวโมกษพิมาน ในพระราชวังบวรสถานมงคล (วังหน้า) หรือพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพระนคร กรุงเทพมหานคร นั้นเอง

เครื่องสังคโลก

เครื่องสังคโลก นับเป็นภูมิปัญญาของชาวสุโขทัย และได้กลายมาเป็นมรดกตกทอดมาจนถึงปัจจุบัน ในสารานุกรมสุโขทัยศึกษา ได้ให้คำอธิบายว่า สังคโลก เป็นชื่อของเครื่องปั้นดินเผาชนิดหนึ่ง มีลักษณะเด่นคือ เป็นเครื่องปั้นดินเผาเคลือบเนื้อละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดเนื้อแตกรานเป็นลายงาสีเขียวไข่กา มีแหล่งผลิตอยู่ในบริเวณลุ่มน้ำยม น่าน และมีเมืองสุโขทัย-ศรีสัชชนาลัยเป็นศูนย์กลางการผลิตที่สำคัญ หลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า เครื่องสังคโลก มีมาตั้งแต่สุโขทัย นั้น ได้แก่แหล่งโบราณคดีวัดชมชื่น เมืองเซลิ้ง จ.สุโขทัย ซึ่งมีการขุดค้นพบเครื่องปั้นดินเผาสมัยทวารวดี เครื่องปั้นดินเผาหลายเชือกทาบ และเครื่องปั้นดินเผาเนื้อแกร่งที่ได้ รับอิทธิพลการผลิตมาจากขอมสมัยพุทธศตวรรษที่ ๑๗ เรียกรวมนๆ ว่า “เครื่องถ้วยเซลิ้ง” ซึ่งการพบหลักฐานดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าเมืองเซลิ้งมีพื้นฐานการผลิตเครื่องปั้นดินเผาอย่างง่าย ๆ มาตั้งแต่เกิดอาณาจักรสุโขทัย และสั่งสมพัฒนาฝีมือ รวมถึงวิธีการผลิตให้ซับซ้อนยิ่งขึ้นจนเป็นเครื่องปั้นดินเผาที่มีชื่อว่า “สังคโลก” และมีชื่อเสียงโด่งดังจนกลายเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีแหล่งโบราณคดีอื่นๆ เช่น แหล่งโบราณคดีบ้านเกาะน้อย และบ้านป่ายาง ที่นักท่องเที่ยวสามารถเยี่ยมชมกลุ่มเตาเผาเครื่องเครื่องสังคโลกในสมัยสุโขทัยได้อีกด้วย

มรดกโลก

ปัจจุบันเมืองสุโขทัย ศรีสัชชนาลัย และกำแพงเพชร เป็นเมืองโบราณที่ปรากฏร่องรอยหลักฐานของอารยธรรมอันรุ่งเรืองในอดีต สะท้อนให้เห็นภาพ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ของอาณาจักรสุโขทัยในความเป็น “รุ่งอรุณแห่งความสุข” เป็นต้นกำเนิดของประวัติศาสตร์ชาติไทยที่ได้พัฒนาเป็นรัฐสำคัญของภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ในระหว่างพุทธศตวรรษที่ ๑๘ - ๒๐ เป็นเวลานานประมาณร่วม ๒๐๐ ปี โดยกรมศิลปากรได้ประกาศขึ้นทะเบียนโบราณสถานทั้ง ๓ แห่งนี้เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๗๘ และได้รับการคุ้มครองตามประกาศราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๙๒ ตอนที่ ๑๑๒ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๑๙ โครงการฟื้นฟูอุทยานแห่งนี้ก็ได้รับการอนุมัติ และเปิดอย่างเป็นทางการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๓๑ ต่อมาในวันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๔ จากการประชุมคณะกรรมการมรดกโลกหรือ UNESCO สมัยสามัญครั้งที่ ๑๕ ที่เมืองคาร์เทจ ประเทศตูนิเซีย ได้ประกาศให้อุทยานแห่งนี้เป็นแหล่งมรดกโลกร่วมกับอุทยานประวัติศาสตร์ที่กำแพงเพชรและศรีสัชนาลัยภายใต้ชื่อว่า “เมืองประวัติศาสตร์สุโขทัยและเมืองบริวาร” (Historic Town of Sukhothai and Associated Historic Towns) โดยมีคุณสมบัติการเป็นมรดกโลกตรงตามหลักเกณฑ์ข้อที่ ๑ และข้อที่ ๓ ดังนี้

๑) เป็นตัวแทนในการแสดงผลงานชิ้นเอกที่จัดทำขึ้นด้วยการสร้างสรรค์อันชาญฉลาดของมนุษย์ (represents a masterpiece of human creative genius)

๒) เป็นสิ่งที่ยืนยันถึงหลักฐานของวัฒนธรรมหรืออารยธรรมที่ปรากฏให้เห็นอยู่ในปัจจุบันหรือว่าที่สาบสูญไปแล้ว (bears a unique or exceptional testimony to a cultural tradition or to a civilization which is living or which has disappeared)

โบราณสถานและโบราณวัตถุที่ปรากฏอยู่ในเมืองประวัติศาสตร์ทั้ง ๓ เมืองนี้ แสดงให้เห็นถึงผลงานสร้างสรรค์อันล้ำเลิศของมนุษย์ ความงดงามอลังการของสถาปัตยกรรมและศิลปกรรมสุโขทัย เป็นต้นแบบที่ส่งอิทธิพลให้ศิลปกรรมไทยในระยะต่อมาได้ถือเป็นแบบอย่าง โดยในที่นี้ผู้เขียนจะยกตัวอย่างของโบราณสถานที่สำคัญเพียงบางแห่งเท่านั้น

ในปัจจุบันมรดกทางวัฒนธรรมดังที่กล่าวไปแล้วทั้งหมดข้างต้นได้รับการอนุรักษ์และพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้และแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศ โดยมีลักษณะการใช้พื้นที่ทั้งส่วนที่เป็นโบราณสถานที่ได้รับการดูแลทั้งจากหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน และพื้นที่ข้างเคียงซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของชุมชนท้องถิ่น โดยมีการกำหนดและจัดสรรการใช้ประโยชน์ของพื้นที่อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ในส่วนของการท่องเที่ยว จะต้องเป็นการท่องเที่ยวที่เน้นการอนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรมอย่างมีความรับผิดชอบ กล่าวคือจะต้องมีการจัดการที่ดีควบคู่กันระหว่างคนในท้องถิ่นและผู้มาเยือน มีการวางแผนการท่องเที่ยวในแหล่งที่เป็นมรดกทางวัฒนธรรมอย่างเป็นรูปแบบที่เหมาะสม เช่น

๑. เสริมสร้างความเข้าใจของการท่องเที่ยวอย่างมีความรับผิดชอบให้กับชุมชนและนักท่องเที่ยว ตลอดจนและเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมรดกทางวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดความรู้ลึกซึ้งและวางแผนในทรัพยากรการท่องเที่ยว

๒. มีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ในการจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมและประเพณี เพื่อเป็นการสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรมนั้นๆ

๓. ส่งเสริมองค์กรหรือชุมชนที่มีแหล่งมรดกทางวัฒนธรรมเพื่อการท่องเที่ยว ให้มีกระบวนการเรียนรู้และการจัดนำเที่ยวอย่างเป็นระบบ และมีรูปแบบที่หลากหลาย

๔. เน้นการท่องเที่ยวเฉพาะจุดที่สำคัญและน่าสนใจ เพื่อไม่ให้แหล่งมรดกทางวัฒนธรรมอื่นๆ ในชุมชนถูกรบกวนหรือถูกทำลายโดยผู้มาเยือน

๕. พัฒนาการท่องเที่ยวให้เชื่อมโยงกันระหว่างอุทยานประวัติศาสตร์กับชุมโดยรอบ ให้เอื้อประโยชน์และพึ่งพากันเป็นการสร้างองค์ความรู้และประสบการณ์ให้กับคนในชุมชนและนักท่องเที่ยวให้รับรู้ถึงคุณค่าและเห็นความสำคัญของมรดกทางวัฒนธรรมช่วยกันอนุรักษ์สืบสานให้คงอยู่และพัฒนาต่อไป

ดังนั้นคนไทยในฐานะเจ้าของมรดกทางวัฒนธรรม จึงต้องช่วยกันปกป้อง ดูแลและรักษาอีกทั้งยังต้องสร้างความเข้าใจแก่นักท่องเที่ยว ให้ตระหนักในคุณค่าของมรดกทางวัฒนธรรม และช่วยกันดูแลรักษาให้เป็นมรดกที่ทรงคุณค่าตกทอดไปสู่รุ่น

รุ่นหลังสืบไป เพื่อให้ผู้มาเยือนได้เกิดความรู้สึกประทับใจ เพื่อให้คนในชุมชนได้ภาคภูมิใจแห่งความเป็นเจ้าของมรดกทางวัฒนธรรมอันล้ำค่านี้ และให้สมกับสมญานามที่ว่า “สุโขทัย รุ่งอรุณแห่งความสุข”

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ โสภณพัฒน์วิจิตร. (๒๕๕๕). ประวัติศาสตร์สมัยสุโขทัย. กรุงเทพฯ : สารคดี.
- กรมศิลปากร สำนักโบราณคดีและพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ. (๒๕๕๕). นำชม ห้องจัดแสดงประวัติศาสตร์ชาติไทย พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพระนคร. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กรมศิลปากร. (๒๕๕๘). อุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.finearts.go.th/node/357>.
- กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดสุโขทัย. (๒๕๕๖). จังหวัดสุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก http://www.sukhothai.go.th/tour/tour_01.htm.
- คณะกรรมการจัดทำสารานุกรมสุโขทัยศึกษา โครงการศูนย์สุโขทัยศึกษา สาขาวิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (๒๕๓๙). สารานุกรมสุโขทัยศึกษา เล่ม ๑. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, สุภาภรณ์ จรัสไพฑูรย์. (๒๕๒๖). การค้าสังคโลก รายงานการสัมมนาวิเคราะห์เรือโบราณที่ค้นพบในอ่าวไทย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- โชติ กัลป์ยานมิตร. (๒๕๔๘). พจนานุกรมสถาปัตยกรรมและศิลปะเกี่ยวเนื่อง. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : เมืองโบราณ.
- ประภัสสร ชูวิเชียร. (๒๕๕๕). เมืองสุโขทัย มีผู้คนอยู่มาแล้วก่อนสมัยสุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก www.sujitwongthes.com/suvarnabhumi/2012/11/16112555/
- ท่องเที่ยวจังหวัดกำแพงเพชรทางตอนเหนือ. (๒๕๕๖). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.thailandsworld.com/th/sukhothai/kamphaeng-phet/north-kamphaeng-phet/index.cfm>.
- ธิดา สารยา. (๒๕๔๕). ต้นประวัติศาสตร์ไทย. กรุงเทพฯ : เมืองโบราณ.
- ธิดา สารยา และคณะ. (๒๕๔๐). พลิกประวัติศาสตร์แคว้นสุโขทัย. กรุงเทพฯ : มติชน.
- ประเสริฐ ณ นคร. (๒๕๔๗). การอธิบายศิลาจารึกสมัยสุโขทัย. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรพรรณ จันทโรนานนท์, รศ. (๒๕๔๗). ศิลปะวิจิตร. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พิเศษ เจียจันทร์พงษ์. (๒๕๔๕). ศาสนาและการเมืองในประวัติศาสตร์สุโขทัย-อยุธยา. กรุงเทพฯ : มติชน.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (๒๕๓๓). สารานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เล่ม ๒๒. กรุงเทพฯ : ไทยมิตรการพิมพ์.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

- รุ่งอรุณแห่งความสุข. (๒๕๕๒). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://symposium74.wordpress.com/2009/11/06/รุ่งอรุณแห่งความสุข/>.
- รุ่งอรุณแห่งความสุข สุโขทัยเมืองมรดกโลก. (๒๕๕๖). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://pantip.com/topic/30650056>.
- วางแผน นิยมฤทธิ์. (๒๕๕๔). บทสวดธรรมจักรเกี่ยวข้องกับไตรภูมิอย่างไร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://triphom.blogspot.com/>.
- วัดนางพญา ศรีสังฆาลัย. (๒๕๕๓). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.panoramio.com/photo/32894620>.
- วัดพระสี่อิริยาบถ อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร. (๒๕๕๓). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.panoramio.com/photo/34544296>.
- _____. (๒๕๕๕). “เจดีย์” บุญเขตอันเี่ยม (ตอน มิติทางสถาปัตยกรรม). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=tilltomorrow&date=04-02-012&group=2&gblog=45>
- _____. (๒๕๕๕). จังหวัดสุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://student.nu.ac.th/oxcageton/new-page/new-page.html>.
- _____. (๒๕๕๕). วัดสระศรี จ.สุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.panoramio.com/photo/61050825?tag=วัดสระศรี>
- วาทิน ศานต์สันติ. (๒๕๕๕). ประวัติศาสตร์ศิลปะสุโขทัย : ประติมากรรมสุโขทัยโดยสังเขป. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.gotoknow.org/posts/486337>.
- _____. (๒๕๕๕). โบราณสถานวัดตระพังเงิน อุทยานประวัติศาสตร์จังหวัดสุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.thaiphotosite.com/central-thailand/615-central39.html>
- _____. (๒๕๕๕). ประวัติศาสตร์ศิลปะสุโขทัย : พระพุทธรูปสุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.gotoknow.org/posts/486339>.
- _____. (๒๕๕๕). ลำดับราชธานีของไทย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก http://supawit-tongdee.blogspot.com/2012/03/blog-post_30.html
- _____. (๒๕๕๖). พระอจนะ (ภาพ). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก http://www.lib.nu.ac.th/pulinet4/paper/images/s_praeadjana.jpg
- _____. (๒๕๕๖). พระพุทธรูปชินราช (ภาพ). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.hamanan.com/tour/phitsanulok/watyai/praputthachinnarach.jpg>
- _____. (๒๕๕๗). วัดพระสี่อิริยาบถ จ.กำแพงเพชร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.h2th.com/articles/42079701/วัดพระสี่อิริยาบถ%20จ.กำแพงเพชร.html>
- _____. (๒๕๕๗). วัดเจดีย์แก้ว จ.สุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก www.thaigoodview.com/files/u31723/DSC_1728.jpg
- ศักดิ์ชัย สายสิงห์, ศ.ดร. (๒๕๔๘). ศิลปะสุโขทัย : บทวิเคราะห์หลักฐานโบราณคดี จารึกและศิลปกรรม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ศิลปวัฒนธรรม. (๒๕๕๕). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.reurnthai.com/index.php?topic=4370.0>
- ศิลปะแบบสุโขทัย (พุทธศตวรรษที่ ๑๙-๒๐). (๒๕๕๖). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://dc96.4shared.com/doc/BEt4fmOa/preview.html>.
- ศูนย์ข้อมูลมรดกโลก กระทรวงวัฒนธรรม. (๒๕๕๓). เมืองประวัติศาสตร์สุโขทัยและเมืองบริวาร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก www.thaiwhic.go.th/download/sukhothai_thai.pdf.
- ศูนย์ข้อมูลมรดกโลก กระทรวงวัฒนธรรม. (๒๕๕๓). เมืองประวัติศาสตร์สุโขทัยและเมืองบริวาร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก http://www.thaiwhic.go.th/heritage_culture.aspx.
- ศูนย์ข้อมูลมรดกโลก กระทรวงวัฒนธรรม. (๒๕๕๓). เมืองประวัติศาสตร์สุโขทัยและเมืองบริวาร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก http://www.thaiwhic.go.th/article4_4.aspx.
- ศูนย์สารสนเทศจังหวัดที่ตั้งสาขาวิทยบริการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. (๒๕๕๖). จังหวัดสุโขทัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.info.ru.ac.th/province/Sukhotai/art2.htm>
- สินชัย กระบวนแสง. (๒๕๒๐). ประวัติศาสตร์สมัยสุโขทัย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. พิษณุโลก : ศูนย์สุโขทัยศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สันติ เล็กสุขุม, ศ.ดร. (๒๕๔๙). ศิลปะภาคเหนือ : ทริภุญชัย-ล้านนา. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : เมืองโบราณ.
- _____. (๒๕๔๙). ศิลปะสุโขทัย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ฟิลิปส์เซ็นเตอร์.
- สุจิตต์ สงษ์เทศ. (๒๕๓๙). แคว้นสุโขทัย : รัฐในอุดมคติ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : มติชน.
- สุรัช จงจิตงาม. (๒๕๕๕). ล้านนา อาร์ตแอนด์คัลเจอร์. กรุงเทพฯ : มิวเซียมเพรส.
- สุภัทรดิศ ดิศกุล, ศ.มจ. (๒๕๕๐). ศิลปะในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑๓. กรุงเทพฯ : มติชน.
- สำนักโบราณคดีและพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ. (๒๕๔๕). นำชม ห้องจัดแสดงประวัติศาสตร์ชาติไทย พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ พระนคร. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักโบราณคดี กรมศิลปากร. (๒๕๔๖). นำชมอุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย ครีส์สนาลัย กำแพงเพชร. พิมพ์ครั้งที่ ๒. สุโขทัย : โรงพิมพ์วิทยา คอมพิวเตอร์-ออฟเซต.
- อุทยานประวัติศาสตร์ศรีสัชนาลัย. (๒๕๕๕). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=me-o&month=02-2012&date=28&group=7&gblog=21>.
- อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร. (๒๕๕๖). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖, จาก <http://th.wikipedia.org/wiki/อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร>.
- อภิวรรณ อดุลยพิเชษฐ. (๒๕๔๖). นำเที่ยว ๓ เมืองมรดกโลก. กรุงเทพฯ : เมืองโบราณ.

ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีชีวการแพทย์ในการวินิจฉัยโรควัณโรค Advances in Biomedical Technology for Tuberculosis Diagnosis

ทวิวรรณ สารีบท*

บทคัดย่อ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคนี้เป็นล้านคนในแต่ละปี รายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลกคาดว่าเมื่อปี 2555 และอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.3 ล้านคน (โดยแบ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV ประมาณ 1 ล้านคนและผู้ติดเชื้อ HIV อีกประมาณ 3 แสนคน) วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ส่วนมากมักก่อโรคที่ปอด (วัณโรคปอด) แต่ก็สามารถก่อโรคที่อวัยวะอื่นๆในร่างกายได้ (วัณโรคนอกปอด) โรคนี้เป็นโรคที่ติดต่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้โดยผ่านการไอหรือจาม โดยทั่วไปแล้วในคนปกติที่ได้รับเชื้อ *M. tuberculosis* จะมีสัดส่วนน้อยมากที่จะป่วยเป็นโรควัณโรค แต่สัดส่วนการป่วยเป็นโรควัณโรคนี้จะเพิ่มมากขึ้นในผู้ติดเชื้อ HIV การวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคมีความสำคัญมาก เพราะไม่เพียงแต่จะช่วยรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายจากโรค แต่ยังมีส่วนช่วยในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ

วัณโรคไปสู่นุคคลอื่นได้อีกทางหนึ่ง การวินิจฉัยโรควัณโรคในปัจจุบัน ยกตัวอย่างเช่น การถ่ายภาพรังสีทรวงอก, การตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะ, การเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะและการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา การทดสอบเหล่านี้ต่างก็มีข้อจำกัดในการทดสอบ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพียงอย่างเดียวยังไม่มี ความแม่นยำมากพอที่จะใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคได้ การตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะยังมีความไวต่ำในจากตรวจพบแบคทีเรียในเสมหะ การเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะและการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาใช้เวลานานกว่าจะได้ผลการทดสอบ จึงยังคงมีการคิดค้นพัฒนาวิทยาการด้านเทคโนโลยีชีวการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรควัณโรค ออกมาอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น Interferon-gamma release assay (IGRA), Polymerase chain reaction (PCR), Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) และเทคนิคอื่นๆ อีกมากมาย โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาการตรวจวินิจฉัยที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นประตูสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรควัณโรค

*อาจารย์ประจำสำนักวิชาอุปกรณ์ชีวการแพทย์และเทคโนโลยีชีวการแพทย์
คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Tuberculosis (TB) remains a major global health problem. The latest WHO report estimates included in this report are that there were 8.6 million new TB cases in 2012 and 1.3 million TB deaths (just under 1.0 million among HIV-negative people and 0.3 million HIV-associated TB deaths). TB is an infectious disease caused by the bacillus mainly *Mycobacterium tuberculosis*. It typically affects the lungs (pulmonary TB) but can affect other sites as well (extrapulmonary TB). The disease is spread in the air when people who are sick with pulmonary TB expel bacteria, for example by coughing. In general, a relatively small proportion of people infected with *M. tuberculosis* will develop TB disease; however, the probability of developing TB is much higher among people infected with HIV. Diagnosis of TB infection is essential not only for treatment of the infected individual, but

also for controlling its spread among various populations. The current routine diagnostic tests for TB such as chest x-ray, sputum smear microscopy, sputum culture and drug susceptibility testing, have their limitations. A chest x-ray alone is inaccurate method for diagnosis of TB infection. Sputum smear microscopy has low sensitivity to detect bacteria in sputum. Sputum culture and drug susceptibility testing take too long time to produce a result. New biomedical technologies for TB diagnosis have been developed, such as Interferon-gamma release assay (IGRA), Polymerase chain reaction (PCR), Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) etc., to improve accuracy precision and rapidity to detect *M. tuberculosis*. That is the gateway to success in tuberculosis controlling.

วัณโรค (Tuberculosis)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ถือเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดต่อเรื้อรังมาจากโรคเอดส์ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Human immunodeficiency virus (HIV) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้คาดว่ามีการระบาดของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 8.6 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.3 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 80,000 คน และอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 9,200 คนในปี ค.ศ. 2012

(Global tuberculosis report 2013)การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบัน ทำให้สถานการณ์วัณโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่มักก่อโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์ และประเทศไทยถือว่ามีความชุกของวัณโรคค่อนข้างสูงทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีโอกาสจะได้รับเชื้อวัณโรคจึงมีมากขึ้นด้วย ส่งผลให้อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้วัณโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์ถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการควบคุมวัณโรค ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการวินิจฉัยและการรักษาที่ยากมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีโอกาสแพ้และดื้อยาต้านวัณโรคได้มากกว่าคนทั่วไป หากเชื้อวัณโรคที่แยกได้จากผู้ป่วยเอดส์คือ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ต่อยาด้านวัณโรค จะทำให้การรักษาและการป้องกันมีความยากลำบากมากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคต่อยานี้ให้คนใกล้ชิดและชุมชนต่อไปได้

วัณโรคมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในกลุ่ม *Mycobacterium* ซึ่งจัดเป็นสิ่งมีชีวิตที่อยู่ในกลุ่มเชื้อแบคทีเรียที่มีการเจริญเติบโตช้ากว่าแบคทีเรียทั่วไปชนิดอื่นๆ และมีผนังเซลล์ที่สามารถทนทานต่อกรดได้ดี จึงอาจเรียกได้ว่า Acid fast bacilli (AFB) ไมโคแบคทีเรียมีหลายสายพันธุ์ซึ่งก่อให้เกิดวัณโรคได้ แต่สายพันธุ์ที่พบบ่อยและก่อปัญหาหนักที่สุดในมนุษย์คือเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* (กำพล สุวรรณพิมลกุล, 2557)

วัณโรคสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) ชนิดนี้จะพบได้บ่อยกว่า เนื่องจากติดต่อได้ง่ายผ่านทาง การหายใจเอาเชื้อที่แขวนลอยอยู่ในอากาศหรือละอองเสมหะที่เกิดจากการไอ จาม จากผู้ป่วยไปสู่คนใกล้ชิด
2. วัณโรคนอกปอด (Extra-pulmonary tuberculosis) เชื้ออาจแพร่กระจายจากปอดไปทาง เลือดหรือน้ำเหลืองไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้ทั่วร่างกาย เช่น ต่อมน้ำเหลือง ตับ ม้าม กระดูก หรือเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น

โดยปกติระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะมีการตอบสนองต่อเชื้อวัณโรคที่เข้ามาอยู่ในร่างกายแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. เชื้อวัณโรคจะถูกกำจัดได้หมดโดยภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่มีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกาย
2. เชื้อวัณโรคจะเข้ามาอยู่ในร่างกาย แต่จะอยู่ในระยะแฝงของการติดเชื้อวัณโรค โดยจะมีเม็ดเลือดขาวจะโอบล้อมเชื้อวัณโรคอยู่ทำให้เชื้ออยู่ในระยะสงบหรือระยะแฝง ซึ่งจะไม่ก่อโรคหรือที่เรียกว่า Latent tuberculosis ผู้ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการใดๆ และ

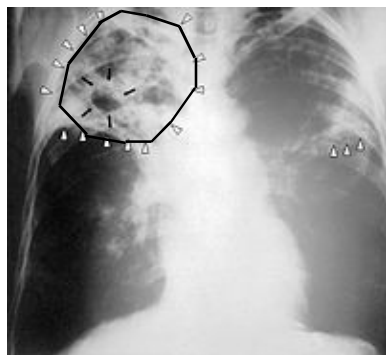
จะไม่มีอาการแพร่กระจายของเชื้อ แต่เมื่อไหร่ที่ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง เม็ดเลือดขาวที่โอบล้อมเชื้ออยู่ไม่สามารถควบคุมเชื้อได้ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อป่วยเป็นโรควัณโรคได้

3. กลุ่มผู้ป่วยที่กลายเป็นโรควัณโรค (Active tuberculosis) หลังจากที่มีการสัมผัสเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ยารักษาโรคเอดส์หรือโรคภูมิแพ้ จะมีโอกาสเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนปกติ (กำพล สุวรรณพิมลกุล, 2557)

แนวทางการวินิจฉัยวัณโรคปอดในประเทศไทย

1. อาการและอาการแสดง (Sign and symptom) อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นวัณโรคปอดได้แก่ ไอเรื้อรังโดยเฉพาะอาการไอนานเกิน 3 สัปดาห์ โดยจะเริ่มจากไอแห้งๆ ต่อมาจะมีเสมหะ จนอาจมีไอเป็นเลือดได้ อาการอื่นๆ ที่พบได้บ่อย คือ เจ็บหน้าอก มีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดไม่ทราบสาเหตุ และเหงื่อออกตอนกลางคืน

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) พบลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติที่เข้าได้กับวัณโรคปอด เช่น พบรอยโรคเป็นลักษณะ Reticulonodular หรือ Cavity ที่ตำแหน่งปอดกลีบบน วิธีนี้เป็นการตรวจที่มีความไวสูง (High sensitivity) แต่ความเฉพาะเจาะจงต่ำ (Low specificity) กล่าวคือ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ผิดปกติที่เห็นนั้นอาจไม่ใช่เกิดจากวัณโรคก็ได้ โดยอาจเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง หรือเกิดจากโรคติดเชื้ออื่นๆ ดังนั้นการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดหรือไม่ จำเป็นต้องมีการตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะด้วยเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยผิดพลาด



รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกของผู้ป่วยวัณโรค
(ที่มา : <http://en.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis>)

3. การตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะ (Sputum smear microscopy) ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย โดยให้ผู้ผู้ป่วยเก็บเสมหะมาทำการย้อมด้วยสีพิเศษที่เรียกว่า Acid fast stain โดยอาศัยหลักการที่ว่าผนังเซลล์ของ *Mycobacterium* จะมีความทนทานต่อกรดได้ดี จึงสามารถแยกแบคทีเรียชนิดนี้ออกจากแบคทีเรียชนิดอื่นได้ด้วยการย้อมสีที่นิยมได้แก่ Ziehl-Neelsen stain จากนั้นนำมาดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ สามารถรู้ผลได้ภายใน 30 นาที วิธีนี้เป็น การตรวจที่มีความเฉพาะเจาะจงสูง (High specificity)

แต่มีความไวต่ำ (Low sensitivity) เนื่องจากมีโอกาสตรวจพบเชื้อวัณโรคได้เพียง 50% ของผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะก็ยังคงอาจเป็นโรควัณโรคปอดได้ การเพิ่มโอกาสในการตรวจพบเชื้อวัณโรคจากเสมหะทำได้โดยสอนผู้ป่วยให้เก็บเสมหะให้ถูกต้อง เสมหะที่ดีควรเป็นเสมหะที่มาจากส่วนลึกของหลอดลมจริงๆ ไม่ใช่ใช้น้ำลายมาตรวจ ดังนั้นจึงควรเก็บเสมหะหลังตื่นนอนตอนเช้าเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกันเพื่อเพิ่มโอกาสในการพบเชื้อวัณโรคในเสมหะมากขึ้น



รูปที่ 2 ภาพแสดงเชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis* (สีแดง)
ถูกย้อมด้วย Ziehl-Neelsen stain ที่กำลังขยาย 1,000 เท่า
(ที่มา : http://en.wikipedia.org/wiki/Ziehl%E2%80%93Neelsen_stain)

4. การเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะ (Sputum culture for TB) จะทำการส่งตรวจการเพาะเชื้อในรายสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคแต่ไม่พบเชื้อเมื่อทำการตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะ (Sputum smear microscopy) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ข้อดีคือ วิธีนี้สามารถตรวจพบเชื้อได้สูงถึง 80-90% ของผู้ป่วย

วิธีการคือ นำเสมหะของผู้ป่วยมาใส่บนอาหารเลี้ยงเชื้อเฉพาะและนำไปบ่มในอุณหภูมิที่เหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 2 เดือนจึงทราบผลเนื่องจากเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อที่มีการเจริญเติบโตช้า ถ้าในเสมหะของผู้ป่วยมีเชื่อน้อยๆ จะพบลักษณะโคโลนีสีฟางแห้ง ผิวขรุขระ คล้ายดอกกะหล่ำ ขึ้นบนผิวของอาหารเลี้ยงเชื้อ



รูปที่ 3 ภาพแสดงลักษณะโคโลนีของเชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis* ที่อยู่บนอาหารเลี้ยงเชื้อ
(ที่มา: <http://www.cdc.gov/tb/education/corecurr/pdf/chapter4.pdf>)

5. การทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา (Drug susceptibility testing in TB) จะทำการส่งตรวจการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีเชื้อวัณโรคดื้อยา ในกรณีต่อไปนี้

- 5.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติรักษาไม่สม่ำเสมอ
- 5.2 ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำ
- 5.3 ผู้ป่วยที่มีการรักษาล้มเหลว
- 5.4 ผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
- 5.5 ผู้ที่ติดยาเสพติด

การเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาจะใช้เวลาประมาณ 3 เดือน การทดสอบนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถเลือกใช้ชนิดของยาต้านเชื้อวัณโรคให้เหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาได้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาทุกวันอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสูตรยามาตรฐานที่นิยมใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ คือ 2HRZE(S)/4 HR โดยตัวเลขข้างหน้าคือ จำนวนเดือน ส่วนตัวย่อและขนาดยาเป็นดังนี้ H = isoniazid 300 มก./วัน, R = rifampicin 10 มก./กก./วัน, Z = pyrazinamide 25 มก./กก./วัน, E = ethambutol 15 มก./กก./วัน, S = streptomycin 15 มก./กก./วัน จะใช้เวลารักษาประมาณ 6 เดือน (สำนักวัณโรค, 2551)

ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาต้านวัณโรคไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาเข้าไปแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาอีก หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เห็นว่าอาการไข้หรือไอดีขึ้นก็หยุดยาก่อนแพทย์สั่ง หรือผู้ป่วยไม่มา

พบแพทย์ตามนัด ทั้งหมดนี้จะทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยา ผลที่ตามมาคือไม่สามารถรักษาด้วยยาเดิมได้ ต้องเปลี่ยนเป็นยาตัวใหม่ที่มีราคาแพงขึ้นและเข้าถึงยากยิ่งขึ้น รวมถึงใช้ระยะเวลาในการรักษานานยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ขาดการรักษายังสามารถแพร่เชื้อที่ดื้อยาไปสู่คนอื่น ๆ ในสังคมได้ ทำให้การควบคุมโรคลำบากมากยิ่งขึ้นเป็นเท่าทวีคูณ

แนวทางการป้องกันวัณโรค

1. ควรรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกายพักผ่อนให้พอเพียง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้อื่น และควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี
2. ควรฉีดวัคซีน BCG ให้ทารกแรกเกิดทุกราย วัคซีนชนิดนี้มีผลในการป้องกันวัณโรคชนิดรุนแรงในเด็กเล็ก แต่ไม่สามารถป้องกันวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ ผู้ที่เคยฉีด BCG มาแล้วก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอดได้
3. ถ้ามีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค เช่น ไอเรื้อรัง มีไข้ เจ็บ หน้าอก เหงื่อออกกลางคืน เหนื่อยหอบเมื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรปรึกษาแพทย์ (วีระเดช สุวรรณลักษณ์, 2557)

เป้าหมายของการควบคุมวัณโรค

1. อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (Case finding) ไม่ต่ำกว่า 70% ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค นั่นคือมีความจำเป็นอย่างมาก ไม่เพียงแต่จะช่วยรักษาผู้ติดเชื้อให้หายจากโรคแล้ว ยังช่วยในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปยังคนอื่นได้อีกทางหนึ่งด้วย
2. อัตราการรักษาหาย (Cure rate) ในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 (อย่างน้อยในผู้ป่วยใหม่) โดยแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program, NTP) ได้นำนวัตกรรมในการควบคุมวัณโรค

ด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS) มาใช้กับผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วคือประตูสู่ความสำเร็จในการควบคุมวัณโรค ในขณะที่การทดสอบทางห้องปฏิบัติการแบบดั้งเดิม (Conventional method) ที่คิดค้นมากกว่า 100 ปี ไม่ว่าจะเป็นการตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะ (Sputum smear microscopy) หรือการเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะ (Sputum culture for TB) ถึงแม้จะเป็นการตรวจที่ไม่ยุ่งยากและราคาถูก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในแง่ของความไวในการตรวจ (Sensitivity) ต่อมาได้มีการคิดค้นพัฒนาหลักการหรือเทคนิคใหม่ ๆ ในการตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) ออกมามากมาย โดยมุ่งเน้นไปที่การตรวจที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ยกตัวอย่างเช่น

1. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา เป็นการตรวจหาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันวิทยาของร่างกายต่อเชื้อวัณโรค

1.1 Interferon-gamma (IFN- γ) release assay (IGRA) โดยหลักการก็คือเมื่อเชื้อวัณโรคเข้ามาในร่างกาย เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T-lymphocyte ที่จำเพาะกับแอนติเจนนั้นๆ จะถูกกระตุ้นให้มีการสร้าง Interferon-gamma (IFN- γ) ขึ้นมา สามารถตรวจวัดได้ในเลือด โดยใช้เวลาประมาณ 1 วัน ปัจจุบัน Interferon-gamma (IFN- γ) release assay (IGRA) มีอยู่ 2 รูปแบบด้วยกัน คือ

- 1) การตรวจวัดความเข้มข้นของ Interferon-gamma (IFN- γ) ด้วยหลักการ Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) เช่น QuantiFERON®-TB test โดยในชุดทดสอบนี้จะมีโปรตีนสังเคราะห์ที่เป็นแอนติเจนบนผิวของ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

เชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) 3 แอนติเจนด้วยกัน คือ ESAT-6, CFP-10 และ TB7.7 จากนั้นหยดเลือดของผู้ที่ต้องการทดสอบลงไป ถ้าคนนั้นเคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อน ในร่างกายจะมี memory T-lymphocyte อยู่ เมื่อพบแอนติเจน สิ่งกระตุ้นที่อยู่ในชุดทดสอบอีกครั้ง จะตอบสนองอย่างรวดเร็วโดยการหลั่ง Interferon-gamma (IFN- γ) ออกมา สามารถตรวจวัดได้โดยใช้เทคนิค ELISA ร่วมด้วย

2) การนับจำนวนของ T-lymphocyte ที่ถูกกระตุ้นด้วยแอนติเจนบนผิวของเชื้อวัณโรคให้หลั่ง Interferon-gamma (IFN- γ) ด้วยหลักการ Enzyme-linked immunospot assay (ELISPOT) เช่น T-SPOT[®] -TB test โดยในชุดทดสอบนี้จะมีโปรตีนสิ่งกระตุ้นที่เป็นแอนติเจนบนผิวของเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) 2 แอนติเจนด้วยกัน คือ ESAT-6 และ CFP-10

การฉีดวัคซีน BCG จะไม่มีผลต่อการตรวจ Interferon-gamma (IFN- γ) release assay (IGRA) เนื่องจากใช้แอนติเจนคนละชนิดในการกระตุ้น กล่าวคือ แอนติเจน ESAT-6 และ CFP-10 ที่ใช้ใน IGRA นั้น จะพบเป็นแอนติเจนบนผิวของเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* เท่านั้น ไม่พบในไมโคแบคทีเรียสายพันธุ์อื่นที่ไม่ก่อโรควัณโรค (non-tuberculous mycobacteria) หรือในวัคซีน BCG ผลที่ได้จึงมีความเฉพาะเจาะจง (Specificity) มากกว่า Tuberculin skin test (TST) (ShuQi Wang et al., 2013)

2. การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรค

2.1 Polymerase chain reaction (PCR)

ในปี ค.ศ. 1983 มีการคิดค้นกระบวนการในการสังเคราะห์ชิ้นส่วนของ DNA ในหลอดทดลองขึ้นมา หรือที่เรียกว่า Polymerase chain reaction (PCR) ใน 1 วนรอบของปฏิกิริยา (Cycle) จะมีอยู่ 3 ขั้นตอน คือ

1) Denaturing

เป็นขั้นตอนการเพิ่มอุณหภูมิเพื่อแยก DNA สายคู่ให้เป็นสายเดี่ยว อุณหภูมิที่ใช้อยู่ในช่วง 94-98 องศาเซลเซียส

2) Annealing

เป็นขั้นตอนการลดอุณหภูมิลง เพื่อให้ specific primer สามารถจับกับ Template DNA ได้ โดยอุณหภูมิที่ใช้อยู่ในช่วง 50-65 องศาเซลเซียส

3) Extension

เป็นขั้นตอนการต่อสาย DNA ต่อจาก primer ด้วยการทำงานของเอนไซม์ Taq DNA polymerase โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมจะอยู่ในช่วง 70-72 องศาเซลเซียส ในการทำ PCR จะทำซ้ำๆ หลายวนรอบของปฏิกิริยาเพื่อเพิ่มปริมาณชิ้นส่วนของ DNA เป้าหมาย จากนั้นจะนำไปทำการตรวจสอบ DNA เป้าหมายด้วยการแยกด้วยกระแสไฟฟ้า หรือที่เรียกว่า Gel electrophoresis ต่อไป

สำหรับการประยุกต์ใช้เทคนิค PCR ในการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคในตัวอย่างตรวจนั้น เป็นการนำความรู้ด้านอณูชีววิทยา (Molecular biology) มาใช้ในการออกแบบ specific primer ที่มีความจำเพาะกับลำดับเบสของเชื้อวัณโรค โดยนำมาทำปฏิกิริยากับ DNA ที่สกัดจากสิ่งส่งตรวจจากผู้ต้องสงสัยว่าจะเป็นวัณโรค เช่น จากเลือด เสมหะ ชิ้นเนื้อ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ PCR และ Gel electrophoresis แล้ว ถ้าผู้ต้องสงสัยรายใดมีชิ้นส่วนของ DNA ของเชื้อวัณโรคอยู่ แสดงว่าผู้ต้องสงสัยรายนั้นมีการติดเชื้อวัณโรคจริง ฯลฯ วิธีนี้มีความไวและความเฉพาะเจาะจงสูง อีกทั้งยังสามารถทราบผลได้อย่างรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดอยู่ที่ค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากอุปกรณ์และน้ำยามีราคาแพง และต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญในการตรวจ ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อผลประโยชน์จะไม่คุ้มค่า ยกเว้นในบางกรณี โดยเฉพาะการวินิจฉัยวัณโรคนอกปอด เช่น การใช้ PCR ในการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง หรือการตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน Multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) ในระดับยีน เป็นต้น

ปัจจุบันเทคนิค Real-time Polymerase chain reaction (Real-time PCR) หรือที่รู้จักกันในชื่อ Quantitative PCR (QPCR) ได้ถูกพัฒนาจากการทำ PCR แบบดั้งเดิม (conventional PCR) โดยใช้การติดฉลากด้วยสารเรืองแสงประเภท fluorochrome ทำให้สามารถวัดปริมาณของ DNA เป้าหมายตั้งแต่ต้นจนถึงปลายทางได้และสามารถวัดปริมาณดีเอ็นเอที่เพิ่มขึ้นในแต่ละรอบของปฏิกิริยาได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้กระบวนการเสร็จสิ้นก่อนจึงช่วยลดระยะเวลาในการตรวจลงไปได้

2.2 Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) ในปีค.ศ. 2000 ได้มีการพัฒนาวิธีเพิ่มขยายยีนด้วยเทคนิค Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) ขึ้นมาโดยซึ่งเทคนิคนี้ไม่ต้องใช้เครื่อง PCR thermal cycler ที่มีราคาแพง จึงเหมาะกับห้องปฏิบัติการที่มีขนาดเล็ก หรือสำหรับปฏิบัติการในภาคสนาม (อมรรัตน์ ร่มพฤกษ์, 2554)

ความแตกต่างของ LAMP กับ PCR มีอยู่ด้วยกันหลายอย่าง ได้แก่ LAMP ใช้อุณหภูมิเดียวตลอดทั้งปฏิกิริยาการเพิ่มขยาย DNA เป้าหมาย (Isothermal) ส่วน PCR นั้นต้องใช้อุณหภูมิที่แตกต่างกันหลายอย่างในหนึ่งวงจรของปฏิกิริยา (Thermal cycling) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เทคนิค LAMP ต้องการเพียงแค่อุปกรณ์พื้นฐานอย่าง water bath ในขณะที่ PCR ต้องการอุปกรณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนอุณหภูมิได้อย่างรวดเร็ว จึงต้องใช้

เครื่อง PCR thermal cycler ที่มีราคาแพง เทคนิค LAMP จะใช้ specific primer จำนวน 4 เส้น ในการตรวจสอบ DNA เป้าหมายที่มีความจำเพาะถึง 6 ตำแหน่ง ทำให้ LAMP มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า PCR ที่ใช้ specific primer เพียง 2 เส้นเท่านั้น ในส่วนของ enzyme DNA polymerase นั้นเทคนิค LAMP ใช้เอนไซม์ *Bst* DNA polymerase ซึ่งมีคุณสมบัติพิเศษเพิ่มเติมคือ สามารถแยก DNA สายคู่ให้เป็นสายเดี่ยวได้ (strand displacement) ซึ่ง *Taq* DNA polymerase ที่ใช้ในเทคนิค PCR ไม่มีคุณสมบัตินี้ ข้อดีของ LAMP อีกประการหนึ่งคือ สามารถดูผลการตรวจวัดได้ด้วยตาเปล่า ไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการ Gel electrophoresis ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขยาย DNA เป้าหมายในเทคนิค LAMP ทำให้มีสาร pyrophosphate เป็น by product สารดังกล่าวสามารถจับกับ magnesium กลายเป็น magnesium pyrophosphate ซึ่งจะตกตะกอนเป็นสีขาวสามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า จะมีปริมาณมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณการเพิ่มขยาย DNA เป้าหมายนั้นๆ (จิรายุทธ์ วัฒนา, 2555) นอกจากนี้เทคนิคที่กล่าวมาข้างต้น ยังคงมีการคิดค้นพัฒนาวิทยาการด้านเทคโนโลยีชีวการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคไวรัสที่อยู่ในขั้นการทดลอง เช่น Biosensors, nanotechnology โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาการตรวจวินิจฉัยที่มีความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว และตรวจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นประตูสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคไวรัส

บรรณานุกรม

- กำพล สุวรรณพิมลกุล. (2557). “ไวรัสโรค” สำคัญกว่าที่คุณคิด. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2557 จาก <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9570000035337>.
จิรายุทธ์ วัฒนา ธารินทร์ ภูพัฒน์ และ เลิศลักษณ์ ภูพัฒน์. (2555). ประสิทธิภาพและความไวของวิธี Loop Mediated Isothermal Amplification (LAMP) สำหรับการตรวจระบุเพศจากตัวอย่างเลือดมนุษย์. วารสารนิติเวชศาสตร์ (พฤษภาคม-สิงหาคม) : 234-243.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

- วีระเดช สุวรรณลักษณ์. (2557). วัณโรค (*Tuberculosis*). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2557 จาก <http://haamor.com/th/วัณโรค/>.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อมรรัตน์ ร่มพฤษ. (2554). เทคนิค Loop-mediated Isothermal Amplification (LAMP). วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต (กรกฎาคม-กันยายน) : 201-206.
- Global tuberculosis report*. (2013). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2557 จาก http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
- ShuQi Wang, Fatih Inci, Gennaro De Libero, Amit Singhal, Utkan Demirci. (2013). Point-of-care assays for tuberculosis: Role of nanotechnology/microfluidics. *Biotechnology Advances*, 31: 438-449.



**กระแสนิยมการออกกำลังกายแบบทางเลือก : โอกาสของนักวิจัยและผู้สูงอายุ
ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง**

**The Current Trends of Alternative Exercises : an Opportunity
for Researchers and the Elderly with Chronic Non-Specific
Low Back Pain**

ธฤตภูธร ไชยโคตร*

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง เป็นอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความทุพพลภาพที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการออกกำลังกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างชนิดไม่เจาะจงสามารถลดอาการปวดและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกาย

ต่ออาการปวดหลังในวัยกลางคน ส่งผลให้รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้สูงอายุยังไม่ได้มีการเผยแพร่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เท่าที่ควร ในปัจจุบัน หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพระดับต่างๆ ของประเทศ ได้ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างจิตใจและร่างกาย เพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง ดังนั้น กระแสนิยมการออกกำลังกายแบบทางเลือกในปัจจุบัน จึงเป็นโอกาสของนักวิจัยในการศึกษารูปแบบการออกกำลังกายที่มีประสิทธิผลสูงสุดสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

Abstract

A chronic non-specific low back pain (cLBP) is the most common musculoskeletal problems among the elderly aged over 65-years old. It is a leading co-morbid factor directly linked to the incidence of falls in the elderly. According to systemic reviews, there are sufficient evidences on the effectiveness

of exercise in patients with cLBP to reduce pain and improve function; However, most of studies were employed therapeutic exercises in young adult patients and the optimal exercise program for older adults with cLBP have yet not been published. Recently, mind-body exercises are used to

*อาจารย์ประจำ สำนักวิชากายภาพบำบัด คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

prevent and rehabilitate cLBP in elderly by local and national healthcare providers. Therefore, the alternative exercises trend is an opportunity for

researchers to determine the optimal exercise program for older adults with cLBP.

บทนำ

โรคปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain: LBP) เป็นปัญหาสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญระดับโลก หมายถึงอาการปวดในตำแหน่งล่างต่อซี่โครงชั้นที่ 12 ลงไปถึงก้นย้อย อาจปรากฏอาการปวดร้าวลงขาหรือไม่ได้ สามารถแบ่งโรคตามระยะอาการที่ปรากฏได้ 3 ระยะคือ กลุ่มปวดหลังส่วนล่างระยะฉับพลัน ผู้ป่วยจะแสดงอาการปวดหลังน้อยกว่า 6 สัปดาห์ ระยะกึ่งฉับพลัน แสดงอาการปวดหลัง 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน และระยะเรื้อรัง ปรากฏอาการปวดหลังนานกว่า 3 เดือนขึ้นไป อาการปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่สามารถหายเองได้ในช่วงสองสัปดาห์แรก ในประชากรผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 20-44 จะปรากฏอาการปวดหลังระยะฉับพลันซ้ำอีกครั้งภายในระยะเวลา 1 ปี และมากกว่าร้อยละ 85 จะปรากฏอาการเป็นซ้ำอีกได้ในตลอดช่วงชีวิต โดยบ่อยครั้งที่อาการปวดไม่ได้รับการรักษาให้หายจนกลายเป็นอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในที่สุด นอกจากนี้ อาการปวดหลังส่วนล่างยังสามารถแบ่งตามสาเหตุได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดเจาะจง (Specific low back pain: sLBP) หมายถึงกลุ่มอาการปวดหลังที่ทราบสาเหตุของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง (Non-specific low back pain: cLBP) ที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด โดยพบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 90 ของกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างทั้งหมด

โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงในประชากรผู้สูงอายุ

โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงเป็นอาการความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยที่สุดจากภาวะความผิดปกติอื่นๆ

กว่า 290 อาการ เป็นสาเหตุหลักของภาวะทุพพลภาพ (Buchbinder, et al., 2013: 575-589; Delitto, et al., 2012: A1-57) นอกจากนั้นพบว่า โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงก่อให้เกิดความเสียหายและเป็นภาระทางเศรษฐกิจเป็นลำดับต้นๆ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก (Chung, Zeng, & Wong, 2013: E685-704; Gore, Sadosky, Stacey, Tai, & Leslie, 2012: E668-677; Itoh, Kitamura, & Yokoyama, 2013: 542-529; "The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors," 2013: 591-608)

จากข้อมูลโรคปวดหลังส่วนล่างทั่วโลกคาดว่า มีอุบัติการณ์ ณ ช่วงเวลาหนึ่งๆ ประมาณร้อยละ 12 อุบัติการณ์ในรอบ 1 เดือนร้อยละ 23 และพบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างพบได้บ่อยในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 40-80 ปี นอกจากนั้น โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง เป็นอาการความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราความชุกของการล้มในผู้สูงอายุ (Chang, et al., 2004: 680; Delitto, et al., 2012: A1-57; Hoy, et al., 2012: 2028-2037) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มากกว่า 17 ล้านคนเคยมีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (Lawrence, et al., 1998: 778-799) ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในเกษตรกรพบว่า ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในรอบ 7 วัน ร้อยละ 43 - 57 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 73 - 95 (Puntumetakul, Siritaratiwat, Boonprakob, & Eungpinichpong, 2011: 297-303; Sangseedam, 2005)

การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัยทางคลินิกในประชากรผู้สูงอายุ

แม้ว่าในปัจจุบันกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีอัตราการเติบโตที่รวดเร็วที่สุด แต่การศึกษาภาวะความผิดปกติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น อาการปวดหลังส่วนล่างในประชากรกลุ่มดังกล่าวยังไม่ได้รับการศึกษาวิจัยเท่าที่ควร (Frebarger, et al., 2009: 251-258) มีการตั้งข้อสังเกตว่าการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์มักไม่ทำในกลุ่มผู้สูงอายุ (Goodwin, 1999: 1283-1285) หรือแม้แต่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic review) และการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) ส่วนใหญ่ก็มักจะคัดกลุ่มประชากรผู้สูงอายุออกไปจากการศึกษาและข้อมูลวิเคราะห์ (Paeck et al., 2013)

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาวิจัยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงสุดต่อภาวะทุพพลภาพ บริโภคยาปริมาณสูงสุด มีความบกพร่องด้านร่างกายและการเรียนรู้ อุปสรรคด้านทัศนคติอันเนื่องมาจากวัยที่เปลี่ยนแปลง และเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้การดูแลรักษาทางการแพทย์เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า (Abdulla, et al., 2013: i1-57; Chung, et al., 2013: E685-704; Paeck, et al., 2013; Wells, Kolt, Marshall, Hill, & Bialocerkowski, 2013: 7) นอกจากนี้ รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้สูงอายุยังไม่มีการศึกษาเผยแพร่ที่เพียงพอ ดังนั้น การศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก

ข้อจำกัดของการรักษาสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง

การรักษาด้วยมือ (Manual therapy) เป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ การขยับ

ดัดดึงกระดูกสันหลัง (Mobilization and manipulation) ควรให้การรักษาด้วยมือน้อยอย่างน้อย 9 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (National Collaborating Centre for Primary, 2009) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยมือนี้อาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการรักษาโดยนักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม (Acupuncture) หนึ่งในแนวปฏิบัติของการรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างน้อย 10 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถเข้าถึงการรักษาดังกล่าวเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และผู้ดูแล (Pillastrini, et al., 2012: 176-185)

จากแนวปฏิบัติดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงมีข้อจำกัดในการรักษาอย่างมากทั้งปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุและข้อจำกัดด้านเทคนิควิธีการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง รวมทั้งผู้ให้การรักษาจึงมุ่งเน้นการออกกำลังกายและเพิ่มกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวปฏิบัติที่ใช้ในการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การออกกำลังกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจง

จากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากพบว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญอย่างมากในอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ดังนั้น การออกกำลังกายจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างน้อยที่สุดที่ใช้ในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดหลังชนิดเรื้อรังแต่ไม่มีผลสำหรับอาการปวดหลังชนิดฉับพลัน หลักฐานจากการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพทั้งในการลดปวดและเพิ่มความ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

สามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ในระยะเวลาลั้น รูปแบบการออกกำลังกายแบบกลุ่มหรือการออกกำลังกายในศูนย์ฝึกออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบการออกกำลังกายที่บ้าน (Ashworth, Chad, Harrison, Reeder, & Marshall, 2005: cd004017; Torstensen, et al., 1998: 2616-2124) ในระยะยาว การออกกำลังกายร่วมกับการให้กิจกรรมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพมากกว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว (Friedrich, Gittler, Arendasy, & Friedrich, 2005: 995-1000) จากคู่มือแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการเบื้องต้นสำหรับโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงฉบับปี 2012 ได้แนะนำให้มีความคุมการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุด้วย (Pillastrini, et al., 2012: 176-185)

อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานต่างๆ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายแบบเฉพาะใดแบบหนึ่ง มีประสิทธิภาพมากกว่าแบบอื่น (van Middelkoop, et al., 2010: 193-204) จากคู่มือแนวปฏิบัติมักแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแอโรบิค การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อตามคำสั่ง การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกควบคุมการทรงตัว และการยืดกล้ามเนื้อ โดยควรปฏิบัติอย่างน้อย 8 ครั้งในรอบ 12 สัปดาห์ และหากมีผู้ป่วยมากกว่า 10 คนขึ้นไปควรมีผู้ดูแลการออกกำลังกายด้วย (Abdulla, et al., 2013; Airaksinen, et al., 2006: i1-57; National Collaborating Centre for Primary, 2009; Pillastrini, et al., 2012: 176-185)

การออกกำลังกายแบบทางเลือกในผู้สูงอายุปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

การออกกำลังกายแบบทางเลือก (Alternative exercises) หรือการบริหารจิตและร่างกาย (Mind-body exercises) จากข้อมูลเผยแพร่ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกาโดยหน่วยงาน National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ได้ให้ความหมายของการ

ออกกำลังกายแบบทางเลือกหรือการบริหารจิตและร่างกายไว้ว่า การออกกำลังกายรูปแบบใดๆ ที่มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ด้วยมุ่งหวังการเสริมสร้างศักยภาพของจิตใจให้พัฒนาการทำงานของร่างกายและส่งเสริมสุขภาพหลักการพื้นฐานของการออกกำลังกายคือ จิตใจและร่างกายมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันภายใน บุคคลมีศักยภาพภายในที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเพื่อพัฒนาด้านจิตใจและร่างกายได้ การแพทย์แผนตะวันออกนิยมให้การออกกำลังกายแบบทางเลือกแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมาช้านานแล้ว ในปัจจุบันกระแสการออกกำลังกายแบบทางเลือกนี้แพร่ขยายความนิยมไปยังประเทศตะวันตกด้วย และได้มีการศึกษาวิจัยมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Chan, Han, Sze, Wong, & Cheung, 2013: 812096) จากการศึกษาวิจัยพบว่า การออกกำลังกายแบบทางเลือกสามารถลดภาวะซึมเศร้า (Chan, et al., 2013: 812096; Chan, et al., 2012: 235206) ลดความวิตกกังวล (Chen, et al., 2012: 235206) ลดอาการนอนไม่หลับ (Sarris & Byrne, 2011: 99-106) ลดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Yeh, Wang, Wayne, & Phillips, 2009:152-160) รวมทั้งปัญหาอาการปวดเรื้อรัง (Wahbeh, Elsas, & Oken, 2008: 2321-2328)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายแบบทางเลือกเป็นที่นิยมเพื่อใช้เป็นเครื่องมือรักษาอาการปวดต่างๆ ในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยได้มีการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายแบบทางเลือกดังกล่าวในประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ โดยเชื่อว่าเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคปวดหลังส่วนล่าง ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบทางเลือกที่นิยมในปัจจุบันได้แก่ โยคะ รำมวยจีน ชี่กง ไช้ฉี รำไพลอง พิลาทิส (Pilates) การฝึกการหายใจ เป็นต้น (Chan et al., 2013: 812096; McCall, Ward, Roberts, & Heneghan, 2013: 945895; Sherman, et al., 2011: 2019-2026) นอกจากนี้

ยังพบว่า รูปแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตมีประสิทธิผลสูงสุดแก่สุขภาพผู้ป่วย (Glangkarn, 2013: 860-865) ดังนั้น แนวโน้มในปัจจุบัน หน่วยงานบริการสุขภาพมักจะส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายตามรูปแบบท้องถิ่นที่มีอยู่เช่น การออกกำลังกายด้วยไม้พอง การรำมวยจีน สำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในประเทศไทย จากผลการศึกษาที่ผ่านมากพบว่า การออกกำลังกายแบบทางเลือกมีความปลอดภัยสูงและมีประสิทธิผลในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความยืดหยุ่น สมรรถภาพหัวใจและปอด รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน (Permsirivanich, Lim, & Promrat, 2006: 595-600; Vichanee Janmookda, 2008:59-64; Wongsathikun, 2011: 64-69)

รูปแบบการออกกำลังกายแบบทางเลือกแบบต่างๆ ที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันมีหลักการและวิธีการที่ความคล้ายคลึงกัน เช่น การออกกำลังกายแบบซิง เป็นการบริหารลมปราณที่มีพื้นฐานจากการแพทย์แผนจีนที่กล่าวว่า “การเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายหรืออวัยวะใดๆ เกิดจากการไหลเวียนของพลังชี (Qi) ในระบบ เมอริเดียน (Meridian) ของร่างกายขัดข้อง หรือเดินทางไม่สะดวก หรือไม่สมดุล ถ้าสามารถแก้ไขการไหลเวียนของพลังชีได้ ก็จะหายจากโรคได้” ดังนั้น ซิง คือการบริหารและฝึกการหายใจควบคุมสมาธิเพื่อให้พลังงานและชักนำให้เก็บพลังชี โดยประกอบด้วย รูปแบบการฝึกมีมากมายหลายพันชนิดทั้งชนิดนิ่ง และชนิดเคลื่อนไหว ในประเทศไทย ซิง 18 ท่า มีความแพร่หลายมาก ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากมวยจีนไทชิ 18 ท่า โดยการออกกำลังกายรูปแบบนี้ถูกจำแนกให้เป็น เป็นการออกกำลังกายที่มีระดับความหนักแบบปานกลาง (Moderate exercise) มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ำ หลักการสำคัญของการฝึกให้ถูกต้อง คือ ต้องฝึกต่อเนื่องเป็นประจำ และ

จิตใจต้องผ่อนคลาย ซึ่งจะนำไปสู่ความสงบ มีระยะเวลาการฝึกต่อครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ควรฝึกอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ การออกกำลังกายแบบทางเลือกแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โยคะ การรำรำโบราณแบบต่างๆ ยังมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องการควบคุมจังหวะหายใจ คือหายใจตามจังหวะช้าๆ ลึกๆ หายใจเข้าทางจมูก อาจมีการขมิบทวารหนัก (Kegel exercise) หรือมีการแขม่วท้องน้อย (Reverse respiration) ร่วมด้วย และหายใจออกทางปาก เป็นต้น

บทสรุปและการนำไปใช้

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงเป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาวิจัยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุดทั่วโลก มีความเสี่ยงสูงสุดต่อภาวะทุพพลภาพ อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้การดูแลรักษาทางการแพทย์เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า ดังนั้นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมคุณภาพดีในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังชนิดไม่เจาะจงจึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปัจจุบันการออกกำลังกายเพื่อการรักษาแบบทางเลือกได้รับการส่งเสริมจากหน่วยงานสุขภาพระดับต่างๆ ของประเทศ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันและรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งนักวิจัยสามารถศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ต่ออาการปวดหลังในผู้สูงอายุ หรือศึกษาในรูปแบบการออกกำลังกายแบบทางเลือกชนิดต่างๆ ที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันและรักษา อีกทั้งยังเป็นผลดีต่อผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า กระแสนิยมการออกกำลังกายแบบทางเลือกในปัจจุบัน สร้างโอกาสให้กับทั้งนักวิจัยและผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- Abdulla, A., Adams, N., Bone, M., Elliott, A. M., Gaffin, J., Jones, D., Schofield, P. (2013). Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 42 Suppl 1 : i1-57.
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Zanolli, G. (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 15 Suppl 2 : S192-300.
- Ashworth, N. L., Chad, K. E., Harrison, E. L., Reeder, B. A., & Marshall, S. C. (2005). Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. (1) : Cd004017.
- Buchbinder, R., Blyth, F. M., March, L. M., Brooks, P., Woolf, A. D., & Hoy, D. G. (2013). Placing the global burden of low back pain in context. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 27(5): 575-589.
- Chan, A. S., Han, Y. M., Sze, S. L., Wong, Q. Y., & Cheung, M. C. (2013). A randomized controlled neurophysiological study of a chinese chan-based mind-body intervention in patients with major depressive disorder. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013 : 812096.
- Chan, A. S., Wong, Q. Y., Sze, S. L., Kwong, P. P., Han, Y. M., & Cheung, M. C. (2012). A Chinese chan-based mind-body intervention improves sleep on patients with depression: a randomized controlled trial. *Scientific World Journal*. 2012 : 235206.
- Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttrop, M. J., Shekelle, P. G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 328(7441) : 680.
- Chen, K. W., Berger, C. C., Manheimer, E., Forde, D., Magidson, J., Dachman, L., & Lejuez, C. W. (2012). Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. 29(7) : 545-562.
- Chung, J. W., Zeng, Y., & Wong, T. K. (2013). Drug Therapy for the Treatment of Chronic Nonspecific Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Pain Physician*. 16(6) : E685-704.
- Delitto, A., George, S. Z., Van Dillen, L. R., Whitman, J. M., Sowa, G., Shekelle, P., Godges, J. J. (2012). Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 42(4) : A1-57.
- Freburger, J. K., Holmes, G. M., Agans, R. P., Jackman, A. M., Darter, J. D., Wallace, A. S., Carey, T. S. (2009). The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 169(3) : 251-258.

- Friedrich, M., Gittler, G., Arendasy, M., & Friedrich, K. M. (2005). Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 30(9) : 995-1000.
- Glangkarn, S. P., V. (2013). Exercise Activities in Harmony with Local Community Lifestyle. *Asian J. Pharm. Hea. Sci.* 3(4) : 860-865.
- Goodwin, J. S. (1999). Geriatrics and the limits of modern medicine. *N Engl J Med.* 340(16) : 1283-1285.
- Gore, M., Sadosky, A., Stacey, B. R., Tai, K. S., & Leslie, D. (2012). The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976)*. 37(11) : E668-677.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 64(6) : 2028-2037.
- Itoh, H., Kitamura, F., & Yokoyama, K. (2013). Estimates of annual medical costs of work-related low back pain in Japan. *Ind Health.* 51(5) : 524-529.
- Lawrence, R. C., Helmick, C. G., Arnett, F. C., Deyo, R. A., Felson, D. T., Giannini, E. H., Wolfe, F. (1998). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum.* 41(5) : 778-799.
- McCall, M. C., Ward, A., Roberts, N. W., & Heneghan, C. (2013). Overview of systematic reviews: yoga as a therapeutic intervention for adults with acute and chronic health conditions. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013 : 945895.
- National Collaborating Centre for Primary, C. (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain. London: Royal College of General Practitioners (UK) Royal College of General Practitioners.
- Paeck, T., Ferreira, M. L., Sun, C., Lin, C. W., Tiedemann, A., & Maher, C. G. (2013). Are older adults missing from low back pain clinical trials? – A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. doi : 10.1002/acr.22261
- Permsirivanich, W., Lim, A., & Promrat, T. (2006). Long stick exercise to improve muscular strength and flexibility in sedentary individuals. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 37(3) : 595-600.

- Pillastrini, P., Gardenghi, I., Bonetti, F., Capra, F., Guccione, A., Mugnai, R., & Violante, F. S. (2012). An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. *Joint Bone Spine*. 79(2) : 176–185.
- Puntumetakul, R., Siritaratiwat, W., Boonprakob, Y., & Eungpinichpong, W. (2011). Prevalence of musculoskeletal disorders in farmers: Case study in Sila, Muang Khon Kaen, Khon Kaen province. *J Med Tech Phy Ther*. 23(3) : 297–303.
- Sangseedam, P. (2005). Preliminary study for low back pain reduction in farmers : a case study of the paddy farmers in 3 sub-districts of Ranode Districts, Songkla Province. (Master's Degree), King Mongkut's Institute of Technology North Bangkok, Bangkok.
- Sarris, J., & Byrne, G. J. (2011). A systematic review of insomnia and complementary medicine. *Sleep Med Rev*. 15(2) : 99–106.
- Sherman, K. J., Cherkin, D. C., Wellman, R. D., Cook, A. J., Hawkes, R. J., Delaney, K., & Deyo, R. A. (2011). A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 171(22) : 2019–2026.
- The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. (2013). *JAMA*, 310(6) : 591–608.
- Torstensen, T. A., Ljunggren, A. E., Meen, H. D., Odland, E., Mowinckel, P., & Geijerstam, S. (1998). Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)*. 23(23) : 2616–2624.
- van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Verhagen, A. P., Ostelo, R. W., Koes, B. W., & van Tulder, M. W. (2010). Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 24(2) : 193–204.
- Vichanee Janmookda, P. D. (2008). The effect of the modified Boonmee long stick exercise on balance, flexibility and strength in the elderly. *J Thai Rehabil Med*. 18(2) : 59–64.
- Wahbeh, H., Elsas, S. M., & Oken, B. S. (2008). Mind-body interventions : applications in neurology. *Neurology*. 70(24) : 2321–2328.
- Wells, C., Kolt, G. S., Marshall, P., Hill, B., & Bialocerowski, A. (2013). Effectiveness of Pilates exercise in treating people with chronic low back pain: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 13:7.

- Wongsathikun, J. (2011). Effects of Thai wand exercise on lung capacity in sedentary young adults. *JPBS*. 24(1 (suppl)) : 64-69.
- Yeh, G. Y., Wang, C., Wayne, P. M., & Phillips, R. (2009). Tai chi exercise for patients with cardiovascular conditions and risk factors: A SYSTEMATIC REVIEW. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 29(3) : 152-160



ผู้เสียหายจากการทำให้แท้งลูกในความหมายตามพระธรรมอพยพ
และกฎหมายไทย

**The Victims of Abortion Cases in the Book of Exodus
and Perspective from Thai Law**

เนติ คูโชติกุล*

บทคัดย่อ

มีการพบซากทารกมากกว่าสองพันศพในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2010 ในเขตกรุงเทพ ซากศพของทารกเหล่านี้มาจากการทำแท้ง แล้วนำไปห่อด้วยถุงพลาสติก และถูกทิ้งไว้ในวัดแห่งหนึ่ง จากอาชญากรรมครั้งนี้ นำมาสู่คำถามเกี่ยวกับ “คุณธรรมทางกฎหมาย” ในพระคริสตธรรมคัมภีร์ผู้เขียนไม่ได้อธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกว่าผู้เสียหายคือผู้หญิง หรือตัวอ่อนในครรภ์ ดังนั้นในบทความนี้ ผู้เขียนจะใช้กฎหมายอาญาของไทยเพื่ออธิบายเรื่อง

คุณธรรมทางกฎหมายว่าด้วยการทำให้แท้งในพระธรรมอพยพ ผู้เขียนจะอธิบายโดยแบ่งออกเป็นสามประเด็น ประเด็นแรก ผู้เขียนจะแนะนำโดยสรุปในเนื้อหาของหนังสืออพยพ 21:22-25 และความเข้าใจเกี่ยวกับคดีทำให้แท้งในตะวันออกใกล้ยุคโบราณ ประเด็นที่สอง ผู้เขียนจะเน้นเรื่องกฎหมายไทย และคุณธรรมทางกฎหมายเรื่องการทำให้แท้ง และคดีการทำร้ายร่างกาย ประเด็นที่สาม ผู้เขียนจะเสนอข้อเสนอนี้ใหม่ และสรุปเรื่องผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกในพระธรรมอพยพ 21:22-25

Abstract

More two thousand aborted infant corpses were found November 19, 2010 in Bangkok. An investigation revealed that the dead fetuses had been aborted, and then wrapped in plastic bags and left in the temple. Thus this is the criminal case that rises up the question about “Rechtsgut.” In the scripture,

the author did not explain clearly concerning the victims in the abortion case, woman or her fetus. In this article, the writer will use Thai criminal law to explain the Rechtsgut of the abortion case in the Book of Exodus. In this study, the writer will explain this article in three sections. In the first part of this essay,

* อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ สภามหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยคริสเตียน

the writer will briefly introduce the Book of Exodus 21:22-25 and the understanding about abortion case in Ancient Near East. Then, the writer will focus on Thai criminal law and the Rechtsgut of the abortion cases and

battery cases. In the Third part of this essay, the writer recommends a new interpretation and concludes the victims of abortion case in the Book of Exodus 21:22-25."

ตั้งแต่สังคมยุคแรกเริ่มมนุษย์เข้าใจว่าการทำให้แท้งลูกเป็นความผิดทางอาญาเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย และเป็นความผิดโดยตัวของมันเอง (*Mala in Se*) ดังนั้น แม้ว่าปัจจุบันสมาชิกในสังคมบางส่วนเริ่มให้การยอมรับเรื่องการทำให้แท้งเสรีมากขึ้นแต่กฎหมายอาญาไทยยังมองว่าการทำให้แท้งลูกเป็นความผิดอาญาแผ่นดิน คือ ไม่สามารถยอมความได้จากคดีสะท้อนขวัญในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2010 เรื่องการพบร่างทารกจำนวนมากถึง 2,002 ศพ ซึ่งร่างที่พบเป็นผลจากการทำแท้งเถื่อนคดีดังกล่าวกลายเป็นกระแสสังคมว่าใครสมควรได้รับการปกป้องจากกฎหมายในบทความนี้จะศึกษาเรื่องคุณธรรมทางกฎหมายของการทำให้แท้งลูกโดยพิจารณาจากมุมมองของพระธรรมอพยพ (The Book of Exodus) ซึ่งเป็นพระธรรมลำดับที่สองในพระคริสตธรรมคัมภีร์ในศาสนาคริสต์เปรียบเทียบกับกฎหมายอาญาไทยปัญหาที่พบคือพระคริสตธรรมคัมภีร์เขียนโดยใช้ถ้อยคำที่ไม่ชัดเจนคือกฎหมายในพระคริสตธรรมคัมภีร์ไม่กล่าวอย่างชัดเจนว่าประสงค์จะคุ้มครองใครระหว่างมารดา หรือตัวอ่อนในครรภ์มารดาบทความจะแบ่งออกเป็นสามส่วน คือ ส่วนแรกผู้เขียนจะอธิบายความเข้าใจเรื่องกรณีการทำให้แท้งลูกในพระธรรมอพยพ 21:22-25 จากนั้นผู้เขียนจะอธิบายหลักกฎหมายอาญาไทยเรื่องการทำให้แท้งลูกและหลักการเรื่องผู้เสียหายในคดีอาญาและส่วนที่สามผู้เขียนจะนำความรู้เรื่องคุณธรรมทางกฎหมายอาญามาปรับใช้กับพระธรรมอพยพ 21:22-25 เพื่อหาคำตอบว่าใครสมควรเป็นผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกในพระคริสตธรรมคัมภีร์ภาคพันธสัญญาเดิม

ความเข้าใจเรื่องความผิดฐานทำให้แท้งลูกในพระธรรมอพยพ 21:22-25

คริสเตียนเชื่อว่าพระคริสตธรรมคัมภีร์ (The Bible) คือถ้อยคำของพระเจ้าที่ถูกรับทักเป็นลายลักษณ์อักษรโดยแสดงเนื้อหาด้านความเชื่อ คำสอน และแนวทางการปฏิบัติตนให้เป็นคริสเตียนที่ดีในพระคริสตธรรมคัมภีร์ประกอบด้วยงานเขียนหลายประเภท (Genre) เช่น ประวัติศาสตร์ วรรณกรรม จดหมาย และกฎหมายของชนชาติอิสราเอลที่เรียกว่าธรรมเนียมปฏิบัติของโมเสส เป็นต้น ในประวัติศาสตร์ชนชาติอิสราเอลกฎหมายของชาวยิวมาจากผู้นำคนสำคัญของพวกเขา คือท่านโมเสสผู้นำชนชาติอิสราเอลออกจากการเป็นทาสในประเทศอียิปต์ตามคำสั่งของพระเจ้าเมื่อโมเสสนำชนชาติอิสราเอลมายังภูเขาซีนายพระเจ้าได้ให้กฎหมายแก่ชนชาติอิสราเอลผ่านทางโมเสสเรียกว่าบัญญัติสิบประการและกฎหมายลำดับรองเพื่อให้ชนชาติอิสราเอลยอมรับพระเจ้าเป็นกษัตริย์ของพวกเขา เพื่อให้ชนชาติอิสราเอลมีกฎหมายใช้บังคับภายในชนชาติของพวกเขาเองและเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยภายในสังคมกฎหมายของโมเสสมีการบัญญัติเรื่องความผิดอาญา เช่น การลักขโมย การทำร้ายร่างกาย การฆ่าคน การเป็นพยานเท็จใส่ร้ายผู้อื่น การฉ้อโกง เป็นต้น โดยตัวบทเหล่านี้พบได้ในพระธรรมอพยพ และพระธรรมเฉลยธรรมบัญญัติ (Exodus and Deuteronomy) มีข้อสังเกต คือกฎหมายเรื่องการทำให้แท้งลูกปรากฏเพียงครั้งเดียวในพระคริสตธรรมคัมภีร์ คือพระธรรมอพยพ 21:22-25 กล่าวว่า

“ถ้าผู้ชายตีกันแล้วไปถูกหญิงมีครรภ์ทำให้เด็กของนางออกมาแต่ไม่มีอันตรายผู้นั้นจะ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

וְאֵת־יִמְכַּץ יִן וְיִמְחֹן אֶת־תֵּא מִעֵד, יֵא וְיִפּ, קוֹן וְלִדְתָּא וְלֹא יְהִי מוֹתָא אֶת־גְּבָאָה יִתְגַּבִּי
דִּישׁ וִי עֲלוּהִי בַּעֲלֹה דְּאֵת־תֵּא וְיִתְּ יִן מִמַּיִר דְּיִנְיָא וְאֵם מוֹתָא יִתְּ יִתְּ יִן נִפְשָׁא פִּמָּה
תִּלְפֵּן נִפְשָׁא:

จากการตีความของผู้เขียนทาร์กัมพบว่าการ
เพิ่มถ้อยคำ และตีความบางอย่าง คือ **גַּם אִם יָמוּת** ซึ่ง
หมายถึง “but not to lose her life” และอีก
คำหนึ่ง คือ **אִם יָמוּת** ซึ่งหมายถึง “But if death
befall her” การตีความเพิ่มเติมในเอกสารทาร์กัม
แสดงให้เห็นว่าผู้เขียนทาร์กัมเข้าใจวาทกรรมบัญญัติของ
โมเสสมุ่งคุ้มครองมารดาที่กำลังตั้งครรภ์ ดังนั้น ผู้ใช้
เอกสารทาร์กัมเข้าใจว่าชีวิตในครรภ์มารดาจึงไม่ใช่
ผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูก อย่างไรก็ตาม พระคัมภีร์
ฉบับภาษากรีก (LXX) กล่าวว่า

“And if two men strive and smite a woman with child, and her child be born imperfectly formed, he shall be forced to pay a penalty : as the woman’s husband may lay upon him, he shall pay with a valuation. But if it be perfectly formed, he shall give life for life.”

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

คดีทำให้แท้งลูกต้องเป็นมรดา ไม่ใช่ชีวิตในครรภ์มารดา ตัวอย่างการตีความเรื่องผู้เสียหายคือมรดา เช่น คำอธิบายของฟลาวีอุส โจเซฟัส (Flavius Josephus) ได้กล่าวถึงผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกในหนังสือ *Antiquities of the Jews* 4:278 ว่าผู้เสียหายคือมรดา ไม่ใช่ทารกในครรภ์มารดา บรูซส์ เอ็ม. วอลท์คี (Waltke, 1969: 10-11) เสนอว่า “. . . พระเจ้าไม่ได้พิจารณาตัวอ่อนในครรภ์ว่ามีวิญญาณ . . . ดังนั้นตัวอ่อนในครรภ์จึงไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของพระบัญญัติข้อที่ห้า”¹ คำอธิบายของวอลท์คีในที่นี้หมายความว่าตัวอ่อนในครรภ์มารดายังไม่ใช่มนุษย์ (fetus) ดังนั้น ความคุ้มครองผู้เสียหายจึงไม่สามารถเอาตัวอ่อนในครรภ์มารดาไปเปรียบเทียบกับ และใช้ชี้ให้น้ำหนักเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดที่เป็นมนุษย์แล้วตามกฎหมายตาแทนตา ฟันแทนฟันได้ การลงโทษที่ยุติธรรมจึงต้องชี้ให้น้ำหนักความเสียหายระหว่างมนุษย์ด้วยกัน คือ ผู้กระทำความผิด กับมารดาที่กำลังตั้งครรภ์ ไม่ใช่ผู้กระทำความผิดกับตัวอ่อนในครรภ์มารดา เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้วอลท์คีเชื่อว่ามารดาที่กำลังตั้งครรภ์เป็นผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูก คือ การศึกษากฎหมายเปรียบเทียบระหว่างธรรมเนียมบัญญัติของโมเสส กับกฎหมายของกลุ่มประเทศในตะวันออกกลางยุคโบราณ (Ancient Near East) ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับประเทศอิสราเอลในสมัยโบราณ และใช้กฎหมายตาแทนตา ฟันแทนฟัน (lex talionis) เช่น กฎหมายของชนชาติอัสซีเรียระหว่างปี 1450 - 1250 ก่อนคริสตกาลซึ่งกล่าวถึงมารดาที่ถูกทำให้แท้งลูกว่าเป็นผู้เสียหาย (Waltke, 1969: 10-11) ดังนั้นวอลท์คีสรุปเรื่องผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกว่า “เราควรสรุปถึงการเปรียบเทียบกันระหว่างกฎหมายอัสซีเรียน และธรรมเนียมบัญญัติของโมเสสในพันธสัญญาเดิมว่าไม่เคยมีการพิจารณาว่าตัวอ่อนในครรภ์มารดามีค่าเท่ากับชีวิตมนุษย์” (Waltke, 1969: 11)

ถ้าเช่นนั้นผู้ที่สนับสนุนว่ากฎหมายทำให้แท้งลูกในพระธรรมอพยพ 21:22-23 ให้ความคุ้มครองทารกในครรภ์มารดาอาศัยหลักการใด ในที่นี้นักวิชาการบางท่านไม่ได้อ้างแต่คำแปลจากพระคริสตธรรมคัมภีร์ฉบับภาษากรีกเท่านั้น แต่พวกเขาอ้างกฎหมายของประเทศเพื่อนบ้านของชาติอิสราเอลยุคโบราณ คือ กฎหมายของชาติฮิตไทต์ อี. เอ. สไปเซอร์ (Speiser, 1963: 536-541) เห็นว่ากฎหมายการทำให้แท้งลูกของชาวฮิตไทต์คล้ายกับกฎหมายของฮิตไทต์ ซึ่งกฎหมายบัญญัติว่า

“ผู้ใดเป็นเหตุทำให้หญิงที่เป็นไทแก่ตนแท้งลูก - ถ้าทารกในครรภ์มีอายุสิบเดือน ผู้นั้นต้องจ่ายเงินสิบเชเชล ถ้าทารกนั้นอายุห้าเดือน ผู้นั้นต้องจ่ายเงินห้าเชเชลพร้อมทั้งต้องวางเงินประกันเพื่อความปลอดภัยแก่ทารกนั้นด้วย”

กฎหมายของฮิตไทต์กล่าวถึงช่วงอายุของตัวอ่อนในครรภ์มารดาเป็นองค์ประกอบทางความผิดที่สำคัญในคดีทำให้แท้งลูก กล่าวคือ ตัวอ่อนในครรภ์มารดาที่มีลักษณะเป็นตัวโตเต็มวัยได้รับการคุ้มครอง และเรียกค่าเสียหายได้มากกว่าตัวอ่อนที่ยังไม่โตเต็มวัย ถ้าระดับการคุ้มครองทางกฎหมายเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณค่าของชีวิตตัวอ่อนในครรภ์มารดาที่ไม่เท่ากัน เช่นนั้นแล้ว ในสายตาของกฎหมายชาวฮิตไทต์ คุณค่าของชีวิตของตัวอ่อนที่โตเต็มวัยใกล้เคียงคลออดมีคุณค่ามากกว่าตัวอ่อนในครรภ์มารดาที่ยังไม่โตเต็มวัยทารกที่ยังเป็นตัวอ่อนซึ่งยังเติบโตไม่เต็มที่ที่ได้รับการปกป้องทางกฎหมายคล้ายกับระบบทรัพย์สิน และการวางเงินประกัน ดังนั้น ตัวอ่อนที่ยังไม่โตเต็มที่จึงเป็นเสมือนกับทรัพย์สินของบิดามารดา แต่ทารกที่มีอวัยวะครบ และโตเต็มวัยพร้อมคลออดได้รับการปกป้องมากกว่า คือ รับการปกป้องเสมือนเป็นบุคคลแล้ว นอกจากการตีความสองแนวทางที่กล่าวมาแล้ว ปัจจุบันนักวิชาการได้เสนอทางเลือกที่สามเรื่องผู้เสียหายคดีทำ

¹ ในพระธรรมอพยพ 20 กล่าวถึงกฎหมายแรกที่พระเจ้าประทานให้กับชนชาติอิสราเอล เรียกว่า บัญญัติสิบประการ ในข้อที่ห้ากล่าวว่า “ห้ามฆ่าคน” วอลท์คีตีความว่าคำว่าคนในที่นี้ หมายถึง คนที่คลอดออกมาจากครรภ์มารดาแล้ว ดังนั้น ตัวอ่อนในครรภ์มารดาไม่นับรวมในบัญญัติสิบประการ

ให้แท้งลูก เช่น ยู. คัสซูโต (Cassuto, 1967: 275) อธิบายเรื่องผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกโดยเสนอว่า ผู้กระทำความผิดไม่มีเจตนา และกรรมของการกระทำ หรือผู้เสียหายในคดีนี้คือทั้งมารดา และชีวิตในครรภ์มารดา

กฎหมายไทยว่าด้วยเรื่องการทำให้แท้งลูก และผู้เสียหายในคดีอาญา

ปัจจุบัน กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้แท้งลูก คือ ประมวลกฎหมายอาญา หมวด 2 มาตรา 297-299 ว่าด้วยความผิดต่อร่างกาย และหมวด 3 มาตรา 301-305 ว่าด้วยความผิดฐานทำให้แท้งลูก ส่วนการตีความเรื่องผู้เสียหายทางอาญานั้นเป็นไปตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา คือ ในมาตรา 4-6 สำหรับบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะในมาตราที่ 4 เรื่องผู้เสียหายเป็นหญิงมีสามี และสามีฟ้องคดีแทนภรรยา สำหรับกฎหมายอาญาไทยนั้นเน้นการตีความตามลายลักษณ์อักษรอย่างเคร่งครัด และพิจารณาวัตถุประสงคฺ์ของตัวบทผ่าน “คุณธรรมทางกฎหมายอาญา”² จากกฎหมายที่ได้อ้างในข้างต้น คุณธรรมทางกฎหมายหรือสิ่งที่กฎหมายต้องการคุ้มครองแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ความคุ้มครองเกี่ยวกับร่างกาย (มาตรา 297-299) และความคุ้มครองต่อชีวิตในครรภ์มารดา (มาตรา 301-305) ในที่นี้จะทำการอธิบายเรื่องของการคุ้มครองชีวิตในครรภ์มารดา ก่อน จากนั้นจึงทำการอธิบายเรื่องการคุ้มครองร่างกายของผู้เป็นมารดา

ความผิดฐานทำให้แท้งลูกตามกฎหมายอาญามีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองชีวิตในครรภ์มารดาซึ่งจะสามารถมีสภาพบุคคลได้ในอนาคต ดังนั้น มาตรา 301-305 จึงไม่ได้มุ่งคุ้มครองมารดาผู้ตั้งครรภ์ดังที่บางคนเข้าใจ การแท้งลูก หมายถึง การทำให้เด็กที่ปฏิสนธิ

ขึ้นในครรภ์ของหญิงถูกทำลายก่อนที่จะคลอด หรือคลอดออกมาแล้วไม่มีสภาพเป็นบุคคล ดังนั้น การแท้งลูกอาจจะแท้งตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา หรือเด็กนั้นอาจจะคลอดออกมาแล้ว แต่ยังไม่มีความสมบูรณ์ก็อยู่ในความหมายของคำว่าแท้งลูกทั้งสิ้น (ม.ล.ไกรฤกษ์ เกษมสันต์, 2551: 100) อย่างไรก็ตาม การที่เด็กคลอดออกมา มีชีวิตเพียงชั่ววินาทีเดียวแล้วถึงแก่ความตาย เช่นนี้ไม่ใช่เป็นแท้งลูกตามความหมายของกฎหมายอาญา กรณีเช่นนี้เป็นการแท้งลูกตามความหมายของประชาชนบุคคลทั่วไป ไม่ใช่ของนักกฎหมาย ดังนั้น การที่เด็กคลอดก่อนกำหนด มีชีวิตอยู่เพียงชั่วคราว และเสียชีวิตในเวลาต่อมาจึงไม่ใช่แท้งลูกสำเร็จตามความหมายของกฎหมาย (ฎีกา 788/2510 ประกอบฎีกา 566/2502) ในที่นี้ ขอสรุปว่าคุณธรรมทางกฎหมายของการทำให้แท้งลูกตาม คือ การปกป้องชีวิตในครรภ์มารดาไม่ให้ตัวมารดา โดยการทำให้แท้งหมายความว่าทารกในครรภ์มารดาต้องตายก่อนการคลอดออกมาเป็นบุคคล ระยะเวลาการอยู่ในครรภ์มารดาไม่ใช่สาระสำคัญ แต่การตายก่อนคลอดพ้นจากครรภ์มารดาเป็นสาระสำคัญของการทำให้แท้งลูก

ความผิดฐานทำร้ายร่างกายอันตรายสาหัสตามมาตรา 297 มีวัตถุประสงค์แตกต่างจากมาตรา 301-305 เนื่องจากกรรมของการกระทำ คือ หญิงมีครรภ์ที่ถูกทำร้ายร่างกายจนแท้งลูก ดังนั้น วัตถุประสงค์ของมาตรา 297 (5) คือ เพื่อคุ้มครองหญิงที่กำลังตั้งครรภ์จากการทำร้ายร่างกาย ขอสรุปว่าการทำร้ายร่างกายในมาตรา 295 และ 297 ต้องทำกับบุคคลธรรมดา ไม่ใช่ทารกในครรภ์มารดา และการทำร้ายร่างกายหญิงมีครรภ์จนเป็นผลที่ทำให้แท้งลูกเป็นการกระทำให้เกิดอันตรายสาหัส และผู้กระทำความผิดต้องรับโทษหนักขึ้นกว่าการทำร้ายร่างกายในมาตรา 295

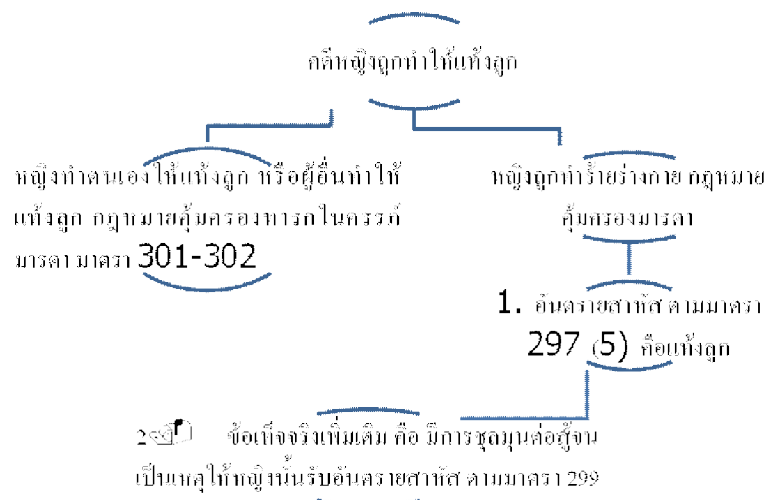
²คุณธรรมทางกฎหมาย (Rechtsgut) หมายความว่า สิ่งที่ยกกฎหมายมุ่งประสงค์จะคุ้มครอง คุณธรรมทางกฎหมายจึงเป็นอุปกรณ์เพื่อพิจารณาข้อกฎหมายว่าตัวบทเรื่องนั้นมีวัตถุประสงค์คุ้มครองใคร อย่างไร ตัวอย่างเช่น มาตรา 334 ประมวลกฎหมายอาญาเรื่องการลักทรัพย์ วางหลักว่า “ผู้ใดเอาทรัพย์ของผู้อื่น หรือที่ผู้อื่นเป็นเจ้าของรวม อยู่ด้วยไปโดยทุจริต ผู้นั้นกระทำความผิดฐานลักทรัพย์ ต้องระวางโทษ . . .” คุณธรรมทางกฎหมาย คือ กฎหมายมุ่งคุ้มครองกรรมสิทธิ์ และสิทธิครอบครองในทรัพย์ที่ถูกละเมิด

นอกจากนี้ มีข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ กฎหมายอาญาได้กล่าวถึงเรื่องของการชูลมุนต่อผู้อื่นใน มาตรา 299 ซึ่งวางหลักว่า

“ผู้ใดเข้าร่วมในการชูลมุนต่อผู้อื่นระหว่างบุคคลตั้งแต่สามคนขึ้นไป และบุคคลหนึ่งบุคคลใดไม่ว่าจะเป็น

ผู้ที่เข้าร่วมในการนั้นหรือไม่ รับ อันตรายสาหัส โดยการกระทำในการชูลมุนต่อผู้อื่นนั้น ต้องระงับโทษ... ถ้าผู้ที่เข้าร่วมในการชูลมุนต่อผู้อื่นนั้นแสดงได้ว่า ได้กระทำไปเพื่อห้ามการ ชูลมุนต่อผู้อื่น หรือเพื่อป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ”

ตามกฎหมายอาญา การพิจารณาเรื่องหญิงแท้งลูกเป็นไปตามรูปต่อไปนี้



ในการดำเนินคดีอาญากับผู้กระทำความผิดกฎหมายได้วางหลักเรื่องสิทธิในการดำเนินคดีอาญากับบุคคลที่เป็นผู้เสียหายมีสิทธิที่จะดำเนินคดีอาญากับผู้ต้องหาได้ต่อเมื่อผู้เสียหายนั้นเป็น “ผู้เสียหายที่แท้จริง” ซึ่งการเป็นผู้เสียหายที่แท้จริงนั้นต้องพิจารณาว่ามี

1. การกระทำที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิดหรือไม่
2. บุคคลได้รับความเสียหายจากการกระทำนั้นโดยตรงหรือไม่ และ
3. ผู้เสียหายไม่ได้มีส่วนร่วม ยินยอม หรือใช้ให้กระทำความผิด

นอกจากนี้ การพิจารณาเรื่องผู้เสียหายในคดีอาญายังต้องคำนึงถึงปัจจัยอีกประการหนึ่ง คือ กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาซึ่งให้แนวทางในการดำเนินการทางกฎหมายในเรื่องผู้เสียหายที่เป็นหญิงมี

สามี คือ หญิงสามารถฟ้องคดีเองได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากสามีก่อน นอกจากนี้ ในกรณีที่สามี หรือ ภรรยาถูกทำร้ายถึงตาย หรือบาดเจ็บจนไม่สามารถทำการฟ้องร้องคดีได้ คู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งจะเป็นผู้จัดการแทนผู้เสียหายนั้น

ดังนั้น แนวทางการพิจารณาความเป็นผู้เสียหายในกฎหมายไทยจึงปรากฏทั้งในกฎหมายสารบัญญัติ และกฎหมายวิธีสารบัญญัติ ในส่วนของกฎหมายสารบัญญัติ กฎหมายไทยเห็นว่าเมื่อมีการทำให้แท้งลูกจะต้องพิจารณาทั้งในส่วนของการทำร้ายร่างกายอันตรายสาหัส และในส่วนของการทำแท้ง ในส่วนกฎหมายวิธีสารบัญญัติ กฎหมายให้นำเอาหลักการในมาตรา 4 และ 5 มาบังคับใช้โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการเป็นผู้เสียหายที่แท้จริง ในกรณีหญิงที่มีสามี หญิงนั้นสามารถฟ้องคดีเองได้ หรือให้สามีเป็นผู้ฟ้องคดีหากเข้าเงื่อนไขตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 5 (2)

ผู้เสียหายจากการทำให้แท้งลูก

ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว คือ พระคริสตธรรมคัมภีร์ฉบับภาษาฮีบรูมีความกำกวมทางภาษาเนื่องจากไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าใครเป็นผู้เสียหาย เมื่อเกิดเหตุชุลมุนต่อสู้อย่างทำให้เกิดเหตุแท้งลูก เอกสารในสมัยหลังจากการตกเป็นเชลยที่บาบิโลน คือ พระคริสตธรรมคัมภีร์ฉบับภาษากรีก และเอกสารทาร์กุ่มต่างแสดงเหตุผลที่แตกต่างกันในประเด็นเรื่องผู้เสียหาย เมื่อไม่สามารถหาข้อสรุปเกี่ยวกับคุณธรรมทางกฎหมายเรื่องการทำให้แท้งลูกในพระธรรมอพยพ 21:22-25 ได้ ผู้เขียนขอเสนอว่าการค้นหาตัวผู้เสียหายจากการทำให้แท้งลูกอาจทำได้หากพิจารณาผ่านกฎหมายที่ใช้กันในปัจจุบัน คือ กฎหมายอาญา และกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา จากการศึกษาพบว่า พระธรรมอพยพ 21:22-25 และกฎหมายไทยเรื่องผู้เสียหาย และคุณธรรมทางกฎหมายเกี่ยวกับร่างกายและการทำแท้งมีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. การทำร้ายร่างกาย และการทำให้แท้งลูก เป็นความผิดในตัวของมันเอง (Mala in Se)
2. ทั้งพระคริสตธรรมคัมภีร์ และกฎหมายไทยเห็นพ้องกันว่าสามีของหญิงที่ตั้งครรภ์เป็นผู้เสียหายเสมอ ไม่ว่าในคดีทำให้แท้งลูก หรือทำร้ายร่างกาย อันตรายสาหัส
3. พระธรรมอพยพ 21:22-25 กล่าวถึงเรื่องของการชุลมุนต่อสู้อย่างเป็นเหตุที่ทำให้หญิงแท้งลูก ซึ่งสาระของกฎหมายในพระคริสตธรรมคัมภีร์มีลักษณะเดียวกับในกฎหมายอาญามาตรา 299 โดยคำว่า “สาหัส” ให้ความหมายของคำว่า “แท้งลูก” ในมาตรา 297 (5) และมาตรา 301 มาใช้
4. การให้ความคุ้มครองตามกฎหมายไทย หรือคุณธรรมทางกฎหมายจึงคุ้มครองทั้งผู้เป็นมารดา

ที่ถูกทำร้ายจากเหตุชุลมุนต่อสู้อยู่ แต่ในขณะเดียวกันกฎหมายไทยไม่ได้ตัดบทไม่ให้ยกเหตุการณ์ทำให้แท้งลูกในมาตรา 301-305 มาบังคับใช้ด้วย ในที่นี้เรียกว่าเข้าลักษณะ “กรรมเดียวผิดกฎหมายหลายข้อ” คือ การกระทำเดียวแต่ผิดกฎหมายหลายข้อ กฎหมายจึงให้ลงโทษในบทที่หนักที่สุด ในพระธรรมอพยพ 21:22-25 ได้กล่าวถึงเรื่องตาแทนตา ฟันแทนฟัน ซึ่งหมายถึง ให้ผู้กระทำผิดชดเชยให้กับผู้เสียหายซึ่งคงหมายถึงทั้งมารดาที่กำลังตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ด้วย

ผู้เขียนขอเสนอว่าหนังสืออพยพให้สิทธิคุ้มครองทั้งมารดา และบุตรในครรภ์ ในกรณีของการทำแท้งในครรภ์มารดา กฎหมายในหนังสืออพยพให้นำเอาเรื่องของการค่าสินไหมทดแทนมาใช้กับผู้กระทำความผิด ส่วนในกรณีของมารดาให้นำเอากฎหมายตาแทนตา ฟันแทนฟันมาใช้ การนำกฎหมายไทยมาปรับใช้เพื่อค้นหาผู้เสียหายในคดีทำให้แท้งลูกในพระธรรมอพยพ 21:22-25 ทำให้ได้อรรถาธิบายใหม่ คือ กฎหมายมีความมุ่งประสงค์ที่จะคุ้มครองผู้อ่อนแอในสังคม โดยให้ผู้เป็นสามี หรือหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ออกหน้าดำเนินคดี การเรียกร้องความยุติธรรมสามารถดำเนินคดีหลายๆ คดีไปพร้อมกัน คือ สามารถเรียกร้องเรื่องของการทำร้ายร่างกายจากเหตุชุลมุนจนทำให้ผู้เป็นมารดาได้รับอันตรายสาหัสไปพร้อมๆ กับคดีทำให้หญิงแท้งลูก หากใช้กฎหมายอาญาไทยมาเป็นอุปกรณ์เพื่อตีความพระคริสตธรรมคัมภีร์ตอนนี้จะได้อธิบายว่าผู้เสียหายในพระธรรมอพยพ 21:22-25 หมายถึง มารดาที่กำลังตั้งครรภ์ ชีวิตในครรภ์มารดา และหมายความรวมไปถึงสามีของหญิงที่ถูกทำให้แท้งลูกในฐานะผู้จัดการดำเนินคดีแทนภรรยา

บรรณานุกรม

- ไกรฤกษ์ เกษมสันต์. (2551). คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด มาตรา 288 ถึง มาตรา 366. กรุงเทพฯ : สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- ประณต บุษกรเรืองรัตน์ และเสรี หล่อกลิ่นัย. (2009). ไวยากรณ์ภาษาฮีบรูของพันธสัญญาเดิม. กรุงเทพฯ : บริษัทประชุมทองพริ้นติ้งกรุ๊ปจำกัด.
- Bright, John. (2000). *A history of israel*. Louisville : WJK.
- Cassuto, U. (1967). *Commentary on the book of exodus*. Jerusalem : Magnes Press.
- Cole, Alan R. (1973). *Exodus : An introduction and commentary*. Leicester : IVP.
- Durham, John I. (1987). *Exodus. in word biblical commentary*. Waco: Word Books.
- Hamilton, Victor P. (1982). *Handbook on the pentateuch*. Grand Rapids : Baker Book House.
- Harrison, R. K. (1979). *Introduction to the old testament*. Grand Rapids : Wm. B. Eerdmans.
- Speiser, E. A. (1963). *The Stem ללך in Hebrew*. JBL 82, 536 –541.
- Waltke, Bruce M. (1969). *Old Testament Texts Bearing on the Issues, In birth control and the christians*, edited by Walter O. Spitzer and Caryle L. Saylor, 7–23. Wheaton, Ill.: Tyndale House Publishers.



การเป็นหนึ่งเดียวกับพระคริสต์และพระคุณทวีภาค
ในเทววิทยาของจอห์น คาลวิน

**The Union with Christ and the Twofold Grace
in John Calvin's Theology**

ดร. พญ. วิจิตรา อัศรพิชญธร*

Abstract

Believers in Christ still have some disagreements on the nature of union with Christ and the relationship between this union and the twofold grace of God. Some argue that union with Christ is a fusion of human and divine essence while others view this as a spiritual union. This study, therefore, intends to explore the concept of union with Christ in John Calvin's theology from his *Institute of the Christian Religion*. The finding from Calvin's perspective is that believers are united with Christ by the bond of the Holy Spirit in a mystic union (*unio mystica*) by faith in Christ, which is the work of the Spirit. The twofold grace that they receive are the grace of justification and that of sanctification. Justification is the status granted to sinners on this union, while sanctification is the life-long process. Hence, sinners are made righteous by the grace of God and not their own human works. Therefore, we should turn from contemplating on our works and look solely to our gracious Lord. Then we will always have the real peace of mind and tranquility of the soul.

*ผู้ช่วยคณบดี และอาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันกรุงเทพคริสตศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

ผู้เชื่อในพระคริสต์ยังคงมีความเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องการเป็นหนึ่งเดียวกันกับพระคริสต์และความสัมพันธ์กับพระคุณทวิภาค บางคนเข้าใจว่าเป็นการรวมกันของสาระของมนุษย์กับสาระของพระเจ้า แต่บางคนโต้แย้งว่าเป็นการรวมกันฝ่ายวิญญาณ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเป็นหนึ่งเดียวกันกับพระคริสต์ในทัศนะของจอห์น คาลวิน โดยมีหนังสือหลักคำสอนในคริสต์ศาสนาเป็นแหล่งปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ตามทัศนะของคาลวิน การรวมกับพระคริสต์อย่างเป็นหนึ่งเดียวกันนั้นเป็นไปอย่างเ็นลับ

โดยพันธะแห่งพระวิญญาณบริสุทธิ์ผ่านทางความเชื่อ พระคุณทวิภาคได้แก่การถูกนับว่าชอบธรรมและการชำระให้บริสุทธิ์ การถูกนับว่าเป็นผู้ชอบธรรมนั้นเป็นสถานะภาพที่พระเจ้าประทานให้เมื่อผู้เชื่อเป็นหนึ่งเดียวกับพระคริสต์ ส่วนการชำระให้บริสุทธิ์เป็นกระบวนการตลอดชีวิต ด้วยเหตุนี้ คนบาปสามารถกลับมาเป็นคนชอบธรรมได้โดยพระคุณของพระเจ้า และไม่ใช่โดยการกระทำความดีใดๆ ของมนุษย์เอง การเสนอแนะคือ เราควรเลิกที่จะจดจ่อที่มนุษย์และการงานของมนุษย์ แต่หันมาจดจ่อที่พระเจ้าและพระคุณของพระองค์

Introduction

As the theology of John Calvin (1509–1564) is based on the conviction that the people of God are united with Christ (Partee, 2008: xv–xvi), one of the Reformer's most important doctrines, therefore, is the doctrine of union with Christ. This doctrine permeates through Calvin's commentaries, sermons, and theological works, and becomes the main focus for Christian faith and practice. Therefore, this study seeks to explore the nature of the union with Christ in Calvin's thought to better explain the concept of salvation, which is the most crucial doctrine in terms of the eternal destiny of humankind. The significance of this union is that it is the only channel through which believers can receive the twofold grace of God and all his blessings into their lives.

The Concept of 'Union with Christ' in Calvin's theology

In its broadest sense, 'union with Christ' refers to the relationship between the believer and Jesus Christ. In this sense, John Murray (1955:161) states, union with Christ is "the central truth of the whole doctrine of salvation." The expression "in Christ" (*en Christo*) occurs 216 times in the epistles of Paul, and 26 times in the Johannine literature (Demarest, 1997:313). Hence, 'union with Christ' is the prime enigma of Paul's teaching that gives the clue to the whole plan of salvation. However, the redemptive work of Christ is meaningless to us unless we are united with him. Calvin asserts that union with Christ is the only way through which the blessings of God flow to us. Calvin (1960:3.1.1) affirms that in order to be enriched by these benefits, the first thing to be grasped is the understanding that "as long as Christ

remains outside of us, and we are separated from him, all that he has suffered and done for the salvation of the human race remains useless and of no value for us. “Such a union is possible because Christ took on human nature and filled it with his virtue. He had to become man in order “to be among us” and “to dwell in us.” Calvin stresses that this happens only through faith: “[A]ll that he [Christ] possesses is nothing to us until we grow into one body with him. It is true that we obtain this by faith” (1960:3.1.1). Faith is the principal work of the Holy Spirit. It is a supernatural gift from God that is granted to us to lead us into the light of the gospel. Faith is “the privilege of becoming the children of God, who are born not of flesh and blood, but of God” (John 1:12–13).

In his doctrine of essential righteousness, Andreas Osiander (1498–1552) argues that we are one with Christ, and in this union with Christ, the essence of God is infused into us in “a mixture of substances by which God—transfusing himself into us, as it were—makes us part of himself” (Osiander’s Confession A 4b; G 1a, cited in Calvin, 1960:3.11.5). Osiander claims that we are not justified by the grace of Christ the Mediator alone, nor is righteousness offered to us in his person, but that we are made partakers in God’s righteousness when God is united to us in essence. This means that Christ’s essence is mingled with ours

(3.11.5). Yet Calvin denies Osiander’s argument that Christ’s essence is mixed with our own essence and explains that the union with Christ is a mystical union (*unio mystica*): “We do not, therefore, contemplate him outside ourselves from afar in order that his righteousness may be imputed into us but because we put on Christ and are engrafted into his body—in short, because he deigns to make us one with him” (1960:3.11.10). Calvin argues that union with Christ is the mystical union, and not the fusion of essence, so Osiander’s argument is refuted.

Joel R. Beeke insists that union with Christ in his humanity is historical, ethical, and personal, but not essential. There is no crass mixture (*crassa mixture*) of human substance between Christ and us. We are not absorbed into Christ nor united to him in such a way that our human personalities are annulled even in the slightest degree. Union with him is not a mixture of essence; rather, it is aspiritual union by the bond of the Holy Spirit. Indeed, this spiritual union that the Holy Spirit forges within us is even greater than physical union (Beeke, 2008: 272). T. H. L. Parker (1995: 79) agrees with Beeke that the nature of this union is a spiritual union: “[W]e are led on to consider the union affected by the secret activity of the Spirit.” This secret activity of the Holy Spirit involves the work of redemption by making the saving

work of the Mediator efficacious to men: "He [the Spirit] testifies inwardly to the meaning of the death of Christ: he applies the sacrificial obedience of Christ to men's hearts and so cleanses them from sin" (Parker, 1995: 79). Nevertheless, this does not mean that the Spirit brings these blessings down to us from Christ who is in heaven who is distant from us, but from Christ who is united within us. Calvin affirms, "[T]he Holy Spirit is the bond by which Christ effectually binds us to himself" (1960: 3.1.1). Bernard McGinn (1996:122, cited in Chin, 2003:184) argues that Calvin's use of the term *unio mystica* in the *Institutes* (3.11.10) does constitute a mystical element suggesting a spiritual marriage between Christ and the believer (2.8.18). McGinn then characterizes this union as an experience of faith. However, he does not elaborate on its nature.

Parker (1995: 79) states that this mystical union has two aspects: on Christ's side and on our side. On Christ's side, Christ united himself with men by becoming a man and lives within him, which is the more intimate union. On our side, we must be engrafted to him like a wild olive shoot that is grafted into the olive tree to share the rich root (Romans 11:17). By union with him, we can grow into one body with him. He is our 'Head' and we are his body (Ephesians 4: 15). In communion with Christ and encountering the secret energy of the Spirit, we grow into one body with him and we share all

his benefits. This is the mystical union, one of the gospel's greatest mysteries, as Calvin (3.2.24) writes, "Not only does he [Christ] cleave to us by an indivisible bond of fellowship, but with a wonderful communion, day by day, he grows more and more into one body with us, until he becomes completely one with us." Therefore, we should not separate Christ from ourselves because he is not outside us but dwells within us in this wonderful communion.

Union with Christ is always the result of the Spirit's work. The Spirit is the bond that binds the believer to Christ and the channel through which Christ is communicated to us by faith. Without the Spirit's initiative work in us, all our knowledge will be worthless, for only by the Spirit's faith-creating work can we come to know Christ, our Redeemer. Calvin exalts the power of faith because faith can rise from flesh of Christ to his divinity to penetrate above all heavens and all mysteries. As Beeke (2008: 276) states, "The Holy Spirit uses faith to bring the heavenly graces of Christ down into the human soul and to raise our souls up to heaven in return." Union with Christ through faith is so profound that even though Christ remains in heaven, he is firmly grasped by faith and is fully possessed by believers on earth.

The Twofold Grace of God (*Duplex Gratia Dei*)

Throughout all his writing, Calvin consistently refers to the twofold grace

of God (*duplex gratia dei*), which is a pivotal concept that brings together dissonant themes in his theology. According to Calvin (1960:3.11.1), the twofold grace consists of justification and sanctification: “By partaking of him, we principally receive a double grace: namely, that being reconciled to God through Christ’s blamelessness. . . ; and secondly, that sanctified by Christ’s Spirit we may cultivate blamelessness and purity of life.”

Justification. The concept of justification is a forensic concept because it is about the judge and the law court. However, this is the court that can be found nowhere else in the world because it is where the Judge is also the Accuser, and later, the Judge becomes the Father! This court is the confrontation of man before God, not by judgment or punishment, but by God’s grace, because in this confrontation, the guilty man is justified righteous (Parker, 1995: 97). Righteousness here is simply set in the opposite of guilt. The purpose of the gospel message is to reconcile us to God through the redemptive work of Christ and not to count our sins as guilt. When we are justified righteous, all our sins and trespasses are forgiven. This is a wonderful exchange between Christ and sinners because Christ, who was free of guilt, took our sins to himself and died in our place so that we can be reconciled to God.

Calvin encourages his readers to carefully ponder when he refers to Paul’s

explanation: “Christ, who was without sin, was made sin for us” (2 Corinthians 5:21). Thus we, as sinners, are justified righteous by faith alone and not by works. Calvin (3.11.2) stresses that we take up Christ’s righteousness as ours and God accepts us as righteous men: “Therefore, we explain justification simply as the acceptance with which God receives us into his favor as righteous men. And we say that it consists in the remission of sins and the imputation of Christ’s righteousness.” In other words, we are justified righteous because God has imputed Christ’s righteousness to us. The Scripture tells us that justification is the act of God and not the act of man; therefore, we should turn aside from contemplation of our own works and look solely upon God’s mercy and Christ’s perfection. Justification not only serves God’s honor by satisfying the conditions for salvation but it also offers a peaceful rest and tranquility to us (Beeke, 2008:130). As Paul writes, “Therefore, being justified by faith, we have peace with God through our Lord Jesus Christ” (Romans 5:1).

Sanctification. Calvin (1960:3.3.5) defines the term “repentance” this way: “[I]t is the true turning of our life to God, a turning that arises from a pure and earnest fear of him; and it consists in the mortification of our flesh and of the old man, and in the vivification of the Spirit.” According to Calvin, there are three obvious points here: First, repentance is *turning of life to God, or transformation*.

This transformation happens not only in outward works but in the soul itself. When the soul put off its old nature, it brings forth the fruit of works in harmony with its renewal (3.3.6). Second, repentance proceeds from an earnest fear of God. Before a sinner repents, his mind will be aroused by the fear of the divine judgment. This thought will be deeply fixed in his mind until he cannot rest nor breathe freely even for a moment (3.3.7). The third point that Calvin raises is that repentance consists of two parts: the mortification of our flesh and the vivification of the Spirit. Mortification of our flesh means that we have to deny our own nature first and then be renewed by the fruits that flow from it--namely, righteousness, judgment, and mercy. The vivification of the Spirit means that the Spirit deeply imbues our souls with his holiness, renewing us with new thoughts and feelings.

Calvin objects to the idea that sanctification comes from our work to complement the free grace of God, namely, justification, because only Christ himself is the sole source of our purity and righteousness. More importantly, both justification and sanctification are granted to us by faith as the free gifts from Christ. Upon conversion, Christ becomes our living Lord and Savior as we are incorporated into his body. The consequence is that we live a new life through his Spirit. When the Holy God grasps us to have fellowship with him through Christ, Christ unites himself with

us. It is an event that needs repercussion on our sinful way of life. As Niesel (1956:126-127) says, "The life which pleased us when we were estranged from God must be renounced." So sanctification, which flows from our communion with Christ, is the second gift that we are endowed from the Spirit. As Calvin (1960:3.3.9) states, "Both things [justification and sanctification] happen to us by participation in Christ. . . If we share in his resurrection, through it we are raised up into newness of life to correspond with the righteousness of God."

Based on Calvin's understanding, Cornelis P. Venema (2007:77) distinguishes justification from sanctification both in conceptions and natures: "Whereas justification refers to our status as forgiven sinners, sanctification refers to the process by which our sinful condition is transformed through the work of the Spirit of Christ." Venema makes a clear contrast between the two: Justification signifies 'the status' of being righteous before God and sanctification signifies 'the process' in which the righteous are transformed from sinful actions to piety through the work of the Spirit.

Calvin (1960:3.11.11) proposes that sanctification is a process throughout one's life: "For God so begins this second point in his elect, and progresses in it gradually, and sometimes slowly, throughout life." J. Todd Billings adds that sanctification is a process in which

believers receive moral transformation through the Spirit of God: “In Christ, through the Spirit, believers begin the slow process of moral transformation” (Billings, 2007:107). The final goal of sanctification is the restoration of the image of God that had been disfigured since Adam’s transgression. Calvin explains that by regeneration, believers are restored through the benefit of Christ into the righteousness of God. The Lord is pleased to restore his adopted children into the inheritance of life:

[T] his restoration does not take place in one moment one day one year; but through continual and sometimes even slow advances God wipes out in his elect the corruptions of the flesh, cleanses them of guilt, consecrates them to himself as temples renewing all their minds to true purity that they may practice repentance throughout their lives and know that this warfare will end only at death (Calvin, 1960:3.3.9).

Thus sanctification is not a sudden event: rather, it is an ongoing one, which begins after our union with Christ and continues until the last day of our lives. Its goal is to change us, step by step, into true holiness. Calvin states that the closer any man comes to the likeness of God, the more the image of God shines in him (Calvin, 1960:3.3.9). In order to accomplish this goal, we have to continue the process of repentance throughout our lives. As such, sanctification

is the process that the righteous grow under the re-direction of the Spirit to receive alteration of life.

The Relationship between justification and sanctification

Although it is true that the two gifts of grace, justification and sanctification, are distinctive from each other, both are inseparable. Consequently, we receive the two gifts of justification and sanctification simultaneously and together (*simul et coniunctim in ipso*) (Niesel, 1956:137). As Christ confers both of them to us, simultaneously and not only one without the other, justification and sanctification are the reality in Christ and form in him “a living unity” (Calvin, 1960:3.16.1). So if we attempt to separate them, we are trying to break up the unity of Christ. Like that in Chalcedonian Christology where the two natures in the person of Christ--the divine nature and the human nature--cannot be divided, but are united without confusion, without change, without division, without separation, the grace of justification and sanctification cannot be divided as well (Billings, 2007:107).

Figuratively, Calvin compares the nature of the union of the two graces as sunlight, in which its brightness cannot be separated from its heat. The heat quickens and fertilizes the earth, while its ray enlightens and illumines it. Here is a mutual and indivisible connection between the two. However, this should

not result in confusion or mixing of the two. Therefore, Calvin objects to Osiander, who contends that these two gifts of grace are one and the same (Calvin, 1960:3.6.6.).

However, justification and sanctification have to be distinguished from each other. For Calvin, the formal relationship between justification and sanctification is crucial because though they are distinct from each other, they are inseparable. Nevertheless, although we may distinguish them, Christ contains both of them inseparably within himself. Calvin, therefore, decisively reasons that we are justified by faith and we are also sanctified at the same time: "Because by faith we grasp Christ's righteousness, by which alone we are reconciled to God. Yet you cannot grasp this without at the same time grasping sanctification also" (Calvin, 1960:3.16.1).

Justification and sanctification are two aspects of the same process in our lives, which are deeply grounded in the spiritual experience of each individual. Niesel (1956:139) states that the relation of justification and sanctification is not only the relation between God and man but also between man and Christ--the God revealed in flesh. Calvin then invites those

who want to attain the righteousness of Christ to possess Christ first, and then be made partakers in his sanctification.

Conclusion

In this study, I explored the concept of union with Christ and the twofold grace of God in Calvin's theology. The finding is that through the spiritual union with Christ, we can receive the twofold grace of God--justification and sanctification. Such a union is possible because Christ took on human nature and became man in order to be among us and to dwell in us. However, this is a mystical union and not a union in essence. The Spirit is the bond that binds believers to Christ and the channel through which Christ is communicated to us by faith. Whereas justification refers to our status as forgiven sinners, sanctification refers to the process by which our sinful condition is transformed through the work of the Spirit in a life-long process. The final goal of sanctification is to attain the holiness of life as the image of God. The relationship between justification and sanctification is that, even though both are distinct from each other, yet they are inseparable.

References

- Beeke, Joel R. (2008). "Appropriating salvation : The Spirit, faith and assurance, and repentance." In D.W. Hall & P. A. Lillback (Eds.), *Theological guide to Calvin's Institutes : Essays and analysis*. Phillipsburg, NJ : P&R., pp. 270-300.
- Billings, J. Todd. (2007). *Calvin, participation, and the gift : The activity of believers in union with Christ*. New York : Oxford University Press.
- Calvin, John. (1960). *Institutes of the Christian religion*. (Ford Lewis Battles, Trans.). John T. McNeill (Ed.). The Library of Christian Classics Vol. XX. Philadelphia: Westminster. (Original Work published 1559).
- Chin, Clive S. (2003). "Calvin, mystical union, and spirituality." *Torch Trinity Journal*. (6) : 183-209.
- Demarest, Bruce. (1997). *The cross and salvation : The doctrine of salvation*. Wheaton : Crossway Books.
- McGinn, Bernard. (1996). "Mysticism". In Hans Hillerbrand (Ed.). *The Oxford encyclopedia of the reformation*, vol.3. New York : Oxford University Press, p. 122.
- Murray, John. (1955). *Redemption : Accomplished and applied*. Grand Rapids: Eerdmans.
- Niesel, Wilhelm. (1956). *The theology of Calvin*. Translated by Harold Knight. Philadelphia: Westminster Press.
- Parker, T.H. L. (1995). *Calvin : An introduction to his thought*. London: Geoffrey Chapman.
- Partee, Charles. (2008). *The theology of John Calvin*. Louisville, KY : Westminster John Knox.
- Tamburello, Dennis E. (1994). *Union with Christ : John Calvin and the mysticism of Bernard of Clairvaux*. Louisville, KY : Westminster John Knox.
- Venema, Cornelis P. (2007). "Calvin's understanding of the 'twofold grace of God' and contemporary ecumenical discussion of the gospel." *Mid-America Journal of Theology*. (18) : 67-105.



แนวทางคลินิกเอ็นซีดีคุณภาพ : นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน
The Guidelines of NCD Quality Clinic : Community Health Care
Sustainability Innovation.

อุษา ตันทพงษ์*

บทคัดย่อ

แนวทางคลินิกเอ็นซีดีคุณภาพ ถือเป็น นวัตกรรมดูแลสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน ที่มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิธีการที่ทำให้ ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเกิด จากการรับข่าวสารข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งมีการออกแบบ ระบบโดยการปรับทิศทางการให้บริการสุขภาพ

การสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุน การตัดสินใจ การจัดระบบฐานข้อมูล โดยคำนึงปัจจัย ด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ในการบำรุงรักษาสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และส่งต่อ การรักษาดูแลที่จำเป็นระหว่างทีม ระหว่างเครือข่าย การบริการ

Abstract

The guidelines NCD quality clinic is community health care sustainability innovation, is being developed continuously from Wagner's chronic care model demonstrates best practices in Patients also need to be "activated" by understanding the importance of their role in managing the illness. Delivery system design

self-management support, decision support, clinical information system, by determinants of health, social, economic, cultural, Environmental Factors, etc in the maintenance of health and well-being, productive interactions between informed-activated patient and prepared-practice team.

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

โรควิถีชีวิต (Non communicable diseases - NCD) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หรือเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ แต่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล ทั้ง การรับประทานอาหาร การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน ตัวอย่างโรควิถีชีวิตได้แก่ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเรียกรวมว่ากลุ่มโรควิถีชีวิต (Non communicable diseases syndrome - NCDs) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs 63% และที่สำคัญเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาถึง 80% ซึ่งทางองค์การอนามัยโลก จึงได้เตือนให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้เฝ้าระวังโรควิถีชีวิตเพราะจะเป็นโรคที่น่าพาประเทศไปสู่การสูญเสียงบประมาณอย่างมหาศาล ขณะที่คนไทยเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคนี้ สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยของประชากรทั้งโลกถึง 10% และสูงกว่าทุกประเทศในโลก และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ ซึ่งกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจาก 6 ปัจจัยเสี่ยง คือ เหล้า บุหรี่ อาหาร (หวาน-มัน-เค็มจัด) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด และกรรมพันธุ์ จึงเกิดการขับเคลื่อนทางสังคมโดยกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้นำประเด็นกลุ่มโรค NCDs มาเป็นประเด็นในการสื่อสารหลักประจำปี 2557 โดยเน้นเตือนภัย “6-6-5” คือ 6 โรคที่มีผู้เสียชีวิตสูง 6 ปัจจัยเสี่ยงหลัก และ 5 แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เลี่ยงอาหารหวาน-มัน-เค็ม เพิ่มผักผลไม้ การออกกำลังกาย

อย่างน้อย 30 นาที/วัน (5 ครั้ง/สัปดาห์) และอารมณ์ดี คิดบวก พักผ่อนให้เพียงพอ

2. เครือข่ายวิชาการ จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงกลุ่มโรค NCDs (NCDs Quiz) การตรวจหาความเสี่ยงด้วยตนเองเบื้องต้น เพื่อช่วยให้ตนเองได้ทราบว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดบ้างทาง www.ncdsthailand.com สามารถทำได้ปีละครั้ง หรือ 6 เดือนครั้ง หากคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงมาก ซึ่งกลุ่มโรค NCDs จะไม่มีสัญญาณใดๆ เมื่อเริ่มมีสัญญาณหมายถึงเจ็บป่วยแล้ว หากผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดการใช้ยาได้

3. เครือข่ายสื่อสารมวลชน จัดทำภาพยนตร์โฆษณาณรงค์ชุด “Slow” เพื่อสื่อสารถึงพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวันที่ค่อยๆ สะสมและนำไปสู่โรคในกลุ่มโรค NCDs ในอนาคต ร่วมกับสถานีโทรทัศน์ Thai PBS ผลิตรายการ ชีวิตลิขิตโรค และ NCDs Reality เพราะรักจึงยอมเปลี่ยนแปลง

จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557 ได้สรุปภารกิจที่ทำท้ายของกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งในประเด็นที่จะต้องดำเนินการต่อก็คือ การลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตที่เสี่ยง และจากมติดะการหมกหมักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เห็นชอบบริการควบคุมป้องกันและรักษา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังโดยมอบนโยบายให้ สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นเจ้าภาพดูแลระบบ (System Manager) โรงพยาบาลทุกระดับ ปรับคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยนำโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยการนำข้อมูลของผู้ป่วยส่งต่อเครือข่ายปฐมภูมิให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกัน ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

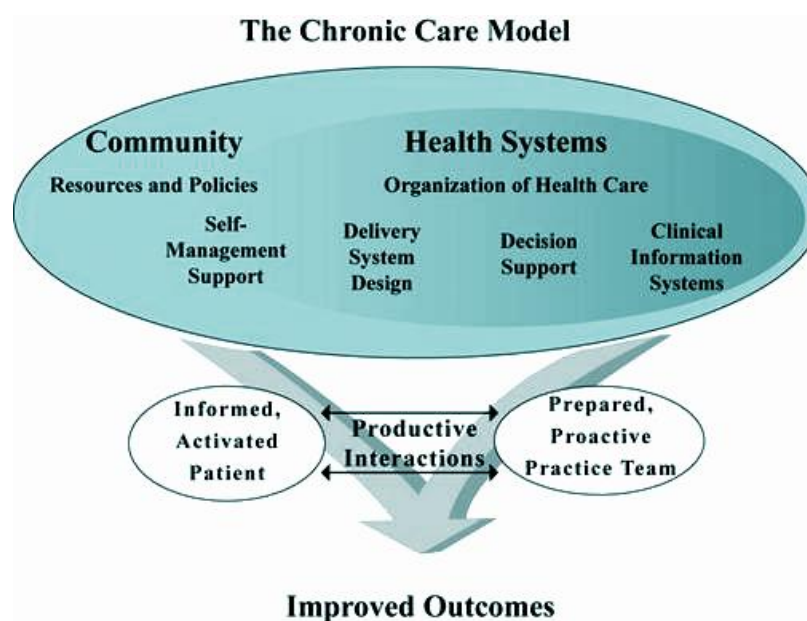
ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

เพื่อระวังคุณภาพการจัดบริการและความครอบคลุม การบริการของหน่วยบริการ โดยเครือข่ายวิจัยคลินิก สหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network : CRCN) ได้จัดเก็บข้อมูลให้เป็นแบบ Computerized data entry จากหน่วยบริการ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินการป้องกันโรคและการ ค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก NCD จังหวัดและทีม NCD Board ที่จะต้อง สร้างความเข้าใจแนวทางที่ชัดเจนของคลินิก NCD คุณภาพ

เนื้อหา

คลินิก NCD คุณภาพ คือ คลินิก/ศูนย์/ เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการ บริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่ บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มป่วยเป็นโรค/ กลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการดำเนินโรคสู่เป้าหมายหลักข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลด ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความ สามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่

จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่าย การบริการที่นำแนวทางมาจากโมเดลการดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง (Chronic care model : CCM) ซึ่ง Edward H. Wagner ผู้อำนวยการ The Mac Coll Institute for Healthcare Innovation และ The Robert Wood Johnson Foundation national program ได้มีการนำไปพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Improving Chronic Illness Care) และขยายแนวปฏิบัติระดับบุคคล สู่สภาพแวดล้อม เวชปฏิบัติในระดับองค์กร และจากงานงานทบทวนวิจัย สุขภาพใน Cochrane diabetes review องค์ประกอบของหน่วยบริการสุขภาพ สามารถนำไป สู่ผลลัพธ์การดูแลโรคเบาหวานที่ดีขึ้น จากการใช้ระบบ ฐานข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจ (Decision support) ในการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) และออกแบบระบบ บริการ (Delivery system design) ในระบบ สุขภาพ (Health systems) โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน (Community linkages) ร่วมด้วย (ปัทมา โกมุตบุตร, 2553) ดังรูป



เป้าประสงค์ของคลินิก NCD คุณภาพ

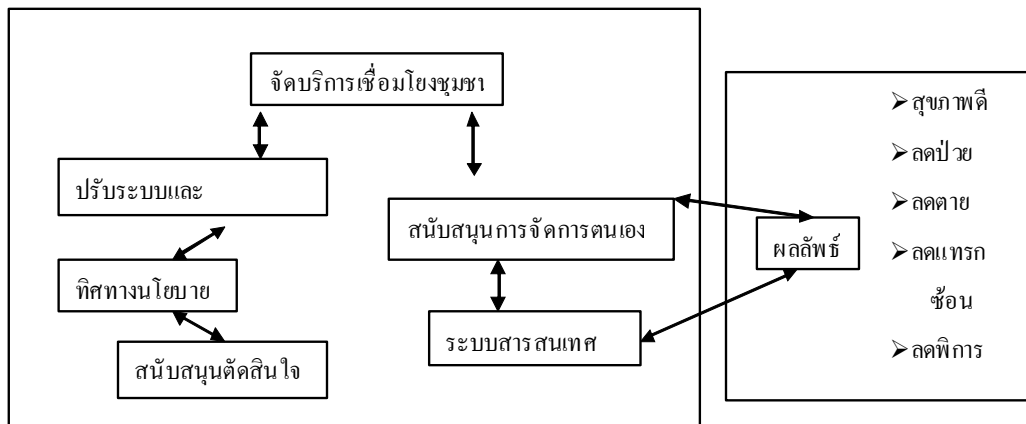
- 1) กลุ่มโรค/ป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย (Controllable)
- 2) ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด (Vascular complication and related)
- 3) ผู้มารับบริการในสี่โรคเป้าหมายหลักข้างต้นสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วม/โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น (Control behavioral, physiological, biochemical risk, social and environmental determinants)
- 4) ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Unexpected admission rate)
- 5) ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ในช่วงอายุ 30 - 70 ปี (Premature death rate)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

- 1) กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT
- 2) กลุ่มที่เป็นโรค
- 3) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

องค์ประกอบหลักของคลินิก NCD คุณภาพ

- 1) มีทิศทางและนโยบาย
- 2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ
- 3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน
- 4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
- 5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) มีระบบสารสนเทศ

ภาพผังองค์ประกอบคลินิก NCD คุณภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)

ทั้งนี้ มีแนวทางการจัดการ คือ การสนับสนุนการบริหารและวิชาการ การประสานเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยต่างๆ โดยมีกระบวนการที่มุ่งเน้นการให้บริการรายบุคคล ครอบคลุมกลุ่มประชากร รวมทั้งการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน เพื่อเกิดผลลัพธ์สำเร็จตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สุขภาพดี ลดอาการเจ็บป่วย ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ

แนวทางพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

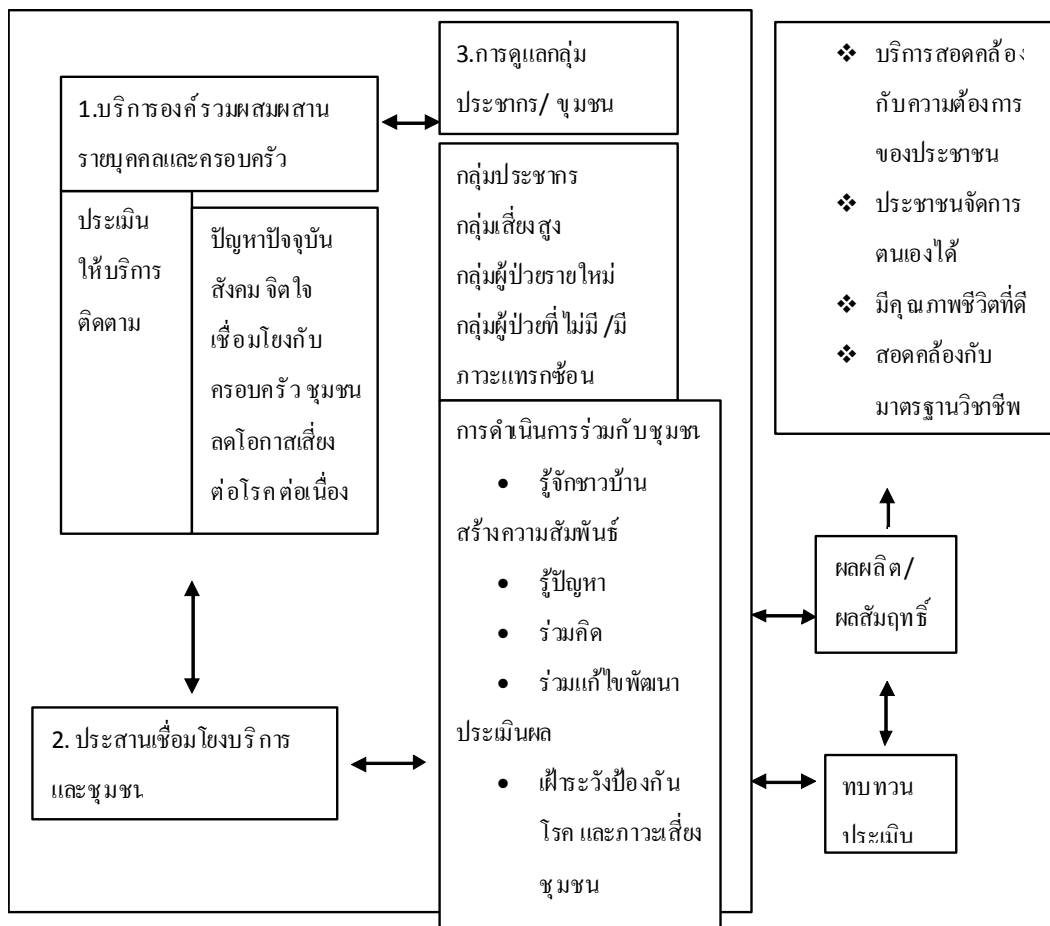
- 1) การปรับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการการบริการ เพื่อให้เอื้อต่อการป้องกันและจัดการโรคได้ดีขึ้น
- 2) พัฒนาคลินิก NCD ให้มีคุณภาพโดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง (Integrated chronic care model) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

- 3) เพิ่ม การดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive care) โดยบูรณาการการป้องกัน ในการจัดการโรคเรื้อรัง การประสานการดำเนินการ ร่วมกันในการดูแล (Coordination of care) และ ความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of care)
- 4) เพิ่มคุณภาพในกระบวนการจัดการ (Management quality) และคุณภาพการดูแลรักษา (Clinical quality)
- 5) เชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 6) มีการสนับสนุนการใช้ข่าวสาร และ ทรัพยากรร่วมกัน

ภาพแสดงกรอบงานบริการของคลินิก NCD คุณภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)



เกณฑ์ผลลัพธ์การรักษาดูแลผู้ป่วย

คลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อนได้แก่

- 1) ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
- 2) การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย
- 3) การคัดกรองการสูบบุหรี่
- 4) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดสุรา
- 5) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเป้าหมายในแต่ละระยะของโรค
- 6) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- 7) คุณภาพการดูแลรักษา/ส่งต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และ/หรือมีปัญหาการควบคุมไม่ได้ดี ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตเสื่อม เป็นต้น
- 8) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Unexpected admission rate)
- 9) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง
- 10) ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง

เป้าหมายสำคัญบางประการเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขปี 2557 ได้แก่

- 1) ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ไม่น้อยกว่า 50)
- 2) ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า 40)
- 3) ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อเท่ากับ 100

ข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์แบบประเมินรับรอง

คลินิก NCD คุณภาพ ปี พ.ศ. 2557

ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแบบประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ สำหรับทีมประเมินรับรอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่จะทำให้มีการตื่นตัวของชุมชน และเริ่มสร้างความเข้าใจร่วมกัน และทำอย่างไรที่จะเกิดความยั่งยืนในการจัดการปัญหาของชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรี คงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสังคม และความเข้าใจในปัญหาอย่างถ่องแท้ พร้อมทั้งจะร่วมกันแก้ไขปัญหาดังมีขั้นตอนการทำงานที่มีความชัดเจน และสามารถตรวจสอบทวนชั้นตอนพร้อมรับการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และหากมาพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ โดยขอเสนอให้ผู้เขียนร่วมวิพากษ์กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ในปัญหาประเด็นสุขภาพชุมชนที่เกิดจากโรควิถีชีวิตจากการสำรวจชุมชน ซึ่งพบประเด็นปัญหาที่ควรสังเกตหรืออาจนำไปพัฒนาปรับปรุงระบบการทำงานให้เข้ากับสภาพท้องถิ่น ดังนี้คือ

องค์ประกอบหลักที่ 1 **ทิศทางและนโยบาย** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือการกำหนดวิสัยทัศน์ ต้องมีความชัดเจนเสมือนเป็นทิศทางและนโยบาย สามารถนำไปจัดทำแผนปฏิบัติงานได้ โดยมีกรอบการทำงานและมีผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนประกอบกับกำหนดเป้าหมายที่วัดได้ด้วย นอกจากนั้นจะต้องมีการติดตามและรายงานความก้าวหน้าโดยใช้ช่องทางสื่อในรูปแบบต่างๆ ที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้เป็นเจ้าของและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

องค์ประกอบหลักที่ 2 **มีระบบสารสนเทศ** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ การจัดระบบการเก็บข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ซึ่งฐานข้อมูลจะสามารถแยกออกเป็นผู้ป่วย หรือผู้มีปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง โดยมีผู้ดูแลฐานข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์และส่งต่อข้อมูลเครือข่ายได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์แก้ไข ปัญหาผู้ป่วยในแต่ละชุมชน

องค์ประกอบหลักที่ 3 **มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือการปรับระบบอย่างไรที่จะทำให้กระบวนการบริการสามารถขับเคลื่อนไปได้รวดเร็ว อันดับแรกจะต้องมีแนวปฏิบัติทุกขั้นตอนและปรับได้โดยมีเงื่อนไขที่ชัดเจนในการตัดสินใจ เพื่อสามารถส่งต่อข้อมูลหรือผู้ป่วยไปยังเครือข่ายอย่างรวดเร็วและมีฐานข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามกลุ่มเป้าหมายประชากร ซึ่งจะต้องมีการประเมินโดยดูจากแผนงานและกิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละชุมชน

องค์ประกอบหลักที่ 4 **มีระบบสนับสนุนการจัดการตัวเอง** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ การวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม รายบุคคลเพื่อจัดทำแผนดำเนินการแต่ละกลุ่มเป้าหมายโดยมุ่งที่ผลลัพธ์ ซึ่งการจัดการจะต้องลงรายละเอียดทำอย่างไรกลุ่มเป้าหมายสามารถนำแนวทางปฏิบัติไปได้ เช่น การจัดทำคู่มือผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาผู้ป่วยซึ่งการทำงานต้องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสามารถตรวจสอบผลผลิตเชิงประจักษ์ เช่น รายงานการประชุม ภาพกิจกรรม การสัมภาษณ์ประชากรกลุ่ม รายบุคคล

องค์ประกอบหลักที่ 5 **มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลป้องกันและจัดการโรค** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ ระบบสนับสนุนถือว่ามีความสำคัญที่ต้องทำให้เกิดอย่างจริงจัง ถ้าหากว่าเราจัดการทุกอย่างดีมาตลอดแต่ไม่ได้จัดระบบสนับสนุนที่ดีก็อาจล้มเหลวทั้งหมด อันดับแรกต้องสร้างความเข้าใจที่ตรงกันโดยการจัดการความรู้ เช่น จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเครือข่ายกลุ่มโรค NCDs จัดช่องทางประสานงาน เช่น เว็บไซต์ อีเมลล์ โทรศัพท์ ซึ่งแต่ละขั้นต้องมีผู้รับผิดชอบชัดเจนเพื่อติดตามประเมินการทำงานและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบหลักที่ 6 **มีจัดบริการ เชื่อมโยงชุมชน** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ ชุมชนสามารถนำแผนงาน/โครงการที่จัดทำโดยโรงพยาบาลชุมชน

องค์การบริหารท้องถิ่น มอบหมายให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข นำไปใช้ในพื้นที่ยจริง โดยมีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงตรงกับที่ชุมชนต้องการได้รับการช่วยเหลือการจัดบริการได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์โรค/ปัจจัยเสี่ยง หนังสือเกี่ยวกับความรู้โรควิถีชีวิต คู่มือประชาชนการดูแลป้องกันโรค NCDs ฯ และในการติดตามประเมินผลอาจต้องลงพื้นที่จริงเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย โดยใช้รายงานการประชุมในแต่ละโครงการเป็นแนวทางตรวจสอบเพื่อการวัดผลผลิต/ผลสัมฤทธิ์โดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

บทสรุป

โรควิถีชีวิต (Non communicable Diseases - NCD) เป็นปัญหาที่กำลังจะเกิดผลกระทบต่อประเทศไทยในการสูญเสียประมาณอย่างมหาศาลในอนาคตอันใกล้ ซึ่งกลุ่มโรคนี้เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตไม่สมดุลซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพียงการช่วยรณรงค์ให้ทุกคนหันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องก็จะช่วยลดประชากรกลุ่มเสี่ยง/ลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งแนวทางรณรงค์จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน การดำเนินงานทำให้เกิดผลลัพธ์จึงเป็นสิ่งที่ยากลำบากจะต้องทำงานอย่างมีระบบขั้นตอนที่ชัดเจน การมีมาตรการเพื่อพัฒนาคุณภาพถือเป็นแนวทางหนึ่งทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามแนวทางคลินิก NCD คุณภาพถือว่าการนำสิ่งที่มียุติมาพัฒนาปรับปรุงและเชื่อมโยงกับการนำเทคโนโลยีในปัจจุบัน ในการจัดระบบฐานข้อมูลและมีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับผู้ปฏิบัติงานซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพชุมชน แต่ก็ต้องคำนึงถึงประเด็นที่พิจารณาในแต่ละองค์ประกอบที่กล่าวมา ซึ่งผู้เขียนคิดว่า คลินิก NCD คุณภาพ น่าจะเป็นแนวทางที่จะทำให้สังคมเกิดความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง เพียงแต่ว่าอย่างไรที่จะกระตุ้นให้มีการสร้างเครือข่าย

การเรียนรู้ให้มากขึ้นผ่านทางชมรมที่มีในชุมชน และ การสร้างกระแสการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือที่ไม่ใช่ในชุมชนเท่านั้น หากต้องการแรงจูงใจโดยการกำหนดเป็นนโยบายที่เห็นเป็นเชิงประจักษ์ แต่การขับเคลื่อนทั้งขบวนจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการที่ไม่เกิดความซ้ำซ้อน แต่ต้องคำนึงผลลัพธ์การเกิดกระแสการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ที่จะเกิดผลสะท้อนไปสู่สิ่งแวดล้อมชนแห่งการรักษาสภาพ อันจะเกิดผลที่ดีต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (*Millennium Development Goals - MDGs*) ฉบับที่ 3 พ.ศ.2557. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก [http://bps.ops.moph.go.th/Health information/](http://bps.ops.moph.go.th/Health%20information/).
- เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน. (2553). รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลใน สังกัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยแห่งชาติ.
- ปัทมา โกมบุบุตร. (2551). ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบ สุขภาพชุมชน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.thaiccm.com> .
- วิโรจน์ เจริญจรัสสี และคณะ. (2550). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (*Chronic Care Model หรือ CCM*). ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2551). รายงานการศึกษาโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. สถาบันวิจัยและ ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2557). เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของโรค NCDs สำหรับประชาชน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.ncdsthailand.com/tnc.php>.
- สุนทร ตรีนันทวัน. (2555). โรควิถีชีวิต หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก <http://edtech.ipst.ac.th/index.php/non-communicable-diseases-ncd/>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2557). NCDs กลุ่มโรคที่พวกคุณสร้างเอง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.youtube.com/watch/>.
- Edward H. Wagner. (2014). *Chronic illness management*. [Online]. Retrieved May 1, 2014 <http://www.grouphealthresearch.org/faculty/profiles/wagner/>.

World Health Organization. (2010). *The global status report on non-communicable diseases*. [Online]. Retrieved May 4, 2014, http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/.



**ปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร**
**Factors Predicting the Intention to Alcohol Consumption
of Suan Dusit Rajabhat University Students in Bangkok Province**

ดร. รัชฎา เพชรสุข*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 513 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยใช้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2002) เครื่องมือวิจัยในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยเคยสร้างขึ้นในงานวิจัยเรื่อง “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนผู้ใช้บริการหน่วยงานอนามัยโรงเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร” นำมาปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไป try out กับนักศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .902 – .903 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และอำนาจการทำนาย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 19.87 ปี ส่วนใหญ่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.2 รองลงมาคือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 3 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 3 ปี และอายุมากที่สุดคืออายุ 20 ปี ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วงเป็นอย่างยิ่ง ส่วนใหญ่เพื่อนสนิทของนักศึกษาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 89.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าปัจจัยด้านเจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .592, .618, .145 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่าปัจจัยทั้ง 3

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

ปัจจัย ได้แก่ เจตคติที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกัน

ทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ได้ร้อยละ 47.5 ($R^2 = 0.475$, $p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

The purposes of this correlational research were to predict intention of alcohol consumption among University students. Applying systemic random sampling, 513 students in Bangkok who were committed to consume alcohol, were selected from University students. Research's tools were composed of questionnaires, which were developed by researcher using in research. A Causal Model of alcohol consumption behavior amongst University students. Reliabilities were also tested among 30 students within the range of .902 - .903 In this regard, software program was deployed for data analyses which percentage, mean, standard deviation, correlation and regression analysis were come out as results of analysis respectively.

The results showed that the sample mean age was 19.87 years, mainly alcohol consumption for more than one year, representing 31.2, is a minor alcohol

consumption for more than 3-6 months, representing 27.8 and also found that the alcohol was first consumed at 3 years old and the oldest was 20 years old, which is something that is extremely worrisome. Most friends of student were also alcohol consumed accounted for 89.2 percent. Results of the study reveal significant relationship among all variables. Attitude toward alcohol consumption, subjective norm and perceive behavior control were correlated with intention to alcohol consumption within the next 1 month ($r = .592$, $.618$, $.145$) respectively. Furthermore, these predict their intention of alcohol consumption within the next 1 month for 47.5 percent. The alcohol consumption within 1 month could be significant explained by personal factors, attitude toward alcohol consumption behavior and subjective norm for 47.5 at $p < .05$ ($R^2 = 0.475$, $p < 0.05$).

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยเป็นปัญหาใหญ่ในสังคม และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันไม่พึงประสงค์จึงทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นไม่ใช่มีเพียงแต่ผู้ใหญ่ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น ยังมีวัยรุ่นและเยาวชนที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นด้วย วัยรุ่นวัยนี้เป็นวัยที่ชอบทดลอง ติดเพื่อน ต้องการความเป็นอิสระ มีโลกส่วนตัวสูง และยังเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาความขัดแย้งกับบิดา มารดา ผู้ปกครอง และ

อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันไม่พึงประสงค์ได้ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัว มีการทะเลาะเบาะแว้ง ครอบครัวแตกแยก จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีความชุกของผู้บริโภควัยอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้น ซึ่งวัยนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วง 11 ปี (พ.ศ. 2539 - 2550) ที่ผ่านมามีพบว่า เยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ยังคงมีอัตราการบริโภคที่สูงขึ้น มีอัตราการดื่มประจำมากถึงร้อยละ 70 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ซึ่งเกิดจากความตั้งใจในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้งการปรับพฤติกรรมที่มีความตั้งใจที่บริโภคให้เหมือนกับเพื่อน และการชักชวนให้เพื่อนบริโภค พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มาจากอิทธิพลของเพื่อนสนิท เช่น ประเภทของเพื่อน ลักษณะของเศรษฐกิจ และสังคมที่แตกต่างกัน มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ที่มา: <http://www.thailand.or.th>)

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตนั้นถือว่าเป็นมหาวิทยาลัยใหญ่แห่งหนึ่งที่บริเวณโดยรอบของมหาวิทยาลัย ในเขตกรุงเทพมหานครมีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากรอบมหาวิทยาลัย จากงานวิจัยของ ภทรพร พลพนาธรรม (2552) พบโดยรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตมีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากถึง 86 ร้าน คิดเป็น 50 ร้าน/ตารางกิโลเมตรเป็นเหตุผลให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงผลกระทบและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาของสังคมอยู่ในปัจจุบัน และวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่จะเป็นกำลังที่สำคัญของชาติในอนาคตต่อไป และวัยรุ่นเป็นกลุ่ม

เป้าหมายของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มประชากรวัยรุ่นนี้ เพื่อหาความสัมพันธ์ถึงความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ซึ่งนำไปสู่การออกแบบกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์ในการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแนวทางการบริหารจัดการกับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเยาวชนที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคตต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. เจตคติที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตหรือไม่อย่างไร
2. เจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างเจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
ในเขตกรุงเทพมหานคร

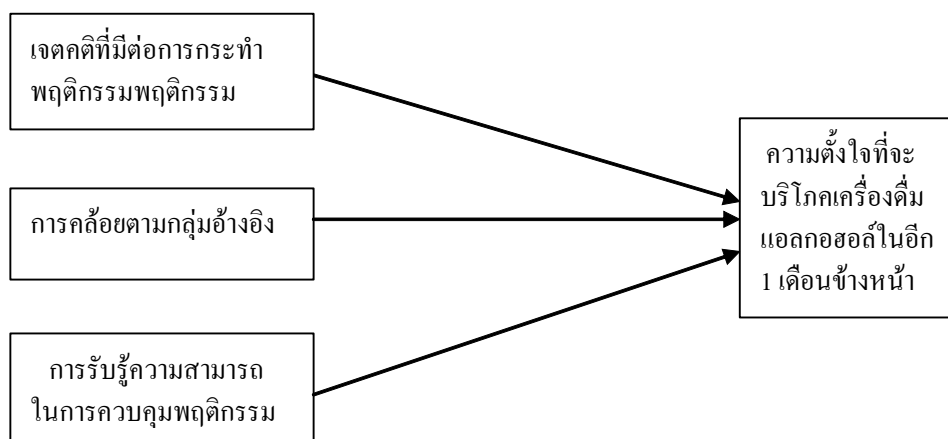
กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นหลัก ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ถูกพัฒนาโดยเอจเซน (Ajzen 1985, 1991, 2002, 2006) ซึ่งพัฒนาต่อมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของมาร์ติน ฟิชไบน์ และไอเชค เอจเซน (Icek Ajzen and Martin Fishbein, 1980) เพื่อใช้ทำนายและอธิบายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลทำให้เข้าใจพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมอย่าง

เป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น ซึ่งการทำนายและการอธิบายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นมาจากความตั้งใจที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะกระทำการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาเป็นกรอบแนวคิด โดยศึกษาถึงความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเท่านั้น

สมมติฐานของการวิจัย

เจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สรุปได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 บัณฑิตทำนายความตั้งใจในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามสมมติฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายมาตรการ การป้องกันพฤติกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในมหาวิทยาลัย
2. เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงนโยบายของรัฐบาล นักวิชาการ และนักวิจัยที่เกี่ยวข้องในการทำงานรณรงค์ร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย

3. เป็นข้อมูลให้แก่ผู้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรอื่นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย

ราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากหลักการคำนวณโดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามาเน่ (Taro Yamane) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากที่สุดผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างที่เก็บมาได้ทั้งหมด จำนวน 513 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากหลักการคำนวณโดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามาเน่ (Taro Yamane) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากที่สุดผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างที่เก็บมาได้ทั้งหมด จำนวน 513 คน

เครื่องมือวิจัยในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยเคยสร้างขึ้นในงานวิจัยเรื่อง “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนผู้ใช้บริการหน่วยงานอนามัยโรงเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร” นำมาดัดแปลงปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไป try out กับนักศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .902 – .903 แบบสอบถามดังกล่าวประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อและแบบสอบถามอีก 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 13 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ

การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 4 ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตัวเลือกให้ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 ถึง 1 ส่วนที่ 5 ตัวเลือกให้ตอบเป็นไปได้นั่นเองถึง เป็นไปไม่ได้แน่นอน ให้คะแนน 5 ถึง 1

ความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละฉบับหาโดยคำนวณ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าดังนี้ แบบสอบถามเจตคติที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม เท่ากับ .903 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เท่ากับ .902 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เท่ากับ .903 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า เท่ากับ .902

การพิทักษ์สิทธิ์ของนักศึกษา การวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board: IRB) แล้ว หลังจากนั้นขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลส่งหนังสือถึงคณะต่างๆในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่นักศึกษาก่อนตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และอำนาจการทำนาย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.6 มีอายุเฉลี่ย 19.87 ปี ส่วนใหญ่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 1 ปี

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน – มิถุนายน) ๒๕๕๗

คิดเป็นร้อยละ 31.2 รองลงมาคือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 3 - 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 3 ปี และอายุมากที่สุดคืออายุ 20 ปี เพื่อนสนิทของกลุ่มตัวอย่างบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 89.2 และส่วนใหญ่พักอาศัยใน อพาร์ทเมนต์/คอนโด รองลงมาคือพักหอพักนอกมหาวิทยาลัย

2. ผลการศึกษาปัจจัย พบว่า เจตคติที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีค่าเฉลี่ย () เท่ากับ 2.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.29 อยู่ในระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 อยู่ในระดับปานกลาง และความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 อยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าปัจจัยด้านเจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .592, .618, .145 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปร	ความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
เจตคติที่มีผลต่อการบริโภค	.592**
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.618**
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	.145**

** $p < .01$ * $p < .05$

4. ผลการศึกษานำมาซึ่งการทำนาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ เจตคติที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ได้ร้อยละ 47.5 ($R^2 = 0.475$, $p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนข้างหน้า

ตัวแปรทำนายความตั้งใจที่จะ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	b	SE.b	Beta	t	p-value
เจตคติที่มีต่อการบริโภค	7.773	.820	.401	9.479	.000
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	1.916	.231	.357	8.288	.000
การรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรม	.701	.215	.215	3.264	.001

$$R = .689, R^2 = .475, R^2 \text{ adj} = .471$$

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.6 มีอายุเฉลี่ย 19.87 ปี ส่วนใหญ่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.2 รองลงมาคือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 3 - 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเฉลี่ยอยู่ที่อายุ 16.16 อายุน้อยที่สุด คือ อายุ 3 ปี และอายุมากที่สุด คืออายุ 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูวนิณี น้อยพันธ์ และคณะ (2545) พบว่าอายุที่เริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกมากที่สุด คือ อายุ 12-18 งานวิจัยของ สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ และคณะ (2553) ยังพบอีกว่าอายุของเยาวชนที่เริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 97.3 เพื่อนสนิทของกลุ่มตัวอย่างบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 89.2 และส่วนใหญ่พักอาศัยในอพาร์ทเมนต์หรือคอนโด รองลงมาคือพักหอพักนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรพันธ์ กิตตินรรัตน์ และคณะ (2554) พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกกับเพื่อนโดยพักอาศัยในอพาร์ทเมนต์หรือคอนโด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า พบว่า เจตคติที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .592, .618, .145 ตามลำดับ โดยเฉพาะปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง พบว่ามีความสัมพันธ์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของ สายใจ ชื่นคำ (2542) พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของปีศาจมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนวัยรุ่น และงานวิจัยของ ลักษณะ อินทร์กลับ และคณะ (2551) ยังพบว่า บุคคลในกลุ่มตัวอย่างร่วมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คือ เพื่อนสนิทจากการศึกษาของ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2547) พบว่าทัศนคติมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมร้อยละ 97 จากการศึกษาร่วมของ พินทุอร วิรุฬห์ที่ตั้งตระกูล (2550) พบว่าค่านิยมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลงานวิจัย ของ หนึ่งฤทัย มีสะอาด (2551) พบว่า การที่มีบุคคลในครอบครัวดื่ม มีส่วนสนับสนุนการดื่มเบียร์ของนักเรียน

ผลความสามารถในการทำนายพบว่า เจตคติที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ได้ร้อยละ 47.5 ($R^2 = 0.475, p < 0.05$)

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ มาร์คอกซ์ และสโลเป (Marcoux and Slope, 1997) พบว่า เจตคติที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 76 จากผลการวิจัยของ สุริย สถาพรานนท์ (2529) พบว่าทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายความตั้งใจบริโภคในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนได้ร้อยละ 22.78 จากงานวิจัยของ ผกาดี พรหมนุช (2549) พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าได้ร้อยละ 23-39.5 และจากการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ (2549) พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 39.2

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ดังนั้นควรมีการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องให้แก่ผู้ปกครอง หรือกลุ่มอ้างอิงของนักศึกษา ได้แก่ บิดา มารดา ผู้ปกครองญาติ เพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้ควรสร้างค่านิยมใหม่ในการไม่ส่งเสริมให้นักศึกษาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้มีการปลูกฝัง เจตคติ ค่านิยมที่ดีแก่ผู้ปกครองของนักศึกษา และส่งเสริมให้ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
2. ควรจัดให้มีกิจกรรมสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากยิ่งขึ้น
3. ผู้บริหารมหาวิทยาลัย อาจารย์ พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปลูกฝัง เจตคติ ค่านิยม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักศึกษา เพื่อป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จักรพันธ์ กิตตินรรัตน์ และคณะ. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ญาณินี น้อยพันธ์ พิษณุ ขจรเวทาสน์ และมณฑารุส จิตรังษี. (2545). พฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ของนิสิตหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2547). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผกาดี พรหมนุช. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พินทุอร วิรุฬห์ตั้งตระกูล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโทเศรษฐศาสตร์การจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภัทรพร พลพนาธรรม. (2552). การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. (2549). การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นระยะที่1 การพัฒนาเครื่องมือและสำรวจพฤติกรรม. แผนงานพัฒนาสถาบันการศึกษาพยาบาลเป็นผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ลักษณา อินทร์กลับ และคณะ. (2551). พฤติกรรมการดื่มสุราและการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุราของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครตะวันตกและปริมณฑล. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สายใจ ชื่นคำ. (2542). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในสังคมไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2551). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539, 2544, 2549, และการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.2547, 2550. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สุทธิลักษณ์ หนูรอด. (2549). เยาวชนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : ประเมินการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาสารคาม. 25(3) : 77-85.
- สุริย์ สถาพนาพันธ์. (2529). ปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หนึ่งฤทัย มีสะอาด. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเบียร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องค์การอนามัยโลก และกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียน และเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). การประเมินผลโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ ประเทศไทย จำกัด.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions : A theory of planned behavior*. In J. Kuhl & J.Berkowitz (Eds.). *Action-control : From cognition to behavior*. Heidelberg : Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitude, Personality and Behavior*. Chicago : Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Process*.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, (32) : 665-683.

- Ajzen, I. (2006). *Constructiong a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Retrieved September 1, 2009, from <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.Measurement.pdf>.
- Ajzen, I. (2008). *Consumer attitudes and behavior*. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr & F. R. Cardes (Eds.), *Handbook of Consumer Psychology*. New York : Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I., Czasch, C., & Flood, M. G. (2009). From intentions to behavior : Implementation intention, commitment, and conscientiousness. *Journal of Applied Social Psychology*, (39) : 1356-1372.
- Ajzen, I.& Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitude and Predicting Social*. Englewood Cliffs. NJ : Prentice-Hall. Inc.
- Ajzen, I.& Fishbein, M. (1969). The prediction of behavioral intentions in a choice situation. *Journal of Experimental Social Psychology*. (5) : 400-416.
- Ajzen, I., & Gilbert Cote, N. (2008). *Attitudes and the prediction of behavior*. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change*. New York : Psychology Press.
- Marcoux B. and Slope J.T. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research*. (12) : 323-351.
- World Health Organization. (1988). *Toward Health Public Policies on Alcohol and Other Drugs*. Convenes Statement proposed by WHO Expert Working Group. Sudney/Cambara, 24-31 March. WHO. Geneva. [Online]. Retrieved February 1, 2010, from <http://www.thailand.or.th>.



สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร*

**The Competencies of Professional Nurses for Caring for Acute
Myocardial Infarction Patients at a Tertiary Level Hospital
in Samutsakhon Province.**

ลำอานค์ ตันวิเชียร**

สมพันธ์ ทิพย์ระนันท์***

ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเห็นด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดสมุทรสาคร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลักของสมรรถนะ หมุนแกนตัวประกอบในแบบอโรทอนอล ด้วยวิธีแวกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผน

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

การพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยีงานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

Abstract

This research aimed to study the competencies of professional nurses who care for patients with acute myocardial infarction in a tertiary level hospital in Samutsakhon Province. The samples were composed of 155 professional nurses who had work experience for over three years. The research instruments were personal data questionnaire and nurse competency questionnaire. The content validity index (CVI) of the questionnaire was 0.87, and its reliability using Cronbach's alpha coefficients was 0.99. Data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, and factor analysis.

The major findings were as follows. The competencies of the professional nurses for caring acute myocardial infarction patients at a

tertiary level hospital composed five factors including; 1) health education for patients and their relatives and knowledge development of the nursing team, 2) assessment, nursing diagnosis and planning for initial intervention, 3) technology utilization, research, communication, innovation and ethics, 4) advise nursing intervention and equipment preparation in crisis management, and 5) nursing after the opening of the coronary arteries. These five factors could explain the variance of competency at 70.41 percents.

The findings of the study can be applied to promote competency of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction.

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี รวมทั้งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่สามารถสื่อสารถึงกันอย่างรวดเร็ว และเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงของทุกๆ องค์การ ก่อให้เกิดการแข่งขันสูง แย่งชิงทรัพยากร มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อย่างกว้างขวาง ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคมที่สำคัญประการหนึ่งคือ ภาวะสุขภาพ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของประชากร ในอนาคตคาดว่าจะมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้ องค์การพยาบาลต้องมีการปรับตัวเพื่อพัฒนาเพิ่มศักยภาพความสามารถของพยาบาลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความเจริญก้าวหน้าในการรักษาดูแลผู้ป่วย ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย บริหารทรัพยากรบุคคล ภายใต้ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (Service plan) ส่งเสริมบุคลากรทางสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยยึดหลักสมรรถนะ และพัฒนาขีดความสามารถให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมรับภาวะการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และสภาวะโรคต่างๆที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเพื่อให้ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) แสดงให้เห็นว่าภาครัฐบาลมีแนวคิดในการบริหารแบบใหม่เน้นการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคลในหน่วยงานเป็นหลัก ดังนั้นผู้บริหารจำเป็นต้องให้ความสำคัญประเมินสมรรถนะของบุคลากร และศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายขององค์การ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นองค์การหนึ่งที่ต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ดังกล่าว โดยที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีหน้าที่สำคัญในการให้บริการด้านการรักษา พยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกโรค และ

รับผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนจากโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีศักยภาพต่ำกว่าเข้ามารักษาต่อ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่จึงมีการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนยุ่งยากและอาจรุนแรงถึงภาวะวิกฤต รวมถึงต้องดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวม มีการใช้อุปกรณ์ตรวจพิเศษทางการแพทย์ และเทคโนโลยีขั้นสูงในการบันทึกข้อมูล สืบค้น ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ทั้งยังเป็นแหล่งศึกษาของบุคลากรในโรงพยาบาลใกล้เคียงหรือโรงพยาบาลที่สนใจทั่วประเทศ เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาลหลายสถาบัน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประกอบด้วย บุคลากรทางสุขภาพหลายกลุ่ม เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งพยาบาลจัดเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญในการให้บริการ ด้านสุขภาพอนามัยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แต่เดิมการพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานแบบมุ่งงาน (Job oriented) ต่อมาได้เปลี่ยนรูปแบบเป็นการแก้ปัญหาซึ่งมุ่งผู้ป่วยเป็นแกนกลาง (Patient oriented) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานและในการปฏิบัติกรพยาบาลจะมุ่งเน้นความเป็นอิสระและเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล มีโอกาสตัดสินใจด้วยความรู้ความสามารถและความชำนาญเพิ่มมากขึ้นและเน้นการฝึกความเป็นผู้นำของพยาบาลพร้อมกันไป (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาคุณภาพไปสู่การประกันคุณภาพ และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งการดำเนินงานในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน และความต้องการของผู้รับบริการในปัจจุบันผู้รับบริการมีความคาดหวังสูง ให้สถานบริการเป็นองค์การที่น่าไว้วางใจสามารถ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

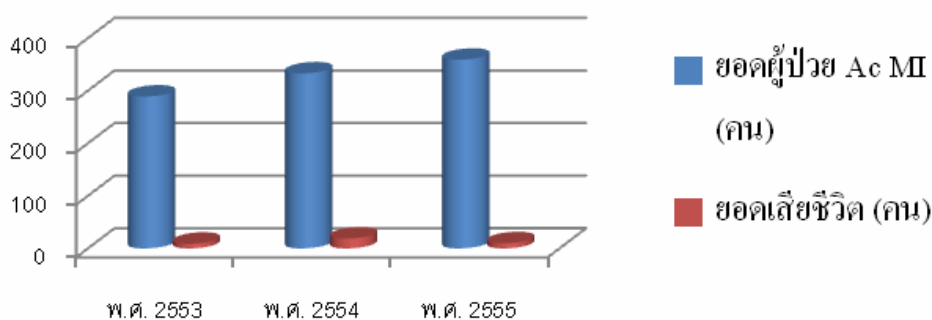
เข้าถึงได้ (Access) ถูกต้องเหมาะสม (Appropriate) ได้ผลดี (Effective) ปลอดภัย (Safety) คุ่มค่า (Efficient) เท่าเทียม (Equity) ดูแลด้วยหัวใจ (Humanized) ใส่ใจทุกความต้องการ (Responsive) ทันเหตุการณ์ (Timeliness) (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, 2013) จากสภาพการดังกล่าวพยาบาลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากรในทุกๆด้าน อย่างต่อเนื่องเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตงานการพยาบาลในระดับตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทย เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ส่งผลให้เกิดอัตราป่วยและอัตราตายอยู่ใน 3 อันดับแรกของประเทศ (ศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทาง ศูนย์โรคหัวใจ, 2548 อ้างในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2556) ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นและยังพบในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยลง (รวมพร นาเคพงศ์และศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2549: online, 25 เมษายน 2556) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดปัญหาวิกฤตและอันตรายถึงชีวิตได้หลายประการ เช่น การตายอย่างกะทันหัน (Sudden cardiac death) ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) (เกรียงไกร เสงร์คมีและกนกพร แจ่มสมบูรณ์, 2555) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภาวะโรคหัวใจชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความซับซ้อนอย่างมากก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนสูง จำเป็นต้องมีแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและสมรรถนะเฉพาะทางสูง ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคมากขึ้น เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสมุทรสาครมี 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และโรงพยาบาลมหาชัยเป็นโรงพยาบาลเอกชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีนโยบายให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนสร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือในระดับจังหวัด มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง ตลอดจนสามารถจัดบริการระบบสุขภาพที่มีศักยภาพและคุณภาพใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาความเชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์และพยาบาลจากทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เพื่อรองรับการทำงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด จากนั้นนโยบายดังกล่าวทั้ง 3 โรงพยาบาลได้ร่วมกันจัดสร้างแนวทางปฏิบัติและระบบช่องทางด่วน (Fast track) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้วยยาละลายลิ้มเลือด เพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดได้ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 (องค์กรมหาชน) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาชัย1 ที่มีศักยภาพในการทำการเปิดขยายหลอดเลือดโดยการใส่บอลลูน (Percutaneous coronary intervention : PCI) จากสถิติผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิทั้ง 3 แห่ง โรงพยาบาลสมุทรสาครมียอดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในพ.ศ. 2553-2555 จำนวน 111คน 143 คน และ140 คนตามลำดับ เสียชีวิต 8 คน 16 คน และ3 คนตามลำดับ (สถิติโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมุทรสาคร) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 มียอดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลันใน ปีพ.ศ. 2554-2555 จำนวน 24 คน และ 34 คนตามลำดับ เสียชีวิต 2 คน และ 5 คนตามลำดับ (สถิติโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบ้านแพ้วองค์กรมหาชน) โรงพยาบาลมหาชัย 1 มี ยอดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน พ.ศ.

2553-2555 จำนวน 178 คน 166 คน และ 185 คนตามลำดับ เสียชีวิต 1 คน 1 คน และ 2 คนตามลำดับ (สถิติโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาชัย1)



แผนภูมิที่ 1 สถิติโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2553 - 2555

จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าพยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะให้สูงขึ้น และศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่สามารถใช้สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพเพียงอย่างเดียวได้ ต้องศึกษาสมรรถนะเชี่ยวชาญเฉพาะทางเจาะจงด้านสาขาโรคหัวใจโดยตรง (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2556) ซึ่งจะมีความเชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อช่วย ชีวิตและแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันเหตุการณ์และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงมีความสนใจศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสมุทรสาครซึ่งมีเครือข่ายในการรักษาดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกัน

ทั้งสามโรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 (องค์กรมหาชน) และโรงพยาบาลมหาชัย 1 ซึ่งผลการศึกษจะช่วยฝ่ายบริหารการพยาบาลได้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อเสริมสร้างความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีองค์ประกอบสมรรถนะตรงตามความต้องการ ของผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ยังบกพร่อง ซึ่งผลประโยชน์สุดท้ายที่แท้จริงคือ ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดตามเป้าหมายขององค์กร

คำถามของการวิจัย

อะไรเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทร

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาเพื่อกำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2556

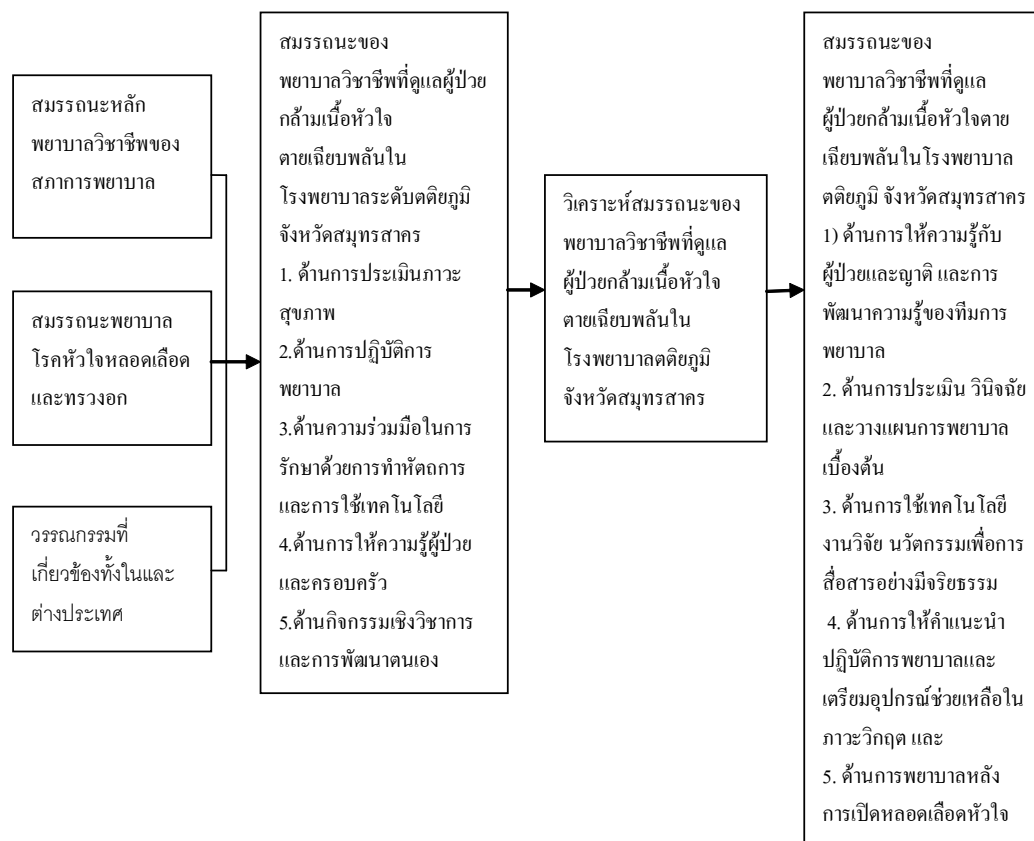
2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลที่ประกอบวิชาชีพพยาบาล สำเร็จการศึกษาพยาบาลระดับเทียบเท่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือสูงกว่าและได้ขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร

3. สถานที่เก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 (องค์กรมหาชน) และโรงพยาบาลมหาชัย 1

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การกำหนดสมรรถนะเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาบุคลากรและสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการ

วัดความรู้ความสามารถว่าผู้ปฏิบัติงานมีทักษะ ประสิทธิภาพ และความชำนาญเหมาะสมกับตำแหน่งหรือหน้าที่การงานนั้นๆ หรือไม่ เพียงใด สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพเดียวกันหากปฏิบัติงานในส่วนงานต่างกันทั้งด้านบริบท สถานการณ์ และตำแหน่งงาน สมรรถนะย่อมแตกต่างกัน (The American Organization of Nurse Executives, 2005: 15-20) พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเฉพาะโรคไม่สามารถใช้สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพเพียงอย่างเดียวได้ จำเป็นต้องมีสมรรถนะในความสัมพันธ์เฉพาะสาขานั้นๆ (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2556) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิเคราะห์สมรรถนะพยาบาลโรคหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก (Cardiovascular & Thoracic Nurse : CVT) ที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพของสภาการพยาบาล และการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร โดยนำเสนอกรอบแนวคิดดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามตัวแปร

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ความสามารถเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการบูรณาการความรู้ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ความเชื่อ และคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานการพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครโดยมีสมรรถนะ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติและการพัฒนาความรู้ของ

ทีมการพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยีงานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสาร อย่างมีจริยธรรม 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป หรือมีขีดความสามารถในระดับตติยภูมิให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งส่งเสริมสุขภาพป้องกัน และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษทั้งในเชิง

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

วิทยาการและเทคโนโลยีที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยีและบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้านมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็น อย่างดี โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการวิจัยครั้งนี้เป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสมุทรสาครมี 3 แห่ง คือโรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 (องค์การมหาชน) และโรงพยาบาลมหาชัย 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) โดยศึกษาข้อมูล จากแนวสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่กำหนด โดยสภาการพยาบาลและ สมรรถนะของพยาบาล โรคหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก เป็นหลักและ ประกอบกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องมารวบรวม และวิเคราะห์ เพื่อกำหนด สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร ทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรสาคร 460 คน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 (องค์การมหาชน) 115 คน โรงพยาบาลมหาชัย 1 (เอกชน) 60 คน รวมเป็น 635 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้พิจารณาใช้ขนาด ตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบอย่างเดี่ยวของ คอมเรย์และลี (Comrey & Lee, 1992) ซึ่งใช้จำนวน

100 ราย ถือว่า ไม่ดี (poor) และพิจารณาใช้ขนาด ตัวอย่างขึ้นอยู่กับจำนวนองค์ประกอบที่ต้องการ วิเคราะห์ สำหรับจำนวนองค์ประกอบเท่ากับ 10 องค์ ประกอบหรือน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.4 กลุ่ม ตัวอย่างควรมีมากกว่า 150 ราย ร่วมกับใช้หลักสัดส่วนจำนวนตัวอย่าง 3 รายต่อ 1 ตัวแปร ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 165 ราย เนื่องจากมี 55 ตัวแปร ซึ่งถือ ได้ว่าเป็นจำนวนที่พอใช้ได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบ ด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า 3 ปี และไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาฝึกอบรม หรือ ลาคลอด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัด สมุทรสาคร (รวบรวมข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือน สิงหาคม 2556)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถามความเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็นสองส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน และการฝึกอบรมที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อหาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามรูปแบบการวัดของลิเคิร์ท (Likert's scale) โดยกำหนดคะแนนดังต่อไปนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญอย่างมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญอย่างมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญน้อยที่สุด

วิธีการแปลผลแบบสอบถามเพื่อจัดระดับคะแนนค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ โดยใช้สมการความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) ÷ จำนวนชั้น ซึ่งจากการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 ทำให้ได้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

ค่าเฉลี่ย

การแปลความหมาย

4.21–5.00

ข้อความนั้นเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความสำคัญมากที่สุด

3.41–4.20

ข้อความนั้นเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความสำคัญมาก

2.61–3.40

ข้อความนั้นเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความสำคัญปานกลาง

1.81–2.60

ข้อความนั้นเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความสำคัญน้อย

1.00–1.80

ข้อความนั้นเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความสำคัญน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปให้อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พิจารณาตรวจสอบ แล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 (Davis, 1992) ในการวิจัยครั้งนี้หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อได้ 0.87

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหาแล้วนำไป ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) ในงานวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้ข้อปฏิบัติทางจริยธรรมขั้นพื้นฐาน 3 ประการ ในการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ คือผู้วิจัย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ขอความสมัครใจยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล (Informed - consent) การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality) และการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับแหล่งข้อมูลอันเนื่องจากการที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการทำวิจัย (Consequence) เสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงผู้บังคับบัญชาของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขออนุญาตและรายงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ผู้วิจัยนำร่างข้อกำหนดของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบในเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยติดตามรวบรวมร่างข้อกำหนดของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลับด้วยตนเอง และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสมุทรสาครพร้อมทั้งหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลวิจัย

4. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการแล้ว ผู้วิจัยติดต่อไปยังฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครแต่ละโรงพยาบาลขอนัดวันเวลา เพื่อเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ชี้แจง ต่อพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างทั่วถึงต่อไป พร้อมทั้งรายละเอียดของผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ และ อีเมลล์ที่ติดต่อได้

5. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และใส่ซองปิดผนึกส่งคืนที่ฝ่ายการพยาบาล โดยผู้วิจัยจะกลับมาเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้จัดส่งแบบสอบถามความคิดเห็นจำนวน 165 ชุด

6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนมา ตรวจสอบความสมบูรณ์ คัดเลือกฉบับที่ตอบครบถ้วน

Christian University of Thailand Journal

Vol.20 No.2 (April - June) 2014

สมบูรณ์ได้ 155 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 90 นั้นหมายถึง ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ให้ผลสรุปใกล้เคียงกับความเป็นจริง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย

2. ข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ตัวประกอบโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ด้วยการหมุนแกนแบบตั้งฉาก พิจารณาองค์ประกอบตามเกณฑ์องค์ประกอบสำคัญต้องมีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่า หรือเท่ากับ 1.0 และมีตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนั้นๆ ตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2552) โดยแต่ละตัวแปรนั้นต้องมีน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

3.1 นำตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างมีนัยสำคัญไปสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principal component factor analysis) เพื่อให้ได้องค์ประกอบจำนวนน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรได้มากที่สุด

3.2 หมุนแกนตัวประกอบหลักแบบออร์ทोगอนัล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนแมกซ์ (Varimax)

3.3 นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบไปแปลผล และกำหนดชื่อสมรรถนะใหม่ให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สำคัญประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมการพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยีงานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก (Principal component factor analysis) และหมุนแกนแบบออร์ทोगอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแปรimax (Varimax) ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบทุกองค์ประกอบได้ครบถ้วน โดยองค์ประกอบระดับต่ำๆ จะอธิบายค่าความแปรปรวนได้น้อยลงตามลำดับ ร้อยละของความแปรปรวนขององค์ประกอบจากมากไปน้อย 57.03, 4.79, 3.62, 2.65 และ 2.32 ตามลำดับ มีความแปรปรวนรวมกันร้อยละ 70.41 องค์ประกอบสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลโรคหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก ซึ่งเป็นผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ของ เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2551) และสอดคล้องกับมาตรฐานการรักษามะเร็งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นผลการศึกษา ของเกรียงไกร เสงี่ยมมีและกนกพร แจ่มสมบูรณ์ (2555) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลของชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่ได้ทำการประชุมรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยนและประยุกต์ ความรู้ในองค์กรสรุปสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (อ้างอิง Online จาก Unitynurse. Wordpress. Com/ 2012/08/.../)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องและครอบคลุมกับการดำเนินไปของโรค และตามความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลที่ให้การดูแลควรตระหนักในการรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและบริบทความเป็นอยู่ของผู้ป่วยแต่ละราย
2. จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการสื่อสารเสริมสร้างความสัมพันธ์มีผลต่อการรับรู้และการให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาลควรให้ความสำคัญ ตระหนักและนำทักษะทางด้านนี้มาใช้ให้มากกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อผลสำเร็จในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคได้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. สามารถนำผลการวิจัยนี้มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินตรวจสอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในองค์กร
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในองค์กร
3. ส่งเสริมให้มีการจัดการอบรมหรือส่งอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วย เข้ารับการฝึกอบรมความรู้เฉพาะทางที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อให้เกิดเจตคติที่ดี ช่วยสนับสนุนส่งเสริมด้านการบริการและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. สามารถศึกษาต่อยอดเป็นวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่ามีความต้องการด้านใดจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สมดุลและอาจช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้
2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการสร้างงานวิจัยในรูปแบบอื่นๆ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความ

สามารถ การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถและบริบทที่แตกต่างกัน

3. ควรมีการศึกษารายแบบในโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไปเช่น โรงพยาบาลศูนย์ต่างๆ เพื่อนำผลมาเทียบเคียงและปรับปรุงต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. มีการศึกษารายแบบเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง โดยเน้นการให้บริการที่ครบวงจร รวดเร็ว และมีคุณภาพ

บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2552). การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียงไกร เสงี่ยม และกนกพร แจ่มสมบุรณ์. (บรรณาธิการ). (2555). มาตรฐานการรักษานักผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยารุณ. (2553). ระเบียบวิธีทางการแพทย์ศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ยูแอเนต์ ไออินเตอร์มีเดีย.
- แผนกสถิติ. (2555). ข้อมูลโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมุทรสาคร : โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 1 องค์กรมหาชน.
- แผนกสถิติ. (2555). ข้อมูลโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมุทรสาคร : โรงพยาบาลมหาชัย 1 (เอกชน).
- แผนกสถิติ. (2555). ข้อมูลโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมุทรสาคร : โรงพยาบาลสมุทรสาคร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, และบุญผาวัลย์ ศรีล้ำ. (บรรณาธิการ). (2556). การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย : สมรรถนะพยาบาล CVT. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
- รวมพร นาคะพงศ์ และศิริกัลยาณี มีฤทธิ์. (2549). สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2556, จาก http://www.thaiheartclinic.com/forum8.5/forum_posts.asp?TID=85.
- ศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทาง ศูนย์โรคหัวใจ. (2548). สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). มาตรฐานบริการพยาบาลศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทาง (Excellent center) ศูนย์หัวใจ. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). กรอบยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี 2554-2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์.
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. (2556). HA Update 2013. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : ดีวัน.

- American Organization of Nurse Executives (2005). AONE nurse executive competencies. *Nursing Leadership*, 3(1) : 15-20.
- Comrey, A.L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale. NJ: Erlbaum.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16 (3) : 297-334.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review : Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, (5) : 194 -197.
- UnityNurse College of Nursing Christian University of Thailand, (2012). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย MI. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 เมษายน 2556, จาก Unitynurse. Wordpress. Com/2012/08/.../.



**การศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดของนักศึกษา
สาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง***
**A Study of Effect of Music Therapy for Reducing Stress of Health
Sciences Program Students at a Private University**

ภาวดี พิริยะพงษ์รัตน์**

ปาจริย์ ศรีสมบัติ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงระดับความเครียด ความวิตกกังวล และการซึมเศร้าทางด้านจิตใจอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในระยะก่อนและหลัง ฟังดนตรีบำบัด

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ กลุ่มเดียว ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 84 คน อายุเฉลี่ย 19.97 ± 1.91 ปี สาขาพยาบาล 72 คน สาขาวิชา กายภาพบำบัด 7 คน สาขาวิชาอุปกรณ์เทคโนโลยี ชีวการแพทย์ 5 คนโดยจะบันทึกการเปลี่ยนแปลงระดับ ความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depress) ทางด้านจิตใจอัตราการ เต้นของหัวใจ (Heart Rate) และความดันโลหิต (Blood Pressure) ของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้าน

สุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในระยะก่อน และหลังการใช้ดนตรีบำบัด วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที 21 วินาที เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผ่านระบบ CTULMS โดยใช้หูฟังต่อจากเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ นักศึกษาใช้ ทำการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการ ฟังดนตรีบำบัดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ ผลความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการฟังดนตรี บำบัดโดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมการ วิจัยมีอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ลดลง และมีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ ไม่พบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใช้ดนตรีบำบัด สามารถ ลดความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพใน มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งได้

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

** หัวหน้ากลุ่มวิชาศึกษาทั่วไป อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาศึกษาทั่วไปคณะบัญชี ธุรกิจและมัลติมีเดีย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The purpose of this research was to compare stress, anxiety, depression, heart rate and blood pressure between before and after using music therapy in health sciences program students at a private university in Nakhon Pathom.

This study is one group pre-post testquasi experimental research. There were 84 participants who were recorded stress, anxiety, depression, heart rate, blood pressure before and after music therapy for once a day: 5 minutes and 21 seconds, in one week via CTULMS by

using headphone from their computers. The data were analyzed by paired sample t-test.

The result were showed that the music therapy could reduce depression, anxiety, stress and increase heart rate significantly ($p < 0.05$). The data were showed non-significant of blood pressure ($p < 0.05$). In conclusion, music therapy can reduce stress of health sciences program students at a private university in Nakhon Pathom.

บทนำ/ความสำคัญของปัญหา

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย ความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทำให้รู้สึกถูกกดดันไม่สบายใจ ใจวุ่นวายใจ กลัววิตกกังวลตลอดจนถูกบีบคั้นทำให้บุคคลนั้นรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ (ศรีจันทร์พรจิราศิลป์, 2555: 47) เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทำให้รู้สึกถูกกดดันไม่สบายใจ ใจวุ่นวายใจ กลัววิตกกังวลตลอดจนถูกบีบคั้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายจะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป (ศรีจันทร์พรจิราศิลป์, 2555: 47)

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus; & Folkman, 1984: 21) กล่าวว่าความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษหรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลนั้นหรือไม่ ซึ่งการตัดสินใจความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ต้องอาศัยการประเมินด้วยสติปัญญา

ไรซ์ (Rice Phillip L, 1999: 8-9) ได้แบ่งความหมายของความเครียดออกเป็น 3 แนวทางตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. ความเครียดที่เกี่ยวข้องปัจจัยภายนอก หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุสร้างสภาวะความเครียดให้บุคคลรู้สึกถูกกดดันหรือถูกคุกคาม
2. ความเครียดที่เกี่ยวข้องปัจจัยภายใน หมายถึง กระบวนการจัดการภายในจิตใจของบุคคลที่เกิดสภาวะความกดดัน กังวล ซัดแย้งภายใน หรือคับข้องใจ ซึ่งเป็นเรื่องของการปรับตัวทางด้านอารมณ์ กระบวนการตีความ กระบวนการตัดสินใจ การป้องกันตนเอง และกระบวนการปรับตัวของบุคคล กระบวนการดังกล่าวอาจส่งเสริมการพัฒนาทางด้านจิตใจ และวุฒิภาวะ หรืออาจทำให้เกิดความบีบคั้น ทางจิตใจ
3. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางร่างกายที่มีต่อสิ่งเร้าที่พึงพอใจหรือสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ โดยภายในร่างกายคนเรานั้นประกอบไปด้วยการควบคุมของระบบต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับการตอบสนองสิ่งเร้า หากเป็นสิ่งเร้าที่พึงพอใจจะช่วยให้ร่างกายเกิด

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

การตื่นตัวต่อการทำให้เกิดมีการกระทำเพิ่มมากขึ้น และยังช่วยให้เกิดพลังทั้งทางด้านจิตใจและพฤติกรรมในการจัดการกับสิ่งต่างๆด้วย นอกจากนี้การเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำๆ อาจนำไปสู่การก่อให้เกิดความแข็งแกร่งทางร่างกายได้ ความแข็งแกร่งทางร่างกายเป็นการเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อการเกิดความเครียดได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งรวมถึงการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพทางร่างกายด้วย หากเป็นความเครียดที่เรื้อรังอาจทำให้เกิดผลในทางลบ ซึ่งรวมถึงการเกิดความล้ม การเจ็บป่วย และถึงขั้นเสียชีวิตได้

ครีเอรอน แก้วกังวาล (2542) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นสภาวะอารมณ์ประเภทหนึ่งโดยเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน การตอบสนองต่อภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นเรื่อง “เฉพาะตัว” ความเครียดจะมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะมีผลทำให้บุคคลเกิดโรคภัยไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ หลายประการตั้งแต่เบาหนัก อย่างไรก็ตามความเครียดในระดับต่ำจะมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในด้านต่างๆ เช่น มีความกระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักปรับตัว เป็นต้น

สมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2542: 4) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าทั้ง ภายในและภายนอกซึ่งอาจจะเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่ถูกกดดันคุกคามหรือบีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจ จะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแกร่งทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า ความเครียด

หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อจิตใจถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่ทำให้ตื่นเต้นหรือวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรือเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้น หากความเครียดนี้มีมากและคงอยู่เป็นเวลานาน

ความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาชีวิตของคนเรา และจะเป็นสาเหตุปัญหาให้แก่คนเรามากที่สุดเพราะทำให้ไม่มีความสุขและเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหารและโรค มะเร็งรวมทั้งนำไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆ ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเครียดโดยการ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ร่างกายของผู้ที่มีความเครียดจะมีความต้องการการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นและมีอาการกระสับกระส่าย (Mazzeo, 1995; Viney & Westbrook, 1982) นอกจากนี้ยังส่งผลทางด้านจิตใจ คือ ผู้ที่มีความเครียดจะมีอาการซึมเศร้า คับข้องใจ หงุดหงิดง่าย และถ้าต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ความจำและสติปัญญาลดลง บางรายถ้าเครียดมากเกินไป อาจทำให้มีอาการประสาทหลอน หรือเห็นภาพหลอนได้ (Breakwell, 1990) รวมทั้งนำไปสู่พฤติกรรมที่เบี่ยงเบน รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย ไร้ค่า ความเครียดถ้าเป็นอยู่นานๆไม่ได้ลดลงแต่กลับเพิ่มมากขึ้นจะเป็นผลร้ายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นผลเสียต่อการเรียน การทำงาน และการดำเนินชีวิต ความเครียดมีผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาทักษะทางสังคม และพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็ก พบว่าความเครียดที่ไม่มากเกินไปจะทำให้การเรียนรู้ของเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Blair C. and Raza R.P., 2007) ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดันไม่สบายใจจนว้าวใจกลัววิตกกังวลตลอดจนถูกบีบคั้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายจะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไปและถ้ามีความวิตกกังวลเกิดขึ้น

ร่างกายจะตอบสนองโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว มีความต้องการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นและมีอาการกระสับกระส่าย (Mazzeo, 1995; Viney & Westbrook, 1982)

ในด้านการจัดการความเครียดและการเผชิญความเครียดในแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์พื้นฐาน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้และการรับรู้ของบุคคลนั้น การจัดการความเครียดจึงเป็นวิธีในการจัดการสมดุลของร่างกายและจิตใจ การรู้จักผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องจำเป็น มีส่วนเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิตได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การพูดอย่างสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนความคิด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

เพนเดอร์ (Pender 1984, 34) กล่าวว่า การจัดการความเครียดเป็นพฤติกรรมของบุคคล เช่น การผ่อนคลาย กานอนหลับ การพักผ่อน การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่อ่อนล้า นอกจากนี้การจัดการความเครียดเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของบุคคล เพื่อจัดการกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดจากภายในหรือภายนอก บุคคลจะจัดการกับความเครียดได้ดีบุคคลนั้นต้องรู้จักการเลือกใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับสถานการณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมให้อยู่ในภาวะปกติได้

การศึกษาในระดับอุดมศึกษา เป็นช่วงวัยที่ผู้เรียนหรือนักศึกษาต้องมีการพัฒนากระบวนการคิด โดยเฉพาะการคิดในเชิงนามธรรมรวมทั้งนักศึกษาต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมต่อช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัว การอยู่ร่วมในสังคมใหม่ๆ การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่บทบาทของวิชาชีพ อีกทั้งสภาพแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว กลุ่มเพื่อนรวมทั้งความสัมพันธ์ส่วนตัวกับบุคคลระดับต่างๆ การดำเนินชีวิตภายใต้ความคาดหวังของครอบครัวและจากบุคคลอื่นๆ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้

นักศึกษาเกิดภาวะเครียดได้ การดำเนินชีวิตของนักศึกษาทุกระดับการศึกษานักศึกษาต้องเผชิญกับความเครียดซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ซึ่งถ้านักศึกษาประเมินแล้วพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นเกินขีดความสามารถของนักศึกษานักศึกษาจะรู้สึกถูกคุกคามสูญเสียหรือความท้าทายต่อความมั่นคงของบุคคล (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนั้นเมื่อนักศึกษาประเมินสถานการณ์ แล้วพบว่าสถานการณ์ นั้นก่อให้เกิดความเครียดนักศึกษาย่อมพยายามหาวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นโดยนักศึกษาแต่ละบุคคลจะมีกลวิธีหรือวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ

และการศึกษาในวิชาชีพทางด้านสุขภาพมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดความเครียดต่อนักศึกษา เพราะเป็นวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ดังนั้นการเป็นนักศึกษาพยาบาลจึงมีความเครียดในระดับสูงได้ (วันเพ็ญ หวังวิวัฒน์เจริญและสาระมุขดี, 2539) นักศึกษาพยาบาลมีวิธีการจัดการเมื่อมีความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้เสียงดนตรี ได้แก่ การฟังเพลง การร้องเพลง เป็นต้น (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และคณะ, 2554)

การใช้เสียงดนตรีก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย เสียงดนตรีมีอิทธิพลต่อร่างกาย จังหวะดนตรีมีอิทธิพลทำให้ร่างกายเคลื่อนไหว ขยับตามจังหวะ เสียงดนตรีมีผลต่อจิตใจ ความสุข ความทุกข์ได้อาศัยเสียงที่ได้รับมาออกมาภายนอก ทำให้จิตใจผ่อนคลาย (สุกรี เจริญสุข, 2550) โดยที่ดนตรีเป็นเรื่องของวัฒนธรรม และวัฒนธรรมเป็นเรื่องของชีวิต ดนตรีจึงเป็นเรื่องของวิถีชีวิตและเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้วยเช่นกัน (สุกรี เจริญสุข, 2550) ดนตรีมีลักษณะของเสียงที่ได้รับการจัดเรียบเรียงไว้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย โดยมีแบบแผนและโครงสร้างชัดเจน สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ 3 ด้านที่สำคัญ คือ เพื่อความสุนทรีย์เพื่อการศึกษาดนตรี และเพื่อการบำบัดรักษา ผลของดนตรีต่อร่างกาย สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อัตราการหายใจ,

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

อัตราการเต้นของชีพจร, ความดันโลหิต, การตอบสนองของม่านตา, ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการไหลเวียนของเลือดผลของดนตรีต่อจิตใจและสมอง สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์, สติสัมปชัญญะ, จินตนาการ, การรับรู้สภาพความเป็นจริงและการสื่อสารทางอวัจนภาษา(ทวีศักดิ์สิริรัตน์เรขา, 2550) เสียงของดนตรีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในร่างกาย มีอิทธิพลต่อปริมาณการไหลเวียนของโลหิตชีพจร ความดันโลหิต การขับหลังสารภายในร่างกาย ตลอดจนมีผลต่อการเพิ่มหรือลดการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ โดยดนตรีประเภทที่ทำให้สงบ (Soothing Music) ทำให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองช้า และมีปริมาณลดลง รวมทั้งยังทำให้อัตราการใช้ออกซิเจนเป็นนาที (Minute oxygen consumption) และอัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลงด้วย แต่ดนตรีประเภทที่ทำให้ตื่นตัวเร้าใจ (Lively music) จะทำให้ปริมาณและอัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองเพิ่มขึ้น(Cook, 1981; MacClelland,1979) นอกจากนี้เสียงดนตรียังมีอำนาจกระตุ้นให้ร่างกายเคลื่อนไหวเป็นจังหวะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเอง การขยับเท้าหรือหายใจที่เร็วขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ (Alvin,1966) บัควอลเตอร์ได้กล่าวว่า ดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยเพิ่มความตึงตัวและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อหดตัวและแข็งแรงขึ้นทำให้เกิดความล้า เพิ่มหรือลดผลผลิตในการทำงานทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี เพิ่มหรือลดสารขับหลังในร่างกายเพิ่มหรือลดการเผาผลาญสารอาหารและการให้ออกซิเจนเป็นนาทีเพิ่มหรือลดอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจและความดันโลหิต (Buckwalter,1985)

ดนตรีบำบัด (music therapy) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจและได้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจากการศึกษาพบว่าดนตรีบำบัดถูกนำไปใช้ในทางคลินิกด้วยเหตุผลต่างๆ ซึ่งเป้าหมายนั้นแตกต่างกันไปอาทิลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวดช่วยให้

เกิดการผ่อนคลายลดความรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อถูกแยกจากครอบครัวขณะรับการรักษา (Coughlan, 1994; Dossey, Keegan, Guzzeta, & Kolmeier, 1995) การใช้ดนตรีบำบัดเพื่อการบำบัดรักษาเริ่มมาตั้งแต่สมัยโบราณ (Standley, 1986) และนำมาใช้เพื่อการบำบัดรักษาอย่าง กว้างขวางมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมาย ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิต อารมณ์และ พฤติกรรมของบุคคล (Buck, Hartsack, & Gaffney,1985)

ดังนั้นดนตรีบำบัดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้หลากหลายรูปแบบและกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในเด็กวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความจำเป็นที่แตกต่างกันไป เช่น ปัญหาบกพร่องของพัฒนาการสติปัญญา และการเรียนรู้, โรคซึมเศร้า, โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์, โรคหลอดเลือดสมอง, ความพิการทางร่างกาย, อาการเจ็บปวด และภาวะอื่นๆสำหรับบุคคลทั่วไปก็สามารถใช้ประโยชน์จากดนตรีบำบัดได้เช่นกัน ช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด และประกอบในการออกกำลังกายเสริมสร้างสุขภาพ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)ในงานวิจัยต่างๆ พบว่าดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของมนุษย์สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ได้ผลดีในเรื่องความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล ความกลัวเพิ่มกำลังการเคลื่อนไหว สร้างแรงจูงใจให้เกิดสติความนึกคิด อารมณ์ และจิตใจที่ดี (Buckwalter, 1985) สามารถ ลดความวิตกกังวลและความกลัวอันเป็นวงจรของความเจ็บปวดทำให้ผ่อนคลายและลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ (Bailey, 1986; Zimmerman และคณะ, 1988) การบำบัดผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ความจำเสื่อม หรือโรคจิตกรจริต ให้มีอาการดีขึ้นการใช้ดนตรีในการลดความเครียด โดยการฟังเพลงที่มีทำนองผ่อนคลาย จะสามารถลดความวิตกกังวล และลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure)ได้ (Knight W. และ Rickard NS, 2001) การใช้ดนตรีในผู้สูงอายุ จะช่วยเพิ่มความจำ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะเครียด (Davis, Gfeller and Thaut. 1999 : 136 - 137)

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว วิธีการใช้ดนตรีเข้ามาช่วยในเรื่องของการจัดการความเครียดของนักศึกษาที่เรียนในสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพอาจจะสามารถเป็นทางเลือกของนักศึกษาเพื่อจัดการความเครียดเมื่อมีปัญหาที่มาจากการเรียนผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

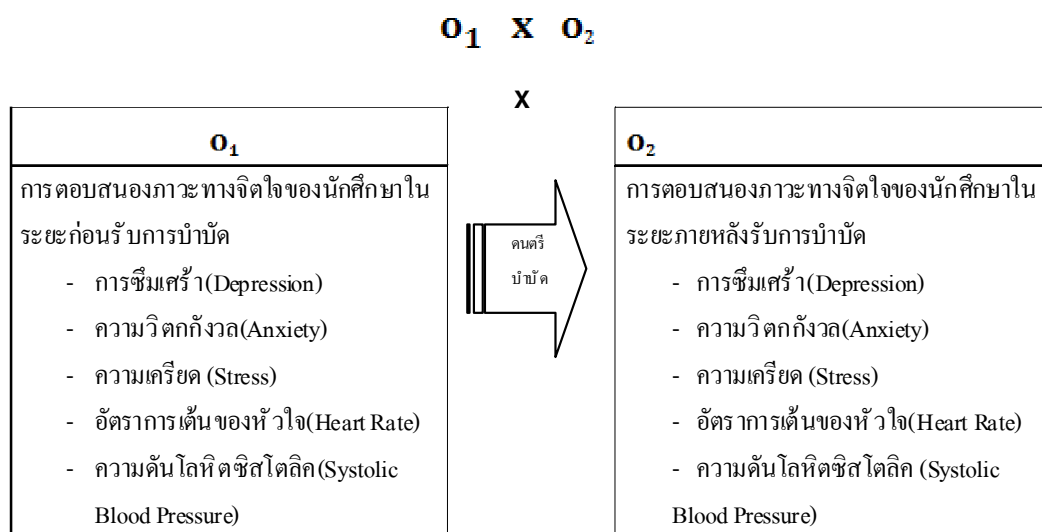
วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (Objectives and Hypothesis)

1) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depress) ทางด้านจิตใจอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) และความดันโลหิต (Blood Pressure) ของนักศึกษาในระยะก่อนฟังดนตรีบำบัดและหลังฟังดนตรีบำบัด

2) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา TFRE3508 พื้นฐานดนตรีสากล THUM3110 หลักการคิดและจิตวิทยาพื้นฐาน และการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรของมหาวิทยาลัยต่อไป โดยมีสมมติฐานว่าที่นักศึกษาที่ฟังดนตรีนักศึกษาที่มีระดับความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depress) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) และความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ลดลง

กรอบแนวคิด ทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมเอกสารอ้างอิง (Literature Review)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบก่อน และทดสอบหลังการทดลอง (One group pretestposttest designs) มีแผนภูมิดังนี้



การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเกิดขึ้นตลอดเวลาประกอบด้วยแนวคิดสำคัญคือความเครียด

การประเมินตัดสินการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวความเครียด (Stress) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันโดยบุคคลเป็นผู้ประเมินตัดสินว่าสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นจะมีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุก

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ของตนและจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นการพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญของสถานการณ์ที่เผชิญซึ่งเป็นกระบวนการประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ในการที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นการประเมินตัดสินนี้เป็นการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่อย่างไรและเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ทฤษฎีความวิตกกังวลแบบ Trait-State ของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger C.D., 1969) ตั้งอยู่บนสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. สิ่งเร้าจากทั้งภายในและภายนอกที่มนุษย์รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจะไปกระตุ้นปฏิกิริยา A-State ทหาระดับของ A-State สูงขึ้นมนุษย์จะรู้สึกถึงความอึดอัดและความไม่พอใจผ่านระบบรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย

2. หากรู้สึกถึงความคุกคามมากขึ้นระดับของปฏิกิริยา A-State จะรุนแรงขึ้นตามไปด้วย

3. เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งรู้สึกถึงความคุกคามในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นปฏิกิริยาของ A-State จะคงอยู่นานขึ้น

4. บุคคลที่มีระดับ A-Trait สูงจะรับรู้ถึงความคุกคามได้จากหลากหลายสถานการณ์มากขึ้นตอบสนองด้วยปฏิกิริยาที่รุนแรงขึ้นหรืออาจเป็นได้ทั้ง 2 อย่างจากการศึกษาได้ข้อบ่งชี้ว่าความล้มเหลวทางด้านศักยภาพและการสูญเสียความมั่นใจเป็นแหล่งกำเนิดความรู้สึกถูกคุกคามได้มากกว่าสิ่งที่เป็นอันตรายเชิงกายภาพจึงสามารถสำรวจได้ว่าบุคคลใดมีระดับ A-Trait สูงหรือต่ำจากประสบการณ์ที่ผ่านมาก่อนหน้านี้

5. ระดับ A-State ที่สูงขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นและเป็นแรงขับเคลื่อนที่แสดงออกทางพฤติกรรมโดยตรงรวมไปถึงการกระตุ้นจิตใต้สำนึกให้ลดระดับ A-State อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (ร่างกายจะลดระดับ A-State เองเมื่อระดับสูงขึ้น)

6. หากต้องเผชิญหน้าสถานการณ์ตึงเครียดบ่อยครั้งร่างกายอาจพัฒนากลไกจิตใต้สำนึกให้ลดระดับ A-State ด้วยตนเองได้

ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (learned helplessness theory) ของเซลิกแมน (อ้างถึงใน Kaslow, Adamson, & Collins, 2000) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกล้มเหลวทางและจากการเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่าการดิ้นรนไม่เกิดประโยชน์จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้นเช่น จำยอมไม่สู้เฝ้าอย่างไม่เป็นปรปักษ์ตำหนิตนเองอยู่เสมอจากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อนหรืออาจเกิดจากการถูกละเลยการพ่ายแพ้ล้มเหลวหรือการสูญเสียก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ไม่ว่าจะแก้ปัญหาในชีวิตอย่างไรก็จะเป็นผลสำเร็จทั้งสิ้นจะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังเกิดขึ้นซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Frisch & Frisch, 2002; Garber, 2000; Varcacolis, 2002)

แนวความคิดในเรื่องดนตรีบำบัด คือการนำดนตรีและกิจกรรมดนตรีต่างๆ ไปใช้บำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์โดยคำนึงถึงวัย ลักษณะโรคและอาการของผู้ป่วย (Brusica, 1989; Schulbert, 1981) กลไกของดนตรีบำบัดเริ่มเมื่อมีเสียงดนตรีผ่านไปยังอวัยวะรับเสียงและส่งทอดสัญญาณไปตามเส้นประสาท นำไปสู่สมองซีกขวาซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวกับความคิดริเริ่มสร้างสรรค์จินตนาการและการตอบสนองทางจิตสำนึกโดยกระตุ้นผ่านสมองส่วนลิมบิก ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ความรู้สึกและมีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส และคอร์เท็กซ์ ความรู้สึกสงบและผ่อนคลายจากดนตรีมีอิทธิพลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อ ภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อ (Guzzetta, 1997; Johnson, Kamilaris, Chrousos, & Gold, 1992; Thaut, 1990) ในคนปกติจะมีอัตราการเดินทางของ

หัวใจ 60-72 ครั้งต่อนาที ดังนั้นความถี่ของเสียงที่มี การปรับความถี่ที่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดการสั่นพ้องใน หลอดเลือดแดง (arterial vessel resonance) การรับเสียงผ่านระบบการฟังจากหูเข้าระบบ ประสาท (Guzzetta CE. 1997)

เมื่อเสียงดนตรีมีผลต่อสมองส่วนลิมบิกซึ่งเป็น ศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ความรู้สึกและการรับรู้ สมองส่วนลิมบิกทำงานประสานกับสมองส่วนคอร์เทกซ์ และไฮโปทาลามัส สัญญาณประสาทที่เกิดจากเสียง ดนตรีทำให้เกิดการผ่อนคลายจะมีผลต่อสมองส่วนลิมบิก ซึ่งตอบสนองและหลังสารเอนโดรฟิน ซึ่งสมองส่วน ลิมบิกจะทำงานประสานกับส่วนคอร์เทกซ์ โดย ส่งสัญญาณการตอบสนองด้านอารมณ์ทำให้เกิดการ ผ่อนคลายและลดระดับความวิตกกังวล เสียงดนตรียังมีผลทำให้มีการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์และผ่อนคลายกล้ามเนื้อนอกจากนี้สมองส่วนไฮโปทาลามัสได้รับ สัญญาณประสาทโดยอัตโนมัติและมีการตอบสนองโดย หลัง Corticotropin releasing hormone (CRH) และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ดังนั้น จึงส่งผลให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจอัตราการหายใจ ความดันโลหิต และความต้องการใช้ออกซิเจนของ ร่างกาย (McCaffery & Beebe. 1989; Bonny. 1986; Bunt. 1994) กระบวนการทางเคมีในร่างกายที่เกิดขึ้น นั้นจึงมีผลต่อการบำบัดรักษาความผิดปกติทางอารมณ์ และจิตใจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การศึกษาผลของการใช้ดนตรี บำบัดเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาวิชาชีพด้าน สุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research)

ประชากร และการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ นักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่งจำนวน 107 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษา สาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชน แห่งหนึ่งโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ นักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชากายภาพบำบัด และสาขาวิชาอุปกรณ์เทคโนโลยี ชีวการแพทย์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane) (สุทธนู ศรีไสย์, 2551) กำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อน 0.05 มีจำนวน 84 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. นักศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขา วิชากายภาพบำบัด และสาขาวิชาอุปกรณ์เทคโนโลยี ชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
2. นักศึกษาที่เลือกเรียนรายวิชา TFRE3503 การขบร้องประสานเสียงเบื้องต้น และ TFRE3508 พื้นฐานดนตรีสากล
3. มีความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ดี
4. มีการได้ยินปกติ
5. สามารถจัดสรรเวลาในการฟังดนตรีที่ กำหนดได้
6. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย
7. ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อสัญญาณชีพ หรือโรคหัวใจ
8. ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องรับประทานยา

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ฟังดนตรีที่กำหนดไม่ครบ 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 7 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดปฏิกิริยาตอบสนอง ความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depression) ทางด้านจิตใจ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

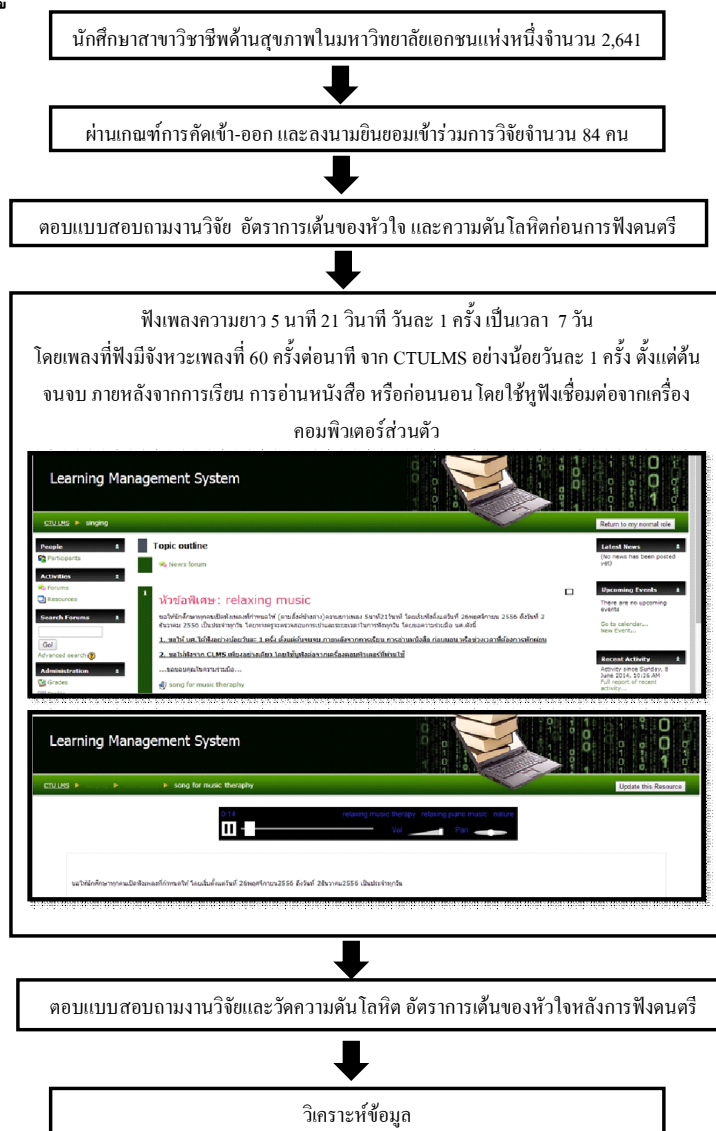
ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

มีข้อความที่บ่งบอกลักษณะอาการและ/หรือพฤติกรรมของผู้ตอบโดยใช้โปรแกรมวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต DASS Stress Scale ซึ่งรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2545) ซึ่งนำแบบวัด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) ของ Lovibond & Lovibond (1995 cited in Antony, Belling, Cox, Enns & Swinson, 1998) มาแปลเป็นภาษาไทยแบบวัดชุดนี้มีจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยการวัดการซึมเศร้า ความวิตกกังวลความวิตกกังวลและความเครียดด้านละ

7 ข้อในการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะของแบบวัด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ตรงเลย ตรงบ้าง ตรงมาก ตรงมากที่สุด โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

2. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ยี่ห้อ OMRON รุ่น SEM1 มีค่าความถูกต้องและมีการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ ความดัน 3 มิลลิเมตรปรอทหรือ 2% ของการอ่าน ชีพจร 5% ของการอ่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชาโดยใช้การแจกแจงจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แสดงการเปรียบเทียบระดับความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการฟังดนตรีโดยใช้ paired t-test โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 84 คน เพศชายจำนวน 6 คน เพศหญิงจำนวน 78 คน อายุเฉลี่ย 19.97 ± 1.91 ปี แบ่งเป็น สาขาพยาบาล 72 คน สาขาวิชากายภาพบำบัด 7 คน สาขาวิชาอุปกรณ์เทคโนโลยีชีวการแพทย์ 5 คน ซึ่งแสดงผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปฏิกิริยาตอบสนองความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depression) ทางด้านจิตใจ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการใช้ดนตรีบำบัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปฏิกิริยาตอบสนองความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depression) ทางด้านจิตใจ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการใช้ดนตรีบำบัด

ตัวแปร	pre-test (n = 84)		post-test (n = 84)		t	p
	Mean	SD	mean	SD		
อาการซึมเศร้า (depression)	6.90	5.51	5.21	4.90	3.31	0.00*
ความวิตกกังวล (anxiety)	9.71	5.70	7.61	6.34	3.98	0.00*
ความเครียด (stress)	13.18	7.13	10.24	5.94	4.12	0.00*
อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate)	81.39	11.96	85.21	11.26	-3.77	0.00*
ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure)	111.18	9.04	110.14	13.55	0.74	0.46
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure)	72.35	7.28	70.59	8.02	1.92	0.06

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปฏิกิริยาตอบสนองความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า

(Depression) ทางด้านจิตใจ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการใช้ดนตรีบำบัด ระดับการซึมเศร้า (Depression) ของกลุ่มตัวอย่าง

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการใช้ดนตรีบำบัด ระดับการซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ย 6.90 ภายหลังจากการใช้ดนตรีบำบัดระดับการซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ย 5.21 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พบว่าเมื่อใช้ดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.31, p = 0.000$) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ความวิตกกังวล (Anxiety) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัดระดับความวิตกกังวลมีค่าเฉลี่ย 9.71 ภายหลังจากการใช้ดนตรีบำบัดระดับความวิตกกังวลมีค่าเฉลี่ย 7.61 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พบว่าเมื่อใช้ดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.98, p = 0.000$) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ระดับความเครียด (Stress) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัดระดับความเครียดมีค่าเฉลี่ย 13.18 ภายหลังจากการใช้ดนตรีบำบัดระดับความเครียดมีค่าเฉลี่ย 10.24 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พบว่าเมื่อใช้ดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.21, p = 0.000$) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ระดับอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัดอัตราการเต้นของหัวใจมีค่าเฉลี่ย 81.39 ครั้ง/นาที ภายหลังจากการใช้ดนตรีบำบัดอัตราการเต้นของหัวใจมีค่าเฉลี่ย 85.21 ครั้ง/นาที เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พบว่าเมื่อใช้ดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.77, p = 0.000$) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ระดับความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัดระดับความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) มีค่าเฉลี่ย 111.18 ภายหลังจากการใช้ดนตรีบำบัดระดับความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) มีค่าเฉลี่ย 110.14 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พบว่าเมื่อใช้ดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.74, p = 0.46$)

ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ระดับความดันโลหิต (Diastolic Blood Pressure) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัดระดับความดันโลหิต (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเฉลี่ย 72.36 ภายหลังจากการใช้ดนตรีบำบัดระดับความดันโลหิต (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเฉลี่ย 70.60 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พบว่าเมื่อใช้ดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.92, p = 0.06$) ที่ระดับ $\alpha = 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องการศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 84 คน อายุเฉลี่ย 19.97 1.91 ปี สาขาวิชาพยาบาล 72 คน สาขาวิชากายภาพบำบัด 7 คน สาขาวิชาอุปกรณ์เทคโนโลยีชีวการแพทย์ 5 คน โดยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการซึมเศร้า (Depress) ทางด้านจิตใจอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) และความดันโลหิต (Blood Pressure) ของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในระยะก่อนและหลังการใช้ดนตรีบำบัด

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียดลดลง และมีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใช้ดนตรีบำบัด สามารถลดความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งได้ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของไนท์และริชาร์ดที่พบว่า ดนตรีช่วยลด ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ความจำเสื่อม หรือโรคจิตเภท ให้มีอาการดีขึ้นโดยใช้ฟังเพลงที่มีทำนองผ่อนคลาย (Knight W.E. และ Richard

N.S., 2001) การใช้ดนตรีในผู้สูงอายุ จะช่วยเพิ่มความจำ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะเครียด (Davis W.B. and Thaut M.H., 1989)

การศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่ได้รับดนตรีมีการลดลงของระดับอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียดลดลง และมีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับในระยะก่อนทดลอง คือไม่ได้รับดนตรีบำบัด สำหรับค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังได้รับดนตรีบำบัด แสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความเครียดและมีความวิตกกังวล และเกิดการตอบสนองต่อความวิตกกังวล ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพไม่สมดุล โดยระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง (Mazzeo, 1995) การใช้ดนตรีบำบัดช่วยลดระดับความวิตกกังวลและการตอบสนองทางสรีระได้เนื่องจากดนตรีบำบัดทำให้เกิดการผ่อนคลาย ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่สมองส่วนลิมบิก ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมด้านอารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์ คือ ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสมองส่วนลิมบิกจะทำงานประสานกับสมองส่วนคอร์เท็กซ์การส่งสัญญาณการตอบสนองด้านอารมณ์ และเมื่อเกิดการผ่อนคลายแล้ว สมองส่วนลิมบิกจะส่งสัญญาณประสาทอย่างอัตโนมัติไปยังไฮโปทาลามัส กระตุ้นให้เกิดการหลั่ง CRH และลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ทำให้เพิ่มระดับการรับรู้ซึ่งส่งผลให้เกิดการตอบสนองด้านสรีระ และลดระดับการทำงานของระบบหัวใจ ระบบการหายใจ ความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การดึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับของอิพิเนฟริน และความดันโลหิต (Zahourek, 1989) และจะส่งผลต่อการเรียน การดำเนินชีวิตให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดที่มีผลต่อการตอบสนองทางสรีระโดย

ลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดเฉลี่ย นอกจากนี้จากผลการสรุปงานวิจัยของอีแวนส์ (Evans, 2001) ถึงประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีบำบัดจำนวน 6 เรื่องพบว่าดนตรีบำบัดช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าไม่มีความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของออสตินและเฮนส์ (Augustin & Hains, 1996) พบว่าไม่มีความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนผ่าตัดทั้งระยะได้รับดนตรีบำบัดและระยะควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่านักศึกษาอยู่ในภาวะผ่อนคลายจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันเลือดซิสโตลิกได้มากกว่าความดันเลือดไดแอสโตลิก เนื่องจากค่าความดันเลือดซิสโตลิกอยู่ภายใต้อิทธิพลของระบบประสาทอัตโนมัติ และขึ้นอยู่กับ การตอบสนองด้านอารมณ์ของแต่ละบุคคล (Conway, 1986)

ข้อเสนอแนะ

ในสถาบันการศึกษาควรนำเรื่องของดนตรีบำบัดมาใช้เป็นแนวทางหนึ่งในกาลดความเครียดของนักเรียนหรือนักศึกษาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายในภาวะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะการซึมเศร้า ที่มีสาเหตุมาจากการเรียน การเตรียมความพร้อมในสาขาวิชาชีพ หรือความเครียดที่เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับดนตรี เช่น การเปิดเพลงที่มีจังหวะที่เหมาะสมในช่วงพักของนักเรียนหรือนักศึกษา การจัดชั่วโมงฟังเพลง (music hour) หรือจัดห้องฟังเพลง (music room) เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านความคิด สถิติปัญญา ความจำ หรือในด้านการเรียน การดำเนินชีวิต เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เป็นทางเลือกให้นักศึกษาได้จัดการกับความเครียดของแต่ละบุคคลได้ดียิ่งขึ้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ : สยามเอ็มแอนด์บีพับลิชชิง.
- ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. (2550). *การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- วันเพ็ญ หวังวิวัฒน์เจริญ และ สารมูขติ. (2539). ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเกื้อการุณย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* : 41(2) : 78-86.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (2556). ความเครียด และวิธีแก้ความเครียด. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/knowledgeinfo.php?id=47>. 28 มีนาคม 2556.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2542). *การจัดการกับความเครียด.เอกสารประกอบการเรียนวิชาจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกรี เจริญสุข. (2550). ดนตรีเพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยดุริยางคศิลป์. 43,62-63.
- สุทธนู ศรีไสย์และคณะ. (2547). *ประสิทธิภาพการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์ เพื่อการศึกษาในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท. (สำเนา)
- สมชาย จักรพันธุ์และคณะ. (2542). *รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนด้วยคอมพิวเตอร์*. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, วิภาพร วรหาญ, วิพร เสนารักษ์ (2554). ความสุขของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*: 34(2) : 72-79.
- ธรรมปราโมทย์. (2550). *ธรรมชาติบำบัดกับสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สถาบันบันลือธรรม ธรรมสภา.
- Alvin, J. (1966). *Music therapy*. John Baker Publishers Ltd. London.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Augustin, P., & Hains, A. A. (1996). *Effect of music on ambulatory surgery patients' preoperative anxiety*. *AORN Journal*, 63(4), 753-758.
- Bailey LM.(1986). *Music therapy in pain management*. *J Pain Symptom Manage*:1 : 25-8.
- Baruch, G. K. Barnett, R. (1996). *Role quality, multiple role involvement, and psychological wellbeing in midlife women*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(3) : 578-585.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bradt, J. and Dileo, C. (2009). *Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patient*. Cocharne, The Cochrane Collaboration.

- Breakwell G.M. (1990). *Are you stress out?*. American Journal Nursing. 90 (June - August 1990) : 31-33.
- Blair, C. and Razza, R.P. (2007). *Relating effortful control, executive function, and false-belief Understanding to Emerging Math and literacy ability in kindergarten*. Child Development, 78 : 643.
- Brusica, K. (1989). *Defining music therapy*. Spring City, PA: Spring House Books.
- Buck, W. K., Hartsack, J., and Gaffney, J. (1985). *Music therapy*. In. G.M.
- Buckwalter, K. et. al. 1985. *Music therapy*. Nursing intervention : treatments for nursing diagnoses. Philadelphia : W.B. Saunders co.
- Conway, J. (1986). *Blood pressure and heart rate variability*. Journal of Hypertension, 4, 261-263.
- Cook, J.D. (1981). *The therapeutic use of music : A literature reviews*. Nursing Forum.3 : 252 - 266.
- Coughlan, A. (1994). *Music therapy in ICU*. Nursing Times: 90:35.
- Davis, W.B. and Thaut, M.H. (1989). *The influence of proffered relaxation music on measure of state anxiety, Relaxation and physiological response*. J music therapy. 26:168-187
- Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E., & Kolmeier, L.G. (1995). *Holistic nursing. A handbook for practice* (2nd ed.). Gaithersburg, MD : Aspen.
- Evans, D. (2001). *Music as an intervention for hospital patients*. A systematic review. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 5(4), 1-6.
- Friedman, S.H., Kaplan, R.S., Rosenthal, M.B. & Console, P. (2010). *Music therapy in perinatal psychiatry : Use of lullabies for pregnant and postpartum women with mental illness*. Music and Medicine, 2(4), 219-225.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2002). *Psychiatric Mental Health Nursing : Understanding the Client as well as the Condition* (2nd ed.). Albany: Delmar.
- Garber, J. (2000). *Development and depression*. In A. J. Sameroff, M.Lewis, & S. M. Miller. (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology (2nd ed.: pp. 467-490). New York : Kluwer Academic Plenum.
- Gaston ET. (1951). *Dynamic music factors in mood change*. Music Education Journal: 37:42-3.
- Guzzetta CE. *Music therapy*. (1997). In : Dossey BM, editor. *Core curriculum for holistic nursing*. Gaithersburg : anAspen: 196-204.
- Hoffman, J. (1997). *Tuning in to the power of music*. RN 60:52-54

- Johnson, E. O., Kamilaris, T. C., Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). *Mechanism of stress : A dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis*. *Neurosocial Biobehavior*, 16, 115-130
- Kaslow, N. J., Adamson, L. B., & Collins, M. H. (2000). *A developmental psychopathology perspective on the cognitive components of child and adolescent depression*. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer.
- Knight, W.E. and Rickard, N.S. (2001). *Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective Anxiety systolic blood pressure and heart rate in healthy male and females*. *J music Therapy*. 33(4): 254-272.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY : Springer.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.). Sydney : Psychology Foundation.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St Louis : Mosby.
- MacClelland, D.C. (1979). *Music in the operating room*. *AORN Journal*. 16 (February 1976) : 255
- Maratos A, Gold C, Wang X and Crawford M (2009). *Music therapy for depression*. (online). From: <http://summaries.cochrane.org/CD004517/music-therapy-for-depression>.
- Mazzeo, A. J. (1995). *Sedation for the mechanically ventilated patient*. *Critical Care Clinics*, 11, 937-955.
- Pender, N.J. (1984) *Physiological responses of clients with essential hypertension to progressive muscle relaxation training*. *Research in Nursing and Health*, 7, 34.
- Rice, P.L. (1999). *Stress, Concepts, Theories and Models*. 3rd edition. Belmont, CA: Pacific Grove, Brooks/Cole. 8-9.
- Rhoades R, Pflanzner R. (1996). *Human physiology*. 3rd ed. Philadelphia : Harcourt College. 543-74.
- Seaward BL. (1997). *Principles and strategies for health and wellbeing*. 2nd ed. Boston : Jones and Bartlett.
- Schulbert, C. (1981). *The music therapy source book*. New York : Human Sciences Press.
- Shimazu A, Okada Y, Sakamoto M, Miura M. (2003) *Effects of stress management program for teachers in Japan : A pilot study*. *J OccupHealth*: 45:202-204.

- Spielberger CD, (1969). *Theory and Research of Anxiety in Anxiety and Behavior*. New York Academic Press.
- Standley, J. M. (1986). *Music research in medical/dental treatment : Meta-analysis and clinical applications*. Journal of Music Therapy. 23(2), 56-122.
- Thaut, M. (1990). *Nurse psychological processes in music perception and their relevance in music therapy*. In R. Unkefer (Ed.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders*. New York: McWilliam.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach (4th ed.)*. Philadelphia : Saunders.
- Viney, L. L., and Westbrook, M. T. (1982). *Patterns of anxiety in the chronically ill*. British Journal Medical Psychology, 55, 87-95.
- Wong, D. (1988). *Changing what children hear in the ICU can lower intracranial pressure*. America Journal of Nursing. 88 : 279-280.
- Zahourek, R. P. (1989). *Relaxation & Imagery : Tools for therapeutic communicative and intervention*. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Zimmerman, L., Pierson, M., & Market, J. (1988). *Effects of music on patient anxiety in the coronary care unit*. Heart & Lung, 17, 560-566.



การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการ
ที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง*

**The Identification of Result Indicators Based on National Education
Criteria for Performance Excellence of a Private University**

ดร. เสาวนีย์ กานต์เดชาวัชร***

ดร. ชิชฌพงค์ ทองพวง****

พัชรี อินทร์อานวย****

สุภาพร ลัมเกษร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPIs) การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (EdPEX) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (EdPEX) ไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการนำเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (EdPEX) ไปสู่การปฏิบัติ ประชากรเป็นผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 242 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดตรวจสอบรายการเกี่ยวกับกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ โดยค่าความสอดคล้องและความตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดค่า IOC และค่า CVI เท่ากับ 0.93 มีความเชื่อมั่น

ของแบบสอบถามกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศเท่ากับ 0.924 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่า

การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศมีความถูกต้องและครอบคลุม มีประโยชน์ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และมีความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของการวิจัย ตามความคิดเห็นของผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยคริสเตียนโดยสามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน 47 ตัวชี้วัด ดังนี้

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

**รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***หัวหน้าสำนักประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน

1. ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กร กำหนดตัวชี้วัด ได้จำนวน 6 ตัวชี้วัด
2. ตัวชี้วัดด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ กำหนดตัวชี้วัด ได้จำนวน 5 ตัวชี้วัด
3. ตัวชี้วัดด้านการวัด วิเคราะห์ การจัดการความรู้ กำหนดตัวชี้วัด ได้จำนวน 7 ตัวชี้วัด
4. ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน กำหนดตัวชี้วัด ได้จำนวน 6 ตัวชี้วัด
5. ตัวชี้วัดด้านการจัดกระบวนการกำหนดตัวชี้วัด ได้จำนวน 14 ตัวชี้วัด

Abstract

The purposes of this research were to determine the output key performance indicators (KPIs) to perform according to the quality of education criteria for performance excellent (EdPEX), to study the problems and obstacles in adopting Education criteria for performance Excellence to practice and guideline in development and to formulate guidelines for the development and improvement of education quality criteria adopted for the performance excellent. Sample of this study is 243 administrators, faculty and staff of the Christian University of Thailand. The instruments in this study were the questionnaires concerning the Identification of Result Indicators based on National Education Criteria for Performance Excellence. The reliability of questionnaire in the form of an alpha coefficient was 0.924 in terms of the Identification of Result Indicators based on National Education Criteria for Performance Excellence. The statistical data analyses were frequency, percentage, mean, standard deviation and content

analysis. The research findings were follows:

The identification of result indicators based on National Education Criteria for Performance Excellence of Christian University of Thailand has Accuracy, Utility, Feasibility and Propriety. The opinions of administrators, faculty and staff of the Christian University of Thailand can be classified into 6 the 47 indicators thus:

1. Organization leadership indicators determine the metric was number 6 indicators.
2. Strategic Planning indicators determine the metric was number 9 indicators.
3. Customer oriented indicators determine the metric was number 5 indicators.
4. Measurement, analysis and knowledge management indicators determine the metric was number 7 indicators.
5. Workforce oriented indicators determine the metric was number 6 indicators.
6. Process management indicators determine the metric was number 14 indicators

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทิศทางการพัฒนาอุดมศึกษาของไทยในทศวรรษที่ 21 ควรเน้นเรื่องคุณภาพมาตรฐาน การปรับปรุงและยกระดับมาตรฐานหลักสูตรการสอนทางไกล เพิ่มหลักสูตรนานาชาติหรือหลักสูตรอาเซียน สร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันอุดมศึกษากับภาคเอกชน (University-Industry Collaboration) และพัฒนาระบบบรรณาธิการในการบริหารมหาวิทยาลัย ภาครัฐต้องผลักดันมหาวิทยาลัยไทยที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการให้ได้เป็นมหาวิทยาลัยระดับชั้นนำของโลก (World Class University) สำหรับมหาวิทยาลัยที่มีศักยภาพและมหาวิทยาลัยกลุ่มใหม่ซึ่งเน้นการพัฒนาท้องถิ่นและชุมชนหรือเน้นด้านเทคนิคหรือการปฏิบัติต้องได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับเข้าสู่ระดับนานาชาติในระยะต่อไป หรือพัฒนาให้ได้คุณภาพมาตรฐานระดับประเทศ ตามลำดับ การลงทุนด้านทรัพยากรอุดมศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาคนระดับสูง และการพัฒนานวัตกรรมของประเทศ รวมทั้งการสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสังคมไทยโดยรวม ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2557 : 2)

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) มีความมุ่งมั่นที่จะยกระดับคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษาไทยให้ทัดเทียมและได้รับการยอมรับในระดับสากล จึงได้นำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ นั่นคือเกณฑ์ Education criteria for performance Excellence มาใช้เป็นกรอบในการบริหารจัดการการ

ศึกษาของอุดมศึกษาไทย โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการพัฒนาเกณฑ์การศึกษาสู่ความเป็นเลิศ โดยการแปลและเรียบเรียง 2009-2010 The Baldrige National Quality Program : Education criteria for performance Excellence (เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ) เพื่อมุ่งหวังให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นคู่มือและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2552)

มหาวิทยาลัยคริสเตียนเห็นความสำคัญในการยกระดับการพัฒนาคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา วิเคราะห์ หรือวิจัย เพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ โดยจำแนกผลลัพธ์การดำเนินงานออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการนำองค์กร ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า ด้านการวัด วิเคราะห์ การจัดการความรู้ ด้านการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน และด้านการจัดกระบวนการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

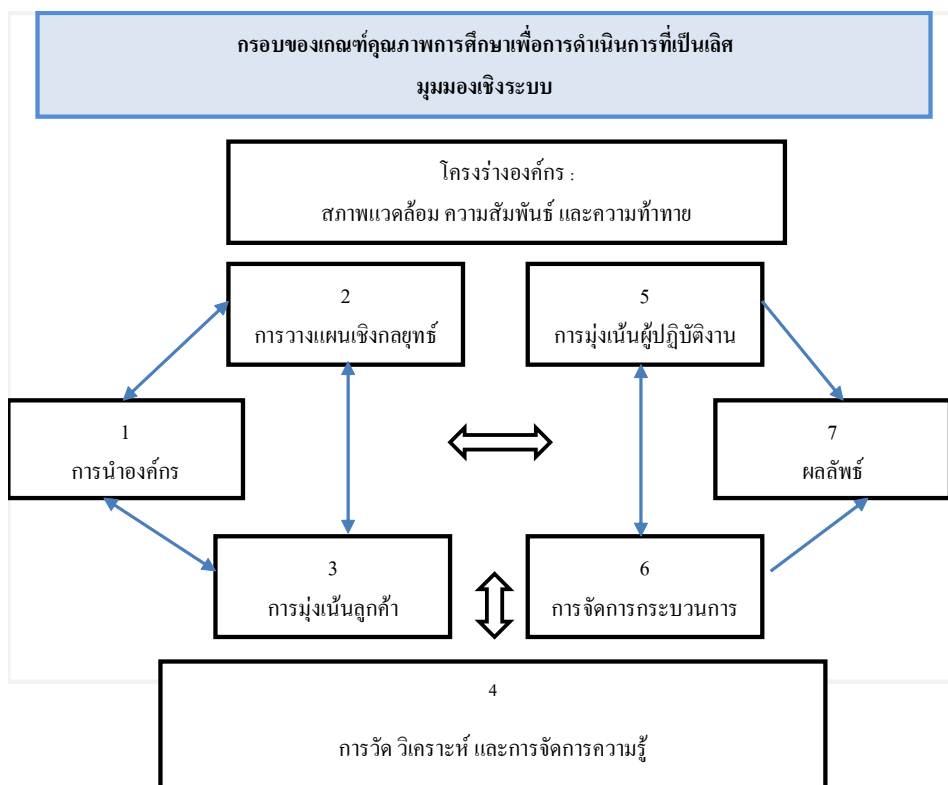
1.2.1 เพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPIs) การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX)

1.2.2 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX) ไปสู่การปฏิบัติ

1.2.3 เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการนำเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX) ไปสู่การปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ แสดงดังภาพ



เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEx)	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicators: KPIs)
กลุ่มการนำองค์กร หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ หมวด 3 การมุ่งเน้นลูกค้า	1. ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กร 2. ตัวชี้วัดด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ 3. ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นลูกค้า 4. ตัวชี้วัดด้านการวัด วิเคราะห์ การจัดการความรู้
กลุ่มการมุ่งสู่ผลลัพธ์ หมวด 5 การมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน หมวด 6 การจัดการกระบวนการ	5. ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน 6. ตัวชี้วัดด้านการจัดการกระบวนการ
พื้นฐานของระบบ หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ การจัดการความรู้	

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การจัดเตรียมและรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัย : ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร วารณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ โดยรวบรวมจากเอกสาร ผลงานวิจัย การสัมมนา หนังสือ บทความวิชาการ วารสาร และเว็บไซต์ต่างๆ โดยทำการวิเคราะห์เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

2. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวิจัย : ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยมาสร้างและพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ชนิดตรวจสอบรายการ (Check list) โดยพิจารณาประเมินความคิดเห็นจากมาตรฐานของการประเมิน 4 มาตรฐานที่ Stufflebeam (1981 อ้างถึงใน ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากรส่วนสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 30 ฉบับ เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล : ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำแบบสอบถามไปสอบถามความคิดเห็นจากประชากรทั้งหมด 242 คน จากผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากรส่วนสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

4. การวิเคราะห์ข้อมูลการสรุปผลข้อมูลและรายงานผลการวิจัย : ผู้วิจัยวิเคราะห์เพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPIs) การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (Education criteria for performance Excellence: EdPEX) ในแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยพิจารณาประเมินความคิดเห็นจากมาตรฐานของการประเมิน 4 มาตรฐานที่ Stufflebeam (1981 อ้างถึงใน ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) ประกอบด้วย มาตรฐานด้านความถูกต้องและครอบคลุม (Accuracy) ความมีประโยชน์ (Utility) ความเป็น

ไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility) และความเหมาะสม (Propriety) ในแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ประชากร

ประชากรสำหรับตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากรส่วนสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่ประกอบด้วยรองอธิการบดี ผู้ช่วยอธิการบดี คณบดี และหัวหน้าส่วนสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 242 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล จากการประสานงานผ่านผู้บริหารคณะวิชาและส่วนสนับสนุนวิชาการเพื่อขออนุญาตให้บุคคลที่เกี่ยวข้องที่ จำนวน 242 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยประมวลผลข้อมูล เพื่อกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. วิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลของเอกสารที่ศึกษามาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในมหาวิทยาลัย ประสบการณ์ในการทำงานเป็นผู้บริหารในมหาวิทยาลัย ตำแหน่งทางวิชาการ และตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน โดยใช้ค่าความถี่ (f - frequencies) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการสรุปผลข้อมูลและรายงานผลการวิจัย : ผู้วิจัยวิเคราะห์เพื่อ

กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPIs) การดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education criteria for performance Excellence: EdPEX) ในแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยพิจารณาประเมินความคิดเห็นจากมาตรฐานของการประเมิน 4 มาตรฐานที่ Stufflebeam (1981 อ้างถึงใน ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) ประกอบด้วยมาตรฐานด้านความถูกต้องและครอบคลุม (Accuracy) ความมีประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility) และความเหมาะสม (Propriety) ในแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) โดยพิจารณาเป็นรายข้อคำถามเพื่อพิจารณาเลือกตัวชี้วัดที่ผู้บริหาคณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการมีความคิดเห็นยืนยันร้อยละ 80 ขึ้นไป

ข้อค้นพบจากการวิจัย

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยข้อมูลเบื้องต้น

ผลการวิจัยข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะและการแจกแจงตัวบ่งชี้ด้วยค่าสถิติพื้นฐานของประชากร จำนวน 242 คน พบว่า ประชากรเป็นเพศชาย จำนวน 47 คน (ร้อยละ 19.40) และเพศหญิง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 80.60) อายุส่วนใหญ่ 31-40 ปี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 47.90) รองลงมาอายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 25.20) อายุ 41-50 ปี จำนวน 43 คน (ร้อยละ 17.80) และน้อยที่สุดอายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน (ร้อยละ 9.10) วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาโท จำนวน 122 คน (ร้อยละ 50.40) ปริญญาตรี จำนวน 101 (ร้อยละ 41.70) ปริญญาเอก จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.10) และต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 3.70) ประสบการณ์ในการทำงานในมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 47.90) ประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี จำนวน 68 คน (ร้อยละ 28.10) ประสบการณ์ในการทำงาน 15 ปีขึ้นไป จำนวน 31 คน (ร้อยละ 12.80) และประสบการณ์ในการทำงาน

11-14 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 11.20) ตำแหน่งทางวิชาการส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ จำนวน 105 คน (ร้อยละ 43.40) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.20) และรองศาสตราจารย์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.80) ประสบการณ์หน้าที่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นบุคลากรส่วนงานสนับสนุนวิชาการ จำนวน 125 คน (ร้อยละ 51.70) รองลงมาคือหัวหน้าส่วนงานสนับสนุนวิชาการ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 6.60) รองคณบดี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.70) ผู้ช่วยคณบดี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.70) รองอธิการบดี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.40) และผู้ช่วยอธิการบดี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.40)

2. การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน จากผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ

2.1 ด้านการนำองค์กร ผู้บริหาร คณาจารย์

และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้านการนำองค์กร ทั้งด้านความถูกต้องและครอบคลุม ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80 ทุกตัวชี้วัด โดยมีตัวชี้วัดที่มีความคิดเห็นเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย จำนวน 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ การมีวิสัยทัศน์กว้างไกลในการบริหารมหาวิทยาลัยที่สอดคล้องกับภาวะการแข่งขัน และการเปลี่ยนแปลงของโลก การใช้หลักการบริหารโดยคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม และสิ่งแวดล้อม การใช้ข้อมูลและสารสนเทศบนพื้นฐานข้อเท็จจริงมาสนับสนุนการตัดสินใจ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพื่อหาช่องทางปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน การสร้างทีมงานที่มีคุณภาพและสนับสนุนการทำงานเป็นทีม และการใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารงานต่างๆ ให้เป็นไปในครรลองธรรมอย่างครบถ้วน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

2.2 ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ผู้บริหาร

คณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ทั้งด้านความถูกต้องและครอบคลุม ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80 ทุกตัวชี้วัด จำนวน 9 ตัวชี้วัด ดังนี้ แผนปฏิบัติการมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวบ่งชี้ความสำเร็จของโครงการและกิจกรรม การกำหนดตัวบ่งชี้ด้านอัตลักษณ์ เอกลักษณ์ และมาตรการส่งเสริมที่เหมาะสมกับบริบทและการมุ่งเน้นของมหาวิทยาลัย การวางแผนกลยุทธ์/แผนพัฒนา สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ อัตลักษณ์ เอกลักษณ์ และมาตรการส่งเสริมของมหาวิทยาลัยที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทุกคน การมีส่วนร่วมของคณะวิชา/ส่วนงานสนับสนุนวิชาการในการกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของมหาวิทยาลัย การกำหนดตัวบ่งชี้ในการดำเนินงานประกันคุณภาพเพิ่มเติมจากตัวบ่งชี้ของ สกอ. และ สมศ. ที่เป็นไปตามบริบทและการมุ่งเน้นของมหาวิทยาลัย การมีส่วนร่วมของคณะวิชา/ส่วนงานฯ ในการกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของมหาวิทยาลัย การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกเพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการแข่งขันของมหาวิทยาลัย การมีเป้าหมายที่ท้าทาย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และมีกลวิธีในการบรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งได้มีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ความยืดหยุ่นของแผนฯ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ และเหมาะสมกับขนาดและจุดเน้นของมหาวิทยาลัย และการกำหนดเป้าหมายร่วมของมหาวิทยาลัย โดยเป็นความร่วมมือของบุคลากรในมหาวิทยาลัย ตั้งแต่ผู้บริหารสูงสุด ทีมผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน

2.3 ด้านการเน้นลูกค้า ผู้บริหาร คณาจารย์

และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการมีความคิดเห็น

เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้านการเน้นลูกค้า ทั้งด้านความถูกต้องและครอบคลุม ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80 ทุกตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ดังนี้ ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้รับการสื่อสารไปยังบุคลากรทุกส่วนงานที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกระบวนการออกแบบการจัดการศึกษาและการบริการของมหาวิทยาลัย การสำรวจความต้องการ และรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างสม่ำเสมอและทันเหตุการณ์ การมีกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์และการกำหนดช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและพัฒนาเกี่ยวกับพันธกิจทุกด้านของมหาวิทยาลัย

2.4 ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการ

ความรู้ ผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ทั้งด้านความถูกต้องและครอบคลุม ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80 ทุกตัวชี้วัด จำนวน 7 ตัวชี้วัด ดังนี้ การส่งเสริมการพัฒนาขีดความสามารถทางด้านการใช้เทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง การติดตามพัฒนาการของเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาเพื่อนำมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ในมหาวิทยาลัย การมีข้อมูลผลการดำเนินงานของมหาวิทยาลัยที่ได้มีการทบทวนและนำไป ใช้ในการตัดสินใจโดยผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง การจัดระบบสารสนเทศและเครื่องมือต่างๆ มาใช้จัดการองค์ความรู้ภายในมหาวิทยาลัย ความมุ่งมั่นและร่วมกันในการพัฒนาให้มหาวิทยาลัยเป็นองค์กรแห่งนวัตกรรม

การสร้างเทคโนโลยีใหม่ๆ และนวัตกรรมในการบริหารคุณภาพอยู่เสมอ และการนำนวัตกรรมทางธุรกิจมาใช้ในการบริหารจัดการ และตรวจสอบความคุ้มค่าการลงทุนของมหาวิทยาลัย

2.5 ด้านการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารคณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้านการมุ่งเน้นการปฏิบัติงานทั้งด้านความถูกต้องและครอบคลุม ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 80 ทุกตัวชี้วัด จำนวน 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ การส่งเสริมด้านสุขภาพ อนามัย ความปลอดภัย การป้องกันภัย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน การพิจารณาให้ค่าตอบแทนบุคลากรทุกคนอย่างเสมอภาคตามลำดับผลงานที่ปรากฏ การให้การศึกษาศึกษา/ฝึกอบรม/พัฒนาบุคลากรทุกระดับในทุกรูปแบบอย่างต่อเนื่อง การมีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร และดำเนินการด้วยความยุติธรรม การพิจารณาให้ค่าตอบแทนบุคลากรทุกคนอย่างเสมอภาคตามลำดับผลงานที่ปรากฏ และการมีระบบรักษาคนดี คนเก่งให้อยู่ในระบบ และมีการสร้างเส้นทางความก้าวหน้าให้กับบุคลากร

2.6 ด้านการจัดการกระบวนการ ผู้บริหารคณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาชาติเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้านการจัดการกระบวนการ ทั้งด้านความถูกต้องและครอบคลุม ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80 ทุกตัวชี้วัด จำนวน 14 ตัวชี้วัด ดังนี้ การมีระบบการบริหารหลักสูตรที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยงานที่รับผิดชอบกำกับดูแล และเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thailand Qualifications Framework: TQF) และสภา

วิชาชีพ การมีระบบการประเมินหลักสูตรเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีกระบวนการบริหารคุณภาพที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์และตัวบ่งชี้ ผลการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม การมีกิจกรรมการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยระบุตัวบ่งชี้ของแต่ละหน่วยงานที่สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผล การบริหารมหาวิทยาลัยโดยรวม การพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ อัตลักษณ์ เอกลักษณ์ ของมหาวิทยาลัย และสอดคล้องกับความต้องการด้านวิชาการและวิชาชีพ การมีระบบการติดตามการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการประเมินคุณภาพภายในและการประเมินคุณภาพภายนอกอย่างครบถ้วน การมีระบบและกลไกการบริการทางวิชาการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม พร้อมทั้งสามารถบูรณาการกับการเรียนการสอน และการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานและปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลา ความรวดเร็วในการพัฒนาหลักสูตรและการบริการทางวิชาการใหม่ๆ เพื่อให้ทันกับความต้องการของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การปรับระบบและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์อยู่เสมอ การมีระบบและกลไกการพัฒนางานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามสภาพแวดล้อมและจุดเน้นของมหาวิทยาลัย การปรับปรุงกระบวนการทำงานในการลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน หรือการลดขั้นตอนการทำงานเพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล การมีวิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุ และป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ และการใช้เทคนิคและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน

การอภิปรายผล

ด้านการนำองค์การ สามารถอธิบายถึงความสอดคล้องของตัวชี้วัดทั้ง 6 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

(2549: 18) ได้กล่าวว่า วิทยาลัยธุรกิจมอนฟอร์ท (The Montfort College of Business : MCB) เดิมเป็น The University of Northern Colorado's College of Business ซึ่งผู้บริหารระดับสูงประกอบด้วยคณบดี รองคณบดี ผู้ช่วยคณบดี และคณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัย บริหารงานภายใต้กรอบแนวคิด 3 ประการ คือ การตัดสินใจร่วมกัน อย่างเป็นระบบ การประสานความร่วมมือภายในองค์กร และมีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าที่จะยึดนักศึกษาเป็นศูนย์กลาง ทิศทางการพัฒนาของ MCB มาจากการกำหนดร่วมกันของผู้มีระดับสูง ซึ่งจะร่วมกัน ทบทวนกำหนด และสื่อสารการปฏิบัติทั้งทิศทางระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กรให้สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์องค์กร หลังจากนั้น คณาจารย์ และพนักงานจะทำงานร่วมกันในการกำหนดรายละเอียด และปรับปรุงในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบเพื่อให้ทันสมัยและสอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร เช่นเดียวกับ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2554: 132)

ได้กล่าวว่า ผู้บริหารควรยึดหลักธรรมาภิบาลเป็นเครื่องมือในการบริหารการดำเนินงานของสถาบัน ให้ไปสู่ทิศทางที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้บริหารสถาบัน และสภาสถาบันโดยให้สอดคล้องทิศทางการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของประเทศและทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุภาวดี นพจุจินดา (2553: 236-239) ได้ศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้นำควรมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลเพื่อนำองค์กรให้อยู่ขึ้นแนวหน้า เป็นผู้นำในการพัฒนาวิสัยทัศน์องค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับบุคลากรทุกระดับ มีความสามารถในการบริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและตัดสินใจ เป็นผู้มีความคุณธรรม จริยธรรม และมีความยึดมั่นต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ เช่นเดียวกับ พัฒนชัย กุลศิริสวัสดิ์ (2551: 3)

ได้กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญของผู้นำ (Leader) คือ การกำหนดทิศทางขององค์กร ซึ่งการกำหนดค่านิยม วิสัยทัศน์ (วัตถุประสงค์ พันธกิจ เป้าหมาย ภาระงานที่สำคัญ) แก่องค์กร พร้อมทั้งระบุผลลัพธ์สุดท้ายและกลยุทธ์ที่จะมุ่งไปสู่ผลนั้น ดำเนินการสื่อสารทิศทางไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อความร่วมมือ เกิดเป็นทีมที่เข้าใจในวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ และยอมรับทิศทางหรือการมีอยู่ของวิสัยทัศน์นั้น และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือโดยการสร้างบรรยากาศในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้างความพึงพอใจโดยส่วนรวม เช่นเดียวกับ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (2554: 4) ได้กล่าวว่า สถานศึกษาที่มีบทบาทในการรับผิดชอบต่อสังคม ชุมชน ด้วยการมุ่งเน้นการดูแลอนามัย สภาพแวดล้อมของชุมชนและสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน รวมทั้งบุคลากรของสถานศึกษาประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี มีจริยธรรมและจรรยาบรรณต่อสาธารณะ

ด้าน การวางแผนเชิงกลยุทธ์ สามารถอธิบายถึงความสอดคล้องของตัวชี้วัดทั้ง 9 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับสิทธิศักดิ์ พฤษภัตติกุล (2555:72) ได้กล่าวว่า ระบบการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความสำเร็จ และความยั่งยืนขององค์กร รวมทั้งตอบสนองต่อคุณค่าที่ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวัง เช่นเดียวกับ วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2548: 27) ได้กล่าวว่า การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการขององค์กร เพราะองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับสิ่งแวดล้อมภายใต้ทฤษฎีระบบที่ว่า ลักษณะขององค์กรปัจจุบันเป็นระบบเปิดมากกว่าระบบปิด ด้วยเหตุนี้สิ่งแวดล้อมจึงมีอิทธิพลต่อองค์กรและผู้บริหารองค์กร จำเป็นต้องพิจารณาและหาประโยชน์จากปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และขจัดปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานอันจะนำไปสู่ความล้มเหลวของการดำเนินงานองค์กร

ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า สามารถอธิบายได้ถึง ความสอดคล้องของตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้อง

กับ สำนักเลขาธิการคณะกรรมการการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (2549: 54) ได้กล่าวว่า The pearl river school district (PRSD) ความรู้เรื่องความต้องการและความคาดหวังของนักเรียนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้กล่าวว่า การมีกิจกรรมการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างต่อเนื่อง PRSD จึงได้กำหนดไว้ในค่านิยมองค์กรว่านักเรียนคือลูกค้า รวมทั้งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะต้องถูกบูรณาการเข้าไปในการดำเนินการของ PRSD ตลอดเวลา แม้ PRSD จะเป็นโรงเรียนมัธยมของรัฐ มีภารกิจหลักในการให้การศึกษาแก่นักเรียนในวัยเรียน

ที่ถิ่นพำนักในเขตการศึกษาที่รับผิดชอบ แต่ PRSD ยังคำนึงถึงกลุ่มลูกค้าอื่นที่มีศักยภาพที่จะเป็นลูกค้าในอนาคตโดยใช้การสำรวจทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มนักเรียนในอนาคตทั้งหลายทั้งกลุ่มก่อนเข้าเรียน (Preschoolers) และกลุ่มนักศึกษาใหม่ PRSD การสำรวจจะคำนึงถึงความต้องการโดยพยายามเปรียบเทียบกับบริการอื่นๆ รวมทั้งต้นทุนที่จำเป็นต้องใช้ในการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมหลักสูตรที่มีอยู่) เช่นเดียวกับสำนักเลขาธิการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (2549: 68-69) ได้กล่าวว่า มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน (Wisconsin-Stout : UW-Stout) เริ่มสร้างความสัมพันธ์กับนักศึกษาตั้งแต่ยังไม่ทันเข้าเรียนโดยจะมีการแนะนำมหาวิทยาลัยให้กับเด็กมัธยมศึกษาผ่าน Pre-college program และ Campus preview day อาจารย์แนะแนวและผู้อำนวยการหลักสูตรจะให้คำแนะนำและสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดการบอกต่อ จากการสำรวจของ Newsweek/Kaplan College Catalog พบว่า UW-Stout เป็นมหาวิทยาลัย 1 ใน 4 ของประเทศที่ได้รับการกล่าวขวัญถึงมากที่สุดว่าเป็นที่ซึ่งหากสามารถหวนกลับมาเป็นนักศึกษาใหม่ได้อีกครั้ง จะขอกลับมาเรียนที่นี่ เมื่อเข้ามาเป็นนักศึกษาแล้ว UW-Stout มีแนวทางสร้างความ

สัมพันธ์โดยผ่านการพัฒนาวิชาการและสังคม การสร้างความพึงพอใจด้านบริการสนับสนุนต่างๆ และการได้งานภายหลังจบการศึกษา รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับคณาจารย์ พนักงานสายสนับสนุนและผู้อำนวยการหลักสูตร ตลอดจนกิจกรรมขององค์กรนักศึกษาวิธีการที่ UW-Stout ใช้ประเมินความพึงพอใจและไม่พอใจของนักศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ การสำรวจ การใช้ข้อมูล(อาทิ การลงทะเบียนเรียน อัตราการคงอยู่ อัตราการขอถอนหน่วยกิต/รายวิชา) การสัมภาษณ์กลุ่มย่อย การทำ Peer Review และการเปรียบเทียบกับค่ากลางของประเทศ

ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ สามารถอธิบายได้ถึงความสอดคล้องของตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับ พรทิพย์ กาญจนะนิยต (2548: 15) ได้กล่าวว่า การประกันคุณภาพเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของการปฏิรูปการศึกษาจึงมีการระบุถึงการประกันคุณภาพภายในและการประกันคุณภาพภายนอกไว้ในมาตรา 48 หมวด 6 “มาตรฐานและการประกันคุณภาพการศึกษา” แห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ดังนี้ “ให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาทุกระดับประกอบด้วย ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน และระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายนอก” ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพนั้น มาตรา 48 ระบุไว้ว่า “ให้หน่วยงานต้นสังกัดและสถานศึกษาจัดให้มีระบบการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาและให้ถือว่าการประกันคุณภาพภายในเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารการศึกษาที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำรายงานประจำปี เสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเปิดเผยต่อสาธารณชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาและเพื่อรองรับการประกันคุณภาพภายนอก” มาตรา 48 ระบุว่าการประกันคุณภาพภายนอกจะต้องดำเนินการโดยองค์กรใหม่ที่เป็นอิสระ ตามรายละเอียด ดังนี้ “ให้มีสำนัก

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

งานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา มีฐานะเป็นองค์การมหาชนทำหน้าที่พัฒนาเกณฑ์ วิธีการประเมินคุณภาพภายนอก และทำการประเมิน ผลการจัดการศึกษาเพื่อให้มีการตรวจสอบคุณภาพของ สถานศึกษา โดยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายและหลักการและ แนวทางจัดการศึกษาในแต่ละระดับตามที่กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัตินี้ให้มีการประเมินคุณภาพภายนอกของ สถานศึกษาทุกแห่งอย่างน้อยหนึ่งครั้งในทุกห้าปีนับ ตั้งแต่การประเมินครั้งสุดท้าย และเสนอผล การประเมินต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน เช่นเดียวกับวิทยาลัยนานาชาติปริดิพมยงค์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2554: 9) ได้กล่าวว่าวิทยาลัย นานาชาติ ปริดิพมยงค์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ กำหนดตัวบ่งชี้และเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่มีความ สอดคล้องกับตัวบ่งชี้ของสำนักงานคณะกรรมการการ อุดมศึกษา (สกอ.) ตัวบ่งชี้ของสำนักงานรับรอง มาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การ มหาชน) (สมศ.) และตัวบ่งชี้ของมหาวิทยาลัยธรรม ศาสตร์ โดยเพิ่มตัวบ่งชี้ที่เป็นตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ที่สะท้อน การกิจของวิทยาลัย ซึ่งในปีการศึกษา 2553 วิทยาลัย มีตัวบ่งชี้คุณภาพ จำนวน 9 องค์ประกอบ แยกเป็น ตัวบ่งชี้ของ สกอ. จำนวน 23 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้คุณภาพ ภายนอกกรอบสามจาก สมศ. จำนวน 19 ตัวบ่งชี้ ตัว บ่งชี้เฉพาะ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 2 ตัว บ่งชี้ และตัวบ่งชี้เฉพาะของวิทยาลัยนานาชาติ ปริดิ พมยงค์ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ทั้งนี้ตัว บ่งชี้เฉพาะของวิทยาลัย วิทยาลัยเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน และเกณฑ์คุณภาพตามความเหมาะสม เช่นเดียวกับ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2555:1) ได้กล่าวว่า เพื่อ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงภายนอกและสามารถ เชื่อมโยงการประกันคุณภาพภายในและภายนอกได้ มหาวิทยาลัยได้ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงการ ประเมินคุณภาพภายในอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมิน คุณภาพ โดยมีความสอดคล้องกับแนวทางและตัวบ่ง ชี้ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

รวมทั้งแนวทางและตัวบ่งชี้ของสำนักงานรับรอง มาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การ มหาชน) (สมศ.) การพัฒนาปรับปรุงตัวบ่งชี้การประเมิน ในระบบประกันคุณภาพภายในได้พัฒนาตามจุดเน้น ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คือ กลุ่ม สถาบันที่ เน้นการวิจัยขั้นสูงและผลิตบัณฑิตระดับบัณฑิตศึกษา โดยเฉพาะระดับปริญญาเอก" เช่นเดียวกับ งานวิจัย ของ วิทวัส สัตยารักษ์ (2552: 46 ,54) ได้กล่าวว่า การ สร้างอัตลักษณ์ความแตกต่างของมหาวิทยาลัย หลักสูตร และคณะวิชามีส่วนในการตอบสนองความต้องการของ ผู้เข้ารับการศึกษาในกลุ่มใหม่ การบริหารจัดการแบรนด์ ชื่อเสียงของคณะ มหาวิทยาลัยล้วนมีความสำคัญเช่น กัน อัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยเกิดจากคุณลักษณะของ องค์การ องค์ประกอบสำคัญของภาพลักษณ์ มหาวิทยาลัยที่ทำให้มีชื่อเสียงจาก 3 องค์ประกอบหลัก คือ ประสิทธิภาพทางวิชาการ สภาพแวดล้อมภายนอก และอารมณ์ที่สัมผัส ขณะเดียวกันมหาวิทยาลัยที่ต้อง การสร้างอัตลักษณ์ ไม่จำเป็นต้องเป็นมหาวิทยาลัยใหญ่ ที่ต้องมึนนักศึกษา และคณาจารย์จำนวนมาก แต่เน้นที่ คุณภาพทางวิชาการ มีหลักสูตรที่โดดเด่น มีการบริหาร ที่คล่องตัว การโฆษณาประชาสัมพันธ์เข้าถึง รวมทั้ง การสร้างอัตลักษณ์ผ่านสื่อทางเว็บไซต์มหาวิทยาลัยมี เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่นเดียวกับ วัฒนา พัฒนพงศ์ (2547: 40) ได้กล่าวว่า ดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล (Balanced Scorecard-BSC) คือเครื่องมือที่ช่วย ให้องค์การประสบความสำเร็จแบบยั่งยืน หากใช้เครื่องมือ BSC อย่างถูกต้องเหมาะสมก็เป็นหลักประกันได้ ว่า ลูกค้าน่าจะพึงพอใจต่อสินค้าและบริการขององค์การ อย่างต่อเนื่องและตลอดไป เพราะเราได้ให้ความสำคัญ กับลูกค้าด้วยการปรับปรุงการให้บริการลูกค้าโดยการ กำหนดตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับลูกค้า กล่าวอีกในอย่าง หนึ่งก็คือ การมีตัวบ่งชี้วัดด้านลูกค้าก็คือการให้ความสำคัญ กับลูกค้าที่เป็นรูปธรรมนั่นเอง นอกจากนั้น บุคลากรขององค์การจะรักองค์การและอยากทุ่มเท ความรู้ความสามารถให้แก่การทำงานในองค์การ ทั้งนี้ เพราะได้ให้ความสำคัญด้วยการกำหนดตัวชี้วัดด้าน

การเรียนรู้และการเติบโต มีการนำเอาผลจากการวัด ไปปรับปรุงพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับ วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2546: 361) ได้กล่าวไว้สรุปได้ว่า ไม่ว่าองค์กรของรัฐหรือเอกชน จะต้องเผชิญกับการแข่งขันในการให้บริการ การพัฒนาคุณภาพและใช้เทคนิควิธีการเพิ่มคุณภาพในการแข่งขัน สถาบันการศึกษาที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พัฒนาเครื่องมือการจัดโครงสร้างให้ผู้เรียนบรรลุผลสำเร็จ และ Benchmarking ก็เป็นวิธีที่ดีที่สุดในวิธีหนึ่ง Benchmarking คือ กระบวนการวิเคราะห์ วัด และเปรียบเทียบทั้งผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการทำงาน และวิธีการปฏิบัติงานของเรากับขององค์กรที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยมในสาขาหนึ่งๆ แล้วนำผลมาเปรียบเทียบนั้นมาใช้เพื่อการปรับปรุงกระบวนการของเราให้มีความเป็นเลิศ

ด้านการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน สามารถอธิบายได้ถึงความสอดคล้องของตัวชี้วัดทั้ง 6 ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (2555: 89-91) พบว่า สายงานทอส่งก๊าซธรรมชาติ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศคือ การบริหารสายอาชีพอย่างบูรณาการ ที่ทำให้บุคลากรมีความผูกพัน (Engagement) ต่อองค์กร ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สร้างความสำเร็จให้แก่องค์กร แม้ว่าการบริหารสายอาชีพอย่างบูรณาการนี้จะเป็นการดำเนินการภายใต้ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาพรวมใหญ่ของบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) ก็ตาม แต่ด้วยความที่ผู้บริหารทุกระดับของสายงานทอส่งก๊าซธรรมชาติ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) เห็นความสำคัญ และร่วมมือในการดำเนินการ จึงทำให้การบริหารสายอาชีพของสายงานทอส่งก๊าซธรรมชาติ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมทำให้มั่นใจได้ว่าจะเติบโตอย่างยั่งยืนด้วยคุณลักษณะขององค์กรที่มีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ

การบริหารสายอาชีพเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นแกนหลักในการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยบูรณาการให้สอดคล้องกับทุกระบบ

งานเพื่อให้องค์กรสามารถเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรไปในทิศทางเดียวกัน ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลของบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) ในภาพรวมยึดกรอบแนวทางหรือ Model ที่เรียกว่า “รังผึ้ง” ซึ่งประกอบด้วยการจัดการในองค์ประกอบที่สำคัญ 7 ด้าน คือ การสรรหาว่าจ้างคนเก่งและคนดี การวางแผนกำลังคนที่ต้องการในอนาคต การบริหารจัดการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร (Competency Management) และนำระบบสมรรถนะไปใช้ในด้านต่างๆ การพัฒนาบุคลากรและฝึกอบรม การบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management) หรือการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ทำให้องค์กรมีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การจ่ายค่าตอบแทน (Remuneration) แก่พนักงานทั้งในรูปตัวเงินและมีใช้ตัวเงิน และการบริหารสายอาชีพ (Career Management) เช่นเดียวกับ ชวงโชติ พันธุเวช (2547: 124) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องขององค์กรต้องได้รับการศึกษา ให้การฝึกอบรมปรับปรุงและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต จึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริงและยาวนานนำไปสู่แนวคิดและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และในที่สุดจะเกิดการสะสมฐานความรู้ ความเชี่ยวชาญ และนวัตกรรม เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการใช้ปัญญาในการสร้างสรรค์งานและเพิ่มคุณค่าให้แก่องค์กรและลูกค้า

เช่นเดียวกับ สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (2549: 106) ได้กล่าวว่า The pearl river school district (PRSD) พัฒนาระบบจัดการด้านความปลอดภัย สุขภาพ และการยศศาสตร์ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ Health and Safety Committee ทำงานร่วมกับผู้บริหารของแต่ละตึกที่เรียกว่า Building Leadership Team ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารเขตการศึกษา โดยอาศัยข้อมูลจากพนักงาน ผลการสำรวจพนักงาน รายการเกิดอุบัติเหตุ ค่าชดเชยการบาดเจ็บ การขาดงาน การร้องทุกข์ และผลการตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก นอกจากนี้ก็มีการประเมินความเสี่ยง และ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

การสำรวจความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา และจัดทำแผนด้านการจัดการกระบวนการ สามารถอธิบายได้ถึงความสำเร็จของตัวชี้วัดทั้ง 14 ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับ ศุภชัย อชิรวรรณโรด (2546: 12) ได้กล่าวว่า วงจร PDCA สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกๆ เรื่อง นับตั้งแต่กิจกรรมส่วนตัว เช่น การปรุงอาหาร การเดินทางไปทำงานในแต่ละวัน การเรียนหนังสือ การตั้งเป้าหมายชีวิต ฯลฯ จนกระทั่งถึงระดับบริษัท เช่น การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน การปรับปรุงการให้บริการลูกค้า หรือแม้กระทั่งการริเริ่มโครงการใหม่ๆ

ผลการศึกษาวิจัยของ มานิต บุญประเสริฐ (2546: ก-9) ได้กล่าวว่า มหาวิทยาลัยต่างๆ เน้นให้ความสำคัญต่อผู้เรียนมากขึ้น มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน สาขาที่ต้องการของตลาด นำแนวคิดทางการตลาดมาใช้ในการจัดกลุ่มผู้เรียน มหาวิทยาลัยหลายแห่งมุ่งเน้นการเปิดหลักสูตรใหม่ๆ เพื่อสนองความต้องการของกลุ่มผู้เรียนที่หลากหลาย หลายมหาวิทยาลัยมีการวางกลยุทธ์การตลาดในด้านพื้นที่เรียน ค่าหน่วยกิต นอกจากนั้น สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2554: 49) ได้กล่าวว่า สถาบันอุดมศึกษามีหน้าที่พัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ พันธกิจและความพร้อมของสถาบัน ตลอดจนสอดคล้องกับความต้องการทางด้านวิชาการ และวิชาชีพของสังคม มีการประเมินหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอตามหลักเกณฑ์และตัวบ่งชี้ของการประกันคุณภาพหลักสูตร มีการวางระบบและกลไกบริหารหลักสูตรอย่างมีประสิทธิภาพและมีการปรับปรุงหลักสูตรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

พรชูลี อาชาวาร์จ (2546: 166) ได้กล่าวว่า บริบทของการจัดการการเงินในมหาวิทยาลัย ดำเนินการภายใต้ขอบเขตและข้อจำกัดภายใต้ภารกิจ โครงสร้างขององค์กร แหล่งที่มาและวิธีดำเนินการทางการเงินและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่กำลังเปลี่ยนแปลง ภารกิจจัดการการเงินต้องคำนึงถึงเรื่องต่างๆ คือ การคุ้มครองการเงินของมหาวิทยาลัย การจัดการเงิน

คงคลัง การกำหนดดัชนีชี้วัดทางการเงิน การจัดสรรทรัพยากร และการกระตุ้นให้สามารถสร้างและหารายได้เองได้

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2552: 1) ได้กล่าวว่า กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education : TQF: HEd) เป็นเครื่องมือในการนำนโยบายที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรฐานการศึกษาของชาติในส่วนของมาตรฐานการอุดมศึกษาไปสู่การปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา มุ่งเน้นเป้าหมายการจัดการศึกษาที่ผลการเรียนรู้ (Learning Outcomes) ของนักศึกษา ซึ่งเป็นการประกันคุณภาพบัณฑิตที่ได้รับคุณวุฒิแต่ละคุณวุฒิ และสื่อสารให้สังคม ชุมชน รวมทั้งสถาบันอุดมศึกษา ทั้งในและต่างประเทศเข้าใจตรงกันและเชื่อมั่นถึงผลการเรียนรู้ที่บัณฑิตได้รับการพัฒนามีมาตรฐานที่สามารถเทียบเคียงกันได้ดีกับสถาบันอุดมศึกษาที่ดีทั้งในและต่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2554: 87) กล่าวว่า การกำหนดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงของสถาบันอุดมศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เพื่อให้สถาบันอุดมศึกษามีระบบบริหารความเสี่ยงโดยการบริหารและควบคุมปัจจัย กิจกรรม และกระบวนการดำเนินงานที่อาจเป็นมูลเหตุของความเสียหาย (ทั้งในรูปของตัวเงิน หรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ชื่อเสียง และการฟ้องร้องจากการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า) เพื่อยกระดับความเสี่ยงและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่ยอมรับและควบคุมได้ โดยคำนึงถึงการเรียนรู้ การป้องกันจากการคาดการณ์ปัญหาล่วงหน้าและโอกาสในการเกิด เพื่อป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งการมีแผนสำรองต่อภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่าระบบงานต่างๆ มีความพร้อมใช้งาน มีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องและทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อการบรรลุเป้าหมายของสถาบันตามยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์เป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยทำให้ได้ประโยชน์ในการกำหนดวิธีการดำเนินงาน กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาคณะเพื่อความเป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEX) และเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการนำเอาเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์

การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาคณะเพื่อความเป็นเลิศด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น โดยแยกตามประเภท และขนาดของมหาวิทยาลัยเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพขององค์การทางการศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศไทยต่อไป

2. ควรมีการส่งเสริมให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงพัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการศึกษา การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นระยะๆ เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการมหาวิทยาลัยในประเทศไทยจึงต้องสอดคล้องและทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

บรรณานุกรม

- ช่วงโชติ พันธุเวช. (2547). การจัดการคุณภาพ. กรุงเทพฯ : เพชรเกษมการพิมพ์.
- พรชูลี อาชาวำรุง. (2546). การบริหารสถาบันอุดมศึกษา : หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อนักวางแผนและผู้จัดการสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ กาญจนนิตย. (2548). ความเป็นผู้นำและการปฏิรูปการศึกษาด้านคุณภาพระดับอุดมศึกษาในประเทศไทย : เกณฑ์บัณฑิตวัดอะไรบ้าง. กรุงเทพฯ : บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด.
- พัฒนชัย กุลสิริสวัสดิ์. (2551). การเตรียมองค์กรเพื่อรับการตรวจประเมินตามแนวทาง TQA. กรุงเทพฯ : บริษัท พงษ์วินการพิมพ์ จำกัด.
- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2555). คู่มือตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมินคุณภาพภายใน สำหรับสถาบันสำนักปีการศึกษา 2554 และปีการศึกษา 2555.
- มานิต บุญประเสริฐ และคณะ. (2546). รูปแบบการบริหารจัดการสถาบันอุดมศึกษาแนวใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- วัฒนา พัฒนพงศ์. (2547). BSC และ KPI เพื่อการเติบโตขององค์กรอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วีเอส.
- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์และคณะ. (2548). การวางแผนกลยุทธ์ ศิลปะกำหนดแผนองค์กรสู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ : บริษัท อินโนกราฟฟิกส์ จำกัด กรุงเทพฯ.
- วิทยาลัยนานาชาติปรีดี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2555). คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษา ปีการศึกษา 2555.
- วิทวัส สัตยารักษ์. (2552). กลยุทธ์การสร้างแบรนด์มหาวิทยาลัยเอกชน. ปริญญาโท
หลักสูตรปริญญาการศึกษาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

- วีระพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล. (2546). *TQM Living Handbook ภาค 4 : การใส่ใจลูกค้าและตลาด*. กรุงเทพฯ : บริษัท บีพีอาร์ แอนด์ทีคิวเอ็ม คอนซัลแทนท์.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการประเมิน*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภชัย อาชีวะระงับโรค. (2547). *PDCA : แก้ปัญหาและปรับปรุงงานเพื่อความสำเร็จ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซีโน ดีไซน์.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2552). *กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552และแนวทางการปฏิบัติ*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2557, <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/>.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2552). *เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ 2552-2553*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2554). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2553*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2557). *เปิดรั้วอุดมศึกษา : เอกสารเผยแพร่ในงานมหกรรมอุดมศึกษาไทย 2557 เมื่อวันที่ 23-24 เมษายน 2557*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน). (2554). *คู่มือการประเมินคุณภาพภายนอกรอบสาม (พ.ศ.2554-2558) ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ฉบับสถานศึกษา (แก้ไขเพิ่มเติมพฤศจิกายน 2554)*. กรุงเทพฯ : บริษัท ออฟเซ็ท พลัส จำกัด.
- สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. (2555). *เส้นทางสู่รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประจำปี 2555*. กรุงเทพฯ : บริษัท คิวาโกลด์ มิเดีย จำกัด.
- สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. (2549). *เรียนจากแชมป์เพื่อเป็นแชมป์สำหรับองค์กรการศึกษา*. กรุงเทพฯ : บริษัท จีรวัดน์ เอ็กเพรส จำกัด.
- สิทธิศักดิ์ พฤษชัยกุล. (2555). *บริหารโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศด้วย TQA*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สุภาวดี นพจุจินดา. (2553). *องค์ประกอบภาวะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.



**แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน
กรณีศึกษา กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จังหวัดนครปฐม***
**The Development Guidelines of Community Enterprise Accounting
System : a Case Study of Processed Food Products
in Nakhon Pathom Province.**

นภา นาคแย้ม **
อนุธิดา ประเสริฐศักดิ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพทั่วไปของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน 2) คุณสมบัติของผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน 3) ระดับการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และด้านการควบคุมภายในทางการเงินและการบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน 4) ระดับความคิดเห็นของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนต่อหน่วยงานราชการที่ส่งเสริมให้ความรู้ด้านการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน 5) ปัญหาด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และแนวทางพัฒนาระบบจัดทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 40 กลุ่ม (คิดเป็นร้อยละ 91) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อค้นพบจากการวิจัยพบว่า 1) วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 1-10 คน มีมูลค่าหุ้นน้อยกว่า 50,000 บาท ลักษณะการซื้อขายสินค้าและวัตถุดิบเป็นเงินสด มีรูปแบบการจัดทำบัญชีด้วยมือ และมีจดบันทึกบัญชีเงินสดรับ-เงินสดจ่ายแบบง่าย 2) ผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ทำบัญชี 1-5 ปี ซึ่งเคยได้รับการฝึกอบรมการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน 3) จากการประเมินระดับการดำเนินการของการจัดทำบัญชี การเงิน และการควบคุมภายในด้านบัญชีและการเงินของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน พบว่า (1) ด้านการจัดทำบัญชี อยู่ในระดับดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน (2) ด้านการเงินอยู่ในระดับดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ประจำหลักสูตรบัญชีบัณฑิต คณะบัญชี ธุรกิจ และมัลติมีเดีย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(3) ด้านการควบคุมภายในด้านบัญชีและการเงิน อยู่ในระดับดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง 4) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมของหน่วยงานราชการต่อการให้ความรู้เรื่องการจัดทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อยู่ในระดับมาก 5) ปัญหาด้านการจัดทำบัญชีและด้านการเงิน พบว่า ผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจ

ชุมชนบางกลุ่ม ยังขาดความเข้าใจ และแรงจูงใจในการทำบัญชี และต้องการให้รัฐบาลสนับสนุนเงินทุนเพื่อใช้ปรับปรุงพื้นที่การผลิต เพื่อเตรียมความพร้อมขอเครื่องหมายอนุญาตผลิตภัณท์อาหาร (อ.ย.) เป็นต้น

Abstract

This research aimed to study 1) the general condition of the Small and Micro Community Enterprise (SMCE), 2) the properties of the accounting the SMCE 3) the operation management of the accounting and financial controls, finance and accounting the SMCE 4) the opinions of the SMCE, governmental agency that promotes knowledge of accounting procedures of the SMCE and 5) the problems related to accounting, finance, and how to develop the SMCE accounting systems. The sample size consisted of the SMCE in food processing group, 40 groups (91 percent). Data were collected by using a questionnaire. The statistics used in data analysis were Frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results showed that 1) the SMCE considered of group of the processing and food products. There were 1-10 members with share equity less than 50,000 baht. They traded all products and raw materials with cash. They managed the accounting manually.

2) the account recorded simple cash receipt and cash payment. Most of the sample sizes are female, aged above 40 years with accounting experience 1-5 years who had trained to prepare an account. 3) the assessment of the level of implementation of financial accounting and internal controls in accounting and finance of the SMCE found that (1) the accounting management was at mostly level, but incomplete. (2) the finance was at mostly level, but incomplete. (3) the internal control of accounting and finance were rarely used. 4) The government promoted the knowledge to prepare the SMCE is at high level. Moreover. 5) there were the problems about the accounting and financial accounting which found that the SMCE lack of understanding how to do and there was no motivation. However, they suggested the government's support: government funding, to improve the production area and to prepare for the authorization of the Food and Drug Administration (FDA) and so on.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี 2558 จะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ด้วยที่ตั้งและภูมิประเทศทำให้จังหวัดนครปฐมมีศักยภาพและโอกาสในการพัฒนาทั้งด้านการเกษตร อุตสาหกรรมการเกษตร การท่องเที่ยว และการค้าชายแดนที่ในอนาคตจะกลายเป็นประตูการค้าที่สำคัญในระดับประเทศ เนื่องจากการพัฒนาเส้นทางเชื่อมโยงท่าเรือทวายของสหภาพมาผ่านทางจังหวัดกาญจนบุรีไปเชื่อมกับแนวพื้นที่เศรษฐกิจตอนใต้ (Southern Economic Corridor) ไปยังประเทศกัมพูชาและเวียดนามทางชายแดนฝั่งตะวันออกของภาคสำนักงานจังหวัดนครปฐมได้กำหนดแนวทางยุทธศาสตร์สำหรับแผนพัฒนาจังหวัดนครปฐมปี 2557-2560 โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาแบ่งเป็นด้านๆ ได้แก่ ด้านการเกษตร ด้านการท่องเที่ยว ด้านการค้าชายแดน ด้านผลิตภัณฑ์ชุมชน และด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในการพัฒนาด้านผลิตภัณฑ์ชุมชน ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน (สำนักงานจังหวัดนครปฐม : แนวทางยุทธศาสตร์สำหรับแผนพัฒนาจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2557 - 2560)

จากรายงานข้อมูลวิสาหกิจชุมชนจังหวัดนครปฐม (อุไรวรรณ ทองบัวศิริไล : 2554) จังหวัดนครปฐม มีวิสาหกิจชุมชน ทั้งสิ้นจำนวน 162 กลุ่ม เป็นกลุ่มด้านการผลิตพืช จำนวน 57 กลุ่ม การแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 50 กลุ่ม และการผลิตปัจจัยการผลิต จำนวน 28 กลุ่ม และอื่นๆ 27 กลุ่ม (ข้อมูล ณ 2554) ซึ่งสินค้าเด่นของจังหวัดนครปฐมส่วนใหญ่เป็นสินค้าที่มาจากผลผลิตทางการเกษตรและทรัพยากรธรรมชาติ และได้คัดเลือกเป็นผลิตภัณฑ์ระดับ 5 ดาวถึง 43 ราย พบว่า ส่วนมากไม่ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการ เช่น จัดให้มีการประชุมและบันทึกการประชุมเป็นระยะๆ ไม่มีการจัดทำบัญชีกลุ่ม โดยเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก และไม่พร้อม หรือหากมีการดำเนินการ ประธานจะเป็นผู้ดำเนินการ

คนเดียว การที่วิสาหกิจชุมชนไม่ให้ความสำคัญ และไม่มีการจัดทำบัญชีของกลุ่ม ส่งผลให้ไม่มีข้อมูลทางด้านบัญชี และการเงินที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจในการดำเนินธุรกิจ

ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เพื่อจะได้ทราบถึงการบริหารจัดการ การบันทึก และเก็บข้อมูลทางบัญชี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ให้มีระบบบัญชีที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมดูแลทางการเงินและพัฒนาธุรกิจให้มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

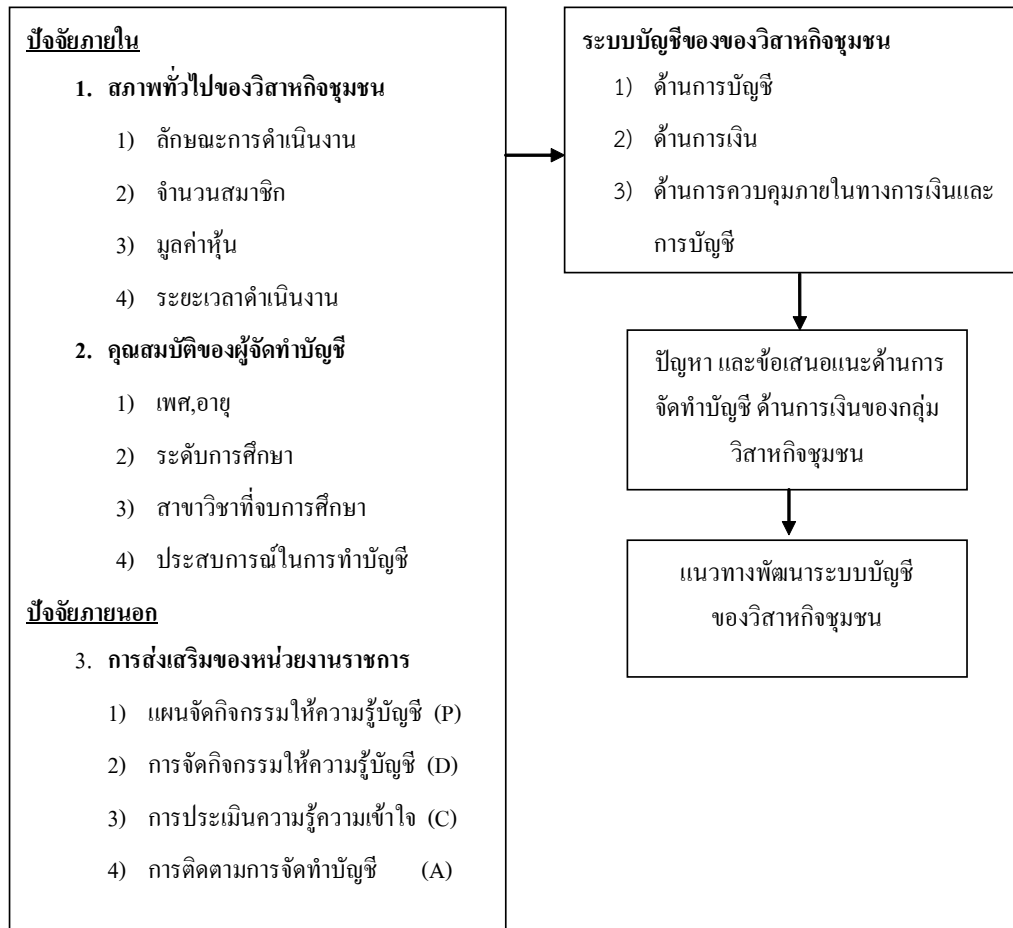
1. เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน
2. เพื่อศึกษาคุณสมบัติของผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน
3. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และด้านการควบคุมภายในทางการเงินและการบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน
4. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนต่อหน่วยงานราชการที่ส่งเสริมให้ความรู้ด้านการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน
5. เพื่อศึกษาปัญหาด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และแนวทางพัฒนาระบบจัดทำบัญชี ของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยอาศัยหลักการและแนวคิดทฤษฎีการจัดการบัญชีของวิสาหกิจชุมชน ตามมาตรฐานการบัญชีวิสาหกิจชุมชน (พ.ศ. 2553) และกำหนดตัวแปรดังนี้

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มาตรฐานการบัญชีวิสาหกิจชุมชน (2553) กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ได้กำหนดมาตรฐานการบัญชีวิสาหกิจชุมชน ประกอบด้วย การควบคุม 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารทั่วไป 2) ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร 3) ด้านค่าหุ้น 4) ด้านสินทรัพย์ 5) ด้านเงินรับฝาก 6) ด้านต้นทุน 7) ด้านการจัดสรรกำไรสุทธิ และ 8) ด้านสารสนเทศ

2. วราพร กลิ่นประสาธ (2554 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบบัญชี ของวิสาหกิจชุมชน กลุ่มประดิษฐ์ดอกไม้ บ้านวังเลียบ - ทุ่งหนอง ตำบล

บุญนาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มมีการจดบันทึกรายการค้าด้วยระบบมือ เอกสารที่ใช้มีเพียงบิลเงินสด การจัดเก็บเอกสารไม่เป็นระบบ ส่งผลให้เอกสารหลักฐานที่จะนำไปเก็บไว้เป็นหลักฐานในการบันทึกบัญชีสูญหาย ไม่สามารถนำไปอ้างอิงในการบันทึกบัญชีได้ การใช้สมุดลงรายการขั้นต้นใช้ในการบันทึกการรายการมีทั้งหมด 3 เล่มด้วยกันคือ สมุดรายรับ สมุดรายจ่าย และสมุดสรุปผลรายรับรายจ่าย ซึ่งไม่มีการจัดทำรายงานทางการเงิน และการเงิน

3. วชิร ชันวิวัฒน์ (2554) ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ผลิตของชำร่วยของที่ระลึก มีแหล่งวัตถุดิบในการผลิตภายในจังหวัด ผู้จัดทำบัญชีเป็นกรรมการของกลุ่ม ซึ่งมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ศึกษาในสาขาวิชาอื่นๆที่ไม่ใช่สาขาบัญชี บริหาร และเศรษฐศาสตร์ มีการจัดทำบัญชี โดยมีการบันทึกบัญชีด้วยมือ มีสมุดบัญชีและเอกสารประกอบการบันทึกบัญชี ได้แก่ สมุดเงินสด สมุดบันทึกรายการทั่วไป ทะเบียนคุมสินค้า ทะเบียนสมาชิกหุ้น และใบเสร็จรับเงิน ผู้จัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชนปฏิบัติงานในตำแหน่ง 4-5 ปี ผ่านการฝึกอบรมการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชนไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี พบปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำบัญชีในระดับมาก โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ปัญหาด้านเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานเป็นปัญหาในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.31 และปัญหาในระดับรองลงมา ได้แก่ ปัญหาด้านความร่วมมือและการประสานงาน

4. อนุกุล โชครุ่งเจริญถาวร (2553) ได้ศึกษาประเมินผลการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสามง่าม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่าผลการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีความสำเร็จอยู่ในระดับสูง ได้แก่ กลุ่มสามารถหาต้นทุนสินค้าที่แท้จริงได้ถูกต้องรองลงมา คือ มีความชำนาญในการบริหารเงินและมีระบบบัญชีที่ดี/มีประสิทธิภาพ และมีเงินทุนหมุนเวียนเพียงพอ ส่วนข้อที่มีระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ กลุ่มได้รับบัตรเครดิตจากผู้ขายวัตถุดิบ และสามารถหาแหล่งเงินทุนสำรองได้ง่าย สำหรับปัญหาและอุปสรรคด้านการเงิน พบว่า ในการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ต้องมี

อุปกรณ์เพิ่มเติมในการผลิตต้องลงทุนเพิ่ม กลุ่มยังขาดสภาพคล่องในการลงทุนเพิ่ม ขาดเงินทุนในการลงทุน และเพิ่มคุณภาพสินค้าขาดเงินลงทุนในการผลิตสินค้าบางตัว ขาดสภาพคล่องในการพัฒนาสินค้าเงินรายได้สุทธิต้องแบ่งไปใช้ในการบำรุงรักษาซ่อมแซมเครื่องมือในการผลิต ทำให้เงินปันผลของสมาชิกน้อยลง

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research Method) เพื่อศึกษาสภาพข้อมูลทั่วไป คุณสมบัติผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และระดับการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี การเงิน และการควบคุมภายในทางการเงินและบัญชี โดยอ้างอิงจากแนวคิดมาตรฐานการบัญชีวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2553 และใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เก็บข้อมูลจากวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประชากร

ประชากร คือ ผู้นำกลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร ในจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอนตูม อำเภอบางเลน อำเภอกำแพงแสน อำเภอนครชัยศรี อำเภอสสามพราน และอำเภอกุสุมาลย์ จำนวน 57 กลุ่ม แต่จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล พบว่ากลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ดำเนินการอยู่ มีเพียง 44 กลุ่ม ดังนี้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน
1.	เมืองนครปฐม	4
2.	กำแพงแสน	6
3.	นครชัยศรี	4
4.	ดอนตูม	3
5.	บางเลน	4
6.	สามพราน	14
7.	พุทธมณฑล	9
รวม		44

คณะผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม จากผู้นำกลุ่มวิสาหกิจชุมชนจำนวน 44 กลุ่มดังกล่าวและได้รับการตอบกลับ จำนวน 40 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 91

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน จังหวัดนครปฐม กรณีศึกษากลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามข้อมูลสภาพทั่วไปของวิสาหกิจชุมชน เป็นคำถามปลายปิด (Close-ended) มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ลักษณะการดำเนินงาน, ระยะเวลาดำเนินการ, จำนวนสมาชิก, มูลค่าหุ้น, ลักษณะการซื้อขายสินค้า/วัตถุดิบ และรูปแบบการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน

ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณสมบัติผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เป็นคำถามปลายปิด (Close-ended) มีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ สถานภาพผู้ทำบัญชี, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สาขาวิชาที่จบ, ประสบการณ์ในการทำบัญชี, การได้รับการฝึกอบรมด้านจัดทำบัญชี และจำนวนครั้งที่ได้รับการฝึกอบรม

ตอนที่ 3 เป็นการประเมินระดับการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และด้านการควบคุมภายใน ของกลุ่มวิสาหกิจในปัจจุบัน โดยใช้

คำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำถามทั้งหมด 51 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และด้านการควบคุมภายในทางการเงิน และการบัญชี และจำแนกออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถาม ดังนี้

- 5 ดำเนินการอย่างครบถ้วน
- 4 ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
- 3 ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
- 2 ดำเนินการเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่ได้ดำเนินการ

ตอนที่ 4 ประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมของหน่วยงานราชการด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน โดยใช้คำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) จำแนกออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถาม ดังนี้

- 5 ระดับพึงพอใจมากที่สุด
- 4 ระดับพึงพอใจมาก
- 3 ระดับพึงพอใจปานกลาง
- 2 ระดับพึงพอใจน้อย
- 1 ระดับพึงพอใจน้อยที่สุด

ตอนที่ 5 ปัญหา และข้อเสนอแนะด้านการจัดทำบัญชี และด้านการเงิน โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในข้อคำถามนี้ เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลสภาพทั่วไปของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) มาวิเคราะห์และแสดงผล

ตอนที่ 2 ข้อมูลคุณสมบัติของผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) มาวิเคราะห์และแสดงผล

ตอนที่ 3 การประเมินระดับการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี ด้านการเงิน และด้านการควบคุมภายใน ทางการเงินและการบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ชุมชน ใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มาวิเคราะห์และแสดงผล โดยสามารถหาความกว้างของแต่ละระดับได้จากสูตร ดังนี้ (ประจักษ์, 2549:318-320)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยที่ได้จากการประมวลผล มีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายความว่า ดำเนินการอย่างครบถ้วน

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายความว่า ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายความว่า ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายความว่า ดำเนินการเป็นส่วนน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายความว่า ไม่ได้ดำเนินการ

ตอนที่ 4 การประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนต่อหน่วยงานราชการที่ส่งเสริมให้ความรู้ด้านการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน ใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มาวิเคราะห์และแสดงผล

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยที่ได้จากการประมวลผล มีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับมาก

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับน้อย
มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายความว่า

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลสภาพของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน

ข้อมูลสภาพทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการดำเนินงานของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน		
1. ผลิตเพื่อจำหน่าย	40	100.00
2. ซื้อขายสินค้า	-	-
จำนวนสมาชิก		
1. 1-10 คน	19	47.50
2. 11-20 คน	6	15.00
3. 21 -30 คน	2	5.00
4. 30 คนขึ้นไป	13	32.50
มูลค่าหุ้นทั้งสิ้น		
1. น้อยกว่า 50,000 บาท	25	62.50
2. 50,000 – 100,000 บาท	8	20.00
3. 100,001 – 150,000 บาท	2	5.00
4. 150,000 บาท ขึ้นไป	5	12.50
ระยะเวลาการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชน		
1. น้อยกว่า 1 ปี	1	2.50
2. 1-5 ปี	14	35.00
3. 6 – 10 ปี	13	32.50
4. 10 ปีขึ้นไป	12	30.00
ลักษณะการซื้อขายสินค้า/วัตถุดิบ		
1. เงินสด	22	55.00
2. เงินสด และเงินเชื่อ	18	45.00
รูปแบบการจัดทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน		
1. บันทึกด้วยมือ	30	75.00
2. บันทึกด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์	1	2.50
3. บันทึกด้วยมือ และด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์	9	22.50

ผลการศึกษาสภาพทั่วไปของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน พบว่า มีลักษณะการดำเนินงานผลิตเพื่อจำหน่าย ร้อยละ 35 ลักษณะการซื้อขายสินค้าเป็นเงินสด ร้อยละ 100 จำนวนสมาชิกอยู่ในช่วง 1-10 คน ร้อยละ 55 และรูปแบบการจัดทำบัญชีเป็นการบันทึกด้วยมือ ร้อยละ 47.50 มูลค่าหุ้นน้อยกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 75

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาคูณสมบัติผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน

ข้อมูลคุณสมบัติผู้ทำบัญชี	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพผู้ทำบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน		
1. กรรมการกลุ่มวิสาหกิจชุมชน	30	75.00
2. สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน	8	20.00
3. ลูกหลาน/ญาติของกรรมการและสมาชิก	2	5.00
4. บุคคลภายนอก โปรครระบุ.....	-	-
เพศ		
1. ชาย	9	22.50
2. หญิง	31	77.50
อายุ		
1. ต่ำกว่า 25 ปี	1	2.50
2. 25 - 30 ปี	6	15.00
3. 31 - 40 ปี	7	17.50
4. 40 ปีขึ้นไป	26	65.00
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ทำบัญชี		
1. ประถมศึกษา	7	17.50
2. ปวช.หรือมัธยมศึกษา	13	32.50
3. ปวส./อนุปริญญา	6	15.00
4. ปริญญาตรี/สูงกว่า	14	35.00
สาขาวิชาที่จบการศึกษาของผู้ทำบัญชี		
1. บัญชี	3	7.50
2. บริหารธุรกิจ	5	12.50
3. เศรษฐศาสตร์	-	-
4. อื่นๆ	32	80.00

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ข้อมูลคุณสมบัติผู้ทำบัญชี	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำบัญชี		
1. น้อยกว่า 1 ปี	3	7.50
2. 1-5 ปี	20	50.00
3. 6-10 ปี	9	22.50
4. 10 ปีขึ้นไป	8	20.00
ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมการจัดทำบัญชีของกลุ่มสหกิจชุมชน (ถ้าไม่เคยไม่ต้องตอบข้อถัดไป)		
1. เคย	28	70.00
2. ไม่เคย	12	30.00
จำนวนครั้งที่ได้รับการฝึกอบรมการจัดทำบัญชี		
1. 1 ครั้ง/ปี	13	32.50
2. 2-3 ครั้ง/ปี	13	32.50
3. 4-5 ครั้ง/ปี	1	2.50
4. มากกว่า 5 ครั้ง/ปี	1	2.50

ผลการศึกษาคณะสมบัติผู้ทำบัญชีของกลุ่มสหกิจ พบว่า ผู้ทำบัญชีมีสถานภาพเป็นกรรมการของกลุ่มฯ ร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.50 อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65 ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 35 และจบการศึกษาในสาขาวิชาอื่น ร้อยละ 32 และเคยได้รับการอบรมการจัดทำบัญชีของกลุ่มสหกิจชุมชน ร้อยละ 70 จำนวนครั้งเฉลี่ย ปีละ 1 ครั้ง และ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 32.50

ตารางที่ 3 ระดับการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี

ด้านการจัดทำบัญชี	$\bar{X}$	S.D.	ระดับดำเนินการ
1. มีเอกสารใบเสร็จรับเงินประกอบการบันทึกบัญชี	3.89	1.02	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
2. มีเอกสารใบเบิกเงินประกอบการบันทึกบัญชี	3.25	1.55	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
3. มีเอกสารใบขายเชื่อประกอบการบันทึกบัญชี	3.53	1.81	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
4. มีการจดบันทึกเงินสดรับ-จ่าย	4.88	0.34	ดำเนินการครบถ้วน
5. มีการจดบันทึกต้นทุน และกำไร	4.25	1.17	ดำเนินการครบถ้วน
6. มีการจดบันทึกจำนวนสมาชิกและหุ้น	4.35	1.35	ดำเนินการครบถ้วน
7. มีการจดบันทึกสินทรัพย์ที่มีอยู่	3.15	1.63	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
8. มีการจดบันทึกสินค้าที่มีไว้เพื่อขาย	2.88	1.87	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
9. มีการจดบันทึกวัตถุดิบ	2.95	1.84	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
10. มีการจดบันทึกรายละเอียดลูกหนี้	4.15	1.35	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง

ด้านการจัดทำบัญชี	$\bar{X}$	S.D.	ระดับดำเนินการ
1. มีการจดบันทึกรายละเอียดเจ้าหนี้	2.77	1.79	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
2. จัดทำงบทดลอง	2.52	1.83	ดำเนินการเป็นส่วนน้อย
3. จัดทำต้นทุนผลิต/ขาย	2.82	1.85	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
4. จัดทำงบกำไรขาดทุน	3.48	1.78	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
5. จัดทำงบแสดงฐานะการเงิน (งบดุล)	2.95	1.88	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
รวม	3.88	1.02	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน

ผลการศึกษาด้านการจัดทำบัญชี พบว่า โดยรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีการดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน โดยมีการจดบันทึกเงินสดรับ-จ่าย ต้นทุน และกำไร จำนวนสมาชิกและหุ้น อย่างครบถ้วน มีเอกสารประกอบการบันทึกบัญชี เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่

ครบทุกรายการ ด้านการจดบันทึกสินทรัพย์ สินค้ามีไว้เพื่อขาย วัตถุดิบ รายละเอียดลูกหนี้ เจ้าหนี้ และงบแสดงฐานะการเงิน ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง และมีการจัดทำงบทดลองเป็นส่วนน้อย

ตารางที่ 4 ระดับการดำเนินการด้านการเงิน

ด้านการเงิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับดำเนินการ
1. มีการจัดทำประมาณการเงินสดรับ-จ่าย	2.58	1.63	ดำเนินการเป็นส่วนน้อย
2. มีการวางแผนการผลิต/ซื้อวัตถุดิบหรือสินค้า	3.52	1.43	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
3. มีการกำหนดเงื่อนไขการให้สินเชื่อ	3.80	1.40	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
4. มีนโยบายให้ส่วนลดแก่ลูกค้า	2.20	1.68	ดำเนินการเป็นส่วนน้อย
5. ความเพียงพอของเงินทุนหมุนเวียน	4.32	0.86	ดำเนินการอย่างครบถ้วน
รวม	3.55	0.64	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน

ผลการศึกษาด้านการเงิน พบว่าโดยรวมด้านการเงิน มีการดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วนเงินทุนหมุนเวียนความเพียงพอ การวางแผนการผลิต/ซื้อวัตถุดิบ และกำหนดเงื่อนไขการให้สินเชื่อ มีการดำเนิน

การส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน ส่วนการจัดทำประมาณการเงินสดรับ-จ่าย และการให้ส่วนลดแก่ลูกค้า มีการดำเนินการเป็นส่วนน้อย

ตารางที่ 5 ระดับการดำเนินการด้านการควบคุมภายในทางการเงิน และการบัญชี

ด้านการควบคุมภายในทางการเงินและการบัญชี	$\bar{X}$	S.D.	ระดับดำเนินการ
1. ด้านการบริหารงานทั่วไป	3.41	1.00	ดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน
2. ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร	2.70	1.14	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
3. ด้านค่าหุ้น	3.15	1.43	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
4. ด้านสินทรัพย์	2.44	1.52	ดำเนินการเป็นส่วนน้อย
5. ด้านเงินรับฝาก	1.95	1.39	ดำเนินการเป็นส่วนน้อย
6. ด้านต้นทุน	3.15	1.34	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
7. ด้านการจัดสรรกำไร	3.21	1.66	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
8. ด้านสารสนเทศ	3.13	1.32	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง
รวม	2.89	1.12	ดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง

ผลการศึกษาด้านการควบคุมภายในทางการเงิน และการบัญชี พบว่า โดยภาพรวมมีการดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง โดยด้านการบริหารงานทั่วไป มีการดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร ด้านค่าหุ้น ด้านต้นทุน ด้านการจัดสรรกำไร ด้านสารสนเทศ มีการดำเนินการบ้าง ไม่ดำเนินการบ้าง ส่วนด้านสินทรัพย์ และด้านเงินรับฝาก มีการดำเนินการเป็นส่วนน้อย

ตารางที่ 6 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมของหน่วยงานราชการด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน

การส่งเสริมของหน่วยงานราชการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. มีแผนการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน (Plan)	3.62	1.15	มาก
2. มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน (Do)	3.60	1.17	มาก
3. มีการประเมินความรู้ความเข้าใจหลังจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน (Check)	3.42	1.20	มาก
4. มีการติดตามผล ประเมินความก้าวหน้า และปัญหาในการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน (Act)	3.30	1.22	ปานกลาง
รวม	3.48	1.09	มาก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการส่งเสริมของหน่วยงานราชการด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีการวางแผนจัดกิจกรรม ดำเนินการจัดกิจกรรม และมีการประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังจัดกิจกรรมให้ ความรู้ อยู่ในระดับมาก ส่วนการติดตามผล ประเมินความก้าวหน้า และปัญหาในการจัดทำบัญชี อยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแปรรูปและผลิตภัณฑ์อาหาร จังหวัดนครปฐม มีสภาพทั่วไป คุณสมบัติของผู้ทำบัญชี และการดำเนินการด้านการจัดทำบัญชี การเงิน การควบคุมภายในทางการเงิน และบัญชี ดังนี้

1. ด้านสภาพทั่วไป พบว่า กลุ่มวิสาหกิจชุมชนส่วนใหญ่มีลักษณะการดำเนินงานผลิตเพื่อจำหน่าย จำนวนสมาชิก 1-10 คน มูลค่าหุ้นน้อยกว่า 50,000 บาท มีลักษณะการซื้อขายสินค้าและวัตถุดิบเป็นเงินสด และมีรูปแบบการจัดทำบัญชีด้วยมือ สอดคล้องกับวัชรีย์ ชื่นวิวัฒน์ (2554) พบว่า วิสาหกิจชุมชน มีการจัดทำบัญชี โดยมีการบันทึกบัญชีด้วยมือ มีสมุดบัญชีและเอกสารประกอบการบันทึกบัญชี ได้แก่ สมุดเงินสด สมุดบันทึกรายการทั่วไป ทะเบียนคุมสินค้า ทะเบียนสมาชิกหุ้น และใบเสร็จรับเงิน

2. ด้านคุณสมบัติของผู้ทำบัญชี พบว่า ผู้ทำบัญชีของกลุ่มส่วนใหญ่เป็นกรรมการของกลุ่ม เป็นเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งจบการศึกษาด้านอื่น ที่ไม่ใช่บัญชี และบริหารธุรกิจ ได้แก่ สาขาพัฒนาชุมชน รัฐศาสตร์ เป็นต้น และเคยได้รับการฝึกอบรมการทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน เฉลี่ยปีละ 2-3 ครั้ง สอดคล้องกับวัชรีย์ ชื่นวิวัฒน์ (2554) พบว่า ผู้จัดทำบัญชีกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เป็นกรรมการของกลุ่ม ซึ่งมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ศึกษาในสาขาวิชาอื่นๆ ที่ไม่ใช่สาขาบัญชี บริหาร และเศรษฐศาสตร์

3. ด้านระดับการจัดทำบัญชี การเงิน และการควบคุมภายในทางการเงินและบัญชี มีดังนี้

3.1 ด้านการจัดทำบัญชี พบว่า อยู่ในระดับดำเนินการส่วนใหญ่ แต่ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีลักษณะซื้อขายสินค้าและวัตถุดิบเป็นเงินสด มีรูปแบบบันทึกบัญชีแบบง่าย คือ การจดบันทึกเงินสดรับ - จ่าย โดยมีเอกสารประกอบการบันทึกบัญชี แต่ไม่ครบถ้วนทุกรายการ มีการคิดคำนวณต้นทุนการผลิต และกำไรจากการขายสินค้าในแต่ละครั้งที่มีการผลิตและขายสินค้าโดยอาศัยการกะประมาณจากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีการจัดทำงบทดลอง ส่วนงบต้นทุนการผลิตเป็นส่วนน้อย สำหรับบแสดงฐานะการเงินจัดทำบ้างไม่จัดทำบ้าง แต่ส่วนใหญ่จัดทำงบกำไรขาดทุน เนื่องจากทุกสิ้นปีต้องสรุปผลการดำเนินงานให้สมาชิกทราบเพื่อจ่ายผลกำไร และพบว่ากลุ่มวิสาหกิจจำนวน 3 กลุ่มมีเจ้าหน้าที่จากกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ และพัฒนาชุมชน มาช่วยให้คำแนะนำดูแลการจัดทำบัญชีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การจัดทำบัญชีมีความสมบูรณ์มากขึ้น สอดคล้องกับวรารพ กลิ่นประสาธ (2554) พบว่า วิสาหกิจชุมชน มีการจดบันทึกรายการค้าด้วยระบบมือ เอกสารที่ใช้มีเพียงบิลเงินสด มีการใช้สมุดลงรายการขึ้นต้นใช้ในการบันทึกรายการ มีทั้งหมด 3 เล่มด้วยกันคือ สมุดรายรับ สมุดรายจ่าย และสมุดสรุปผลรายรับรายจ่าย ซึ่งไม่มีการจัดทำรายงานทางการเงินและบัญชีและการเงิน

3.2 ด้านการเงิน พบว่า ไม่ได้มีการจัดทำงบประมาณเงินสดรับ-จ่าย ไม่มีนโยบายการให้ส่วนลดแก่ลูกค้าเนื่องจากราคาที่ขายเป็นราคาขายส่งอยู่แล้ว แต่จะมีการแถมสินค้าให้ การขายสินค้าที่เป็นเงินเชื่อส่วนใหญ่เป็นการฝากขาย โดยมีกำหนดระยะเวลาการให้สินเชื่อ ได้แก่ 7 วัน 15 วัน และ 1 เดือน เป็นต้น ไม่มีการจัดทำงบประมาณเงินสดรับ-จ่าย ส่วนการวางแผนการผลิต อยู่ในรูปแบบของการกะประมาณจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และเงินทุนหมุนเวียนของกลุ่มมีความเพียงพอโดยส่วนใหญ่ประธานกลุ่มจะเป็นผู้สำรองเงินทุน สอดคล้องกับอนุกุล โชครุ่งเจริญถาวร

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

(2553 : บทคัดย่อ) พบว่า วิสาหกิจชุมชนสามารถหา ต้นทุนสินค้าที่แท้จริงได้ถูกต้องรองลงมา คือ มีความ ชำนาญในการบริหารเงินและมีระบบบัญชีที่ดี/ มีประสิทธิภาพ และมีเงินทุนหมุนเวียนเพียงพอ

3.3 ด้านการควบคุมภายในด้านการเงินและ การบัญชี ซึ่งกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ได้กำหนด มาตรฐานการบัญชีวิสาหกิจชุมชน (2553) ประกอบด้วย การควบคุม 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารทั่วไป 2) ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร 3) ด้านค่าหุ้น 4) ด้านสินทรัพย์ 5) ด้านเงินรับฝาก 6) ด้านต้นทุน 7) ด้านการจัดสรรกำไรสุทธิ และ 8) ด้านสารสนเทศ ผลศึกษาแบ่งเป็นด้านดังนี้

1) ด้านการบริหารทั่วไป พบว่า มีการแบ่ง แยกหน้าที่ กันชัดเจน แต่ยังไม่มีการแยกหน้าที่ด้าน บัญชีและการเงินออกจากกัน มีหลายกลุ่มที่ประธาน กลุ่มเป็นทั้งผู้ทำบัญชี และรับจ่ายเงิน และส่วนใหญ่ ไม่มีการตรวจสอบภายใน

2) ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร พบว่า ไม่มีเลขที่ควบคุมเอกสารการรับเงิน และไม่มีกำหนด นำเงินสดฝากธนาคาร เนื่องจากเป็นเงินที่ต้องใช้ หมุนเวียนภายในกลุ่ม

3) ด้านค่าหุ้น พบว่า มีการจดบันทึก และ ทะเบียนคุมการถือหุ้นของสมาชิกอย่างครบถ้วน แต่ไม่ มีการจัดทำบัญชีแยกประเภท

4) ด้านสินทรัพย์ พบว่า มีการจัดทำทะเบียน คุมสินทรัพย์ แต่ไม่ครบทุกรายการ บางกลุ่มไม่มีการ จัดทำทะเบียนสินทรัพย์ แต่อาศัยความจำว่ามีสินทรัพย์ อะไรบ้าง ส่วนนโยบายการคิดค่าเสื่อมราคา และ ตรวจนับสินทรัพย์ดำเนินการเป็นส่วนน้อย

5) ด้านเงินรับฝาก พบว่า สมาชิกไม่มีสมุด เงินฝากเป็นรายบุคคล มีเพียงสมุดเงินฝากของกลุ่ม วิสาหกิจชุมชน โดยเป็นเงินฝากที่ได้จากการระดมทุน ในครั้งแรกเมื่อก่อตั้งกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความ เคลื่อนไหว

6) ด้านต้นทุน พบว่า การจดบันทึกวัตถุดิบ สินค้ามีไว้เพื่อขาย มีการจดบันทึกบ้างไม่จดบันทึกบ้าง

ส่วนใหญ่หากต้องการทราบจำนวนวัตถุดิบ และสินค้า มีไว้เพื่อขายจะใช้วิธีตรวจนับ มีการประมาณต้นทุน ล่วงหน้าก่อนการผลิต โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีกะประมาณ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา

7) ด้านการจัดสรรกำไรสุทธิ พบว่า มี ระเบียบการจัดสรรกำไรสุทธิอย่างชัดเจน จัดสรรตาม จำนวนหุ้น แต่ในการจ่ายกำไรสุทธิ บางกลุ่มไม่ได้ให้ ผู้รับเงินลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานการจ่ายเงิน เนื่องจากมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

8) ด้านสารสนเทศ พบว่า มีการสมุดขึ้นต้น ในการบันทึกบัญชี แต่ไม่ได้จัดทำบัญชีแยกประเภท และส่วนใหญ่มีการนำข้อมูลด้านการเงินบัญชี และ การเงินไปใช้ประกอบการตัดสินใจดำเนินงาน

3.4 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมของ หน่วยงานราชการด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการ จัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน พบว่า กลุ่มวิสาหกิจชุมชนมี ความพึงพอใจในการวางแผน (P) การจัดกิจกรรม (D) การประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังการจัดกิจกรรม (C) อยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจในการ ติดตามผล ประเมินความก้าวหน้าและปัญหาในการ จัดทำบัญชี (A) อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มวิสาหกิจ ชุมชน มีมุมมองว่าบางครั้งหน่วยงานราชการมีการ จัด กิจกรรมที่ซ้ำซ้อน เช่น พัฒนาชุมชน เกษตรจังหวัด และกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ต่างจัดกิจกรรมให้ ความรู้การจัดทำบัญชีแก่กลุ่มวิสาหกิจชุมชน เหมือนกัน

3.5 ด้านปัญหา และข้อเสนอแนะด้านการ จัดทำบัญชี และการเงิน พบว่า มีปัญหาด้านการจัด ทำบัญชี ได้แก่ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดทำบัญชี ทำให้การจัดทำบัญชีไม่สมบูรณ์เท่า ที่ควร ส่วนปัญหาด้านการเงิน พบว่า วิสาหกิจชุมชนมี ความต้องการให้หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น และ รัฐบาลสนับสนุนเงินทุนอย่างเสมอภาค เพื่อจัดซื้อ เครื่องจักรที่ทันสมัยและปรับปรุงสถานที่การผลิตให้ได้ มาตรฐาน เพื่อเตรียมความพร้อมขอเครื่องหมาย อนุญาตผลิตภัณฑอาหาร (อ.ย.) สำหรับปัญหาด้านอื่น

ได้แก่ ปัญหาด้านตลาด และช่องทางการจัดจำหน่าย นอกจากนี้พบว่ากลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีปัญหาในการดำเนินในอำเภอบางเลน และพุทธมณฑลประสมภัย ปัญหาน้ำท่วมในปี 2554 ทำให้การดำเนินการของกลุ่มต้องหยุดชะงัก เนื่องจากเครื่องมือ และอุปกรณ์เสียหาย รวมถึงเอกสารหลักฐานในการบันทึกบัญชีได้สูญหาย

ข้อเสนอแนะ

1.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) จัดกิจกรรมส่งเสริมให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนเห็นความสำคัญของการจัดทำบัญชี ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงผลการดำเนินงานที่แท้จริงของกิจการ รวมถึงการจัดทำบัญชีครัวเรือนให้กับสมาชิกของกลุ่ม
- 2) ศึกษาความต้องการ และปัญหาด้านการจัดทำบัญชี และการเงิน ของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เป็นรายกลุ่ม เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการ โดยอาศัยความร่วมมือของ หน่วยงานภาครัฐ และสถานศึกษาในพื้นที่ เนื่องจากมีกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มี

ศักยภาพเจริญเติบโตในธุรกิจ ซึ่งเห็นความสำคัญของการจัดทำบัญชี และมีความต้องการพัฒนาการจัดทำบัญชีโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูล

- 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาวางแผนช่วยเหลือด้านเงินทุนสำหรับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีศักยภาพ เพื่อพัฒนาเครื่องจักร อุปกรณ์ และสถานที่การผลิตให้ได้มาตรฐาน เพื่อขอเครื่องหมายอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหาร (อ.ย.)

1.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาครั้งต่อไปควรทำวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาการจัดทำบัญชีและการเงินของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาให้ทั่วถึงในทุกกลุ่ม
- 2) การศึกษาครั้งต่อไปควรทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบบัญชีของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน” โดยเลือกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีความต้องการพัฒนาระบบบัญชีอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- กรมตรวจบัญชีสหกรณ์. (2553). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2556, จาก www.cad.go.th.
- นิตยา งามแดน (2551). ระบบบัญชีอย่างง่ายสำหรับวิสาหกิจชุมชนกรณีศึกษา อำเภอดุสิตราช จังหวัดชลบุรี. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา.
- พุทธมน สุวรรณอาสน์ (2554). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพทางการบัญชีและการเงินอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาธุรกิจชุมชน กลุ่มตัดเย็บบ้านดอกแดง ตำบลสง่างาม อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หุ่นสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- มานิตย์ มานุษยานนท์. (2552). การพัฒนาระบบบัญชีและการเงินของกลุ่มผลิต ตำบลท่าศาลา อำเภอเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราพร กลิ่นประสาธน์ (2554). การพัฒนาระบบบัญชีของวิสาหกิจชุมชน กลุ่มประดิษฐ์ดอกไม้ บ้านวังเลียบ - หุ่นอง ตำบล บุนนาคพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. คณะบัญชี วิทยาลัยอินเตอร์เทคโนโลยีลำปาง.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

- วัชรีย์ ชื่นวิวัฒน์ (2554). ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน ในจังหวัด นครศรีธรรมราช. ปรินญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- สำนักงานจังหวัดนครปฐม. แนวทางยุทธศาสตร์สำหรับแผนพัฒนาจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2557 - 2560. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2556, จาก <ftp://123.242.156.83/AppServ/www/Inpt/datadownload/pack%20direction.pdf>.
- อนุกุล โชครุ่งเจริญถาวร (2553). ประเมินผลการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนในเขตเทศบาลตำบล สามง่าม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. ภาคนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- อรกัญญา โสมิธานนท์ (2553). การพัฒนาระบบบัญชีกลุ่มชุมชนทอผ้าเพื่อการบริหารที่มีความรับผิดชอบต่อ สังคม. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- อาจรี วิเศษศรี (2555). การจัดการความรู้ (KM) เรื่อง การจัดทำบัญชีวิสาหกิจชุมชน โครงการส่งเสริม และพัฒนาวิสาหกิจชุมชน. สำนักงานเกษตรอำเภอแก่งสราญนาง จังหวัดนครราชสีมา กรมส่งเสริมการเกษตร.
- อุไรวรรณ ทองบัวศิริไล (2554). รายงานข้อมูลวิสาหกิจชุมชนนครปฐม. กลุ่มส่งเสริมและพัฒนาเกษตรกร. สำนักงานเกษตรจังหวัดนครปฐม.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจร
ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม*

The Factors Relating to Survival Probability of the Traffic Accident
Patients at a Tertiary Hospital in Nakhon Pathom Province

ดร. ลักษณะ อินทร์กลับ**
ลัดดาวรรณ เสี่ยงอ่อน***
วาสนา สายเสมา****
สมคิด เรืองข้ากลั่น*****

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์
พรรณนา (Descriptive analytical research)
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิต
ในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจร โดยการวิเคราะห์
ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analysis)
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจร
ที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล
นครปฐม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2555 เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัยเป็นแบบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ
(Injury Surveillance) ของโรงพยาบาลนครปฐม
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ
(TRISS Methodology) และโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสหสัมพันธ์
และการถดถอยพหุคูณ ทดสอบการพยากรณ์โอกาส
รอดชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
จราจรที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ตลอด
ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 5,622 ราย เป็นผู้บาดเจ็บเพศ
ชาย 3,486 ราย คิดเป็นร้อยละ 62 ผู้บาดเจ็บเพศ
หญิง 2,136 ราย คิดเป็นร้อยละ 38 กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บ
ที่พบมากที่สุด คือ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.7
รองลงมา กลุ่มอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.8
ลักษณะของการบาดเจ็บเป็นชนิดไม่มีคม (Blunt) เป็น
ส่วนใหญ่ 5,577 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.2 ชนิดมีคม
(Penetrating) 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.67

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ และคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะมากที่สุด 4,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.68 กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.30 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 78.83 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รถจักรยานยนต์ สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 15.88 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.39 กลุ่มตัวอย่างที่ขับรถยนต์ รถตู้/รถกระบะ รถบรรทุก รถบัสใช้เข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 15.75 ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยร้อยละ 80.09 เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร $r = 0.061^{**}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ประเภทยานพาหนะที่เป็นรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร $r = .036^{*}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รถยนต์

และ รถตู้/รถกระบะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร $r = -.033^{*}$ และ $r = -.037^{*}$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัย และการใช้เข็มขัดนิรภัย พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการรอดชีวิต $r = -.325^{**}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการสวมหมวกนิรภัย และการใช้เข็มขัดนิรภัย ไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร โดยได้สมการพยากรณ์โอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร ดังนี้

$$\text{โอกาสการรอดชีวิต} = .981 - .002 (\text{การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + .011 (\text{การขับใช้รถจักรยานยนต์})$$

Abstract

This research study was a descriptive analytical research, aimed to analyze the factors related to the probability of survival in traffic accident patients by analyzing the retrospective data. The samples were traffic injured patients registering at Nakhonpathom Hospital from January 1st, 2012 to December 31st, 2012. The Injury surveillance data of Nakhonpathom Hospital were analyzed by injury surveillance program (TRISS Methodology) and computerized program. The descriptive statistics: frequencies, percentage, correlations and multiple regression for the prediction of the probability of survival equation were applied in the study.

The research findings showed that the traffic injured patients registering at accident and emergency department, Nakhonpathom Hospital in the year 2012 were 5,622 cases, most of the samples were male 3,486 cases (62.00%) and female samples were 2,136 cases (38.00%). The majority of the samples age were 11-20 years (29.70%) and 21-30 years (22.8%). Most of the type of injury were blunt injuries 99.2% and penetrating injuries 0.67%. The majority injuries used vehicles were motorcycles 4,648 cases (82.68%). The injured samples drink alcohol 18.30% not drink alcohol 78.83%. motorcyclists wear helmet 15.88% not wear helmet 83.39%, car van/pickup truck and bus driver use seat

belt 15.75% not use seat belt 80.09%. Gender had a positive correlation with the probability of survival $r = .061^{**}$ significant at the 0.01 level. Type of vehicles, motorcycle had positive correlation with the probability of survival $r = .036^*$ significant at the 0.05 level, car and van/pickup had negative correlation with the probability of survival $r = -.033^*$ and $-.037^*$ respectively significant at the 0.05 level.

The factors related to the probability of survival involving with drinking alcohol, wearing helmet and using

seat belt showed that drinking alcohol had negative correlation with the probability of survival $r = -.325^{**}$ significantly at the 0.01 level, wearing helmet and using seat belt had no correlation with the probability of survival and the prediction equation for the probability of survival of the traffic injured patients was as follow : probability of survival = $0.981 - .002$ (drinking alcohol) + $.011$ (riding motorcycle)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดนครปฐมมีถนนสายหลักมุ่งสู่หลายจังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทย พบอุบัติเหตุทางจราจรเกิดขึ้นบ่อยครั้ง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ได้รวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรเป็นระยะเวลา 12 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจร จำนวน 85,583 ราย เฉลี่ยปีละ 7,132 ราย เป็นผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจรที่เสียชีวิต 2,650 ราย เฉลี่ยเสียชีวิตปีละ 221 ราย หรือคิดเป็นเสียชีวิตร้อยละ 3.10 จำแนกเป็นการเสียชีวิต ณ จุดเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 38 เสียชีวิตที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 5 และเสียชีวิตภายหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครปฐมร้อยละ 57

ประเภทของยานพาหนะที่ผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจรใช้มากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ เฉลี่ยร้อยละ 83.50 ต่อปี รองลงมาเป็นรถจักรยาน เฉลี่ยร้อยละ 5.91 ต่อปี และรถกระบะ/รถตู้ เฉลี่ยร้อยละ 5.66 ต่อปี

ร้อยละของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสบอุบัติเหตุและเสียชีวิตเฉลี่ย

ร้อยละ 2.28 ต่อปี ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับร้อยละของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสบอุบัติเหตุและเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 1.59 ต่อปี

อัตราการเสียชีวิตของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยเฉลี่ยร้อยละ 2.38 สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัยเฉลี่ยร้อยละ 0.85 (สมคิด เรืองขำกลั่น และวาสนา สายเสมา 2555)

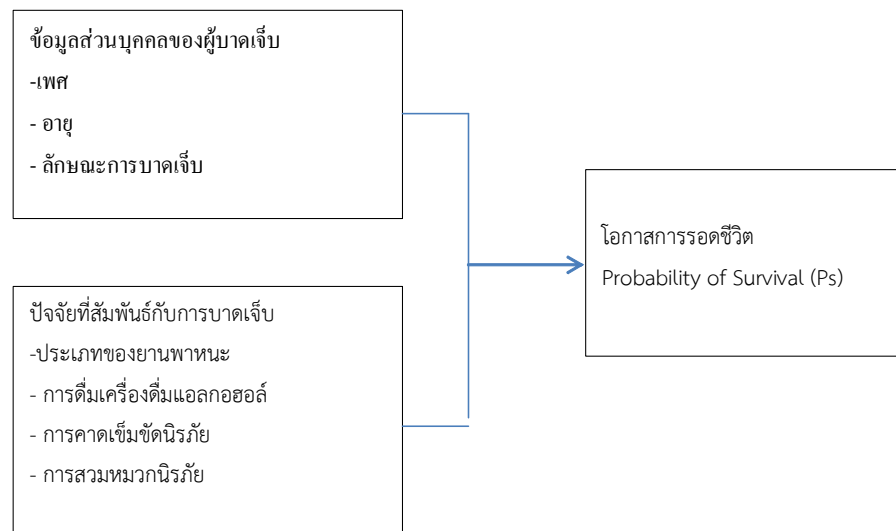
ข้อมูลจาก Research Center for Injury Studies (RCIS data) พบว่าการเสียชีวิตของผู้ขับขี่รถยนต์ และผู้โดยสารที่ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย มีสูงกว่าการเสียชีวิตของผู้ขับขี่รถยนต์และผู้โดยสารที่คาดเข็มขัดนิรภัย 10 เท่าตัว (seat belt. Statistics [ออนไลน์] วันที่ค้นข้อมูล 22 มีนาคม 2557)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บข้างต้น ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจร

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการบาดเจ็บ ของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต
2. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของยานพาหนะของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต
3. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการตีเครื่องตีแมลงกอสอลล์ของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต
4. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต
5. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการสวมหมวกนิรภัยของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ลักษณะการบาดเจ็บ ประเภทของยานพาหนะ การตี

เครื่องตีแมลงกอสอลล์ การใช้เข็มขัดนิรภัย และการสวมหมวกนิรภัย ของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต

2. ข้อมูลการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจรที่ตีเครื่องตีแมลงกอสอลล์ ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย ไม่สวมหมวกนิรภัย ช่วยให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะตระหนักถึงโอกาสการรอดชีวิต

3. ได้แนวทางในการจัดการศึกษาให้ความรู้ และการจัดทำมาตรการการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดเนื่องจากการตีเครื่องตีแมลงกอสอลล์ ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย และไม่สวมหมวกนิรภัย

โอกาสการรอดชีวิต (The probability of survival : Ps) คำนวณมาจาก TRISS (Trauma – Injury Severity Score) ของผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งได้มาจาก ค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ คือ Injury Severity Score (ISS) , Revised Trauma Score (RTS) และ Age Index ดังสมการ

$$Ps = \frac{1}{1+e^{-b}}$$

โดยค่า b คำนวณได้จาก

$$e = 2.7183$$

$$b = b_0 + b_1 (\text{RTS}) + b_2 (\text{ISS}) + b_3 (\text{Age Index})$$

ซึ่งค่าคงที่ (Coefficients) $b_0 - b_3$ ได้จากการศึกษาผู้ป่วยหนักกว่า 150 โรงพยาบาลใน

ประเทศสหรัฐอเมริกา Major Trauma Outcome Study (MTOS) และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ค่า b_0, b_1, b_2 แตกต่างกันตามกลไกการบาดเจ็บและได้มาจาก Walker Duncan Regression algorithm (Walker & Duncan, 1967 : 167)

ชนิดของการบาดเจ็บ	b_0	b_1	b_2	b_3
Blunt	-1.2470	0.9544	-0.0768	-1.9052
Penetrating	-0.6029	1.1430	-0.1516	-2.6676

Revised Trauma Score (RTS) เป็นคะแนนด้านสรีระวิทยาที่คำนวณจากค่าพารามิเตอร์ทางคลินิก 3 ค่า คือ Gasglow Coma Scale (GCS), Systolic Blood Pressure (SBP) และ Respiratory rate (RR) ดังนี้

$$\text{RTS} = 0.9368 \text{ GCSc} + 0.7326 \text{ SBPc} + 0.2908 \text{ RRc}$$

แต่ละพารามิเตอร์ ให้คะแนน 0-4

Code Value (c)	GCS	SBP	RR
0	3	0	0
1	4-5	<50	<5
2	6-8	50-75	5-9
3	9-12	76-90	>30
4	13-15	>90	10-30

Age Index = 0 เมื่ออายุ < 54 ปี
= 1 เมื่ออายุ $\geq$ 54 ปี

Injury Severity Score (ISS) เป็นความรุนแรงของการบาดเจ็บที่คำนวณได้จาก Abbreviated Injury Scale (AIS) ซึ่งเป็นระบบการจัดระดับความ

รุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย โดยให้คะแนนตั้งแต่ต่ำไปหามาก 1 ถึง 6 ดังนี้

คะแนน 1 บาดเจ็บเล็กน้อย
 คะแนน 2 บาดเจ็บปานกลาง
 คะแนน 3 บาดเจ็บมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต
 คะแนน 4 บาดเจ็บมากและคุกคามต่อชีวิต
 คะแนน 5 วิกฤต ไม่แน่ใจในโอกาสรอดชีวิต

คะแนน 6 รุนแรงที่สุด ส่วนใหญ่ไม่รอดชีวิต
 ในการระบุความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม The International Classification of Disease 9 th Edition ขึ้นกับชนิดของการบาดเจ็บ แบบไม่มีคม (Blunt) และแบบมีคม (Penetrating) ดังนี้

$$ISS = AIS_1^2 + AIS_2^2 + AIS_3^2$$

โดยเลือกหมวดอวัยวะที่บาดเจ็บรุนแรงที่สุด 3 หมวด มาคำนวณค่า ISS หมวดอวัยวะที่บาดเจ็บ แบ่งตาม AIS 6 หมวด ได้แก่

1. การบาดเจ็บของศีรษะและคอ (Head and Neck Injuries)
2. การบาดเจ็บบริเวณใบหน้า (Face Injuries)
3. การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก (Chest Injuries)
4. การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องด้านหน้า และด้านหลังหรือช่องเชิงกราน (Abdominal or Pelvic Cavity Injuries)
5. การบาดเจ็บของแขน และขา เชิงกราน และไหล่ (Extremities, Pelvic girdles, Shoulder girdles Injuries)
6. การบาดเจ็บภายนอกร่างกาย การฉีกขาดของผิวหนัง การเป็นแผล (External Injuries) (Champion HR, 1989)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์พรรณนา (Descriptive analytical research)

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนกลับ (Retrospective analysis) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจร และมารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2555 จำนวน 5,622 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ สาเหตุของการบาดเจ็บ การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง การวินิจฉัย ผลการรักษา พฤติการณ์เสี่ยงของผู้บาดเจ็บ เป็นต้น โดยคณะผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะข้อมูลที่อยู่ในรอบของการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ ได้แก่ เพศ อายุ และลักษณะของการบาดเจ็บ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บ ได้แก่ ประเภทของยานพาหนะ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้เข็มขัดนิรภัย และการสวมหมวกนิรภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบบันทึกเฝ้าระวังการบาดเจ็บของกลุ่มตัวอย่างจะนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (TRISS Methodology) และโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติพรรณนาจะใช้ค่าร้อยละ ค่าสหสัมพันธ์ และค่าถดถอยพหุคูณ ทหาสมการพยากรณ์โอกาสการรอดชีวิต วิธีการคำนวณโอกาสการรอดชีวิต ใช้วิธีป้อนข้อมูลและค่าพารามิเตอร์ต่างๆ บน TRISS Calculator ทางจอคอมพิวเตอร์ จะได้ค่า Probability of Survival (Ps) ของผู้บาดเจ็บแต่ละราย

ISS Calculator	RTS Calculator	TRISS
AIS Scores: Head ☐ Face ☐ Chest ☐ Abdomen ☐ Extremity ☐ External ☐ Calculate	SBP ☐ RR ☐ GCS ☐	Age Probability of Survival : Blunt ☐ Penetrating ☐
ISS	RTS	Clear

(Boyd CR, Tolson MA, Copes WS. 1987 : 370-378)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และลักษณะของการบาดเจ็บ
(N = 5622 ราย)

ข้อมูลส่วนตัว	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3,486	62.00
หญิง	2,136	38.00
อายุ		
1-10	367	6.5
11-20	1,668	29.7
21-30	1,283	22.8
31-40	825	14.7
41-50	682	12.1
51-60	456	8.1
>60	341	6.1
ลักษณะของการบาดเจ็บ		
แบบไม่มีคม (Blunt)	5577	99.2
แบบมีคม (Penetrating)	38	0.67
แบบไม่มีคมและแบบมีคม (Blunt & Penetrating)	2	0.04
อื่นๆ	5	0.09

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 22.8 ลักษณะของการ เพศชาย ร้อยละ 62 เพศหญิง ร้อยละ 38 ส่วนใหญ่ บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นแบบไม่มีคม (Blunt) ร้อยละ 99.2 อายุระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 29.7 รองลงมาอายุ เป็นแบบมีคม (Penetrating) ร้อยละ 0.67

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของยานพาหนะของผู้บาดเจ็บ
(N = 5622 ราย)

ประเภทของยานพาหนะ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
รถจักรยาน / สามล้อปั่น	253	4.50
รถจักรยานยนต์	4,648	82.68
รถสามล้อเครื่อง	44	0.78
รถยนต์	116	2.06
รถตู้ / รถกระบะ	262	4.66
รถบรรทุก	60	1.07
รถบัส	19	0.34
อื่นๆ	126	2.24
ไม่มีข้อมูล	94	1.67

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 4.66 และ 4.50 ตามลำดับ ประเภทยานพาหนะ ใช้ยานพาหนะเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 82.68 ที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุดคือ รถบัสร้อยละ 0.34 รองลงมาเป็นรถตู้/รถกระบะ และจักรยาน/สามล้อปั่น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตีมีเครื่องมือแอลกอฮอล์
การสวมหมวกนิรภัย การใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้บาดเจ็บ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
การตีมีเครื่องมือแอลกอฮอล์		
ดื่ม	1,029	18.30
ไม่ดื่ม	4,432	78.83
ไม่มีข้อมูล	161	2.87
การสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้		
รถจักรยานยนต์		
สวม	738	15.88
ไม่สวม	3,876	83.39
ไม่มีข้อมูล	34	0.73
การใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับรถยนต์		
รถตู้/รถกระบะ รถบรรทุก รถบัส		
ใช้	72	15.75
ไม่ใช้	366	80.09
ไม่มีข้อมูล	19	4.16

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.39 กลุ่มตัวอย่างที่ขับเครื่องยนต์แอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.30 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 78.83 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 15.88 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.39 กลุ่มตัวอย่างที่ขับรถยนต์ รถตู้/รถกระบะ รถบรรทุก รถบัส ใช้เข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 15.75 และไม่ใช่เข็มขัดนิรภัยร้อยละ 80.09

ตารางที่ 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ลักษณะการบาดเจ็บ กับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร

ตัวแปร	โอกาสการรอดชีวิต (r)
เพศ	.061**
ลักษณะการบาดเจ็บ	
การบาดเจ็บแบบไม่มีคม (Blunt)	-.015
การบาดเจ็บแบบมีคม (Penetrating)	.015
การบาดเจ็บแบบไม่มีคมและแบบมีคม (Blunt & Penetrating)	.002

** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุนั้น ร = .061 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยานพาหนะของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต

ประเภทยานพาหนะ	โอกาสการรอดชีวิต (r)
รถจักรยาน / สามล้อปั่น	.005
รถจักรยานยนต์	.036*
รถสามล้อเครื่อง	.000
รถยนต์	-.033*
รถตู้/รถกระบะ	-.037*
รถบรรทุก	-.012
รถบัส	.004

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2 tailed)

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รถจักรยานยนต์ และรถตู้/รถกระบะ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับโอกาสการรอดชีวิต $r = -.033^*$ และ $-.037^*$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ตารางที่ 6 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กับโอกาสการรอดชีวิต

ตัวแปร	โอกาสการรอดชีวิต (r)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-.325**

** ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า การดื่มเครื่องดื่ม ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร $r = -.325^{**}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร มีความสัมพันธ์เชิงลบกับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ

ตารางที่ 7 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการสวมหมวกนิรภัย และ การใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต

ตัวแปร	โอกาสการรอดชีวิต (r)
การสวมหมวกนิรภัย	0.025
การใช้เข็มขัดนิรภัย	0.047

จากตารางที่ 7 พบว่าการสวมหมวกนิรภัย ไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ และ การใช้เข็มขัดนิรภัย ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ($r = 0.025$ และ 0.047) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงการวิเคราะห์โอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร การถดถอยเพื่อพยากรณ์โดยการนำปัจจัยทางด้านเข้าสมการ

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	P_value
การดื่มแอลกอฮอล์	-.002	.000	-.338	-24.720	.000
รถจักรยานยนต์	.011	.003	.061	4.425	.000

Constant Value .981 ; SE_{est} = $\pm$.063

R = .343 ; R² = .118 ; F = 315.229 ; p_value = .000

จากตารางที่ 8 จากการวิเคราะห์การถดถอย เพื่อพยากรณ์โอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ การใช้รถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับโอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็น .343 และสามารถพยากรณ์โอกาสการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรได้ร้อยละ 11.8 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ $\pm$.063

สมการพยากรณ์โอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรคือ

$$Ps = .981 - .002 (\text{การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์}) + .011 (\text{การใช้รถจักรยานยนต์})$$

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจร ที่ถูกส่งมารักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2555 โดยศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง จากแบบบันทึกเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 5622 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 38 อายุระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 29.70 และอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 22.80 ลักษณะของการบาดเจ็บเป็นแบบไม่มีคม (Blunt) ร้อยละ 99.20 และแบบมีคม (Penetrating) ร้อยละ 0.674

ประเภทยานพาหนะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 82.68 รองลงมาเป็นรถกระบะ/รถตู้ ร้อยละ 4.66 และรถจักรยาน/รถสามล้อปั่น ร้อยละ 4.50 กลุ่มตัวอย่างตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.30 และไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 78.83 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 15.88 และไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.39 กลุ่มตัวอย่างที่ขับรถยนต์ รถตู้/รถกระบะ รถบรรทุก รถบัส ใช้เข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 15.75 และ ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 80.09

ประเภทยานพาหนะของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรที่ใช้มากที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ คือรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัชวาล จันทะเพชร (2552) ที่ศึกษาเรื่อง "การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร" และพบว่า ลักษณะของยานยนต์ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางจราจรที่พบมากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มที่ไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เกิดอุบัติเหตุจราจรสูงกว่ากลุ่มที่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92.93 ได้รับอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มที่บริโภคแอลกอฮอล์ ร้อยละ 7.07

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับโอกาสการรอดชีวิต พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการรอด $r = .061^{**}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนลักษณะของการบาดเจ็บไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิต ประเภทของยานพาหนะที่เป็นรถจักรยานยนต์มีความความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการรอดชีวิต

$r = .036^{*}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รถยนต์ และ รถตู้/รถกระบะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการรอดชีวิต $r = -.033^{*}$ และ $-.037^{*}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ลักษณะเรื่องเพศและอายุ ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Niki Harre และคณะ (1996 :163-173) ที่ศึกษาเรื่องความแตกต่างของเพศ พฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับการขับรถยนต์ของวัยรุ่น และพบว่าวัยรุ่นเพศชายมีพฤติกรรมการขับรถยนต์ไม่ปลอดภัย เมื่อเทียบกับวัยรุ่นเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุเฉลี่ยของวัยรุ่น คือ 15.86 ปี

ความสัมพันธ์ระหว่างการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัย และการใช้เข็มขัดนิรภัย ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรกับโอกาสการรอดชีวิต พบว่า การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการรอดชีวิต $r = -.325^{**}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการสวมหมวกนิรภัยของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รถจักรยานยนต์ และการใช้เข็มขัดนิรภัยของกลุ่มตัวอย่างที่ขับรถยนต์ รถตู้/รถกระบะ รถบรรทุก รถบัส ไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการรอดชีวิต

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์โอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้รถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับโอกาสการรอดชีวิต ได้สมการพยากรณ์โอกาสการรอดชีวิต ดังนี้ โอกาสรอดชีวิต = $.981 - .002$ (การดื่มแอลกอฮอล์) + $.011$ (การใช้รถจักรยานยนต์)

การวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับโอกาสการรอดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ McLellan et al.,(1993), Anonymous, (1994) และ Alvarez and Del Rio,(1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดอุบัติเหตุที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพบว่า ปัจจัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทั้งที่บ้านและที่ทำงาน อาทิ จมน้ำ ไฟไหม้ รวมทั้งอุบัติเหตุทางจราจร เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การขับขี่ยานพาหนะ โดยความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น

ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษา ในการสอนให้เยาวชนได้ขับขี่ยานยนต์ด้วยความระมัดระวัง ไม่ขับขี่ยานพาหนะภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งเป็นข้อมูลให้กระทรวงมหาดไทยในการจัดทำมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร อันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย และการไม่สวมหมวกนิรภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร ได้แก่ การใช้ยาที่มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทหรือสารเสพติดในผู้ขับขี่ยานพาหนะ การใช้โทรศัพท์มือถือระหว่างการขับขี่ยานพาหนะ การฝ่าฝืนกฎจราจรในระหว่างการขับขี่ยานพาหนะ หรือผู้ขับขี่ยานพาหนะรายใหม่ เป็นต้น

บรรณานุกรม

- ชัชวาล จันทะเพชร. (2552). การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินไทย. (ฉบับที่ 2) เมษายน-มิถุนายน : 13-23.
- ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ.(2556). ผลการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บที่มาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2557, จาก <http://www.cas.or.th>.
- สมคิด เรืองขำกลั่น และ วาสนา สายเสมา. (2555). สถานการณ์การบาดเจ็บ 12 ปี ของผู้บาดเจ็บที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เพชรเกษมพริ้นติ้ง กรุ๊ปจำกัด.
- Alvarez FZ and Del Rio MC. (1996) . "Alcohol and driving." *Lancet*. 347 : 985-986.
- Anonymous.(1994) "Drivers with repeat convictions or arrests for driving while Impaired-United States." *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 43:759-761.

- Boyd CR, Tolson MA, and Copes WS. (1987). "Evaluating Trauma Care : The TRISS Method". *Journal of Trauma*. 27 : 370-378.
- Champion HR, Sacco WJ, Copes WS. (1989). "A revision of the Trauma Score." *Journal of Trauma*. 29(5) : 623-629.
- McLellan BA, Vingilis E, Larkin E, and Stoduto G.(1993) "Psychosocial characteristics and follow-up of drinking and non-drinking drivers in motor vehicle crashes. *Journal of Trauma*. 35 : 245-250.
- Niki Harre, Jeff Field and Barry Kirkwood.(1996). "Gender differences and areas of common concern in the driving behaviors and attitudes of adolescents." *Journal of Safety Research*. 27, (3) : 163-173.
- Seat belt. Statistics [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2557, จาก [http://www.tac.vic.gov.au/road-safety/statistics/summeries/Seat belt-statistics](http://www.tac.vic.gov.au/road-safety/statistics/summeries/Seat%20belt-statistics)).
- Walker SH and Duncan DB.(1967). "Estimation of the probability of an event as a function of several independent variables." *Biometrika*. 54 : 167.



**ปัญหา ความต้องการและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น***
**Post-Operative Nursing Care Plan in the First 72 Hours
for Patients with Open Heart Surgery in Khon Kaen Hospital**

นงคริ์ก ชัยเสนา **
ดร. กล้าเผชิญ โชคบำรุง ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การจัดทำร่างแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยทำการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 25 แฟ้ม เพื่อสะท้อนให้เห็นปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และนำเสนอการวางแผนการพยาบาลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และ ระยะที่ 2 เป็นการระดมสมองพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกเพื่อสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อร่างแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557 ผลการศึกษเป็นดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการการดูแล ได้แก่
1) การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ 2) แผลขนาดใหญ่ที่ทรวงอก 3) ไตละลายลิ่มเลือด 4) ใส่ท่อระบายทรวงอก 5) จำกัดการเคลื่อนไหว 6) ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 7) งดอาหารและน้ำดื่ม
2. แผนการพยาบาล มีองค์ประกอบคือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล สำหรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบมี 7 ข้อ ได้แก่
1) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังการผ่าตัดและการมีความปวด
2) มีความปวดจากการได้รับการผ่าตัดและคาท่อระบายทรวงอก
3) เสี่ยงต่อการเสียเลือดได้ง่ายจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

- 4) ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำดื่มได้ทางปากเนื่องจากคอหอยช่วยหายใจทางปาก
- 5) อาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากมีกรดหลังในกระเพาะอาหารจำนวนมากจากการมีความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 6) อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากนอนท่าเดียวนานๆ จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
- 7) ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย/ดูแลสุขอนามัยได้ด้วยตนเองเนื่องจากถูกจำกัดด้วยอุปกรณ์การรักษาและการมีความปวด

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสะท้อนให้เห็นในเชิงประสิทธิผลของแผนการพยาบาลนี้ ตลอดจนการศึกษาเพื่อชี้ให้เห็นปัญหาและความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาลในประเด็นปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดนั้นจะต้องมีความชัดเจน

Abstract

This descriptive research aimed to study the post-operative nursing care plan in the first 72 hours for persons with open heart surgery in Khon Kaen hospital. This research had two research stages: stage I aimed to study patients' care needs in the first 72 hours post-operation 25 patient's charts, during December 2011 to December 2013, were recruited; stage II aimed to brainstorming of nurses regarding to the post-operative nursing care plan in the first 72 hours. This research conducted during December 2013 to February 2014. The results revealed that:

1. The patients' care problems and needs composed of 1) injury of cardiac muscle, 2) a huge wound at chest wall, 3) receiving anticoagulants, 4) insertion of intercostal chest drainage, 5) immobilization, 6) ventilator used, and 7) nothing per oral.
2. The configurations of nursing care plan were nursing diagnosis, nursing objective, criteria, and nursing

activities. The seven nursing diagnosis were:

- 1) Potential to decreasing tissue perfusion due to ineffective respiration and pain,
- 2) Pain due to a huge wound and insertion of intercostal chest drainage,
- 3) Potential to bleeding due to receiving anticoagulants,
- 4) Inadequate nutritional Intake due to oro-endotracheal tube.
- 5) Risk to peptic ulcer due to physical and psychological stress,
- 6) Risk to pressure sore due to immobilization,
- 7) Ineffectiveness hygiene care due to immobilization and pain,

The suggestion were to study of effectiveness of the post-operative nursing care plan in the first 72 hours, patients' care needs especially on psychosocial and emotional aspects, and effectiveness on clearly recording of nursing practice especially on psychosocial and emotional aspects.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดโรคหนึ่ง ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึงชั่วโมงละ 4 ราย เป็นอันดับที่ 3 รองลงมาจากอุบัติเหตุและโรคมะเร็ง ในขณะที่แนวโน้มของการเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ทั้งนี้ สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นไม่แตกต่างจากแนวโน้มข้างต้น โดยพบว่า ในระหว่าง พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารับการรักษาจำนวน 11,868 คน และ 12,783 คน ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลขอนแก่น, 2556)

การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคที่เป็น การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่ถูกเลือกใช้ ในกรณีที่พยาธิสภาพของโรคไม่สามารถรักษาด้วยยาหรือวิธีอื่นๆ ทั้งนี้จากข้อมูลของสมาคมศัลยศาสตร์โรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย (2554) พบว่าได้มีการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในประเทศระหว่างปี พ.ศ.2552-2554 จำนวน 32,152 ราย จะเห็นได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น เป็นวิธีการในการรักษาที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอยู่ไม่น้อย ในขณะที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้เปิดให้บริการด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2554 และเมื่อสิ้นสุดเดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 ได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้กับผู้ป่วยไปแล้ว 26 ราย นับได้ว่าเป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ของโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีความสำคัญยิ่งอีกก้าวหนึ่ง

การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดเข้าไปในห้องหัวใจ ขณะผ่าตัดต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเพื่อสูบน้ำโลหิตแทนหัวใจ ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบร่างกายอย่างมาก Andre

(2005) ได้รายงานผลกระทบที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยร้อยละ 15-50 มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ ในขณะที่ อุไรศรีแก้ว (2543) ได้สะท้อนว่า ในวันแรกหลังการผ่าตัดจะพบปอดแฟบได้มากถึงร้อยละ 87 รวมถึงรายงานของ Ghanem (2010) พบว่าผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของระบบประสาทจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้มากถึงร้อยละ 70-80 Kuitunen (2006) ได้รายงานว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และส่งผลให้เกิดภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันได้มากถึงร้อยละ 19.3 เป็นต้น ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถป้องกันได้หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การดูแลผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นถือได้ว่ามีความสำคัญยิ่ง Paul (2012) ได้สะท้อนให้เห็นว่า ในระยะหลังการผ่าตัด 8-12 ชั่วโมงแรกนั้นถือเป็นระยะที่มีอันตรายมากที่สุด เพราะยังไม่มีความคงที่ของระบบไหลเวียนเลือด อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ความคงที่ของระบบไหลเวียนเลือดจะเริ่มคงที่เมื่อผ่านไปแล้ว 24-48 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าเป็นระยะปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุดนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง (Kinney & Craft, 1992) จึงถือได้ว่า การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ถึงแม้ว่ากลุ่มปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันโรคทรวงอก จะได้เสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยดังที่กล่าวแล้วข้างต้น เนื่องจากแนวทางดังกล่าวไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมา (อุราดิ เจริญชัย, 2541; พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544; วิชชุดา ดอกผึ้ง, 2550; นวรัตน์ สุทธิพงศ์, 2550) ยังไม่ได้สะท้อนแนวทางการพยาบาลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกเช่นเดียวกัน แต่เป็นการศึกษาที่สะท้อนถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการหายใจ การลดอุบัติการณ์การเกิดปอดแฟบและการติดเชื้อทางเดินหายใจ ตลอดจนการสะท้อนความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังการผ่าตัด

ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (วิพร เสนารักษ์, 2548) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล จะเห็นได้ว่าการวางแผนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและเป็นกระบวนการต่อเนื่องสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยมีแนวทางการดำเนินการวิจัยตามแนวทางการจัดทำแผนการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล (Nursing process) (Seaback, 2013) โดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์จัดทำแผนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยการพยาบาล และกำหนดวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

ในการศึกษาแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น นี้ผู้วิจัยกำหนดแนวทางดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดำเนินการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2554 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2555
2. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

3. วินิจฉัยการพยาบาลเชื่อมโยงกับปัญหาและความต้องการการดูแล

4. กำหนดวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล

5. ระดมสมองพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อสะท้อนแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การวางแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น นี้ เป็นการศึกษาเพื่อระบุหรือบ่งชี้ข้อมูลที่สนับสนุนการเกิดปัญหาและความต้องการการดูแลและการวางแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มเป้าหมาย

ได้คัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2554 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 เพราะผู้วิจัยมีข้อจำกัดด้านเวลาในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ 1) ประวัติการเจ็บป่วย 2) โรคที่เป็นและการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ผู้ป่วยได้รับ 3) การรักษาของแพทย์ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 5) กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติให้ผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในบันทึกการพยาบาล 6) ความก้าวหน้าของการรักษา (Progress note) ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของแพทย์

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

2. การระดมสมอง เพื่อรวบรวมปัญหา ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในการวางแผนการพยาบาลของผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

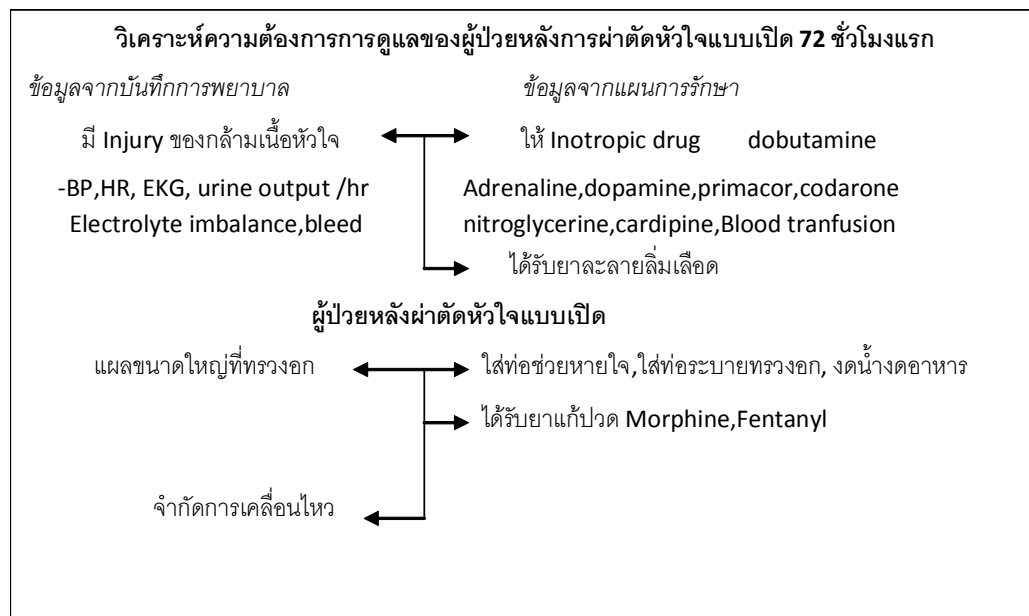
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหานี้เป็นประเด็นหัวข้อหลักและหัวข้อย่อย

ผลการศึกษา และวิเคราะห์ผลการศึกษา

1.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ

72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 25 แฟ้ม สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

1) การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แพทย์จะผ่าตัดผ่านทรวงอกและผ่าตัดเข้าไปด้านในของหัวใจ โดยใช้เทคนิคของเครื่องหัวใจและปอดเทียม ดังนั้นหลังผ่าตัดอุณหภูมิจึงมีความสัมพันธ์ต่อการทำงานของหัวใจ สภาวะที่อุณหภูมิกายลดต่ำ ปริมาณเลือดที่ถูกปั๊มออกจากหัวใจจะลดลง และอัตราการเต้นของหัวใจจะช้า นอกจากนี้ยังพบความแปรปรวนของอิเล็กโทรไลต์ เช่น โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะความแปรปรวนกรด -

ด่าง ในร่างกาย ภาวะหัวใจวายก่อนผ่าตัด เป็นระยะเวลานาน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ปกติ ภาวะขาดออกซิเจนนาน ภาวะที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงนานๆ หรือมีแรงดันเลือดต่ำนานๆ และภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติที่หาสาเหตุไม่ได้ อาจเกิดเนื่องจากหัวใจถูกกดโดยน้ำรอบๆ หัวใจ หรือลิ้นต่างในร่างกาย ภาวะหัวใจวายก่อนผ่าตัด เป็นระยะเวลานาน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ปกติ ภาวะขาดออกซิเจนนาน ภาวะที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ

ลดลงนานๆ หรือมีแรงดันเลือดต่ำนานๆ และภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติที่หาสาเหตุไม่ได้ อาจเกิดเนื่องจากหัวใจถูกกดโดยน้ำรอบๆ หัวใจ หรือลิ้นหัวใจเทียมที่โตเกินไปก็ได้ ซึ่งการเกิดภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะในภาวะพ่วงโปแตสเซียมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาภาวะหัวใจวายมานาน ได้รับยาขับปัสสาวะและยาพวก Digitalis การผ่าตัดโดยใช้หน้าผสมเลือด (Hemodilution technique) พบว่า ถ้าโปแตสเซียมต่ำกว่า 3.5 mEq/L จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดี และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้จังหวะการเต้นของหัวใจไม่เป็นปกติ เกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง จากการศึกษานี้ผู้ป่วยจำนวน 16 รายได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วย 9 รายได้รับการผ่าตัด Coronary artery bypass graft (CABG) และผู้ป่วย 1 รายได้รับการผ่าตัดปิดรูเปิดของผนังกันห้องหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect closure) พบว่าเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Rapid atrial fibrillation จำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 64 และพบ EKG premature ventricular contraction 8 ราย การผ่าตัดที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากระบบการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจถูกรบกวน เป็นเหตุให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจจะลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอตามมาได้ สอดรับกับที่ Andre (2005) ได้รายงานผลกระทบที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยร้อยละ 15-50 จะมีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะได้หลังการผ่าตัดหัวใจ

2) ผลขนาดใหญที่ทรวงอก

ผู้ป่วยทุกรายมีแผลบริเวณทรวงอก ซึ่งมีความยาว เฉลี่ย 20 เซนติเมตร การที่ผู้ป่วยมีแผลขนาดใหญ่บริเวณทรวงอก เป็นเหตุที่นำไปสู่การเกิดการเจ็บปวดและรวมถึงโอกาสในการเกิดการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายตามมาได้ จากการประเมินระดับความปวดพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีความปวดในวันแรกหลังผ่าตัดระดับ

ความปวดระหว่าง 8-10 คะแนน ในวันต่อมาคะแนนระดับความปวดจะลดลงเรื่อยๆอยู่ระหว่าง 4-6 คะแนน

3) ได้ยาละลายลิ่มเลือด

เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด อันจะส่งผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดและทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Ghanem (2010) ที่รายงานว่าผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติของระบบประสาทจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้มากถึงร้อยละ 70-80 อย่างไรก็ดี แพทย์จะมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดโดยเจาะเลือดตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำทุกวัน จากการได้ยาละลายลิ่มเลือดดังที่กล่าวข้างต้น จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการเสียเลือดได้ง่ายและรุนแรงได้

4) ใส่ท่อระบายทรวงอก

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการระบายของเหลวเลือดและลมที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช่องอกถูกกดเนื่องจากมีเลือดออกในช่อง Pericardium การใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นการสอดใส่สายยางขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร แทรกเข้าไประหว่างช่องว่างของกระดูกซี่โครง ปลายของสายยางจะถูกสอดเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด สายยางจึงเป็นลิ่งแปลกปลอม ซึ่งส่งผลให้เกิดการระคายเคืองขณะหายใจ อีกทั้งการสอดใส่สายยางจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดตามมาได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551)

5) ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยทุกรายที่ผ่าตัดหัวใจจะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย อีกทั้งการผ่าตัดเข้าไปในทรวงอกและหัวใจของผู้ป่วยจะทำให้การทำงานของระบบหายใจและหัวใจหยุดชะงักชั่วคราว ทำให้ระหว่างการผ่าตัดต้องมีการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ผู้ป่วยแต่ละรายมีเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมที่แตกต่างกัน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

กันไป มีผู้ป่วย 2 รายที่มีระยะเวลาการผ่าตัดและใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมน้อยกว่า 60 นาที ผู้ป่วยอีก 2 รายมีระยะเวลาการผ่าตัดและใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมมากกว่า 2 ชั่วโมง ส่วนมากจะมีระยะเวลาการผ่าตัดและใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมประมาณ 1-2 ชั่วโมง

การที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการผ่าตัดและใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมที่ยาวนาน จะส่งผลให้การกลับมาทำหน้าที่ของหัวใจและปอดเป็นไปได้ช้า ดังนั้นเมื่อการผ่าตัดเสร็จ เพื่อให้หัวใจและปอดกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ จึงมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากจะเป็นอุปสรรคต่อการขับเยื่อในร่างกายแล้ว ท่อช่วยหายใจยังเป็นอุปสรรคต่อการกลืนอาหารและน้ำ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำทางปากได้

6) งดอาหารและน้ำดื่ม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายจะได้รับการรักษาโดยให้งดอาหารและน้ำดื่มไว้ก่อน เหตุผลของการให้งดอาหารและน้ำดื่มไว้ก่อนคือ ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยยังไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์ จากนั้นก็การประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหารพบว่า จะเริ่มมีการทำงานของระบบทางเดินอาหารลำไส้มีการเคลื่อนไหว ฟังได้ยินเสียงหลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่แพทย์จะต้องให้การรักษาโดยให้งดอาหารและน้ำดื่มไว้ก่อน จากการที่แพทย์ให้การรักษาโดยให้งดอาหารและน้ำดื่มไว้เช่นนี้จะส่งผลให้ร่างกายเกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้

7) จำกัดการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจทุกรายต้องย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง โดยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่องหลังผ่าตัด เมื่อออกจากห้องผ่าตัดจึงมีระดับการรู้สติดังไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร ผู้ป่วยจะมีอุปสรรคการรักษาติดตัวออกมาจำนวนมาก ทั้งสายยางให้

น้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ท่อระบายทรวงอก และที่สำคัญคือผู้ป่วยยังมีประสิทธิภาพการหายใจไม่ดีเท่าที่ควร จำเป็นต้องคาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ตลอดเวลา และจากการที่ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ จึงทำให้มีความเจ็บปวด ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถขยับเขยื้อนร่างกายได้สมบูรณ์ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถขยับเขยื้อนร่างกายได้สมบูรณ์นี้เอง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายตัวเอง อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามมาได้

จะเห็นได้ว่า หลังการผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกนั้น ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างน้อย 7 ด้านดังที่กล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความต้องการการดูแลเฉพาะบุคคลได้ เช่น การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ การเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำ หรือช็อกจากการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมหน้าที่ตลอดจนการมีภาวะช็อค เป็นต้น

อย่างไรก็ดีประเด็นที่น่าสังเกตในปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น ไม่ปรากฏการสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจและจิตสังคม เนื่องจากไม่ปรากฏการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้มีทฤษฎีหรือหลักการระบุปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไว้ในหลายประเด็น เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่สุขสบาย เป็นต้น (ผ่องศรีศรีมรกต, 2551) เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน

2. แผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

แผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังจากดำเนินการเขียนแผนการพยาบาลแล้วได้นำเข้าสู่การรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ผลการศึกษาเป็นดังนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยเชื่อมโยงกับปัญหาและความต้องการการดูแลที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยที่ 1 ผลการวิเคราะห์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก สามารถแสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 วิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชื่อมโยงกับความต้องการการดูแล

จากภาพที่ 2 สะท้อนให้เห็นผลการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ 7 ข้อ ได้แก่

1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก
 - มีลมและเลือดในช่องอก, ช่องเยื่อหุ้มปอด และช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
 - การหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังการผ่าตัด และการมีความปวด
2. มีความปวดจากการได้รับการผ่าตัดและคาท่อระบายทรวงอก

3. เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่ายจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
4. ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำดื่มได้ทางปากเนื่องจากคาท่อช่วยหายใจทางปาก
5. มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากมีการกดหลังในกระเพาะอาหารจำนวนมากจากการมีความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ
6. มีโอกาสอาจเกิดแผลกดทับ หลอดเลือดอุดตัน เนื่องจากนอนท่าเดิมนานๆจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

7. ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย/ดูแลสุขวิทยาได้ด้วยตนเองเนื่องจากถูกจำกัดจากอุปกรณ์การรักษาและการมีความปวด

แผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างน้อย 7 ข้อด้วยกัน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหล่านี้ต่างเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับปัญหาและความต้องการการดูแล อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายยังมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่าง เนื่องจากเป็นความต้องการการดูแลเฉพาะบุคคล เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น เหล่านี้จำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลด้วย

แผนการพยาบาลจะต้องประกอบด้วยข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาล ในที่นี้ไม่ได้นำเสนอท่านผู้สนใจสามารถสืบค้นได้ในฉบับเต็ม

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงร่างแผนการพยาบาล 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดใน

โรงพยาบาลขอนแก่น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามในเชิงประสิทธิผลของแผนการพยาบาลจากการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

2. ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นปัญหาและความต้องการการดูแลใน 7 ด้าน ทั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้น การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในปัญหาและความต้องการการดูแลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคล

3. ผู้วิจัยพบว่ามีข้อสังเกตที่เกิดขึ้นในระหว่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพบว่า การบันทึกเกี่ยวกับการพยาบาลในประเด็นปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดนั้น มีค่อนข้างน้อยมาก ดังนั้นพยาบาลจึงควรบันทึกเกี่ยวกับการให้พยาบาลในด้านนี้ให้ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผศ.ดร.กล้าเผชัย โชคบำรุง ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น ที่สนับสนุนจนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จ

บรรณานุกรม

- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น. (2556). สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น.
- นวรรตน์ สุทธิพงศ์. (2550). ผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คิวพล ศรีแก้ว. (2555). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะวิกฤต. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โอกรูฟ เพรส.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิชชุดา ดอกผึ้ง. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพร เสนารักษ์. (2548). การวินิจฉัยการพยาบาล. การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุดกัญญา พัทวี. (2541). ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2554). สรุปสถิติการผ่าตัดหัวใจ 2552-2554. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กันยายน 2555, จาก [http:// www.thaiheartassociation.org](http://www.thaiheartassociation.org).
- อุรวดี เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. กรุงเทพฯ : ลิขมราเดอร์การพิมพ์.
- Burley, D. & Barrett, D. (2006). Cardiac Surgery. In Barret, D., Gretton, M., & Quinn, T. (Eds.). *Cardiac care : an introduction for healthcare professionals*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Ghanem A., et al. (2010). Risk and Rate of Cerebral Embolism After Transfemoral Aortic Valve Implantation. *Journal of the American College of Cardiology*. 55(14) : 1427-1432.
- Guru V., et al. (2005). The Identification and Development of Canadian Coronary Artery Bypass Graft Surgery Quality Indicators. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 130(5) : 1257.e1-1257. e11.
- Iyer, P.W. et al. (1986). *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Kinney, M.R., & Craft, M.S. (1992). *The person undergoing cardiac surgery* In C.E. Guzzetta, & B.M.Dessy (Eds.), *Cardiovascular nursing holistic practice*. U.S.A. : Mosby.
- North American Nursing Diagnosis Association. (1996). *Nursing Diagnosis : Definitions and classification*. 1995 - 1996. Philadelphia : NANDA.

- Paul M.H.J. Roekaerts and John H. Heijmans (2012). Early Postoperative Care After Cardiac Surgery. In Cuneyt Narin (Ed.) *Perioperative Considerations in Cardiac Surgery*. Netherlands : In Tech.
- Seaback, W.W. (2013). *Nursing process : concepts and application*. 3rd ed. Clifton Park, NY : Delmar, Cengage Learning.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical – surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.



สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล
สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*

The Competencies of Strategic Leadership of Chief Nurse
Executives in Private Hospitals in Bangkok Metropolitan

ดร. จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง**
ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา***
ดร. นงลักษณ์ จินตนาดีล****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ชื่อเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับกลาง และระดับสูง สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 5 แห่ง จำนวน 109 คน ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยใช้แนวคิดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) และสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ John Adair (2009) ประกอบด้วยชุดข้อคำถาม

7 ด้าน รวม 77 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามของการวิจัยชื่อเรื่องนี้มีค่าความสอดคล้องและความตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด (Item Objective Congruence Index: IOC) เท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต อธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ผู้ช่วยคณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีองค์ประกอบ 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 76 ปัจจัย ทั้งนี้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกองค์ประกอบของแต่ละโมเดลที่นัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.01 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) รายข้อ มีค่าระหว่าง 0.33-0.77 เมื่อจัดลำดับความสำคัญตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากที่สุดไปน้อยสุดเป็นดังนี้ (1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม ($\lambda=0.88$) ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ($\lambda=0.51-0.74$) (2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda=0.85$) ประกอบด้วย 15 ปัจจัย ($\lambda=0.37-0.69$) (3) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต ($\lambda=0.84$) ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ($\lambda=0.48-0.74$) (4) การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda=0.77$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ($\lambda=0.33-0.68$) (5) การสร้างพันธมิตร ($\lambda=0.69$) ประกอบด้วย 8 ปัจจัย ($\lambda=0.33-0.77$) (6) จิตวิญญาณการเป็นองค์กรการ ($\lambda=0.64$) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ($\lambda=0.45-0.81$) และ (7) การกำหนดทิศทาง ($\lambda=0.59$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ($\lambda=0.48-0.74$)

ข้อค้นพบใหม่จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ การวิจัยเรื่องนี้ บ่งชี้ว่าผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ระดับสูงของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลในสังกัดฝ่ายการพยาบาล (Top Leadership Team) โดยเฉพาะในด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ วางแผนเชิงกลยุทธ์ รวมทั้งการคิดเชิงนวัตกรรมทั้งในการบริหารจัดการและการบริการการพยาบาลเป็นอันดับแรก รวมทั้งให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการสร้างความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กรและภายนอกองค์กร รวมถึงการรับผิดชอบต่อชุมชนและการสร้างพันธมิตรในต่างประเทศตลอดจนสนับสนุนให้ผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาลได้รับการพัฒนาเป็นผู้นำที่เข้มแข็งทั้งในด้านความสามารถทางการบริหารและคุณลักษณะความเป็นผู้นำ รวมถึงระบบการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ การสร้างวัฒนธรรมและคุณค่าร่วมเฉพาะของฝ่ายการพยาบาลให้กับทีมผู้บริหารในสังกัดฝ่ายการพยาบาลสำหรับปัจจุบันและสำหรับอนาคตด้วย

Abstract

This correlational research study aimed to determine the components of the strategic leadership competencies of chief nurse executives in private hospitals in Bangkok metropolitan. The samples of this study were 109 Chief Nurse Executives in 5 private hospitals in Bangkok metropolitan. The researchers developed the research instrument which was a set of questionnaires based on the concept of strategic leadership

by Adair, J. (2010) and leadership for innovation by Adair, J. (2012). The questionnaire consists of 7 components of 77 items with Item Objective Congruence Index (IOC) at 0.80 and the reliability of the questionnaire in the form of a Cronbach's alpha coefficient was 0.91. The content analysis and confirmatory factor analysis were used to analyze data.

The research findings of this study showed that there were 7 components of the strategic leadership competencies of chief nurse executives in private hospitals in Bangkok metropolitan which consisted of 76 factors with the value of factor loading of each competency (λ) between 0.33–0.77 at P value <0.01. The sequence of components according to value by factor loading from highest to lowest value were as follows : (1) “Strategic-Innovative Thinking and Planning” ($\lambda = 0.88$) consisted of 14 factors ($\lambda = 0.51-0.74$); (2) “Relating the Parts to the Whole” ($\lambda = 0.85$) consisted of 15 factors ($\lambda = 0.37-0.69$); (3) “Developing Today’s and Tomorrow’s leaders” ($\lambda = 0.84$) consisted of 11 factors ($\lambda = 0.48-0.74$); (4) “Making it Happen” ($\lambda = 0.77$) consisted of 9 factors ($\lambda = 0.33-0.68$); (5) “Building Partnership” ($\lambda = 0.69$) consisted of 8 factors ($\lambda = 0.33-0.77$); (6) “Releasing the Corporate Spirit” ($\lambda = 0.64$) consisted of 6 factors ($\lambda = 0.45-0.81$) and (7) “Giving

Direction” ($\lambda = 0.59$) consisted of 9 factors ($\lambda = 0.48-0.74$).

From these research findings, chief nurse executive officers (CNEO) in private hospitals especially in Bangkok metropolitan should put the first priority emphasis on developing nurse executives in the top leadership team on strategic thinking, strategic planning, and innovation thinking. The second priority goes to enhancing the relationship with others inside and outside the organization in Thailand and overseas, enhancing the responsibility for community as well as supporting nurse executives in the top leadership team to become strong leaders in possessing administrative capability and leader’s attributes including professional advancement system, creating culture and core values of the nursing organization for nursing administrators of the top nursing leadership team of today and tomorrow.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลมาจากโลกาภิวัตน์และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ดังนั้นการบริหารจัดการองค์กรใดๆ รวมทั้งองค์การการพยาบาลท่ามกลางการแข่งขันที่ไร้พรมแดนในภาวะที่มีทรัพยากรทุกด้านจำกัด โดยเฉพาะภาวะขาดแคลนของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบันผู้บริหารจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ มีความสามารถในการกระตุ้นให้บุคลากรในสังกัด

องค์การพยาบาลใช้ศักยภาพได้อย่างสูงสุด เพื่อทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งสร้างพันธมิตรทั้งภายในและภายนอกองค์กร อีกทั้งยังต้องสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความสามารถและทักษะในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงในงานได้ ดังนั้นผู้บริหารสูงสุดขององค์การการพยาบาลจึงต้องเป็นบุคคลสำคัญที่จะนำพาให้องค์การการพยาบาลไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้ง ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารองค์การการพยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการนำพาองค์การการพยาบาลไปสู่ความสำเร็จก้าวหน้า ผู้นำเชิงกลยุทธ์ทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความคิด

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน – มิถุนายน) ๒๕๕๗

และวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล รวมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรมในการบริหารจัดการองค์การการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้บริหารและบุคลากรในสังกัดองค์การการพยาบาลมีการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการให้บริการพยาบาลเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2555-2559 ได้บรรจุแผนงานด้านนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้นำทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาวัตกรรมการบริการ การศึกษา และการบริหารการพยาบาล ที่ตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพแห่งชาติ อันประกอบด้วย 7 แผนงานหลัก โดยมีการกำหนดการสร้างศักยภาพผู้นำทางการพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับไว้ในแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ (สภาการพยาบาล, 2555) สภาการพยาบาลยังได้กำหนดแนวนโยบายและทิศทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำและนักบริหารการพยาบาล โดยได้จัดทำสมรรถนะนักบริหารและผู้นำทางการพยาบาลและการรับรองสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งขึ้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2554)

มีการทำวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบของสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 พบว่าสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์เป็นหนึ่งใน 11 สมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ในช่วงพุทธศักราช 2550 - 2554 อันประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ 2) สมรรถนะด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง 3) สมรรถนะด้านการจัดการงบประมาณ 4) สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ 5) สมรรถนะด้านการสร้างความไว้วางใจ 6) สมรรถนะด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล 7) สมรรถนะด้านการบริหารเชิงธุรกิจ 8) สมรรถนะด้านความฉลาดทางอารมณ์ 9) สมรรถนะด้านการสร้างแรงบันดาลใจ 10) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ และ 11) สมรรถนะ ด้านกลยุทธ์ทางการตลาด (จิตติภรณ์ ปานชลธิ และบุญใจ ศรีสถิตย นรากร, 2554)

นอกจากนั้นทิพย์สุดา ดวงแก้ว และสุชาดา รัชชกุล (2553) ได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร (Correlation research) ชื่อเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .613$)

โสภา อิศระณรงค์พันธ์ และบุญใจ ศรีสถิตย นรากร (2552) ได้ทำการวิจัยชื่อเรื่อง สมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) กับผู้เชี่ยวชาญ 20 คน ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงว่า สมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในโรงพยาบาลทั่วไปมี 7 ด้าน ประกอบด้วย 55 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การมีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ 2) การสร้างแรงบันดาลใจในตนเอง ประกอบด้วย 7 สมรรถนะ 3) การปฏิบัติงานที่ยากและท้าทาย ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ 4) การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย 13 สมรรถนะ 5) การมีความคิดสร้างสรรค์ ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ 6) การมีความรู้และทักษะที่ก้าวหน้าวิทยาการสมัยใหม่ ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ และ 7) การมีคุณธรรม จริยธรรม ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ

โรงพยาบาลเอกชนเป็นกลไกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ผลการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555 พบว่าในรอบปี 2554 มีโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศรวม 212 แห่ง โดยจำนวนโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมี 98 แห่ง และมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน

ทั่วประเทศทั้งสิ้น 46.3 ล้านราย มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 31,793 คน โดยจำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 24,168 คน และเป็นผู้บริหารการพยาบาล 7,625 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ในด้านมูลค่าการดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนพบว่า มีมูลค่าของรายรับจากการบริการ 119,447.5 ล้านบาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) นอกจากนั้นจากการสำรวจสถิติของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ พ.ศ. 2555 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวน 175,122 คน โดยจำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย จำนวน 129,929 คน คิดเป็นร้อยละ 74.19 (รายงานทรัพยากรสาธารณสุขสถิติสาธารณสุขปี กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จะเห็นได้ว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนบุคลากรที่มากที่สุดในการบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย

ดังนั้นผู้นำทางการพยาบาลโดยเฉพาะหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลระดับสูงสุดของโรงพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความรู้ความสามารถและกลยุทธ์ในการบริหารจัดการและนำองค์กรพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทั้งในระดับชาติ (Hospital Accreditation) และนานาชาติ (Joint Commission International) อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบริหารโรงพยาบาลและการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของการเป็นศูนย์กลางการบริการทางการแพทย์ (Medical hub) ของประเทศไทยในภูมิภาคอาเซียน

ถึงแม้ว่ามีการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในต่างประเทศก็ตาม แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อการยืนยันองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในประเทศไทย แม้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในประเทศไทยบ้าง ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิงพรรณนาที่ศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์กับตัวแปรที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ดังนั้นข้อค้นพบของงานวิจัยที่ผ่านมาจึงไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะยืนยันองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ของผู้บริหารการพยาบาลได้ อีกทั้งข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาในบริบทการบริหารการพยาบาลในประเทศไทย เป็นการอธิบายสมรรถนะของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐทั้งหมด โดยยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. ศึกษาปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
3. วิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) ซึ่งอธิบายขอบเขตหน้าที่ของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหาร (Chief Executive Officer) ไว้ 7 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การกำหนดทิศทาง (Giving Direction)
- 2) การดำเนินงานให้สำเร็จ (Making it Happen)
- 3) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร (Relation the Part to the Whole)
- 4) การสร้างพันธมิตร (Building Partnerships)
- 5) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking and Planning)
- 6) การสร้างจิตวิญญาณการเป็น

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

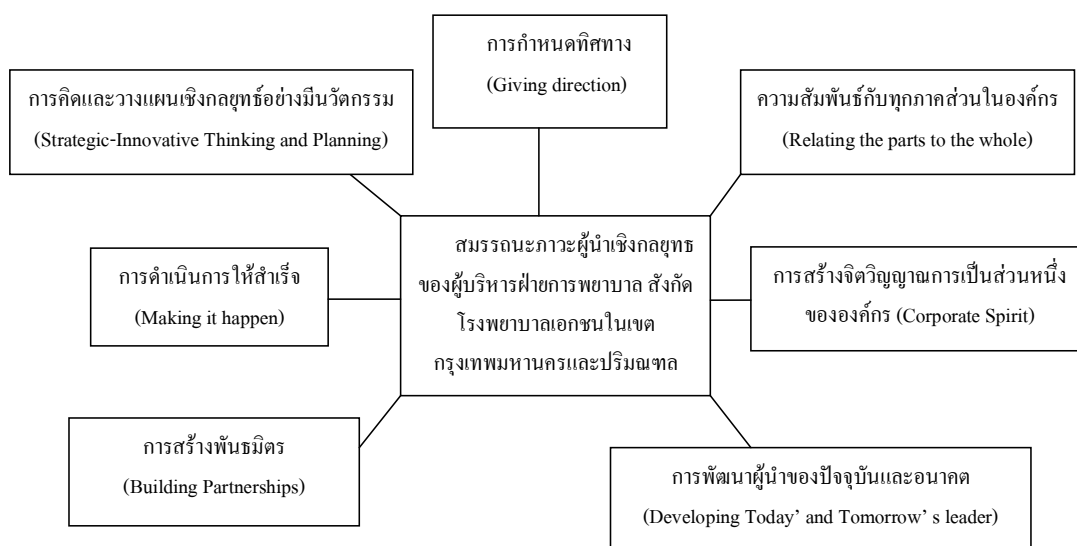
ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

สามาชิกขององค์กร (Corporate Spirit) และ 7) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต (Developing Today' and Tomorrow' s leader)

นอกจากนั้น John Adair (2012) ยังได้ศึกษาภาวะผู้นำนวัตกรรม (Leadership for innovation) โดยเชื่อมโยงกับภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ กล่าวคือ การมีภาวะผู้นำนวัตกรรมต้องมีการคิดเชิงกลยุทธ์ทางบวก (Positive strategic thinking) โดยผู้นำระดับสูงสุด (Chief executive and executive directors) จำเป็นต้องแสดงถึงการมีวิสัยทัศน์ และรับฟังความคิดเห็นเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้เกิดการคิดเชิงสร้างสรรค์ และการสร้างนวัตกรรมในองค์กร John Adair (2009) ได้พิจารณา 3 องค์

ประกอบหลักที่จะทำให้เกิดภาวะผู้นำนวัตกรรม ได้แก่ การคิดเชิงกลยุทธ์ทางบวก (Positive strategic thinking) การจัดทีมคิดสร้างสรรค์ (Organizing for team creativity) และการสร้างแรงจูงใจแก่บุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ (Motivate the creative individual)

ในการศึกษาครั้งนี้คณะวิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด ของ John Adair, 2010 และ 2012 เกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ และ ภาวะผู้นำนวัตกรรม โดยสรุปองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 : องค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาสหสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เป็นการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล

สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 5 แห่ง และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรเป็นผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ระดับสูงและระดับกลาง สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 5 แห่ง โดยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stages sampling) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณจากค่า effect size $d = .5$, confident interval = .90, interval of a certain width = .50 จึงคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 90 ราย (Library MBSS1, 2014) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10-20 (Polit & Hungler, 1999) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างคำถามปลายเปิด ซึ่งใช้ในการเสวนากลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และได้ศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วนำเนื้อหาที่มีลักษณะเดียวกันมาจัดรวมเข้าด้วยกัน แล้วจัดเป็นหมวดหมู่ในแต่ละด้าน แล้วจึงจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล โดยได้ใช้แนวคิดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) และสมรรถนะภาวะผู้นำนวัตกรรมของ John Adair (2012) เป็นแนวคิดหลัก และผู้วิจัยได้เชิญผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 5 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซึ่งได้ชุดข้อคำถามจำนวน 7 ด้าน และมีข้อคำถามทั้งหมด 77 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามโดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์ความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์ของแต่ละข้อคำถาม (Item Objective Congruence: IOC) แล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดสอบหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

(1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามแล้วจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ศึกษาใน 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ได้จัดให้มีการเสวนากลุ่มของกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 7 คน และขั้นตอนที่ 2 ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นนักวิชาการด้านการบริหารการพยาบาล 2 คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูง จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่จะเป็นเครื่องมือการวิจัย แล้วจึงวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สูตรการคำนวณของ Rovinelli and Hambleton (1977: 49-60) พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.80

(2) การตรวจสอบความเที่ยง หรือ ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย (Reliability Test) ภายหลังจากแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี และวิเคราะห์ข้อคำถามเป็นรายข้อและคำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป พบว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่คณะกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนได้พิจารณารับรองแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นแล้ว ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 5 แห่ง แล้วจึงไปพบผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทําวิจัย พร้อมนำส่งแบบสอบถามจำนวน 120 ฉบับ ตามที่ได้คำนวณขนาดและสุ่มตัวอย่างไว้แล้วที่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเป็นระยะโดยได้ใช้เวลา 30 วัน จึงได้แบบสอบถามกลับมา 109 ฉบับ จาก 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.83 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์ได้ 109 ฉบับ จาก 109 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งกลับ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาลงบันทึกเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บได้จากกลุ่มตัวอย่างและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

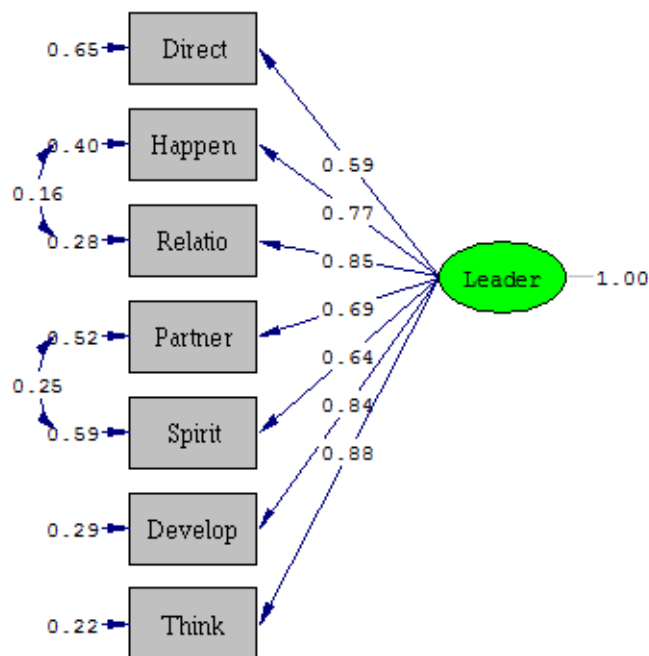
1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อบรรยายสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล และตำแหน่งหน้าที่ของผู้บริหารทางพยาบาลในปัจจุบัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบ เนื่องจากตัวแปรแฝง (Latent Variable) เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง จึงสามารถอ้างอิงทางอ้อมจากตัวแปรที่สังเกตได้ (Observable Variable) ได้ ดังนั้นการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เป็นกระบวนการทางสถิติสำหรับเปิดเผย (Uncovering) ตัวแปรแฝง โดยศึกษาผ่านความ

แปรปรวนระหว่างชุดของตัวแปรที่สังเกตได้ (Joreskog & Sorbom, 1989) ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ว่าแต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรอะไรบ้าง และตัวแปรแต่ละตัวควรมีน้ำหนักหรืออัตราความสัมพันธ์กับคุณลักษณะมากน้อยเพียงใด (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2555: 523 และกริช แรงสูงเนิน, 2554: 77) ต่อจากนั้นผู้วิจัยจึงแปลผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและแสดงผลการวิเคราะห์โมเดลการวัด เพื่ออธิบายผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดล ระหว่างโมเดลตามทฤษฎีที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยพิจารณาจากพารามิเตอร์ต่างๆ ดังนี้ (1) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics) หากพบว่าไม่มีนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (2) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index = CFI) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ทั้งนี้หากดัชนี CFI มีค่ามากกว่า 0.90 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (3) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) และ (4) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) หากมีค่ามากกว่า 0.90 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hu & Bentler, 1999)

ข้อค้นพบใหม่จากการวิจัย

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อแสดงปัจจัยขององค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เมื่อพิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



Chi-Square=11.56, df=12, P-value=0.48165, RMSEA=0.000

แผนภาพที่ 2 : โมเดลการวัดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้วยคำนำหน้าหิ้งองค์ประกอบมาตรฐาน

หมายเหตุ : Direct หมายถึง การกำหนดทิศทาง; Happen หมายถึง การดำเนินงานให้สำเร็จ; Relatio หมายถึง ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร; Partner หมายถึง การสร้างพันธมิตร; Spirit หมายถึง จิตวิญญาณการเป็นสมาชิกขององค์กร; Develop หมายถึง การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต; และ Think หมายถึง การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของ โมเดลการวัดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์หลังจาก การปรับความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการ วัดของโมเดล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูล เชิงประจักษ์ดีมาก โดยพิจารณาจากค่าผลหารระหว่าง ค่าไคสแควร์กับค่าองศาอิสระมีค่าเท่ากับ 0.96 โดยที่ มีค่า 2 เท่ากับ 11.56 และค่าองศาอิสระเท่ากับ 12 โดยที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 (p-value = 0.482) เมื่อพิจารณาดัชนีการวัดระดับ

ความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.97 และดัชนีการ วัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่า เท่ากับ 0.93 ค่าดัชนีรากของกำลังสองของค่าเฉลี่ยความ คลาดเคลื่อนจากการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) มีค่าน้อยกว่า 0.01 ดังนั้นจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยัน การวัดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์

สมรรถนะผู้นำเชิงกลยุทธ์	Loading	SE	λ	R ²
การกำหนดทิศทาง	0.25**	0.04	0.59	0.35
การดำเนินงานให้สำเร็จ	0.32**	0.03	0.77	0.60
ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร	0.35**	0.03	0.85	0.73
การสร้างพันธมิตร	0.32**	0.04	0.69	0.48
จิตวิญญาณการเป็นสมาชิกขององค์กร	0.31**	0.04	0.64	0.41
การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต	0.41**	0.04	0.84	0.71
การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม	0.40**	0.04	0.88	0.78

$\chi^2=11.55$ df=12, $\chi^2/df=1$, p = 0.48, GFI=0.97, AGFI=0.93, RMSEA<0.01, CFI=1

หมายเหตุ ** p< 0.01

จากตารางที่ 1 แสดงองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ มีน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากน้ำหนักมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ (1)การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม ($\lambda = .88$) (2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda =.85$) (3)การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต ($\lambda =.84$) (4)การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda =.77$) (5) การสร้างพันธมิตร ($\lambda =.69$) (6) จิตวิญญาณการเป็นสมาชิกขององค์กร ($\lambda =.64$) และ (7) การกำหนดทิศทาง ($\lambda =.59$) โดยที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) รายข้อจำนวน 76 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.37 - 0.77

ส่วนผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ขององค์ประกอบแต่ละด้านกับตัวแปรของแต่ละด้าน ทั้ง 7 ด้าน พบว่าแต่ละโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดีมาก โดยพิจารณาจากค่าผลหารระหว่างค่าไค-สแควร์กับค่าองศาอิสระมีค่าอยู่ในช่วง 0.90-1.24 โดยมีค่า χ^2 อยู่ในช่วง 7.20-114.75 และค่าองศาอิสระ (df) อยู่ในช่วง 8-80 ทั้งนี้มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ

มากกว่า 0.05 (p-value = 0.063-0.515) เมื่อพิจารณาดัชนีการวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ค่าอยู่ในช่วง 0.96-0.99 และดัชนีการวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าอยู่ในช่วง 0.89-0.96 ค่าดัชนีรากของกำลังสองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนจากการประมาณ (RMSEA) มีค่าอยู่ในช่วง 0.031-0.047 และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน พบว่า ประกอบด้วย 76 ตัวแปรหรือปัจจัย โดยที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกองค์ประกอบของแต่ละโมเดลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) ของตัวแปรทั้ง 76 ตัวแปร มีค่าระหว่าง 0.33-0.81 ดังนี้ (1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม ($\lambda=0.88$) ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ($\lambda =0.51-0.74$) (2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda =0.85$) ประกอบด้วย 15 ปัจจัย ($\lambda =0.37-0.69$) (3) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต ($\lambda =0.84$) ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ($\lambda=0.48-0.74$) (4) การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda=0.77$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ($\lambda =0.33-0.68$) (5) การสร้างพันธมิตร ($\lambda=0.69$) ประกอบด้วย 8 ปัจจัย ($\lambda =0.33-0.77$) (6) จิตวิญญาณการเป็นองค์การ ($\lambda =0.64$) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ($\lambda =0.45-0.81$)

และ (7) การกำหนดทิศทาง ($\lambda=0.59$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ($\lambda=0.48-0.74$)

การอภิปรายข้อค้นพบใหม่จากการวิจัยพบว่าองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประกอบด้วย องค์ประกอบ 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 76 ปัจจัย เรียงลำดับความสำคัญตามน้ำหนักขององค์ประกอบมาตรฐานดังนี้ (1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์ อย่างมีนวัตกรรม ($\lambda=0.88$) ประกอบด้วย 14 ปัจจัย (2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda=0.85$) ประกอบด้วย 15 ปัจจัย (3) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต ($\lambda=0.84$) ประกอบด้วย 11 ปัจจัย (4) การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda=0.77$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย (5) การสร้างพันธมิตร ($\lambda=0.69$) ประกอบด้วย 8 ปัจจัย (6) จิตวิญญาณการเป็นองค์กร ($\lambda=0.64$) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย และ (7) การกำหนดทิศทาง ($\lambda=0.59$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ซึ่งยืนยันองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) ซึ่งได้กำหนดสมรรถนะภาวะผู้นำของประธานเจ้าหน้าที่บริหาร (Chief Executive Officer) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้านที่มีลำดับความสำคัญแตกต่างจากข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ (1) การกำหนดทิศทาง (Giving Direction) (2) การดำเนินงานให้สำเร็จ (Making it Happen) (3) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร (Relation the Parts to the Whole) (4) การสร้างพันธมิตร (Building Partnerships) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking and Planning) จิตวิญญาณการเป็นองค์กร (Corporate Spirit) และการพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต (Developing Today' and Tomorrow' s leader)

ทั้งนี้ องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ด้านการคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคตในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดูบริน (DuBrin, 2012) ซึ่งพบว่าองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ผู้นำที่มีความคิดความเข้าใจระดับสูง (2) ความสามารถในการนำปัจจัยนำเข้ามากำหนดกลยุทธ์ (3) การมีความคาดหวังและการสร้างโอกาสสำหรับอนาคต (4) วิธีการคิดเชิงปฏิบัติ และ (5) การกำหนดวิสัยทัศน์ นอกจากนั้น Carrol, T.L. (2005) ได้ทำวิจัยแบบพรรณนาเชิงการเปรียบเทียบ (Descriptive comparative design) พบว่าทักษะและคุณสมบัติของภาวะผู้นำประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) คักดิ์ศรีของบุคคล (Presonal integrity) (2) การสร้างวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ (Strategic vision/action orientation) (3) ทักษะการสร้างทีมและการสื่อสาร (team building/communication skills) (4) ความสามารถในการบริหารจัดการและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Management and technical competencies) (5) ทักษะด้านบุคคล (People skills) และ (6) ทักษะด้านความอยู่รอดของตนเอง (Personal survival skills) และสอดคล้องกับการศึกษาของเดวิส และเดวิส (Davis & Davis, 2004) ซึ่งพบว่าคุณลักษณะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วยคุณสมบัติ 2 ด้านดังนี้ (1) ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 4 ประการ ได้แก่ (1.1) ความสามารถในการกำหนดทิศทางขององค์กร (1.2) ความสามารถในการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ (1.3) ความสามารถในการปรับสมาชิกขององค์กรให้เข้ากับองค์กร (1.4) ความสามารถในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ และ (2) ด้านคุณลักษณะเฉพาะ ประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ ได้แก่ (2.1) เป็น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ผู้ที่ไม่พอใจกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน (2.2) มีความสามารถในการดูดซับความรู้ใหม่ (2.3) มีความสามารถในการปรับตัว และ (2.4) มีภาวะผู้นำ ฉลาด และมีสติปัญญา การวิจัยครั้งนี้พบว่า การกำหนดทิศทางขององค์กรเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เดส และมิลเลอร์ (Dess and Miller, 1998) ซึ่งได้เสนอว่าพฤติกรรมของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มี 3 ประการ ดังนี้ (1) การกำหนดทิศทางขององค์กร (Setting a direction) (2) การออกแบบองค์การ (Designing the organization) และ (3) การปลูกฝังวัฒนธรรมองค์กร (Instilling a culture)

ข้อค้นพบใหม่จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม การสร้างพันธมิตร และการกำหนดทิศทาง สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่เป็นการทำวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) และการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดังนี้ โสภ อิศระณรงค์พันธ์ และบุญใจ ศรีสถิตยนาทร (2552) ได้ทำการวิจัยชื่อเรื่อง สมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) พบว่าสมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในโรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย 7 ด้านและ 55 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การมีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ มี 9 สมรรถนะ 2) การสร้างแรงบันดาลใจในตนเอง มี 7 สมรรถนะ 3) การปฏิบัติงานที่ยากและท้าทาย มี 6 สมรรถนะ 4) การทำงานเป็นทีม มี 13 สมรรถนะ 5) การมีความคิดสร้างสรรค์ มี 6 สมรรถนะ 6) การมีความรู้และทักษะที่ก้าวหน้าทางการสมัยใหม่ มี 5 สมรรถนะ และ 7) การมีคุณธรรม จริยธรรม มี 9

สมรรถนะ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ของทิพย์สุดา ดวงแก้ว และสุชาดา รัชชกุล (2553) ซึ่งได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ พบว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.613$) และยังสอดคล้องกับการวิจัยชื่อเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาล กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป โดยสุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์ และสุชาดา รัชชกุล (2552) ซึ่งพบว่า ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ($r= 0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการมีวิสัยทัศน์และการบริหารเชิงกลยุทธ์สอดคล้องกับงานวิจัยของอรอุมา วงษ์พานิชและ อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2550) ซึ่งได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิค Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) ชื่อเรื่อง ภาวะผู้นำของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในช่วงปี พ.ศ.2551-2560 พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในช่วงปี พ.ศ.2551-2560 ประกอบด้วย 3 หมวดหลัก โดยจำแนกเป็น 9 ด้าน ดังนี้ หมวดที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย 1.1 ด้านคุณลักษณะและบุคลิกภาพ 1.2 ด้านความรู้ความสามารถ 1.3 ด้านการมีจริยธรรมและคุณธรรมในการปฏิบัติงาน หมวดที่ 2 การสร้างเสริมการทำงานประกอบด้วย 2.1 ด้านการพัฒนาและส่งเสริมการทำงาน

เป็นทีม และการสร้างเครือข่าย 2.2 ด้านการสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการสร้างบรรยากาศในงาน หมวดที่ 3 การบริหารและพัฒนางาน ประกอบด้วย 3.1 ด้านการมีวิสัยทัศน์และการจัดการเชิงกลยุทธ์ 3.2 ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการและการตลาด 3.3 ด้านการจัดการความรู้และการบริหารการเปลี่ยนแปลง และ 3.4 ด้านการบริหารงานทั่วไปและการบริหารทรัพยากรมนุษย์

ข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์จากการวิจัย

จากการจัดอันดับความสำคัญขององค์ประกอบตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบในการวิจัยครั้งนี้ มีนัยสำคัญว่า ผู้บริหารระดับสูงฝ่ายการพยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในด้านที่สำคัญที่สุดอันดับแรก 3 เรื่อง ได้แก่

(1) การคิดเชิงกลยุทธ์ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล และการคิดเชิงนวัตกรรม โดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ในทีม และพยาบาลวิชาชีพที่สังกัดฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งการพยายามพัฒนาความคิดเชิงกลยุทธ์และเชิงนวัตกรรมเพื่อพัฒนาการบริหารงานอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนสนับสนุนให้พยาบาลในสังกัดรับผิดชอบในการพัฒนานวัตกรรมทางโรงพยาบาล

(2) การให้ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ได้แก่ การทำให้พยาบาลวิชาชีพในสังกัดฝ่ายการพยาบาลมีการทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งให้ความสำคัญกับระบบบริหารงานบุคคล ระบบการสื่อสารในองค์กรพยาบาล และระบบการมอบหมายงานที่ยืดหยุ่น

(3) ระบบการพัฒนาภาวะผู้นำและการประเมินผลความสามารถในการบริหารงาน รวมทั้งการส่งเสริมระบบการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

(4) ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชนควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดทำแผนงานและโครงการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพและปริมณฑล เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการและพัฒนาองค์การให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายเพราะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และกระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ จะช่วยให้ผู้บริหารเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและสร้างวิสัยทัศน์ เพื่อกำหนดทิศทางทางการบริหารองค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(5) ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูง อาจนำองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ทั้ง 7 ด้าน ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียม การสรรหา การคัดเลือก การพัฒนา และการประเมินผลการบริหารงานของผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูงของฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

(6) ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชนอาจนำสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ทั้ง 7 ด้านที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินผลงานและประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลทั้งระดับต้นและระดับสูงในสังกัดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารระดับสูงฝ่ายการพยาบาล

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

- ในสังกัดโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศไทย เพื่อยืนยันองค์ประกอบและปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์
- (2) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูงระดับกลาง และระดับต้น ในสังกัดโรงพยาบาลเอกชน
- (3) ควรมีการทำวิจัยเพื่อสร้างคู่มือการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูงในสังกัดโรงพยาบาลเอกชน
- (4) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยขององค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงาน (Operational performance) ของฝ่ายการพยาบาลในสังกัดโรงพยาบาลเอกชน
- (5) ควรมีการทำวิจัยเพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูงในสังกัดโรงพยาบาลเอกชน

บรรณานุกรม

- จิตติภรณ์ ปานชลธิ และบุญใจ ศรีสถิตยีนรากร (2554). องค์ประกอบสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐช่วงปี พ.ศ. 2550-2554. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 23 (1) : 42-53.
- ทิพย์สุดา ดวงแก้ว และสุชาดา รัชชกุล (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 4 (1) : 41-51.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ (2555). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร. บิสนิเนสอาร์แอนด์ดี.
- สภาการพยาบาล (2555). แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2555-2559). นนทบุรี : สภาการพยาบาล-นนทบุรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556). รายงานการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร : สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักสถิติแห่งชาติ.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, ปิฎาภรณ์ ชูตั้งกร, ชนิภาดา ชินอุดมพงศ์, ดร.ณิ รุจกรกานต์และ จุริวรรณ มณีแสง (2554). การประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549. วารสารสภาการพยาบาล. 26(2) : 5-25.
- สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์ และสุชาดา รัชชกุล (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานพยาบาลกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป. วารสารกองการพยาบาล. 23(2) : 15-28

- โสภา อิศระณรงค์พันธ์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2552). การศึกษาสมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่มีศักยภาพสูงโรงพยาบาลทั่วไป. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 20 (2) : 30-40.
- อรอุมา วงษ์พานิชและอารีย์วรรณอ่วมตานี (2551). ภาวะผู้นำของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2551-2560. *วารสารสภากาการพยาบาล*. 23(2) : 10-25.
- Adair, J. (2009). *Leadership for Innovation : How to Organize Team Creativity and Harvest Ideas*. London. Kogan Page.
- Adair, J. (2010). *Strategic Leadership : How to Think and Plan Strategically and Provide Direction*. London. Kogan Page.
- Camrey, A.L., & Lee, H.B. (1992). *A first Course in Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Carrol, T.L. (2005). Leadership skills and attributes of women and nurse executives. Challenges for the 21st century. *Nursing Administration Quarterly*. 29(2).
- Davies, B. J. & Davies, B.(2004). *Strategic Leadership. School Leadership & Management*. 23(1) : 29-38.
- Dess, G.G. & Miller, A. (1998). *Strategic Management*. Sigapore : McGraw-Hill.
- DuBrin,A.J. (2012). *Leadership : Research Findings, Practice, and Skills (7th ed.)*. South-Western College Pub.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Joreskog, K.G. & Sorbom, D. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*. Cambridge, MA : Abt Books.
- Library MBESS1. (2014). from <http://www.unt.rss/class/mike/5700/Statistical/20>, Search date 1 April 2014.
- Lynn, Mary R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. Vol 35(6) : 382-385. doi : 10.1097/00006199-198611000-00017
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principle and methods (6th ed.)*. Philadelphia, PA : J.B.Lipincott.
- Rovinelli,R.J. & Hambleton,R.K. (1977). On the Use Content Specialiats in the Assessment of Criterin Reference Test Item Validity. *Dutch Journal of Educational Research*. 2 : 49-6.

Thompson, B. (2004). Exploratory and confirmatory factor analysis : Understanding concepts and applications. Washington, DC, US : American Psychological Association.





WE ARE ASEAN 

บัญญัติอาเซียน : หน้าต่างความรู้สู่ประชาคมอาเซียน

กองบรรณาธิการ*

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ปี 2558 หรือ AEC 2015 (ASEAN Economics Community) เป็นการรวมตัวของชาติในอาเซียน 10 ประเทศ เพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจร่วมกัน เป็นยุคเปิดเสรีให้สามารถลงทุนธุรกิจและประกอบอาชีพได้ในทุกที่ในภูมิภาคอาเซียน ยกกระตือรือร้นการแข่งขันในภูมิภาคนี้ให้เข้มข้นขึ้น โดยมีข้อตกลงให้ใช้ ภาษาอังกฤษ เป็นสื่อกลางการติดต่อธุรกิจ ในสังคมปัจจุบัน เป็นความยากสำหรับพลเมืองของประเทศไทย เนื่องจากที่ผ่านมามากคนไทยใช้ภาษาอังกฤษสื่อสารในการทำงานน้อยมาก ต้องใช้เวลาพัฒนาอีกยาวนาน ถ้าเทียบกับประเทศที่เคยเป็นอาณานิคมมาก่อน ซึ่งได้เปรียบด้านภาษาอังกฤษเป็นอย่างมาก และต่อไปจะมีการเพิ่มประเทศ จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ เป็นพันธมิตร ตามมาและหากมองไปในอนาคตข้างหน้า จะมีตัวเลือกเพิ่มมากขึ้นในวิชาชีพต่าง ๆ เกณฑ์การคัดเลือกพนักงาน และการประเมินผลงานก็จะเข้มข้นขึ้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมคนให้พร้อมที่จะก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความรู้ด้านภาษา นอกจากสถาบันการศึกษา

ทุกระดับจะต้องเร่งปรับการเรียนการสอนให้มีการใช้ภาษาอังกฤษมากขึ้นแล้ว หน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนก็จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถด้านภาษาและนำไปสู่การปฏิบัติ โดยการช่วยกันรณรงค์ให้มีการใช้ภาษาอังกฤษสื่อสารกัน ในสถานที่ทำงานมากขึ้น และควรปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการออกกฎระเบียบให้ใช้แต่ภาษาอังกฤษเท่านั้นในการสื่อสารภายในองค์กร หากสามารถปฏิบัติได้อย่างจริงจังทุกภาคส่วน เชื่อแน่ว่าคนไทยจะมีความพร้อมในการแข่งขันในประชาคมอาเซียนได้อย่างแน่นอน

สำหรับบัญญัติอาเซียนในวารสารฉบับนี้ จะแนะนำภาษาอาเซียน 10 ประเทศ โดยเริ่มจากคำกล่าวทักทายในภาษาของประเทศสมาชิกอาเซียน รวมทั้งคำศัพท์ที่ควรรู้จักในหมวดต่างๆ ได้แก่ **วันประจำสัปดาห์ เดือน อาชีพ ผลไม้** ที่ใช้เรียกในภาษาต่างๆ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปใช้สื่อสารเบื้องต้นกับประเทศเพื่อนบ้านได้อย่างถูกต้อง

* กองบรรณาธิการ วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ภาษาอาเซียน 10 ประเทศ

ประเทศ	คำกล่าวทักทาย
บรูไน	ซาลามัต ค้าง
อินโดนีเซีย	ซาลามัต เซียง
มาเลเซีย	ซาลามัต ค้าง
ฟิลิปปินส์	กมุสตา
สิงคโปร์	หนีห่าว
ไทย	สวัสดี
กัมพูชา	ซัวสเด
ลาว	สະບາຍດີ
พม่า	มิงกาลาบา
เวียดนาม	ชินจ่าว

วันประจำสัปดาห์

ภาษาไทย	กัมพูชา	ลาว	พม่า	เวียดนาม
วันอาทิตย์	ทะไลอาทิตย์	วันอาทิตย์	ตะนินกะหน่วย	จู่เหญิด
วันจันทร์	ทะไลจัน	วันจัน	ตะนินล่า	ไหง่ถือฮาย
วันอังคาร	ทะไลอ่องเกีย	วันอังกาน	อินก่า	ไหง่ถือบา
วันพุธ	ทะไลปุด	วันพุด	โปกตะฮู	ไหง่ถือตือ
วันพฤหัสบดี	ทะไลปรอห่อ	วันพะหัด	จ่าด่าปะเต	ไหง่ถือนัม
วันศุกร์	ทะไลสก	วันสูก	เต่าจ่า	ไหง่ถือเสา
วันเสาร์	ทะไลเสา	วันเสา	เต่าจ่า	ไหง่ถือไป

ภาษาไทย	อินโดนีเซีย	มาเลเซีย	บรูไน	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์
วันอาทิตย์	ฮารี มิงกู	ฮารี อาฮัด	ฮารี อาฮัด	ลิ่งโก	ซิง ซี เทียน
วันจันทร์	ฮารี เซอนิน	ฮารี อิชนิน	ฮารี อิสนิน	ลูเนต	ซิง ซี ยี
วันอังคาร	ฮารี เซอลาซา	ฮารี เซอลาซา	ฮารี เซอลาซา	มาเตส	ซิง ซี อัวร์
วันพุธ	ฮารี ราบู	ฮารี ราบู	ฮารี ราบู	มิเยอกูเลต	ซิง ซี ซาน
วันพฤหัสบดี	ฮารี กามิส	ฮารี คามิส	ฮารี คามิส	ฮูวีเบต	ซิง ซี ซือ
วันศุกร์	ฮารี ญุมัต	ฮารี ญูมาฮัด	ฮารี จุมฮัด	บิเยเนต	ซิง ซี หู่
วันเสาร์	ฮารี ซับตู	ฮารี ซับตู	ฮารี ซับตู	ซาบาโด	ซิง ซี ลีว

เดือน

ภาษาไทย	กัมพูชา	ลาว	พม่า	เวียดนาม
มกราคม	มกรา	ม้งกอน	เจนยูลี	ถาง หมด
กุมภาพันธ์	ก้อมเพียะ	กุมภา	แฟลเวมลี	ถาง ฮาย
มีนาคม	มินา	มีนา	มัช	ถาง บา
เมษายน	เมษา	เมษา	เอเปลอ	ถาง ตื่อ
พฤษภาคม	อุษาภา	พิดสะพา	เมย์	ถาง นัม
มิถุนายน	มิถุนา	มิถุนา	จูต	ถาง เสา
กรกฎาคม	กักกะคา	กอละกค	จูต	ถาง ไป๋
สิงหาคม	ไส ฮา	สิงหา	ออโก่ง	ถาง คัม
กันยายน	กัญญา	กันยา	แซดดินบ่า	ถาง จิน
ตุลาคม	โตะลา	ตุลา	เอ้าไต่บ่า	ถา เหมื่อย
พฤศจิกายน	วิจนิกา	พะจิก	โน่วินบ่า	ถางเหมื่อย หมด
ธันวาคม	ทะนู	ทันวา	ดีชินบ่า	ถางเหมื่อย ฮาย

ภาษาไทย	อินโดนีเซีย	มาเลเซีย	บรูไน	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์
มกราคม	ญานูวารี	ญานูวารี	เจนฮัวรี	เนโร	ยี่ เย่ว
กุมภาพันธ์	เฟบวารี	เฟบวารี	เฟ็บบวารี	เปเปโร	ฮาร์ เย่ว
มีนาคม	มาเรต	มาจ	มัค	มาโซ	ซาน เย่ว
เมษายน	อัปรีล	อัปรีล	เอพริล	อาบิล	ชือเย่ว
พฤษภาคม	เม	เม	เม	มาโย	หฺวูเย่ว
มิถุนายน	ญูนี	ญูน	จูน	สุนโย	ลิว เย่ว
กรกฎาคม	ญูลี	ญูไล	จูลัย	สตูลโย	ชี เย่ว
สิงหาคม	อาฆุซตุซ	ญูไล	ออก็อส	ากอสโต	ปา เย่ว
กันยายน	เซปเตมเบร	เซปเตมเบร	เซ็ปเท็มเบอ	เซเตมเบร	จิว เย่ว
ตุลาคม	อ็อกโตเบร	ฮ็อกโตเบร	ฮ็อกทูเบอ	ออกตูเบร	ถือเย่ว
พฤศจิกายน	โนแวมเบร	โนแวมเบร	โนเว็มเบอ	โนนมเบร	ถือ อีเย่ว
ธันวาคม	เดเซมเบร	ดีเซมเบร	ดีเซ็มเบอ	ดิเซมเบร	ถือ ฮาร์ เย่ว

อาชีพ

ภาษาไทย	กัมพูชา	ลาว	พม่า	เวียดนาม
พยาบาล	เนียะ กรู เปด	นางแพด	คูน่าปิว	อี ต้า
แพทย์	โลก กรู เปด	หมอ	สะหย่าวุ่น	บ๊าก สี
ครู	กรู	กู	สะหย่า	สาว เวียน
ชาวนา	เนียะ เสาร์	ชาวนา	เลี้ยตะมา	นงเหียน
พ่อครัว	จิง เกา (โปรซ-ผู้ขาย)	พ่อเอียน	สะโพมู	นาม เคียว เบ็บ
นักร้อง	เนียะ เสาร์	นักร้อง	อะ โซค่อ	กา สี
ทหาร	เดี่ย เอียน	ทะหาน	ชิกตา	เหง้อย หลิง
ช่างยนต์	เจียง ย่น	ส้อมแปงลด	แซดสะหย่า	เกอ จี
ช่างตัดเสื้อ	เจียง กัด ซ็อก	ช่างตัดผม	แซด โชกตะมา	เถอะ ไม
ตำรวจ	โป ลีส	ตำรวจ	แย	แก่ง ซ้าด
นักดนตรี	เนียะ ศิลปะ ค่อนไทร	นักดนตรี	กิด้าตะมา	หยัก สี

ภาษาไทย	อินโดนีเซีย	มาเลเซีย	บรูไน	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์
พยาบาล	ณูร ราวัต	ณูร ราวัต	จูรราวัต	นาส	อู่ ชื่อ
แพทย์	ค็อกเตอร	ค็อกโตร	ค็อกเตอร	คอกเตอ	ยี่ เจิง
ครู	ฆูรู	ฆูรู	ค็อกเตอร	กูโร	หล่าว ชื่อ
ชาวนา	เปอตานิ	เปอตานิ	เปอตานิ	มากชาซากา	หนง หมิน
พ่อครัว	โกกิ	คูกิง มาซัง	เซฟ	กูสินเน โร	ซุย ชื่อ หยวน
นักร้อง	เปอยายี	เปอยายี	เปอยายี	มานกาอาวิต	เกอ ช่าง เจีย
ทหาร	ตันเตอร่า / ปราณูริด	เตินเตอร่า	ตันเตอร่า	ซุนดาโล	จวิน เหริน
ช่างยนต์	เมกานีกา	เมกานิก	จูรู เอ็นเจิน	เมกานิก โก	กง เจิง ชื่อ
ช่างตัดเสื้อ	เปินญาฮิต ปาไกฮัน	คูกิง ญาฮิต	คูกิง จาฮิต	ชาสเต	เจิง อี เจียง
ตำรวจ	โปลิส	โปลิช	โปลิส	ปูลิส	จิง ฉา
นักดนตรี	เปอมูซิก	เปอมูซิก	เปอมิวสิก	มูสิกีโร	อิน เตอ เจีย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ผลไม้

ภาษาไทย	กัมพูชา	ลาว	พม่า	เวียดนาม
มะม่วง	สวาย	หมากม่วง	คำแสดดี	ชว่าย
ลำไย	ฝ้าย	ลำไย	นินตี	ห้วย
ฝรั่ง	ดรอ แบก	หมากสีดา	มาลากะดี	โอ้ย
ทุเรียน	ทุ เรน	ทุเรียน	คูยีนตี	เชี้ยว เรียง
ขนุน	ขนน	หมากหมี่	เปงแนตี	มิด
มะละกอ	ละ หง	หมากหุ้ง	ดินปอติ	คู คู้
กล้วย	เจก	หมากหุ้ง	งะเปียวตี	จ้วย
แตงโม	โอ้ว ลิก	หมากโม	พะเยตี	เขือ เทว
เงาะ	โอ้ว ลิก	เงาะ	เจดเม้าตี	ชม ชม
ส้ม	โกรซ	ส้ม	เล็งม่อตี	กาม
แอปเปิ้ล	ปอม	แอปเปิ้ล	ปานตี	กว่า ถาว
สับปะรด	มะ เนียนส	หมากนัค	น้านคตี	กว่า เขือ

ภาษาไทย	อินโดนีเซีย	มาเลเซีย	บรูไน	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์
มะม่วง	บูวะห์ มังฆา	บูวะห์ มังฆา	แอปเปิล	มานังกา	หมาง กั่ว
ลำไย	เลงเกง	มาตา กูจิง	มังฆิซ	ลองกาน	หลงเหยียน
ฝรั่ง	ญัมบู บาตู	ญัมบู	จัมบู บีจี	บายาบาต	ฟาน สือ หลิว
ทุเรียน	คูเรียน	คูเรียน	คูเรียน	คูเรียน	หลิว เหลียน
ขนุน	นังกา	นังกา	นังกา	ลังกา	ปัว หลัว มี
มะละกอ	เปอปาชา	เบอดิก	เบอดิก	ปาปาชา	มู่ กวา
กล้วย	ปีซัง	ปีซัง	ปีซัง	ซากิง	เซียงเจียว
แตงโม	เซอมังกา	เคิมปีโก	เคิมปีกัย	ปากะวาน	ชีกวา
เงาะ	รัมบูตัน	รัมบูตัน	รัมบูตัน	รามบูตัน	หง หมาว ตาน
ส้ม	ญูรูก	สีเม	ปีซัง	ดาลานดาน	จู้ จี้
แอปเปิ้ล	อาเปิล	เอเปิล	แอปเปิล	มานซานาส	ผิง กั่ว
สับปะรด	น่านซ์	เนอนซ์	น่านซ์	ปินยา	ปัว หลัว

บรรณานุกรม

พิมุติ รุจิรากุล. (2556). อาเซียนศึกษา เรียนรู้ภาษาอาเซียน. กรุงเทพฯ : ศรีเอทบุ๊กส์.
ภาษาอาเซียน เตรียมพร้อมอีกก้าวกับ AEC. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2557, จาก
<http://www.thaifranchisecenter.com/AEC>.
ภาษาอาเซียน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2557, จาก
<http://www.ceted.org/tutorceted/language.html>.



**คำแนะนำในการเขียนผลงานวิชาการและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน**

กองบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. ประเภทของผลงานวิชาการ

1.1 ประเภทบทความวิชาการ

บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวกับการบริการการศึกษา การวิจัย และวิชาการ หรือเป็นการนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในทางวิชาการที่น่าสนใจ การวิเคราะห์ประเด็นกลุ่มงานวิจัย เพื่อให้เห็นประเด็นความรู้ที่ได้และแนวทางในการทำวิจัยต่อไป

1.2 ประเภทบทความวิจัย

บทความวิจัย : เรื่องที่ส่งไปตีพิมพ์จะต้องเป็นผลงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่เสร็จสมบูรณ์แล้วและเป็นเรื่องที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

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 และสื่อความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มุมขวาใต้ชื่อเรื่องกรณีผู้แต่งหลายคนให้เรียงลำดับความสำคัญตามวุฒิ หรือตำแหน่งวิชาการในงานนั้นๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ท้ายนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ ดังตัวอย่าง

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม - ปี - เลขหน้า ดังตัวอย่าง (ศากุล ช่างไม้ , 2550 : 21) (Fawcett and Downs, 2006 : 10)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

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

5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

6) สรุปผลการวิจัย และวิเคราะห์ผลการวิจัย

7) วิวิจารณ์และอภิปรายผลการวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปรเพศ (n=384)

ความคิดเห็น ชาย	(n=169)		หญิง (n=215)		t	p
	X	S.D.	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 : ใช้การอ้างอิงระบบเอพีเอ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.
เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). การใช้ยาน้ำบาดาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// "ชื่อบทความ".// ชื่อวารสาร.// ปีที่ (ฉบับที่).// หน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของบทความ.

ธวัช โลพันธ์ศรี. (2530). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// เมืองที่พิมพ์.// สถานศึกษา.

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

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง/(ปีที่พิมพ์).ชื่อเรื่อง/[ประเภทสื่อ].//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.
สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินทางปฏิรูปการศึกษา. [ออนไลน์].

สืบค้นเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก <http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/>.

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

5) บทความหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ.//”ชื่อบทความ”.//ชื่อหนังสือพิมพ์ /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). “ข้าวไกลนา”. สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินผลงานวิชาการ

3.1 ผู้เขียนต้องกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม นำส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกครั้ง เพื่อความสะดวกในการติดต่อของฝ่ายเลขานุการวารสารฯ โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้จากเว็บไซต์ ที่ <http://library.christian.ac.th/ctujournal/main.php>

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาผลงานวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป หากผ่านการพิจารณาจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลงานโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

3.3 บุคคลภายนอกที่ต้องการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยคริสเตียน ต้องจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Peer review) ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ หลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินผลงานเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์แล้วกองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.8 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

ด้านล่างนี้

3.9 ผู้เขียนต้องส่งเอกสารต้นฉบับและไฟล์บทความทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่

เลขานุการคณะกรรมการวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

อาจารย์นิพนธ์ ทักษะกุลธร

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

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 แต่ถ้าจะให้สันนิษฐานในฐานะที่เป็นนักภาษาศาสตร์คนหนึ่งก็คงต้องสันนิษฐานว่า มีมานานตั้งแต่ก่อกำเนิดของชนชาติไทยหรือไม่ก็หลังจากนั้นไม่นานนัก ถ้าถามว่าแหล่งกำเนิดของชนชาติไทยอยู่ที่ไหน ปัญหานี้มีคำตอบอยู่หลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีว่าคนไทยอพยพจากเหนือลงใต้ ทฤษฎีว่าคนไทยอพยพจากใต้ขึ้นเหนือ ทฤษฎีว่าคนไทยอยู่ประเทศไทยมานานแล้วไม่ได้อพยพไปไหนหรือมาจากไหน ทฤษฎีเหล่านี้ต่างก็อาศัยหลักฐานทางภาษา และโบราณคดีมาประกอบทฤษฎี ใครจะเชื่อทฤษฎีไหนไม่มีใครห้าม แต่ถ้าจะเชื่อทฤษฎีทางภาษาของนักภาษาศาสตร์เป็นหลัก แหล่งกำเนิดของชนชาติไทยหรือชนชาติไหนจะอยู่บริเวณทางตอนเหนือของลาวกับเวียดนาม

* รองศาสตราจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ตัวอย่างบทความวิจัย

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 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการที่อาศัยอยู่ในวัดวังนายทายคาราม 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 300 บาท

สมาชิกราย 2 ปี (8 ฉบับ) เป็นเงิน 550 บาท

สมาชิกราย 3 ปี (12 ฉบับ) เป็นเงิน 800 บาท

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

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

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น ☐ เงินสด ☐ ธนาณัติ ☐ ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : การส่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาลงจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000

หรือ ตู้ ปณ. 33 อำเภอเมือง นครปฐม 73000

(วงเล็บมุมของ "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 (กรุณาส่งเครื่องหมายในช่องที่ต้องการ)

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 ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์

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

❸ สถาบันกรุงเทพคริสตศาสนศาสตร์

71 ซอยวชิรธรรมสาริต 37 ถนนสุขุมวิท 101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th