

EMOTIONAL QUOTIENT LEVEL AND RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS OF THE EMOTIONAL QUOTIENT STUDENT'S, RANGSIT UNIVERSITY*

*Kosum Sathavong, RN, MNS., ***

*Mansaporn Vitoonmatha, RN, Ph.D.****

Backgrounds and Purposes: The purposes of this descriptive research were to study Emotional Quotient level and relationship between selected factors of The Emotional Quotient of Rangsit University's students

Research Method The samples were 427 students from all level of The faculty of Nursing Science, Faculty of Business, Faculty of Engineer and Faculty of Architecture of the academic year 2002. The research instrument was The Emotional Quotient Questionnaire for person between 18-60 years of age, which was developed by The Mental Health Department, Ministry of Public Health. The instrument was tested for content validity and reliability using alpha Cronbach's coefficient were .88 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson Product Moment Correlation, and One way Analysis of Variance.

Significant findings: The results were as follows:

1. The students' Emotional Quotient level such as excellence aspect, good aspect and happiness aspect were at normal level except the good self control of good aspect was higher than normal level.
2. The Sex, Age and Grade Point Average were no significantly related to Emotional Quotient.
3. The student's level were significantly related to Emotional Quotient at .05 level.
4. The students in difference faculty were significantly related to emotional quotient at .05 level.
5. The students' expense per month, family income per month, relationship between father, mother, brother/sister, peer relationship in institute were significantly related to Emotional Quotient at .05 level.

Conclusion and Suggestions: The research recommended that The Emotional Quotient program of development should be implement for all students to improve their high level of all Emotional Quotient aspects. The relationship between the students and peer institute should be developed for close up and warm -love pattern.

Keywords: Selected factors, Emotional Quotient

* *Research grant from Rangsit Univers*

** *Instructor, School of Nursing, Rangsit University*

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต *

โกสุม เศรษฐาวาส, RN, MNS., **

มนสภรณ์ วิจิตรเมธา, RN, Ph.D. ***

บทคัดย่อ : การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่าง

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาทุกชั้นปี จาก 4 กลุ่มคณะวิชา ปีการศึกษา 2545 จำนวน 427 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำหรับกลุ่ม 18-60 ปี หาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(r) และความแปรปรวนแบบทางเดียว

(One –way Analysis of variance)

ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษามีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติทั้งด้านเก่ง ด้านดีและด้านสุข แต่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี รายย่อยด้านการควบคุมตนเองสูงกว่าปกติ 2) นักศึกษาที่มีเพศ อายุ เกรดเฉลี่ย แตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน 3) นักศึกษาชั้นปีคณะ แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) นักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา สัมพันธภาพกับพี่น้อง สัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ ควรจัด โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับนักศึกษาทุกชั้นปีเพื่อพัฒนาระดับความฉลาดทางอารมณ์ในทุกด้านให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น และควรพัฒนาสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันสำหรับนักศึกษาให้เป็นแบบใกล้ชิด แบบรัก-อบอุ่นจะพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์

* ทูสนันสนุนการวิจัย จากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ หรือ อีคิว คือ ความสามารถในการใช้ปัญญาในการคิด การพูดและกระทำสิ่งต่าง ๆ สามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จ เป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข การพัฒนาบุคคลให้มีอารมณ์ดีเป็นพื้นฐานส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของบุคคล คนที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง คือคนที่ได้รับการอบรมกล่อมเกลาและพัฒนาเป็นอย่างดีสามารถรับรู้เข้าใจความต้องการของตนเองสามารถจัดการกับความรู้สึกของตนเองได้ดี เข้าใจความรู้สึกของคนอื่นได้ง่าย สามารถใช้ทักษะทางอารมณ์ ความคิด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและมักประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงาน มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถสร้างสรรค์งานใหม่ ๆ ได้

เชาวน์อารมณ์ เป็นความรู้เท่าทันทั่วทั้งที่ในความเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ของคนและคนอื่น สามารถวัดและประเมินเป็นช่วงค่าตัวเลขได้ ในความเป็นจริงของชีวิตบุคคลจะเป็นสุข ประสบความสำเร็จได้ต้องประกอบด้วย เชาวน์ปัญญาและเชาวน์อารมณ์หรือเรียกว่ามีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence :E.Q.)¹ ปัจจุบันเชื่อว่าคนที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมักประสบความสำเร็จในชีวิต เพราะสามารถจัดการกับความรู้สึกของตนเองได้ดี มีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสม

เนื่องจากได้รับการพัฒนามาดี มีความเข้าใจตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถสร้างสรรค์งานใหม่ๆ ออกมาได้เสมอ สามารถรับรู้เข้าใจความรู้สึกของคนอื่นมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม¹ ผลการศึกษาวิจัยพบว่าอารมณ์มีบทบาทและอิทธิพลต่อด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออกรวมทั้งความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความสามารถทางอารมณ์ คือ การตระหนักเข้าใจตนเองและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึ่งคุณสมบัติทางอารมณ์เหล่านี้เป็นตัวกำหนดถึงความสำเร็จในการดำเนินชีวิตและมีความสุขหรือไม่²

หน่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต (เดิมชื่อหน่วยจิตวิทยาการศึกษา) ฝ่ายกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต ได้เปิดดำเนินการให้การปรึกษาแนะแนวแก่นักศึกษามาตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ.2542 เป็นต้นมา ตลอดระยะเวลาที่เปิดให้บริการ ผู้มารับบริการที่เป็นนักศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านการเรียน ความเครียด และผู้ป่วยบางรายต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะทางจิตเวชเพื่อรักษาอาการทางจิตใจอารมณ์พฤติกรรม ซึ่งมีสถิติในการรับบริการ คือ ปีการศึกษา 2544 มีสถิตินักศึกษามาขอรับบริการที่หน่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตรวม 56 ราย ส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านการเรียนร้อยละ 35.71 รองลงมาคือ ปัญหาความเครียด ร้อยละ 16.07 และต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันทีร้อยละ 5.35 ปีการศึกษา 2545 พบว่านักศึกษาที่มาขอรับบริการ 52 รายแยกเป็นการขอรับบริการในคลินิกให้คำปรึกษา 30 ราย และขอรับบริการทางโทรศัพท์ 22 ราย พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านการเรียนร้อยละ 19.23 รองลงมาคือปัญหาความเครียดร้อยละ 17.30 และส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันทีร้อยละ 5.35 และปีการศึกษา 2546 มีผู้มารับบริการ 7 ราย รับบริการ 9 ครั้ง ซึ่งเป็นการรับบริการในคลินิก 9 ครั้ง และไม่มีผู้รับบริการทางโทรศัพท์ พบปัญหาเรื่องการเรียน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 ปัญหาความเครียดและกังวล 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 และ ส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันที 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11

คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ และลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสถาบัน คือ คนเก่ง คนดี และมีความสุขหรือ มีอิทธิพล ปัญหาของนักศึกษาส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ชีวิตที่ไม่มีประสิทธิภาพ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ สาเหตุของความบกพร่องในการปรับตัวเผชิญปัญหา ว่ามีปัจจัยด้านใดที่เกี่ยวข้องบ้าง รวมทั้งแสวงหาแนวทางและรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ การพัฒนาบุคลิกภาพ ให้มีความฉลาดคิด ฉลาดพูด ฉลาดทำ มีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่น มีการพัฒนาตนเองอย่างสร้างสรรค์และมีความยั่งยืน มีความรับผิดชอบ มีความพร้อมในการศึกษาเล่าเรียนและการทำงาน รวมทั้งสามารถปรับตัวแก้ไขข้อขัดแย้งและเผชิญปัญหาได้ เสริมสร้างความรู้ความภาคภูมิใจ พัฒนาแรงจูงใจในการศึกษาเล่าเรียน รวมทั้งพัฒนาสุขภาพจิตของตนให้สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพสามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการทำงานและการดำเนินชีวิตในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยรังสิต
2. ประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี มหาวิทยาลัยรังสิต
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต
4. เปรียบเทียบระดับความฉลาดทางอารมณ์ในแต่ละองค์ประกอบของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต มีอะไรบ้าง
2. ปัจจัยคัดสรรมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิตอย่างไร
3. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา เป็นอย่างไร

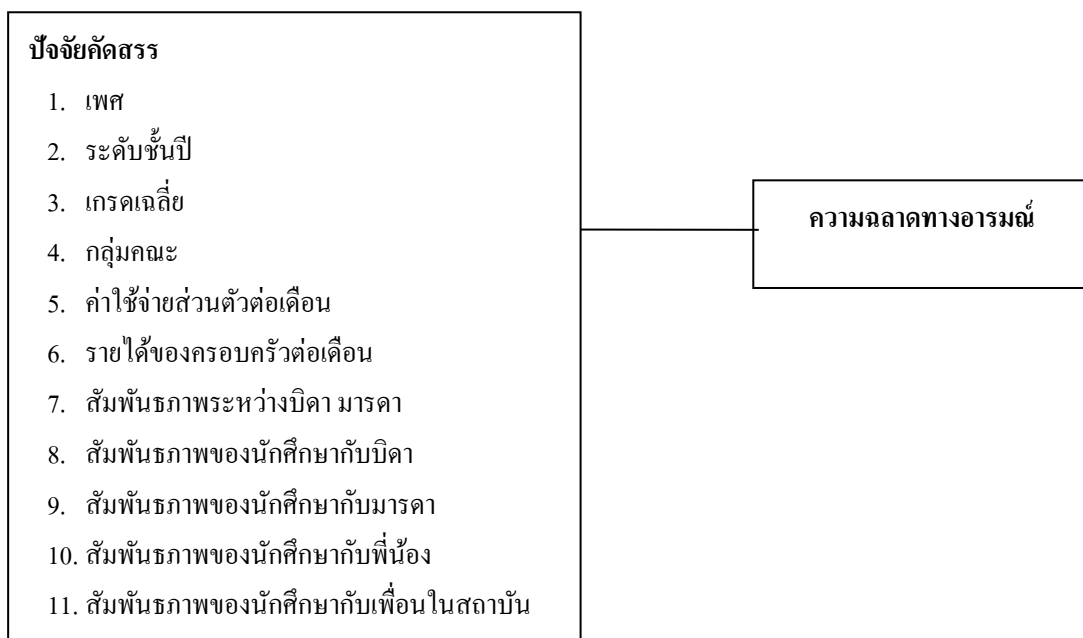
4. องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางอารมณ์อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาระดับชั้นปีที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกัน
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ย กลุ่มคณะ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวและรายได้ของครอบครัวต่อเดือน สัมพันธภาพระหว่างบิดา-มารดา สัมพันธภาพของนักศึกษาต่อบิดา สัมพันธภาพของนักศึกษาต่อมารดา สัมพันธภาพของนักศึกษาอยู่กับพี่น้อง สัมพันธภาพของนักศึกษาอยู่กับเพื่อนในสถาบันมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับเชาวน์ปัญญาและเชาวน์อารมณ์หรือเรียกว่ามีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence = E.Q.) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ย กลุ่มคณะ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สัมพันธภาพของนักศึกษาต่อบุคคลรอบข้าง เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ สาเหตุของความบกพร่องในการปรับตัวเผชิญปัญหา ว่ามีปัจจัยด้านใดที่เกี่ยวข้องบ้าง รวมทั้งแสวงหาแนวทางและรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ การพัฒนาบุคลิกภาพ ให้มีความฉลาดคิด ฉลาดพูด ฉลาดทำ มีการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่น มีการพัฒนาตนเองอย่างสร้างสรรค์และมีความยั่งยืน มีความรับผิดชอบ มีความพร้อมในการศึกษาเล่าเรียนและการทำงาน รวมทั้งสามารถปรับตัวแก้ไขข้อขัดแย้งและเผชิญปัญหาได้ เสริมสร้างความภาคภูมิใจ พัฒนาแรงจูงใจในการศึกษาเล่าเรียน ซึ่งนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง องค์ประกอบที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) รายได้หรือค่าใช้จ่ายส่วนตัวของนักศึกษา การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อนฐานะ เศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัว และ การขอคำปรึกษาแนะนำ

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : E.Q.) หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์ ที่จะช่วยในการพัฒนาศักยภาพตนเองให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านดี ประกอบด้วย การควบคุมตนเอง การเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ **ด้านเก่ง** ประกอบด้วย การมีแรงจูงใจ การตัดสินใจ แก้ปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น และ **ด้านสุข** ประกอบด้วย ความพอใจในชีวิต ความสุขทางจิตใจ

นักศึกษา หมายถึง นักศึกษาทุกชั้นปีที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษา 2 ปีการศึกษา 2544 ใน 4 กลุ่มคณะของ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้แก่ กลุ่มคณะแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มคณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มคณะ ศิลปะและการออกแบบและกลุ่มคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยรังสิต

สถานที่ทำการเก็บข้อมูล

1. กลุ่มทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 100 คน
2. กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยรังสิต ปีการศึกษา 2544 จำนวน 427 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ในกลุ่มวิชาคือ

กลุ่มคณะแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มคณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี

กลุ่มศิลปะและการออกแบบ และกลุ่มคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ซึ่งกำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2544 รวม 18 คณะ จำนวน 12,579 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จาก 4 กลุ่มคณะ ได้แก่ กลุ่มคณะแพทยศาสตร์และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มคณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีกลุ่มคณะศิลปะและการออกแบบ และกลุ่มคณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ รวมทั้งหมด 18 คณะ จำนวน 12,579 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิค ของ Yamane (อ้างถึงใน ประคอง กรรณสูตร, 2538)

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

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดตัวอย่างประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนเท่าที่ยอมรับได้

กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 390 คน และการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างประชากรประมาณ 427 คน โดยทำการกลุ่มตัวอย่างประชากร ที่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 โดยใช้เทคนิค Stratified Sampling ดังนี้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างประชากร เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยรังสิต มี 4 กลุ่มคณะ มี 45 สาขาวิชา การกลุ่มตัวอย่างประชากร ที่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยรังสิต ใน 4 กลุ่มคณะ ซึ่งมี 45 สาขาวิชา โดยใช้เทคนิค Stratified Sampling ซึ่งการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากคณะต่าง ๆ เก็บได้สมบูรณ์ และมีนักศึกษา 5 ชั้นปี โดยคณะสถาปัตยกรรมมีชั้นปีที่ 5 รวมอยู่ด้วย ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1 จำนวน 132 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 105 คน และชั้นปีที่ 3 จำนวน 77 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 90 คน และ ชั้นปีที่ 5 จำนวน 23 คน รวม 427 คน

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่1-4 มหาวิทยาลัยรังสิต ปีการศึกษา 2544 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาทั้ง 4 ชั้นปีที่ ใน 4 กลุ่มคณะสาขาวิชา ของมหาวิทยาลัยรังสิต
2. ใช้แบบประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต (โดยวัดในกลุ่มอายุ 18-60 ปี) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ที่ที่นักวิจัยเรื่องความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากต่างประเทศ และพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือและกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมประเพณีวัฒนธรรมไทย และนำมาศึกษาวิจัย ทดลองใช้กับคนไทยทั่วประเทศจำนวนกว่า 1600 คน โดยนักจิตวิทยาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ = 0.8 และนำแบบประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ ออกเผยแพร่ในเดือนกันยายน พ.ศ.2543 ในงานประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. ใช้แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 – 4 มหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งประกอบด้วย
 - 3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) รายได้หรือค่าใช้จ่ายส่วนตัวของนักศึกษา
 - 3.2 ข้อมูลด้านครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัว
 - 3.3 ข้อมูลด้านสังคม สัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบัน การขอคำปรึกษา/แนะนำ
4. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ (4.1) ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) รายได้หรือค่าใช้จ่ายส่วนตัวของนักศึกษา ด้วยการเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัว และ (4.2) ตัวแปรตาม คือ ความฉลาดทางอารมณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดย

1. กำหนดค่าร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ ของกลุ่ม ตัวอย่าง จำแนกตามชั้นปีและกลุ่มสาขาวิชาโดยหา สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(r) .
2. หาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของแบบวัด

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ในแต่ละองค์ประกอบ โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of variance)

อุปกรณ์การวิจัย

1) อุปกรณ์ที่จำเป็นในการวิจัย

1.1 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์

2) อุปกรณ์การวิจัยที่มีอยู่แล้ว

2.1 แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำหรับกลุ่ม 18-60 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล 3 ด้านคือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) และค่าใช้จ่ายส่วนตัวของนักศึกษา

1.2 ข้อมูลด้านครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัวฐานะเศรษฐกิจ และรายได้ของครอบครัว

1.3 ข้อมูลด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบัน การขอคำปรึกษา/แนะนำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิตศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากต่างประเทศและปรับปรุงเครื่องมือและกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับความเป็นแบบวัดที่ใช้ในกลุ่มอายุ 18 –60 ปี ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ทีมนักวิจัยเรื่องความฉลาดและประเพณีวัฒนธรรมไทย แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตด้านเก่งและด้านความสุข มีทั้งหมด 52 ข้อ ในแต่ละด้านยังแบ่งเป็นด้านย่อยดังนี้

ด้านดี ประกอบด้วย 3 ด้านย่อยมี 18 ข้อ ได้แก่ การควบคุมตนเอง ตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 6 เห็นใจผู้อื่น

ตั้งแต่ข้อ 7 ถึงข้อ 12 รับผิดชอบ ตั้งแต่ข้อ 13 ถึงข้อ 18

ด้านเก่ง ประกอบด้วย 3 ด้านย่อย มี 18 ข้อ ได้แก่ มีแรงจูงใจ ตั้งแต่ข้อ 19 ถึงข้อ 24 ตัดสินใจและแก้ปัญหา ตั้งแต่ข้อ 25 ถึงข้อ 30 สัมพันธภาพตั้งแต่ข้อ 31 ถึงข้อ 36

ด้านความสุข ประกอบด้วย 3 ด้านย่อยมี 16 ข้อ ได้แก่ ภูมิใจตนเอง ตั้งแต่ข้อ 37 ถึงข้อ 40 พอใจชีวิตตั้ง

ตั้งแต่ข้อ 41 ถึงข้อ 46 สุขสงบทางใจตั้งแต่ข้อ 47 ถึงข้อ 52

วิธีการใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์โดยให้เลือกตอบจากข้อความที่ระบุถึงอารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวของแต่ละความจากคำตอบไม่จริง จริงบางครั้ง ก่อนข้างจริง จริงมาก

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งการให้คะแนนเป็น 2 กลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1,4,6,7,10,12,14,15,17,20,22,23,25,28,31,32,34,36,38,39,41,43,44,46,48,49,50

แต่ละข้อให้คะแนน คือ ตอบไม่จริงให้ 1 คะแนนตอบจริงบางครั้งให้ 2 คะแนน ตอบก่อนข้างจริงให้ 3 คะแนน และตอบจริงมากให้ 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อที่ 2.3.5.8.9.11.13.16.18.19.21.23.26.27.29.30.33.35.40.45.47.51.52

แต่ละข้อให้คะแนน คือ ตอบไม่จริงให้ 4 คะแนน ตอบจริงบางครั้งให้ 3 คะแนน ตอบค่อนข้างจริงให้ 2 คะแนน และตอบจริงมาก ให้ 1 คะแนน

การรวมคะแนน ด้านดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และความรับผิดชอบต่อส่วนรวมโดยรวมคะแนนทุกด้านตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 18 **ด้านเก่ง** หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น โดยรวมคะแนนทุกด้านตั้งแต่ข้อ 19 ถึง ข้อ 36 **ด้านความสุข** หมายถึง ความสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข โดยรวมคะแนนทุกด้านตั้งแต่ข้อ 37 ถึง ข้อ 52 หลังจากนั้นจึงแปลผลความฉลาดทางอารมณ์แบ่งเป็นช่วงคะแนนปกติและคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านย่อยดังนี้

ช่วงคะแนนปกติ		คะแนนเฉลี่ย
1. ด้านดี		
1.1 ควบคุมตนเอง	13-18	15.54
1.2 เห็นใจผู้อื่น	16-21	18.27
1.3 รับผิดชอบ	17-23	19.86
2. ด้านเก่ง		
2.1 มีแรงจูงใจ	15-21	18.22
2.2 ตัดสินใจและแก้ปัญหา	14-20	17.22
2.3 สัมพันธภาพ	15-20	17.62
3. ด้านความสุข		
3.1 ภูมิใจตนเอง	9-14	11.65
3.2 พอใจชีวิต	16-22	19.18
3.3 สุขสงบทางใจ	15-22	18.51

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความฉลาดทางอารมณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ โดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาทดลองใช้กับคนไทยทั่วประเทศประมาณ 1,600 คน ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .80 และได้ นำแบบประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ออกมาเผยแพร่ในเดือนกันยายน 2543 ในงานประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความฉลาดไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 100 คน คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยนี้ต่อคณบดีคณะกลุ่มวิชา 4 กลุ่มคณะ เพื่อ ขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1-5 ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2544 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2545 โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือวิจัยให้

นักศึกษาตอบและเก็บรวบรวมกลับคืนได้ทั้งหมด 429 คน ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 99.53

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำแนกตามชั้นปีและกลุ่มสาขาวิชาโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ในแต่ละองค์ประกอบโดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One –way Analysis of variance)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.9 และน้อยที่สุดเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 46.1 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.9 รองลงมาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 24.6 และน้อยที่สุดเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 5.4 นักศึกษาส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 19 และน้อยที่สุดคืออายุ 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 0.2 เกรดเฉลี่ยระหว่าง 2.00-3.00 มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75.9 รองลงมา 3.01-4.00 คิดเป็นร้อยละ 19.2 และเกรดเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.00 มีน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.9 ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนของนักศึกษาส่วนใหญ่มากกว่าเดือนละ 4,000 บาท มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมา เดือนละ 3,001-4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.5 และน้อยที่สุดเดือนละต่ำกว่า 2,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 2.6 ส่วนความเพียงพอของค่าใช้จ่ายพบว่า

1.2 ข้อมูลด้านครอบครัวของนักศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามีค่าใช้จ่ายเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาไม่พอใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 25.1 และมีเหลือเก็บออมคิดเป็นร้อยละ 4.2 รายได้ของครอบครัวนักศึกษาคือเดือนพบว่าส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,000-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.4 รองลงมารายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดรายได้มากกว่า 60,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.6 สัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา ส่วนใหญ่แบบรักอบอุ่น-ผูกพัน คิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมาแบบใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 18.7 และน้อยที่สุดเป็นแบบอื่นๆ (อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว อาศัยอยู่ตามลำพัง) คิดเป็นร้อยละ 5.6 สัมพันธภาพกับบิดาเป็นแบบรักอบอุ่น-ผูกพันมีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.6 รองลงมาแบบธรรมดาและใกล้ชิดคิดเป็นร้อยละ 19.4 และ 19.2 ตามลำดับ และน้อยที่สุดเป็นแบบอื่นๆ (อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว อาศัยอยู่ตามลำพัง) คิดเป็นร้อยละ 4.0 ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาหรือผู้ปกครองพบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิตได้รับการเลี้ยงดูแบบผสมผสานระหว่างตามใจและควบคุมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือผสมผสานระหว่างตามใจ ประชาธิปไตยและควบคุมคิดเป็นร้อยละ 31.9 และน้อยที่สุดแบบผสมผสานระหว่างประชาธิปไตยกับควบคุม คิดเป็นร้อยละ 0.2

1.3 ข้อมูลด้านสังคมของนักศึกษา พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิตมีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบใกล้ชิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาแบบรักอบอุ่น-ผูกพัน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และน้อยที่สุดแบบห่างเหิน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่านักศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิตมีระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 156.71 ส่วนรายด้านความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง และความ

ฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อพิจารณารายด้านย่อยของแต่ละด้านของความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้น รายด้านย่อยของความฉลาดด้านอารมณ์ด้านดีในการควบคุมตนเอง นักศึกษามีระดับความฉลาดด้านอารมณ์สูงกว่าเกณฑ์ปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ย 18.24

2. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต มีความฉลาดทางอารมณ์ภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($X = 156.71$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่านักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($X = 55.94$, $X = 52.49$ และ $X = 48.28$ ตามลำดับ) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้านย่อย พบว่านักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์ด้านควบคุมตนเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ($X = 18.24$) ส่วนด้านย่อยอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางอารมณ์ ได้ข้อค้นพบดังนี้

3.1 เพศของกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิตทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน

3.2 ระดับชั้นปี พบว่านักศึกษาที่เป็นนักศึกษาชั้นปีแตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับชั้นปีที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 3 มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษาระดับชั้นปีที่ 2 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3.4 เกรดเฉลี่ย พบว่านักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยแตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน พบว่า นักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายส่วนตัวแตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนระหว่าง 2, 001-3,000 บาทพบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษามีค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท และมากกว่า 4,000 บาท

3.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่านักศึกษาที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 20, 000 บาทพบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษามีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 40,001-60,000 บาท และมากกว่า 60,000 บาท

3.7 สัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา พบว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพระหว่างบิดา-มารดาแตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพระหว่างบิดา-มารดาพบว่า นักศึกษาที่มีสัมพันธภาพระหว่างบิดา-มารดาแบบรักอบอุ่น-ผูกพันมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษามีสัมพันธภาพระหว่างบิดา-มารดาแบบธรรมดา และแบบห่างเหิน

3.8 สัมพันธภาพกับบิดา พบว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับบิดาที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับบิดาแบบรักอบอุ่น-ผูกพันพบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษามีสัมพันธภาพกับบิดาแบบธรรมดาและแบบห่างเหิน และได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพแบบอื่นๆ มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษามีสัมพันธภาพกับบิดาแบบใกล้ชิดแบบธรรมดาและแบบห่างเหิน

3.9 สัมพันธภาพกับมารดา พบว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับมารดาแตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับมารดาแบบรักอบอุ่น-ผูกพัน พบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษามีสัมพันธภาพแบบใกล้ชิด แบบธรรมดา และแบบห่างเหิน

3.10 สัมพันธภาพกับพี่น้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับพี่น้องแตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับพี่น้องแบบรักอบอุ่น-ผูกพันพบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับพี่น้องแบบใกล้ชิด และแบบธรรมดา

3.11 สัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบัน พบว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันที่แตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบรักอบอุ่น-ผูกพัน และแบบใกล้ชิดมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพแบบธรรมดา และแบบห่างเหิน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบธรรมดา มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบห่างเหิน

อภิปรายผล จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ จากผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิตมีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติทั้งด้านเก่ง ด้านดีและด้านสุข แต่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ราย่อยด้านการควบคุมตนเองสูงกว่าปกติ อธิบายได้ว่านักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกัลยา นาคเพ็ชร และวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว³ ได้ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2544 จำนวน 309 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาโดยรวม และรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยด้านดี ด้านเก่งและด้านสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิตมีความฉลาดทางอารมณ์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุขอยู่ระดับปกติ ยกเว้น ด้านดี พบว่ารายย่อย ด้านควบคุมตนเอง นักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเกณฑ์ปกติ อธิบายได้ดังนี้ *ประเด็นแรก* การเรียนในระดับอุดมศึกษามีสังคมที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา ทำให้นักศึกษาต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมทางการศึกษาทั้งในระบบการเรียนเป็นรายวิชา และเรียนบางวันในหนึ่งสัปดาห์ แตกต่างจากการเรียนที่ผ่านมาต้องเรียนทุกคาบตลอดหนึ่งสัปดาห์ การคิดและการตัดสินใจในการเรียนส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับครูผู้สอนและระบบการเรียน ในขณะที่ระดับอุดมศึกษา นักศึกษาต้องจัดการชีวิตการเรียน ส่วนตัวให้ลงตัวจึงเป็นการฝึกให้นักศึกษาสามารถควบคุมตนเองได้ สอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ต้องจัดการกับชีวิตได้ดีขึ้น ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีนี้เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตในระดับสถาบันและระดับอุดมศึกษา⁴ *ประเด็นที่สอง* การที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชน นักศึกษาต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษาเล่าเรียน ส่วนตัวที่สูงกว่ามหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นปัจจัยเสริมให้นักศึกษามีความพยายาม และควบคุมตนเองเพื่อให้สำเร็จการศึกษาตามกำหนดของหลักสูตร และ*ประเด็นที่สาม* คือ การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ นักศึกษาต้องศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมากขึ้น เพื่อนำความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน นักศึกษาจึงได้มีส่วนในการพัฒนาการมีวินัยในการควบคุมตนเองได้

2. ปัจจัยคัดสรรมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ระดับชั้นปี กลุ่มคณะ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน สัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดา สัมพันธภาพกับบิดา สัมพันธภาพกับมารดา สัมพันธภาพกับพี่น้อง สัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบัน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ระดับชั้นปี ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปรับตัวใหม่กับสภาพการเรียนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา และมีเพื่อนกลุ่มใหม่ที่มาจากหลากหลายสถาบัน มีอุปนิสัยแตกต่างกัน การเข้ามาเรียนร่วมกันทำให้นักศึกษา

ต่างปรับตัวเข้าหากัน ต้องเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน จึงทำให้นักศึกษาต้องพยายามปรับตัวเข้าใจตนเองและผู้อื่นใช้ทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร การจัดการความขัดแย้ง ความร่วมมือร่วมใจ การทำงานเป็นทีม⁷ ในขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างความฉลาดทางอารมณ์ให้กับนักศึกษาได้ ปี 2 สามารถปรับตัวได้กับสภาพแวดล้อมทางการศึกษา แสดงความเป็นตัวตนของนักศึกษามากขึ้น และคุ้นชินกับระบบการศึกษา กับเพื่อนและสภาพแวดล้อม ไม่ต้องปรับตัวเข้ากับผู้อื่นมากนัก อาจเป็นไปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์จึงไม่ได้พัฒนามากขึ้นนัก ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 5 เป็นชั้นปีสุดท้ายใกล้สำเร็จการศึกษาและมุ่งในความสำเร็จในการศึกษา การหาอาชีพจึงให้ความสำคัญกับอาชีพ มากกว่าการมีสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่ม การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์จึงเป็นไปได้ในระดับหนึ่ง จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ระดับชั้นปีมีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่จากระบบการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมในกลุ่มเพื่อนด้วย

กลุ่มคณะ กลุ่มวิชา คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ : คณะพยาบาลศาสตร์ นักศึกษามีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มคณะอื่นๆ อธิบายได้ว่า คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ดี ให้บริการผู้รับบริการด้วยความรัก ความเมตตา อดทนต่ออารมณ์ที่แตกต่างกันในภาวะการเจ็บป่วย พยาบาลต้องมีความอดทน ความมั่นคงทางอารมณ์ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การปรับตัว มนุษยสัมพันธ์⁸ อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์มีทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย เป็นการช่วยฝึกทักษะการเข้าใจผู้อื่น ในขณะที่กลุ่มคณะอื่นๆ ทางด้าน มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์: บริหารธุรกิจ วิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี: วิศวกรรมศาสตร์ และศิลปะและการออกแบบ : สถาปัตยกรรมศาสตร์ แต่ละกลุ่มคณะก็มีลักษณะเฉพาะ

สัมพันธภาพกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ สัมพันธภาพกับบิดา-มารดา หรือ สัมพันธภาพกับบิดา หรือมารดา สัมพันธภาพกับพี่น้อง พบว่า สัมพันธภาพแบบรักอบอุ่น-ผูกพัน มีผลต่อมีความฉลาดทางอารมณ์ อธิบายได้ว่า ความรัก ความอบอุ่น ความผูกพันในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ที่ปลูกฝังมาตั้งแต่ 2-3 ขวบ จวบจนเติบโตขึ้นได้หล่อหลอมความฉลาดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ความฉลาดทางสติปัญญาไม่มี ความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่าการพัฒนาด้านสติปัญญา ขณะที่สติปัญญาได้มาจากสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้จากสังคมภายนอก แต่ความฉลาดทางอารมณ์สามารถเสริมสร้างด้วยความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันในครอบครัวเป็น

สัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบัน จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันที่แตกต่างกัน มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบรักอบอุ่น-ผูกพัน และแบบใกล้ชิดมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพแบบธรรมดา และแบบห่างเหิน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบธรรมดา มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนในสถาบันแบบห่างเหิน อธิบายได้ว่า ความรักผูกพันใกล้ชิดของนักศึกษาในวัยเดียวกันซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อนจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเอกลักษณ์ส่วนตัว (Identity) การเรียนในระดับอุดมศึกษาส่วนใหญ่ นักศึกษาจะร่วมกันเรียนรู้ และในปัจจุบันเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ นักศึกษาต้องศึกษาค้นคว้าทำงานกลุ่ม ปรึกษาหารือร่วมกัน แสดงความเห็น ได้แย้ง การจัดการความโต้แย้ง การสื่อสารในกลุ่ม ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะทางสังคม ต้องเรียนรู้อยู่ด้วยกันกับกลุ่มได้อย่างดี ความรักความอบอุ่นเป็นเสมือนสายใยที่ผูกพันให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเองเท่ากับเป็นการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ได้ ซึ่งแตกต่างจากนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพแบบห่างเหิน จะบั่นทอนการเข้าใจทั้งตนเองและผู้อื่น ความฉลาดทางอารมณ์จึงเกิดขึ้นได้ลดลง

ปัจจัยคัดสรรที่ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์

เพศ ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ อธิบายได้ว่า นักศึกษาทั้งเพศชายและหญิงในมหาวิทยาลัยมีการเรียนในชั้นเรียนเดียวกัน ทำกิจกรรมในสถาบันการศึกษาาร่วมกันในชีวิตประจำวัน มีการติดต่อสื่อสาร แสดงความคิดเห็น เรียนรู้ซึ่งกันและกันทำให้

นักศึกษาต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางการเรียน จึงทำให้นักศึกษาต้องรู้จัก เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่น โดยไม่มีเขต ขั้วทางเพศ รู้จักแยกแยะ คัดวิเคราะห์จัดการควบคุม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีสติกับการกระทำ ดังนั้น เพศจึงไม่มีผลต่อ ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาความสามารถด้านเชาวน์อารมณ์ของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีของวีระวัฒน์ ปันตานามย์ และอุษา สุทธิสาคร¹ พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีเพศหญิงมีความสามารถด้านความ เอื้ออาทร ภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ของตนเองสูงกว่าเพศชาย

อายุ ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษาในระดับ ปริญญาตรีมีอายุใกล้เคียงกันในช่วง 20-24 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่กำลังแสวงหาความรู้ และลักษณะเฉพาะของตนเองจึงมี ลักษณะที่ไม่แตกต่างกันทั้งด้านความคิด ทักษะ

เกรดเฉลี่ย ไม่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ อธิบายได้ว่า เกรดเฉลี่ยของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.00-3.00 คิด เป็นร้อยละ 75.9 ถือว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติจึงมี ความเป็นไปได้ที่เกรดเฉลี่ยไม่สัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ และอีกประเด็นหนึ่งเกรดเฉลี่ยถือว่าเป็นความสามารถทาง สติปัญญา ส่วนความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถภายในของบุคคลในการสร้างแรงจูงใจในตนเอง ควบคุมตนเอง รู้จัก ตนเองในด้านความรู้สึกและการแสดงออก รวมทั้งความสามารถด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่สามารถเข้าใจผู้อื่น ทำงานร่วมกัน ได้อย่างราบรื่น⁷⁻¹⁰ ซึ่งถือว่าความสำเร็จของบุคคลในด้านต่าง ๆ นั้น เป็นผลมาจากความฉลาดทางอารมณ์ถึง 80 % ส่วนอีก 20 % เป็นผลมาจากความฉลาดทางเชาวน์ปัญญา⁶ จึงเป็นไปได้ว่าความฉลาดทางอารมณ์ไม่สัมพันธ์กับเกรดเฉลี่ย ซึ่งผลการศึกษาค้าง นี้มีทั้งที่สอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สภาวิชาชีพไทย พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ไม่มีความสัมพันธ์ของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับคะแนนความฉลาดทาง อารมณ์³ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ AbiSamra¹² (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับ 11 โดยศึกษาในนักเรียนชายและหญิงจำนวน 500 คน โรงเรียนมอน โกลเมอรี่ รัฐอะลา บามา สหรัฐอเมริกาพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

กิตติกรรมประกาศ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากคณาบดีคณะพยาบาลศาสตร์ที่สนับสนุนบุคลากรให้ทำวิจัย และ ขอขอบคุณ แพทย์หญิงประไพพรรณ ศุภจัตุรัส ประธานกรรมการหน่วยจิตวิทยาการศึกษา อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับ เรื่อง EQ และขอขอบคุณท่านที่ปรึกษาจากกรมสุขภาพจิต คุณ วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ อาจารย์ณนุช ปุณยชนก ที่ปรึกษาด้านสถิติ วิจัย และ อาจารย์ศิริ ปานแดง ที่ปรึกษาด้านการประมวลผล สถิติ และนักศึกษาทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ

เอกสารอ้างอิง

1. วีระวัฒน์ ปันตานามย์ และ อุษา สุทธิสาคร. การศึกษาวิจัยเรื่ององค์ประกอบด้านชีวประวัติของนักศึกษากับ ความสามารถด้านเชาวน์อารมณ์: ความจริงของชีวิตที่มีไข่มุกซ่อนอยู่. กรุงเทพมหานคร: อัดสำเนา. 2547:19
2. อุมพร ตรังคสมบัติ. สร้าง EQ ให้ลูกคุณ. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว จำกัด. 2547:16
3. กัลยา นาคเพ็ชร และวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร:วิทยาลัยพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2545
4. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). พัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภาและสถาบันบรรลือ ธรรม. 2546.

5. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี: สุขภาพจิตดีด้วย วันที่ 6 - 8 กันยายน 2543 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร. 2543.
6. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความฉลาดทางอารมณ์.นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. 2543.
7. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง สุขภาพจิตดีด้วย E.Q. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต . กระทรวงสาธารณสุข. 2543.
8. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนไทย อายุ 12-60 ปี .กรุงเทพมหานคร: บริษัททวงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด. 2543.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความฉลาดทางอารมณ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์สารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต.2545.
10. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือความฉลาดทางอารมณ์ (ฉบับปรับปรุง).นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. 2548.
11. วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. เซวณอารมณ์ (EQ): ดัชนีวัดความสุขและความสำเร็จ ของชีวิต. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอ็กสเปอร์ตี. 2545.
12. AbiSamra, N. The relationship between Emotional Intelligence and Achievement in Bar. 2000. *On, Reuben*.
<http://home.inform.net/~mrocn/eq-i.htm>

กายภาพบำบัดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

: กรณีศึกษา

ชินพัทธ์ร์ สาสีสิงห์

งานกายภาพบำบัด สถาบันบำราศนราดูร

.....

บทนำ

นักกายภาพบำบัดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแล ให้การรักษา ฟันฟู และการออกกำลังกายและดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ระยะไม่แสดงอาการ(Asymptomatic HIV patients) และระยะแสดงอาการ(AIDS patient) ซึ่งจะมีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส(Opportunistic Infectious) ร่วมกับอาการลุกลามไปอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำงานบกพร่องไป หรือจำกัดระบบการทำงานของร่างกาย เช่น ความผิดปกติของสมอง-ไขสันหลัง ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย ความผิดปกติของระบบหัวใจและปอด ดังนั้นเป้าหมายการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยทั่วไป คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นรักษาอาการที่พบตามระบบต่าง ๆ และฟื้นฟูสภาพความบกพร่องต่าง ๆ ในแนวทางมาตรฐานการรักษาทางกายภาพบำบัด ร่วมกับบุคลากรสหสาขาทางการแพทย์ด้วยกัน ซึ่งแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดที่มักพบในผู้ป่วยเอดส์ คือ การรักษาอาการเจ็บปวด การคงสภาพการทำงานหรือฟื้นฟูความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง การให้ความรู้ทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหมายรวมถึงการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ด้วย บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต่อการให้การรักษานักกายภาพบำบัด ย่อมมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและโรคจากผู้ป่วยได้ เนื่องจากต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาและบางครั้งอาจจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดมีเชื้อโรคติดต่อ เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะแอบแฝง (window period)

ดังนั้นนักกายภาพบำบัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ(knowledge) เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทั้งการวินิจฉัย(diagnosis) การติดต่อ(transmission) การดำเนินของโรค(pathological) การรักษา(treatment) และการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มทั้งการฝึกปฏิบัติและศึกษาทางทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการให้การรักษานักกายภาพบำบัดกลุ่มนี้และมีทักษะการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทั้งด้านเทคนิคการรักษา การวางแผนการรักษา การสอนญาติ/ผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายจากสถาบันฯ ซึ่งมีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย และต้องมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดให้เหมาะสม เนื่องโรคเอดส์เป็นโรคที่มีการรบกวนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

อาการและอาการแสดงต่อความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การรักษาทางกายภาพบำบัดจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมและเป้าหมายการรักษาแต่ละระยะอย่างเหมาะสม อีกทั้งการระมัดระวังป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อขณะให้การรักษาผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) หรือการแพร่กระจายเชื้อของเชื้อก่อโรคไปสู่ตนเองและผู้รับบริการคนอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเอดส์นี้ โดยนำเสนอการศึกษาเป็น 2 ส่วน คือ ในส่วนแรกได้วางแผนในการเรียบเรียงข้อมูล ประมวลผลข้อมูล ตลอดจนการสังเคราะห์ โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งมีผู้ทำการศึกษา ค้นคว้า และวิจัย ได้แก่ ข้อมูลเอกสารอ้างอิง รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ บทความวิชาการ บทความเกี่ยวกับภาวะโรคเอดส์ แนวทางการให้การรักษาลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้นำเสนอไปในวารสารฉบับก่อนหน้านี้แล้วนั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริง (Field Survey) ของผู้วิจัยตลอดระยะเวลา 15 ปี ในการปฏิบัติงานในหน้าที่นักกายภาพบำบัดที่ให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยเอดส์ / ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ สถาบันบำราศนราดูร และนำข้อมูลที่ได้มาประมวลและวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวทางหรือ วิธีการปฏิบัติ (work instruction) ที่ชัดเจนให้เป็นแนวทางเดียวกันแก่นักกายภาพบำบัดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและประกอบกิจวัตรประจำวันที่บ้านได้เอง พร้อมทั้งญาติสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเพื่อเป็นแนวทางแก่นักกายภาพบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

กรณีศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ป่วยใน(in-patient department) ของสถาบันบำราศนราดูรและแพทย์ได้ส่งปรึกษาการรักษาทางกายภาพบำบัดระหว่าง เดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2554 และมีปัญหาข้อบกพร่องทางกายภาพบำบัดหลายระบบ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ระบบประสาทและการสั่งการ(Neurologic/neuromuscular) ระบบหัวใจและหลอดเลือด(Cardiopulmonary system และ/หรือ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคเรื้อรัง ภาวะความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม เป็นต้น จำนวน 4 ราย โดยบันทึกข้อมูลการรักษาตามหลัก S-O-A-P คือ การซักประวัติและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย(Subjective Examination) การตรวจประเมินโดยเทคนิควิธีการทางกายภาพบำบัด (Objective Examination) การวิเคราะห์ปัญหา(Assessment) การวางแผน

การรักษา(Plan of Treatment) และผลการรักษาในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ได้ผลการศึกษา ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 44 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV+ with CMV gastroduodenitis ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต้านไวรัส HIV อย่างต่อเนื่องประมาณ 10 ปี ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากตลอดเวลา รับประทานอาหารได้น้อย มีภาวะ electrolyte imbalance ร่างกายอ่อนเพลีย ส่วนมากผู้ป่วยจะนอนพักโดยไม่มีกิจกรรมใดๆเป็นระยะเวลานานกว่า 1 เดือน ทำให้ประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหายใจลดลง เกิดการสะสมของของเหลวและเสมหะ เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินหายใจ และระบบอื่นๆ ผู้ป่วยต้องพยายามหายใจเพิ่มขึ้นกว่าปกติ จึงทำให้มีอาการหอบเหนื่อยมากยิ่งขึ้น หายใจสั้นถี่ ประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหายใจลดลง แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัสและรักษาอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามอาการ(Supportive treatment) และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดด้วยเรื่อง พื้นฟูการเคลื่อนไหว และ กายภาพบำบัดทรวงอก เมื่ออาการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของผู้ป่วยเริ่มคงที่

จากการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด พบปัญหา คือ Minimal chest expansion, Respiratory muscle weakness และ Poor ADL function นักกายภาพบำบัดได้กำหนดเป้าหมายการรักษา คือ (1)General exercise ตามระดับความแข็งแรงที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อ improve muscle strength และ (2) Active chest mobilization โดยฝึก diaphragmatic breathing control เพื่อเพิ่ม chest expansion and facilitation diaphragm muscle work และ improve respiratory muscle function โดยกำหนดเป้าหมายระยะยาว คือ ให้ผู้ป่วยมี good active daily live ในระดับที่ช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยพยุง นักกายภาพบำบัดได้วางแผนการรักษา คือ (1)General exercise as tolerance to improve muscle strength และ (2)Active chest mobilization with diaphragmatic breathing control for increase chest expansion and facilitation diaphragm muscle work

จากการรักษาทางกายภาพบำบัด 2 สัปดาห์แรกพบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยสามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขับเสมหะออกได้เอง อาการหอบเหนื่อยในระหว่างการทำกายภาพบำบัดลดลง หายใจได้ลึกและยาวขึ้น ประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหายใจดีขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารมื้อหลักได้มากขึ้น ตอบสนองต่อการรักษาทางยาได้ดี ทั้งนี้ผู้ป่วยรายนี้ยังไม่พบว่ามีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีถือเป็นข้อได้เปรียบในการรักษา แต่ภายหลังจากการรักษาในสัปดาห์ที่ 10 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้า อ่อนเพลียมากขึ้น พบว่าสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีและพยาธิสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ยังมีการดำเนินของโรคอยู่และเริ่มเข้าสู่ระยะ

สุดท้าย(end stage) จากปริมาณ CD4 ที่ลดลงอย่างมาก จึงเพิ่มความซับซ้อนและข้อจำกัดในการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมากขึ้น การรักษาทางกายภาพบำบัดจึงต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยและวางแผนการรักษาโดยปรับเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาระยะสั้น(short term goal) ไปตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อเป้าหมายระยะยาว(long term goal) คือ การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้เองและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี แต่ในบางวันผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ ไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้สิ้นสุดตามแผนการรักษาในวันนั้น ในสัปดาห์ที่ 14 ผู้ป่วยมีจ้ำเลือดบริเวณขาทั้ง 2 ข้างเป็นแนวยาว โดยเฉพาะบริเวณข้อเท้าด้านในของขาทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยว่า Petechiae ซึ่งเป็นภาวะเส้นเลือดฝอยแตกโดยไม่ทราบสาเหตุ แพทย์จึงจะรับการรักษาทางกายภาพบำบัดชั่วคราวเพื่อให้การรักษายาเพื่อเพิ่มปริมาณ CD4 ผู้ป่วยอีกครั้ง โดยในการรักษาทางกายภาพบำบัดครั้งสุดท้ายนี้นักกายภาพบำบัดได้แนะนำวิธีการเคลื่อนไหว, การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันการยึดติดของข้อต่อ ตลอดจนแนะนำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้กับญาติตามสภาพร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจากการประเมินความเข้าใจซ้ำ(re-check) พบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 50 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV+ with PCP ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต้านไวรัส HIV อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาประมาณ 10 ปี ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ทานอาหารได้น้อยลง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น การลุกนั่ง การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น ต้องมีคนช่วยและดูแลตลอดเวลา กำลังกล้ามเนื้อหายใจลดลง ผู้ป่วยต้องใช้กำลังการหายใจเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการหอบเหนื่อย มีไข้เป็นบางครั้ง ผู้ป่วยมีประวัติเคยติดเชื้อฉวยโอกาส PCP (Pneumocystis carinii pneumonia) เมื่อ 1 ปีก่อน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ หนาวสั่น หายใจหอบ ชีพจรเต้นเร็ว ไอแห้งมีเสมหะเพียงเล็กน้อย และยังพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ Tuberculosis ไปยัง liver ทำให้ตับทำงานบกพร่องไป (liver Dysfunction) และผู้ป่วยยังมีภาวะ Hydrocephalus ทั้งนี้จากการตรวจ CSF พบว่ามีค่าโปรตีนสูงมากกว่าปกติ สันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียในโพรงสมอง และความดันในกะโหลกศีรษะสูงทำให้เสียการรับรู้สติ ร่วมกับมีอาการหอบเหนื่อย แพทย์จึงให้การรักษาด้วยยาเป็นหลักและส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดในเรื่องการป้องกันสภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการฟื้นฟูร่างกายตามสภาพ

จากการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด พบปัญหาหลายประการ คือ Impaired airway clearance, Poor lung volume (Chest Compliance) , Dyspnea , General weakness, และ Poor ADL function (supine to side lying with minimal assist) นักกายภาพบำบัดได้กำหนดเป้าหมายการรักษา คือ (1) Improve ADL function (2) Increase chest expansion (3) Improve lung volume และ

(4) Prevent complication โดยกำหนดเป้าหมายระยะยาว คือ Improve functional activity and quality of life ให้ได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในท่านั่ง หรือสามารถเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุง และเน้น ให้ญาติได้ฝึกปฏิบัติ Home Program จนสามารถทำเองได้ นักกายภาพบำบัดได้วางแผนการรักษา คือ (1) Active assisted exercise เพื่อเพิ่ม muscle strength (2) เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดโดย Chest PT for lung volume at both lower lungs ด้วยวิธี active chest mobilization. และ (3) Tilt table exercise เพื่อ improve blood circulation and prevent complication

ในการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้ช่วงสัปดาห์แรก พบว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดในสัปดาห์แรกๆ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าเป็นบางครั้ง และจากการที่ผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนหลายโรคนี้ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรต่างๆ ลดลง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี สามารถทำตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ได้ แต่ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น การรับรู้ไม่ต่อเนื่อง มีไข้ต่ำๆ ตลอดเวลา การรักษาทางกายภาพบำบัดไม่ต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน ในสัปดาห์ที่ 3 สภาพร่างกายของผู้ป่วยแย่ลง เหนื่อยล้ามากขึ้น การรับรู้ไม่ค่อยดี นักกายภาพบำบัดจึงเปลี่ยนเป้าหมายการรักษา คือ ประคับประคองสภาพร่างกายไม่ให้แย่ลงกว่าเดิมและเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันภาวะปอดลดการทำงาน (Decrease lung function) เนื่องจากภาวะ poor mobility and absolute bed rest ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ นั้น ผู้ป่วยต้องให้ญาติช่วยเหลือแทบทั้งหมด แผนการรักษาจึงเน้นเรื่องการให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน การจัดท่าทาง การออกกำลังกาย การให้ ward program โดยสอนญาติและทบทวนความเข้าใจและท่าออกกำลังกายต่างๆ ให้ญาติสามารถทำได้เองอย่างถูกต้อง การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยรายนี้ไม่ค่อยดี (poor progression) แต่นักกายภาพบำบัดยังติดตามและให้รักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ให้คำแนะนำญาติในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 43 ปี ติดเชื้อ HIV มากกว่า 10 ปี แต่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อย หอบเหนื่อย ลำตัวและขาทั้งสองข้างอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น hepatitis B , cirrhosis with HIV associated myelopathy แพทย์ให้การรักษาตามอาการจนอาการและพยาธิสภาพคงที่ ภายหลังการรักษาตัวได้ 4 สัปดาห์ แพทย์จึงส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหว (Improve Active Daily life) และกายภาพบำบัดทรวงอก (Chest Physical Therapy) ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน (discharge) ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกัน อาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว

จากการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด พบปัญหา คือ Poor mobility on bed, Weakness of respiratory muscle and minimal chest expansion, และ Poor Active Daily Living Function นักกายภาพบำบัดได้กำหนดเป้าหมายการรักษา คือ (1) Improve ADL function และ (2) Improve respiratory muscle function โดยกำหนดเป้าหมายระยะยาว คือ improve quality of life ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง เดินได้ไม่ต้องอาศัยเครื่องช่วยพยุง นักกายภาพบำบัดได้วางแผนการรักษา คือ (1) ADL training ร่วมกับการสอนวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ดูแล (ญาติ) ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตัวเหลือได้น้อย (2) exercise therapy โดยเน้นการเคลื่อนไหวที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ (Active chest mobilization with diaphragmatic breathing control for increase chest expansion and facilitation diaphragm muscle work)

ในระหว่างการรักษาทางกายภาพบำบัด นั้น ผู้ป่วยจะมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาและสะโพก ไม่สามารถเดินได้ ลำตัวและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงจาก myelopathy ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้เอง (poor sitting balance) อีกทั้งมีแผลกดทับขนาดใหญ่บริเวณก้นกบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฝึกนั่งได้นาน การรักษาและวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัดจึงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการฝึกเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อส่วนลำตัว การทรงตัวและการเคลื่อนไหวแก่ผู้ป่วยในท่าตั้งตรง (Upright position) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและมีความพยายามในการฝึกฝนตัวเองตามที่นักกายภาพบำบัดแนะนำ ภายหลังการรักษาทางกายภาพบำบัดครั้งที่ 10 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เช่น การพลิกตะแคงตัวลูกนั่ง การนั่งออกกำลังตามโปรแกรมฝึก การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น นักกายภาพบำบัดได้ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและวางแผนการจำหน่าย (discharge plan) โดยเน้นให้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยในเรื่องบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนแขนและลำตัวสลับกับการควบคุมการหายใจเพื่อลดความหอบเหนื่อย และแนะนำญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การออกกำลังและเคลื่อนไหวรายศาสตร์ส่วนล่าง (passive exercise of lower limb) อย่างถูกวิธี และให้ญาติได้ปฏิบัติจริงโดยนักกายภาพบำบัดตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ซึ่งจากการสังเกตพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

กรณีศึกษาที่ 4 ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 36 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มี cryptococcal meningitis, hydrocephalus with TB at Lt. temporal lobe and basal ganglia. และให้การรักษาตามอาการ แพทย์ส่งปรึกษากายภาพบำบัดด้วยเรื่องฟื้นฟูการเคลื่อนไหว และกายภาพบำบัดทรงอก

จากการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด พบปัญหา คือ poor mobility on bed and poor ADL function และ respiratory muscle weakness นักกายภาพบำบัดได้กำหนดเป้าหมายการรักษา คือ Improve ADL function และ Improve respiratory muscle function โดยกำหนดเป้าหมายระยะยาว คือ

improve quality of life และ prevent complication นักกายภาพบำบัดได้วางแผนการรักษา คือ (1) ADL training ร่วมกับการสอนวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ดูแล(ญาติ)ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตัวเองได้ (2) Exercise โดยเน้นการเคลื่อนไหวที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ (Active chest mobilization with diaphragmatic breathing control for increase chest expansion and facilitation diaphragm muscle work)

การรักษาทางกายภาพบำบัดในช่วงแรกพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามและเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือตัวเองได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทำให้ภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น มีอาการคงที่ สุขภาพโดยรวมดีขึ้น และผู้ป่วยมีความตั้งใจในรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นตามลำดับ แต่ภายหลังจากสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจากการติดเชื้อ ทำให้สภาวะการติดเชื้อฉวยโอกาสคือ cryptococcal meningitis และมี TB at Lt. temporal lobe and basal ganglia รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาและการรักษาทางการแพทย์ มีอาการเหม่อลอยเป็นพักๆ มีไข้สูงเป็นบางวัน ไม่สามารถรักษาทางกายภาพบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น แผนการรักษาทางกายภาพบำบัดจึงการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยรายนี้ไม่ค่อยดี (poor prognosis) จากภาวะการติดเชื้อ และการติดเชื้อฉวยโอกาสในหลายระบบของร่างกาย การตอบสนองต่อการรักษาทางการแพทย์ไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยทรุดลงตามลำดับ นักกายภาพบำบัดได้ปรึกษาแพทย์เพื่อยุติการรักษาทางกายภาพบำบัดไว้ชั่วคราว เนื่องจากอาการผู้ป่วยไม่คงที่ ไม่สามารถรับการรักษาทางกายภาพบำบัดได้ต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัดได้ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและวางแผนการจำหน่าย(discharge plan) โดยกำหนดเป้าหมายการรักษา คือ (maintain range of motion and delay muscle atrophy) และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นจากการนอนเป็นเวลานาน (protective complication of bed ridden) โดยเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติ และให้ญาติได้ฝึกปฏิบัติพร้อมอธิบายข้อห้าม ข้อควรระวังในการกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วย ก่อนยุติการรักษาทางกายภาพบำบัด(Off case) แต่อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยผู้ป่วยรายนี้อายุยังน้อย อีกทั้งได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากญาติ ดังนั้นอาจมีโอกาที่ผู้ป่วยจะฟื้นตัวและกลับมาได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดได้อีก เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและฝึกกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาข้างต้นนี้ปัญหาทางกายภาพบำบัดที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ(weakness) ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะนอนนาน(absolute bed rest) ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย(low mobility) กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง (lung dysfunction) ปัญหาเกี่ยวกับการ

เคลื่อนไหวร่างกายจากปัญหาทางระบบประสาท (neurologic) และอาจมีปัญหาลำบากเกี่ยวกับความเจ็บปวด (pain) ในบางราย จะเห็นว่าเป็นผู้ติดเชื้อมีผู้ป่วยเอดส์รายหนึ่งๆ นั้น จะมีปัญหาซับซ้อนทางกายภาพบำบัดหลายระบบ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ระบบประสาท และการสั่งการ (Neurologic/neuromuscular) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiopulmonary system และ/หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส รอยโรคเดิม ปัญหาแผลกดทับ โดยการดำเนินของโรค (progression) และการพยากรณ์โรค (prognosis) ในผู้ป่วยเอดส์จะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในด้านเสื่อมถอย นักกายภาพบำบัดจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการในแต่ละครั้งที่รักษาอย่างละเอียด เพื่อประเมินอาการและปัญหาทางกายภาพบำบัดและให้การรักษาย่างถูกต้องเหมาะสม โดยในบางครั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการรักษาและแผนการรักษาในวันนั้นตามสภาพและความพร้อมของผู้ป่วย สรุปแนวทาง การกำหนดเป้าหมายในการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ คือ (1) การเพิ่มความแข็งแรงและทนทาน (strength and endurance) ของกล้ามเนื้อ (2) สมรรถภาพร่างกาย (physical fitness) และประสิทธิภาพการทำงานของปอด (improve lung function) (3) การจัดการปัญหาความเจ็บปวด (pain management) เพื่อผลการรักษาต่อเนื่องไปยังเป้าหมายระยะยาว (long term goal) คือ พัฒนาคุณภาพชีวิต (quality of life) และฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำงานของร่างกาย (functional rehabilitation) โดยรวมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (active daily living) ได้มากที่สุด สามารถอภิปรายแต่ละประเด็นได้ ดังนี้

การเพิ่มความแข็งแรงและทนทาน (strengthening and endurance) ของกล้ามเนื้อ สำหรับ การออกกำลังกายในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีนี้ นักกายภาพบำบัดจะต้องประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย อันหมายรวมถึงระดับความเจ็บปวด ภาวะการติดเชื้อ ยาที่ผู้ป่วยได้รับและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมีสื่อสารกับผู้ป่วยถึงวิธีการรักษาและวางแผนการรักษาร่วมกันทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง และ/หรือญาติของผู้ป่วย แม้ว่าโดยหลักการแล้วการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงจะได้ผลดีเมื่อมีการออกกำลังกายที่ความหนักระดับปานกลาง (moderate intensity) ด้วยเทคนิคการค่อยๆ เพิ่มแรงต้าน (progressive resistance exercise) ครั้งละประมาณ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ติดต่อกันมากกว่า 8 สัปดาห์ขึ้นไปนั้น จะให้ประสิทธิภาพสูงสุดต่อกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ เช่น กล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อสะโพก แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้น จะมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาทางกายภาพบำบัดนี้ เช่น การดำเนินของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาทางยาและย่อมได้รับผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ท้องเสีย ทำให้ไม่สามารถฝึกออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านจิตใจ มีความซึมเศร้า หดหู่ ไม่มีกำลังใจในการมีชีวิตรอดต่อไป จึงไม่ยินยอมไม่ให้ความร่วมมือในการฝึกออกกำลังกายนี้ หรือในบางกรณี ผู้ป่วยมีความคาดหวังและมุ่งมั่นต่อผลการรักษา มากเกินกว่าศักยภาพของตน และพยายามออกกำลังกายมากเกินไปที่กำหนด แม้ว่าการออกกำลังกายที่

นั้นจะช่วยสร้างและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ (lean body mass) โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (Symptomatic HIV infection) หรือในผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มมีภาวะ wasting syndrome ก็ตาม แต่ภายหลังการออกกำลังกายผู้ป่วยจะต้องไม่เกิดการหอบเหนื่อย (dyspnea) ระหว่างการออกกำลังกาย และไม่ทำให้เกิดอาการล้า (fatigue) ภายหลังการออกกำลังกาย (O'Brien K.2010 , Nicholas F Taylor.2005) การออกกำลังกายที่ถูกต้องนั้นจะต้องปลอดภัยและมีประสิทธิภาพกล่าวคือ ไม่ควรให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเกิน RPE(Rate Perceived Exertion) ระดับ 4 นั่นคือ จะทำให้ผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด(cardiovascular system) ทำงานมากเกินไป(overload) ผู้ป่วยจะหอบเหนื่อย(dyspnea) กล้ามเนื้อมีอาการล้า(fatigue) และระบม (soreness) ได้ หรืออาจมีการอักเสบ/บาดเจ็บของกล้ามเนื้อ รวมเข้าไปกับความเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นๆ มากยิ่งขึ้นไปอีก ดังนั้นการให้การรักษาด้วยการออกกำลังกาย(exercise therapy) นั้น นักกายภาพบำบัดควรให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายแบบเพิ่มแรงต้านเบาๆ (light resistive exercise) หรือแม้แต่การเริ่มให้ออกกำลังกายแบบช่วย(assisted exercise) ตามสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยนั้นๆ และตามแต่ละครั้งการรักษาด้วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีโปรแกรมและเป้าหมายการฝึกออกกำลังกายที่จำเพาะ (individualized exercise program) ตามการประเมินและแผนการรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัยของนักกายภาพบำบัดร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล

การฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำงานของร่างกาย(functional rehabilitation) และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด(improve lung function นอกเหนือจากการกายภาพบำบัดในเชิงรักษาดังกล่าวข้างต้นแล้ว นักกายภาพบำบัดควรต้องให้ความสำคัญต่อการกายภาพบำบัดในเชิงส่งเสริมและป้องกันด้วยเช่นกัน ในการกำหนดเป้าหมายระยะยาว(long term goal)ต่อการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเอดส์ คือ ต้องการให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(active daily life activity)ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว(independence in self-care) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากที่สุด(improve quality of life) กล่าวคือ เมื่อมีการได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เชื้อจะเริ่มเข้าทำลายระบบภูมิคุ้มกันในขณะที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อต่อต้านเชื้อแปลกปลอมนั้น โดยผู้ป่วยอาจมีอาการแสดง(sign and symptom) หรือไม่ก็ได้ แต่กระนั้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะค่อยๆ เสื่อมถอยประสิทธิภาพไปเรื่อยๆ เริ่มมีการติดเชื้อฉวยโอกาส(opportunistic infection) จนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเอดส์เต็มขั้น(end stage) และเสียชีวิตในที่สุด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี จนถึงระยะเอดส์เต็มขั้นในผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการดูแลสมรรถภาพร่างกายให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด นานที่สุด หนึ่งในสมรรถภาพของร่างกายผู้ป่วยจะสอดคล้องกับปริมาณ CD4 ของผู้ป่วยเสมอ การออกกำลังกายและดูแลสุขภาพให้มีสุขภาวะที่ดีจะช่วยชะลอระยะเวลาการดำเนินของโรคให้ช้าลง และแม้เมื่อผู้ป่วยมีปริมาณ CD4 ลดต่ำลง เริ่มมีการติดเชื้อฉวยโอกาสและแสดงอาการ(symptomatic period) ภูมิคุ้มกันบกพร่องมากขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีกำลังใจที่เข้มแข็ง นั้นจะช่วยให้ผู้ป่วย

กลับคืนสู่ภาวะที่ร่างกายแข็งแรงได้เช่นเดิม นักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมและป้องกันในผู้ป่วยระยะนี้เป็นอย่างมาก คำแนะนำและโปรแกรมออกกำลังที่เหมาะสมจะเป็นมีประโยชน์ เกิดประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

และในกรณีผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย(end stage) ผู้ป่วยมักจะไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (absolute bed rest) หรือ เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย(low mobility) นักกายภาพบำบัดควรพิจารณาการดูแลในเชิงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ (bed sore) การฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ (muscle atrophy) การหดรั้งของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (muscle tightness and joint stiffness) ปัญหาเสมหะคั่งค้าง กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เป็นต้น ญาติหรือผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ดังนั้นควรเน้นการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแล กำหนดโปรแกรมออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย การเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วย (passive exercise) ตลอดจนการกายภาพบำบัดเบื้องต้น (Home Program) (Useh.2003) โดยโปรแกรมการดูแลนั้น จะต้องให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายกลับ (discharge) และควรเน้นให้ญาติ/ผู้ดูแล เข้าใจเป้าหมายการรักษาทางกายภาพบำบัด ความสำคัญของการป้องกันปัญหาแทรกซ้อนให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การจัดการปัญหาความเจ็บปวด (pain management) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ปัญหาความเจ็บปวดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กังวลต่อความปวดนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยรู้สึกปวดอยู่ตลอดเวลา และหากยิ่งเป็นผู้ป่วยมีติดเชื้อเอชไอวี มาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานต่อภาวะความปวดนั้นมากขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การฝึกโปรแกรมออกกำลังกายเป็นอย่างยิ่ง เช่นกันในกรณีศึกษาจากงานวิจัยนี้ แม้ว่านักกายภาพบำบัดจะประเมินศักยภาพทางร่างกายของผู้ป่วยว่าสามารถฝึกเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและฝึกกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการฟื้นฟูสภาพได้ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึกต่างๆ เป็นอย่างดี แต่ในการรักษาบางครั้ง (visit) ผู้ป่วยมีอาการปวดกำเริบ จำเป็นต้องงดการกายภาพบำบัดในวันนั้นไป หรือ จำเป็นต้องรักษาภาวะปวดนั้นๆ ก่อนการฝึกกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมักจะอ่อนเพลียและไม่สามารถฝึกกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งในผู้ป่วยรายหนึ่งอาจมีภาวะปวดได้มากกว่า 1 แห่ง ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี

ในการรักษาอาการปวด (pain) นี้ นักกายภาพบำบัดจะต้องมีการประเมินลักษณะและสาเหตุของความปวดที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ว่าเป็นความปวดชนิดใด กล่าวคือ ความปวดแบบ Nociceptive pain , Neuropathic pain หรือความเจ็บปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle spasm pain) แต่นักกายภาพบำบัดพึงคำนึงด้วยว่าอาการปวดของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มักมีสาเหตุจากผลของการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ทำให้เกิดภาวะอักเสบ (inflammation) ต่อการติดเชื้อใดๆ ผลจากเนื้องอก (neoplasma) หรือ ผลข้างเคียงของยา แม้แต่อาการปวดอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อเอชไอวี ก็ได้

ดังนั้นแล้ว ความปวด(pain) บางชนิดที่เกิดกับผู้ป่วยนั้น คงมีอาจรักษาให้หายได้จากการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว หรือ ในบางกรณีการรักษาอาการปวดด้วยการกายภาพบำบัด อาจไม่สามารถรักษาความปวดที่เกิดขึ้นนั้นได้

จุดประสงค์ของการกายภาพบำบัดเพื่อรักษาอาการปวด(pain) ของผู้ติดเข็มไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ นั้น คือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกบรรเทาหรือทุเลาจากอาการปวด แต่อาการปวดนั้นอาจยังคงอยู่ไม่ได้หายขาดและผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุด โดยทรมานจากความปวดนั้นน้อยที่สุด ในการรักษาอาการปวดของผู้ป่วยนั้น นอกจากที่แพทย์จะให้การรักษาทางยา(medical management) แล้ว การกายภาพบำบัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาอาการปวดโดยไม่ต้องใช้ยา(non-pharmacological treatment) หรือ การผ่านเข้าสู่ร่างกาย(invasive) ผู้ป่วยไม่ต้องเสี่ยงกับผลข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้นอีก การรักษาอาการปวดในทางกายภาพบำบัดนั้น สามารถใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดต่างๆ เช่น การใช้อัลตราซาวด์(ultrasound therapy) การกระตุ้นลดปวดด้วยไฟฟ้า(transcutaneous nerve stimulation : TENS) การรักษาด้วยความร้อนลึกและตื้น(deep and superficial heat therapy) ซึ่งอาจใช้ร่วมกับเทคนิคการลดปวด เช่น การดัด ดึงข้อต่อ(joint mobilization) เทคนิคการผ่อนคลาย(relaxation technique) การคลายเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ(myofascial release) เป็นต้น

แต่ทั้งนี้โรคเอดส์ถือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงทางสารคัดหลั่งใดๆ ของร่างกาย การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้นักกายภาพบำบัดจะต้องให้ความระมัดระวังในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่เชื้อทั้งจากผู้ป่วยเอดส์ไปยังผู้ป่วยปกติที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพิจารณาใช้เครื่องมือที่ต้องสัมผัสโดยตรงต่อผิวหนังผู้ป่วย เช่น การกระตุ้นลดปวดด้วยไฟฟ้าที่จะกระตุ้นผ่านขั้วกระตุ้นที่ใช้ผ้าเปียกเป็นตัวกลางในการนำไฟฟ้า หรือ การประคบร้อนด้วยแผ่นร้อนที่ต้องใช้ผ้าห่อหุ้มแผ่นร้อนนั้นๆ ก่อนวางสัมผัสบนบริเวณที่ปวด นั้น จะต้องมีการแยกอุปกรณ์ช่วยเหลือเหล่านี้จากผู้ป่วยกายภาพบำบัดที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างเคร่งครัด อาจทำได้โดยแยกชุดขั้วกระตุ้นไฟฟ้าและอุปกรณ์ที่ต้องสัมผัสผิวหนังกับผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยปกติ หรือ ในกรณีของผ้าห่มแผ่นประคบร้อน ไม่ควรนำกลับมาใช้ซ้ำอีกจนกว่าจะผ่านการบวนการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานโรงพยาบาล หรือในบางกรณีนักกายภาพบำบัดอาจพิจารณาการใช้เครื่องมือรักษาตามความเหมาะสม หรือสามารถใช้เทคนิคการรักษาอื่นๆ ทดแทนได้โดยไม่ผลการรักษาเช่นเดียวกัน สิ่งที่นักกายภาพบำบัดต้องคำนึงอีกประการ คือ ควรมีการแยกเตียงและพื้นที่ในการรักษาระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ กับผู้ป่วยปกติ และห้องให้การักษาผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ควรเป็นห้องที่มีการถ่ายเทอากาศค่อนข้างดี ไม่อับ เพื่อป้องกันการตกค้างหรือสะสมของเชื้อจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค สะเก็ดเงิน สิว สิวอักเสบ สาเหตุหลังจากแผลที่อาจตกค้างบนเตียงหรือพื้นที่ยุทธยานั้น ทั้งนี้การป้องกันการแพร่เชื่อนั้น นักกายภาพบำบัดควรยึดหลัก “การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทาง

การแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions :Ups)” อย่างเคร่งครัด เหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินความจำเป็นโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกแปลกแยก

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ทุกระยะ คือ การให้ความรู้(Education) ทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดจะต้องสามารถสอนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาร่างกายให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ การมีทัศนคติต่อการมีชีวิตอยู่ และหลักสำคัญในการกายภาพบำบัดผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์นี้ คือ การมีส่วนร่วม โดยนักกายภาพบำบัดจะต้องให้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายการรักษา ทั้งเป้าหมายระยะสั้น(short term goal) และ เป้าหมายระยะยาว(long term goal) โดยนักกายภาพบำบัดต้องสอบถามความต้องการ/ความคาดหวังต่อการกายภาพบำบัดของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และประเมินศักยภาพของผู้ป่วย แล้วจึงอธิบายถึงหลักการ แนวทางการรักษา แผนการรักษา ข้อห้าม ข้อควรระวัง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฝึก เพื่อกำหนดเป็นข้อตกลงร่วม(commitment) ในการรักษา ให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติ ได้เข้าใจและยอมรับ ให้ความร่วมมือในการดำเนินการรักษาร่วมกัน ทั้งนี้ นักกายภาพบำบัดจะต้องประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยในทุกด้าน คือ การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีแผนการดูแลรักษาและจุดเน้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะความเจ็บป่วยหรือการดำเนินโรค และความเหมาะสม ศักยภาพของผู้ป่วยรายนั้นๆ นอกจากนี้ทักษะของวิชาชีพที่ต้องมองให้ครอบคลุมในทุกด้านอย่างเป็นองค์รวมแล้ว นักกายภาพบำบัดจะต้องใช้ทักษะการสื่อสาร(communication skill) และมีทัศนคติเชิงบวก(positive thinking) ในการให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก และเนื่องโรคเอดส์เป็นโรคที่มีการรบกวนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จึงจำเป็นที่นักกายภาพบำบัดจะต้องมีการติดตาม ประเมินผลการรักษาเป็นระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนโปรแกรมการรักษาให้เหมาะสม

สรุป

การรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดนั้น จำเป็นจะต้องใช้ความสามารถและทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละสาขาวิชาชีพพร่วมกัน ทั้ง แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มิได้เจ็บป่วยจากภาวะของโรคทางร่างกาย(physical illness) เท่านั้น หากแต่เป็นโรคที่มีความเกี่ยวเนื่องต่อภาวะจิตสังคม(psychosocial problem) ของผู้ป่วยอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย การดำเนินของโรคอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ประกอบทั้งผลข้างเคียง(side effect) จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส(antiretroviral therapy) และ/หรือ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส(opportunistic infection) การบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันที่ส่งผลไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการรักษาทางยา(medical management)

เพียงอย่างเดียวจึงไม่ครอบคลุมภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้ และเช่นกันผลการรักษาทุกด้านจากแต่ละสาขาวิชาชีพข้างต้นจะส่งผลกระทบทั้งเชิงบวกหรือ/เชิงลบต่อการดำเนินของโรคในภาพรวมของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น แม้ว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดอาจมิใช่การรักษาหลัก(primary treatment) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่บทบาทของนักกายภาพบำบัดก็นับเป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่จะขาดไปไม่ได้และควรมีการจัดอบรมหรือกลุ่มการเรียนรู้เพื่อสอนวิธีการดูแลทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยเอดส์ให้แก่ญาติ/ผู้ดูแล ในลักษณะการฝึกปฏิบัติการ ให้มีการเรียนรู้เชิงกลุ่มระหว่างญาติ/ผู้ดูแล และ นักกายภาพบำบัดอย่างเป็นองค์รวม ร่วมกับสาขาวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อเป็นหลักปฏิบัติ หรือ แนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมหรือกลุ่มการเรียนรู้เพื่อสอนวิธีการดูแลทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยเอดส์ให้แก่ญาติ/ผู้ดูแล ในลักษณะการฝึกปฏิบัติการ ให้มีการเรียนรู้เชิงกลุ่มร่วมกันระหว่างญาติ/ผู้ดูแล และ นักกายภาพบำบัด
2. ควรศึกษาวิธีการ เทคนิคการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในบริบทด้านอื่น เช่น ด้านพื้นที่ ด้านระดับสถานบริการ และบทบาทของนักกายภาพบำบัดในแต่ละบริบทนั้นๆ
3. ควรมีการรวบรวมแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างเป็นองค์รวม ร่วมกับสาขาวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อเป็นหลักปฏิบัติ หรือ แนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันอย่างกว้างขวาง

Reference :

1. Catherine C. Goodman, Kenda S. Fuller. Pathology Implications for the Physical therapist. St. Louis, Missouri. Saunders, an imprint of Elsevier Inc. 2009: 427-430
2. O'Brien K, Tyman AM, Nixon S, Glazier RH. Effects of progressive exercise in adult living with HIV/AIDS: systematic review and meta-analysis of randomized trials. AIDS Care. July 2008; 631-653
3. Smith C, Hale L. The Effects of Non-Pharmacological Interventions on Fatigue in Four Chronic Illness Conditions: A Critical Review. Physical Therapy Reviews. 2007; 12:324-334.

4. Beer L, Fagan J, Valverde E, Bertolli J. Health- Related Beliefs and Decisions about Accessing HIV Medical Care among HIV-Infected Persons Who Are Not Receiving Care. AIDS PATIENT CARE and STDs. 2009; 23:785-792
5. Catherine C. Goodman, Teresa Kelly Synder. Differential Diagnosis for Physical Therapy: Screening for Referral. Elsevier Science. 2006.
6. Useh, U, Akinpelu, A O and Makinde, G B. HIV/AIDS Pandemic comparative knowledge and roles of physiotherapists to people with HIV/AIDS in Nigeria and Zimbabwe. 2003; 12:720-727.
7. O'Brien K, Tyman AM, Nixon S, Glazier RH. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS: The Cochrane collaboration. 2010.
8. Koutkia, Polyxeni; Grinspoon, Steven. HIV-Associated Lipodystrophy: Pathogenesis, Prognosis, treatment and Controversies. 2004; 55:303-17.
9. Nicholas F Taylor, Karen J Dodd, Diane L Damiano. Progressive resistance exercise in physical therapy: A summary of systematic reviews. 2005; 11:1208-1221.
10. Universal precautions. [Serial online] 2011 October [cited 2011 October 4] Available from URL:<http://www.mkh.go.th/ICUmed/Isolation.html>
11. กันทรกร หงส์รัตน์. ศักดิ์สิทธิ์ ปากดี. สุดาวัลย์ ทองประทุม. การตอบสนองของหัวใจและปอดต่อท่าระบายนเสมหะในท่าศีรษะต่ำ. หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (กายภาพบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
12. กันยา ปาละวิวัฒน์. การรักษาด้วยเครื่องไฟฟ้าทางกายภาพบำบัด. สำนักพิมพ์เดอะบุคส์, 2543 : 374 – 423.
13. ชูลี โจนส์. เทคนิคทางกายภาพบำบัดระบบการหายใจ: ทฤษฎีและปฏิบัติ. สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
14. ชูลี อุบลศักดิ์. สรีรวิทยาของความร้อนและความเย็นเพื่อการรักษา. เอกสารประกอบการสอน. ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์; มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538 : 3 – 5.

15. ชูศักดิ์ เวชแพทย. อิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526 : 237 – 242.
16. ชูศักดิ์ เวชแพทย, กันยา ปาละวิวัฒน์, ประเสริฐ เสริมสุข. วิชาเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ทาง
กายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ : 2523 : 68 – 5.
17. ประโยชน์ บุญสินสุข, การรักษาด้วยความร้อนและไฟฟ้า. ไพศาลศิลป์การพิมพ์, 2530 : 111 – 4
18. ประโยชน์ บุญสินสุข. การรักษาด้วยไฟฟ้า. โรงเรียนกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525 : 91 – 112.
19. ทวีศักดิ์ จรรยาเจริญ. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ. สายวิชากายภาพบำบัดคณะ
เทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
20. ทวีศักดิ์ จรรยาเจริญ, มณฑนา ดอนโสม. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด. สาย
วิชากายภาพบำบัดคณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

การประเมินผลการปฏิบัติงานตามมิติของ Balanced Scorecard

ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร

Personnel Performance Measurement and Balanced Scorecard at Bamrasnaradura Infectious diseases Institute

ปัทมาวดี เต็มวิเศษ

ดร.กิ่งกนก ขวลิตรำรง (อาจารย์ที่ปรึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรตามมิติทั้ง 4 ของ Balanced Scorecard ได้แก่ มิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและค่าความเชื่อมั่นตาม Cronbach's Alpha ที่ค่า Alpha เท่ากับ 0.9445 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test ค่า F-test และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยค่า LSD

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-50 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค เป็นผู้ปฏิบัติงาน ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร เฉลี่ย 15 ปี สังกัดกลุ่มการพยาบาล ค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัย พบว่าผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ผลการปฏิบัติงานในภาพรวม 4 มิติตาม Balanced Scorecard แตกต่างกันระหว่างตำแหน่งทางวิชาชีพ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานและ กลุ่มงานที่สังกัด ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิผล แตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษาและตำแหน่งงาน ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันระหว่างเพศ ตำแหน่งทางวิชาชีพและกลุ่มงานที่สังกัด ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการแตกต่างกันระหว่างอายุ ตำแหน่งทางวิชาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานและกลุ่มงานที่สังกัด และผลการปฏิบัติงานในมิติด้านการพัฒนาองค์กรแตกต่างกันระหว่างตำแหน่งทางวิชาชีพ ตำแหน่งงานและกลุ่มงานที่สังกัด

คำสำคัญ: Balanced Scorecard, ผลการปฏิบัติงาน

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the performance of personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute according to the 4 dimensions of the balanced scorecard including effectiveness, quality of service, efficiency in civil service, and organization development. The sample group consisted of 200 personnel from the Institute. A questionnaire was used to collect data, which was tested for quality in terms of accuracy by experts and the confidence level according to Cronbach's alpha, with an alpha value of 0.9445. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test and LSD.

The sample group was mostly female, ages 30-50, with Bachelor's degree level education, and the majority was also registered nurses and technical nurses, in operations with an average of 15 years working at the Institute in the Nursing Group. Performance overall was at a high level.

From the research it was found that performance of the personnel at the Institute is different with a statistical significance of 0.05. Performance overall for all 4 dimensions according to the balanced scorecard was different according to occupation, position, length of employment and division. Performance in terms of efficiency was different according to level of education and position. Performance in terms of quality of service was different according to gender, professional position and division. Performance in efficiency in civil service implementation was different according to age, professional position, length of employment and division. Performance in terms of organization development was different according to professional position, position and division.

Keywords: Balanced Scorecard, Performance

บทนำ

สืบเนื่องมาจากความเจริญและพัฒนาอย่างรวดเร็วของโลกทำให้เกิดการแข่งขัน องค์กรที่ประสบความสำเร็จจะอยู่รอดได้ การประเมินและตรวจสอบสถานะของตนเองขององค์กรจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งเครื่องมือสำหรับการประเมินผลองค์กรที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือการประเมินองค์กรด้วย Balanced Scorecard โดยใช้หลักการสมดุลของมุมมองด้านการเงิน ด้านลูกค้า ด้านกระบวนการภายในและด้านการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งระบบราชการไทยได้นำ Balanced Scorecard มาประยุกต์ใช้เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร สถาบันบาราศ

นราศูรเป็นหน่วยงานราชการที่ดำเนินงานโดยต้องจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการเช่นเดียวกันและเห็นความสำคัญว่าผลการปฏิบัติงานของบุคลากรย่อมเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จขององค์กรด้วย

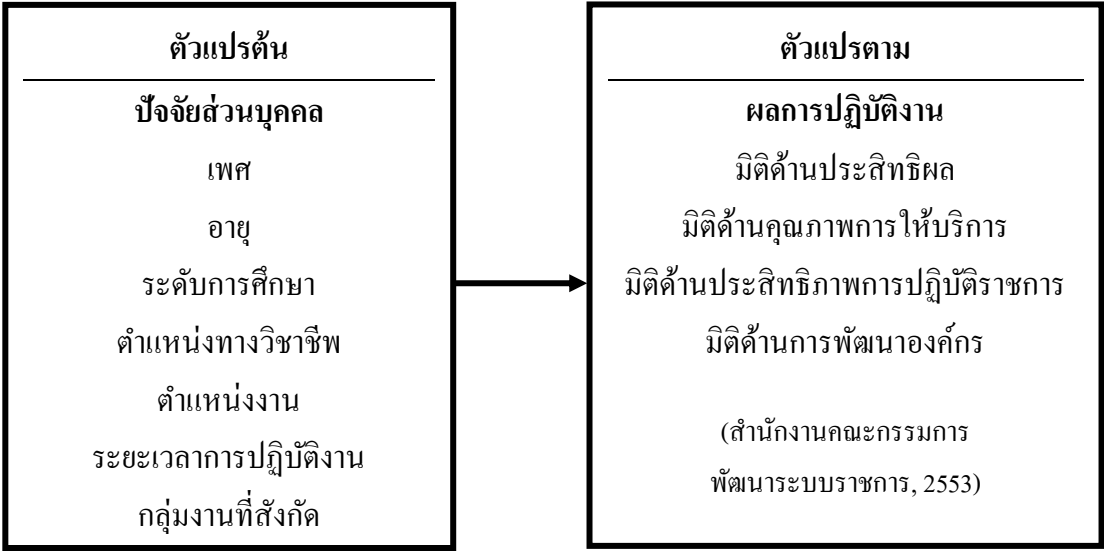
วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราศูร ตามมิติทั้ง 4 ของ Balanced Scorecard ได้แก่ มิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร
- 2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาองค์กรให้ครอบคลุมและเหมาะสม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราศูร เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 350 คน ในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ และมิติด้านการพัฒนาองค์กร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางวิชาชีพ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และกลุ่มงานที่สังกัด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานของการวิจัย

บุคลากรสถาบันบำราศนราศูรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีผลการปฏิบัติงานตาม มิติของ Balanced Scorecard ด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ และมิติด้านการพัฒนาองค์กรแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับการวางแผนการบริหารจัดการพัฒนาองค์กร
2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนานุเคราะห์ของสถาบันบำราศนราดูร

ทฤษฎีและแนวความคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับ Balanced Scorecard ข้อมูลด้านยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของสถาบันบำราศนราดูรรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Balanced Scorecard เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินผลการปฏิบัติงานตามมิติของ Balanced Scorecard ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูรจำนวน 350 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรตามสูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ค่าความคลาดเคลื่อน 5 % ได้จำนวนตัวอย่าง 200 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ความตรงของเนื้อหา ค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วย Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรภาพรวมอยู่ที่ 0.9445 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามย่อยในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.8350 - 0.9037

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สำหรับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรโดยการแจกแจงความถี่ หาจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test และ F-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในกรณีที่ F-test มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยวิธีการของ LSD

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อายุระหว่าง 30-50 ปี ร้อยละ 54.00 อายุเฉลี่ย 40.58 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปีและอายุมากที่สุด 60 ปี จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.00 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งทางวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ร้อยละ 69.50 ตำแหน่งงานอยู่ในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 77.50 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถาบัน

บำราศนราดูรน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.00 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูรเฉลี่ย 15.14 ปีต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี และสังกัดในกลุ่มการพยาบาล ถึงร้อยละ 63.00 และกลุ่มบริการเฉพาะทางร้อยละ 33.00

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยของผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ภาพรวมใน 4 มิติ ตาม Balanced Scorecard อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.81 เมื่อจำแนกตามมิติแต่ละด้าน ผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรอยู่ในระดับมาก ในมิติด้านคุณภาพการให้บริการเป็นอันดับหนึ่ง มีค่าเฉลี่ย 4.25 รองลงมาเป็นมิติด้านการพัฒนาองค์กรและมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ มีค่าเฉลี่ย 3.87 และ 3.86 ตามลำดับ ส่วนผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิผล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่ค่าคะแนน 3.25

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ผลการปฏิบัติงานในภาพรวม 4 มิติ ตาม Balanced Scorecard แตกต่างกันระหว่างตำแหน่งทางวิชาชีพ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานและกลุ่มงานที่สังกัด ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิผล แตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษาและตำแหน่งงาน ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันระหว่างเพศ ตำแหน่งทางวิชาชีพและกลุ่มงานที่สังกัด ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ แตกต่างกันระหว่างอายุ ตำแหน่งทางวิชาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานและกลุ่มงานที่สังกัด และผลการปฏิบัติงานในมิติด้านการพัฒนาองค์กรแตกต่างกันระหว่างตำแหน่งทางวิชาชีพ ตำแหน่งงานและกลุ่มงานที่สังกัด ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรตามมิติของ
Balanced Scorecard

มิติตาม Balanced Scorecard	ปัจจัยส่วนบุคคล						
	เพศ	อายุ	ระดับ การ ศึกษา	ตำแหน่ง ทาง วิชาชีพ	ตำแหน่ง งาน	ระยะเวลา การ ปฏิบัติงาน	กลุ่ม งานที่ สังกัด
- มิติด้านประสิทธิผล			✓		✓		
- มิติด้านคุณภาพการให้บริการ	✓			✓			✓
- มิติด้านประสิทธิภาพการ ปฏิบัติ ราชการ		✓		✓		✓	✓
- มิติด้านการพัฒนาองค์กร				✓	✓		✓
ภาพรวม 4 มิติ				✓	✓	✓	✓

(✓ หมายถึง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร เพศชายและเพศหญิงมีผลการปฏิบัติงานในมิติด้านคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.008$) โดยเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่าเพศชาย

อายุที่ต่างกันมีผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.009$) โดยมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 30 ปีกับกลุ่มอายุที่มากกว่า 50 ปี ($p=0.002$) และระหว่างกลุ่มอายุ 30-50 ปีกับกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ($p=0.032$)

ระดับการศึกษาต่างกันมีผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.014$) โดยมีความแตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษาปริญญาตรี และระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ($p=0.005$)

ตำแหน่งทางวิชาชีพต่างกันมีผลการปฏิบัติงานทั้งในภาพรวม 4 มิติ ตาม Balanced Scorecard มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.002, 0.011, 0.000$ และ 0.005 ตามลำดับ) โดย ผลการปฏิบัติงานในภาพรวมของ 4 มิติ ตาม Balanced Scorecard แตกต่างกันระหว่างแพทย์ รังสีแพทย์และทันตแพทย์กับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ($p=0.003$) และระหว่างพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคกับเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ($p=0.003$) มิติด้านคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันระหว่างแพทย์ รังสีแพทย์และทันตแพทย์กับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ($p=0.009$) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคกับเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ($p=0.019$) มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการแตกต่างกันระหว่างแพทย์ รังสีแพทย์และทันตแพทย์กับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ($p=0.000$) ระหว่างแพทย์ รังสีแพทย์และทันตแพทย์กับเทคนิคการแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ($p=0.020$) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคกับเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ($p=0.001$) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ($p=0.025$) ระหว่างเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมกับเทคนิคการแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ($p=0.030$) มิติด้านการพัฒนาองค์กรแตกต่างกัน ระหว่างแพทย์ รังสีแพทย์และทันตแพทย์กับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ($p=0.005$) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคกับเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ($p=0.006$)

ตำแหน่งงานต่างกันมีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันในภาพรวม 4 มิติตาม Balanced Scorecard มิติด้านประสิทธิผลและมิติด้านการพัฒนาองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.017, 0.001$, และ 0.043 ตามลำดับ) โดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างานมีผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกับผู้ปฏิบัติงานทั้งในภาพรวม 4 มิติ ตาม Balanced Scorecard ($p=0.005$) ในมิติด้านประสิทธิผล ($p=0.000$) และมิติด้านการพัฒนาองค์กร ($p=0.022$)

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูรต่างกันมีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันในภาพรวม 4 มิติตาม Balanced Scorecard และมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.025$ และ $p=0.003$) โดยผลการปฏิบัติงานในภาพรวม 4 มิติตาม Balanced Scorecard แตกต่างกันระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี กับ 10-20 ปี ($p=0.047$) และระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปีกับมากกว่า 30 ปี ($p=0.005$) มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการแตกต่างกันระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปีกับมากกว่า 30 ปี ($p=0.000$) ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงาน 10-20 ปีกับมากกว่า 30 ปี ($p=0.030$) และระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงาน 21-30 ปี กับ มากกว่า 30 ปี ($p=0.035$)

กลุ่มงานที่สังกัดต่างกันมีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันทั้งในภาพรวม 4 มิติตาม Balanced Scorecard มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p=0.011$, 0.012 , 0.002 และ 0.038 ตามลำดับ โดย บุคลากรที่สังกัดกลุ่มบริการเฉพาะทางมีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกับบุคลากรที่สังกัดกลุ่มการพยาบาล ทั้งในภาพรวม 4 มิติ ตาม Balanced Scorecard ($p=0.002$) มิติด้านคุณภาพการให้บริการ ($p=0.005$) มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ($p=0.000$) และมิติด้านการพัฒนาองค์กร ($p=0.005$) และมีความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานในมิติด้านคุณภาพการให้บริการระหว่างบุคลากรที่สังกัดกลุ่มยุทธศาสตร์และประเมินผลกับกลุ่มการพยาบาล ($p=0.040$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการปฏิบัติงานตามมิติของ Balanced Scorecard ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร” มีประเด็นที่พบจากการวิจัยและสามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ มิติด้านการพัฒนาองค์กร และภาพรวมอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งขัดแย้งกับการวิจัยของ คมกริช ลิ้มเรืองวิบูลย์¹ ที่พบว่าประสิทธิผลในด้านกระบวนการภายใน ด้านการเรียนรู้และพัฒนาและประสิทธิผลในภาพรวมของบริษัท ปีเตอร์สัน 1990 จำกัด อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ส่วนประสิทธิผลด้านการเงินอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริษัท ปีเตอร์สัน 1990 จำกัด เป็นภาคเอกชนที่ให้ความสำคัญกับมุมมองด้านการเงินมาก เพราะเป้าหมายการดำเนินงานของบริษัทเอกชนเป็นการแสวงหากำไรแต่สถาบันบำราศนราดูรเป็นหน่วยงานภาครัฐที่ใช้เงินงบประมาณเพื่อบริหารจัดการผลการดำเนินงานขององค์กรให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด แต่การศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ พระนันท์ภัทร์ แสนณรงค์² ที่พบว่าภาพรวมประสิทธิผลด้านการเงินและงบประมาณของสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรในมิติคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของ คมกริช ลิ้มเรืองวิทย์กุล¹ ที่พบว่า ประสิทธิภาพด้านลูกค้าของบริษัท ปีเตอร์สัน 1990 จำกัด อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ขัดแย้งกับการวิจัยของ พระนันท์ภัทร์ แสนณรงค์² ที่พบว่าภาพรวมประสิทธิภาพด้านกระบวนการภายในและด้านการเรียนรู้และพัฒนาของสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบัน บำราศนราดรุ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในมิติด้านคุณภาพการให้บริการโดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของผลการปฏิบัติงานในมิติด้านคุณภาพการให้บริการมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ว่า ลักษณะงานขององค์กรเหมาะสมกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพราะโดยบุคลิกภาพของเพศหญิงที่มีความอ่อนโยนมากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ซึ่งมีบทบาทของการให้บริการสุขภาพโดยตรง และขัดแย้งกับงานวิจัยของ จีวีวรรณ จันดิษฐ์³ ที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในมิติด้านคุณภาพการให้บริการแต่พบว่ามี ความแตกต่างระหว่างเพศในด้านการเรียนรู้และพัฒนา

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบัน บำราศนราดรุ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ โดยกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่า 30 ปี และกลุ่มอายุ 30-50 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการตามกรอบการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ⁴ ให้ส่วนราชการแสดงความสามารถในการปฏิบัติราชการ เช่น การลดค่าใช้จ่าย การประหยัดงบประมาณ การบริหารงบประมาณและความคุ้มค่าของการใช้เงิน การจัดทำต้นทุนต่อหน่วย การประหยัดพลังงาน การลดระยะเวลาการให้บริการ นั่นคือ กระบวนการภายในของการปฏิบัติงานซึ่งบุคลากรที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า มีความรัก ความผูกพันและจงรักภักดีต่อองค์กรมากกว่า เกิดความหวงแหนทรัพยากรขององค์กร มีการใช้อย่างประหยัดและคุ้มค่า สามารถปฏิบัติตามกรอบเหล่านี้ได้ดีกว่า

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบัน บำราศนราดรุ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในมิติด้านประสิทธิภาพ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีผลการปฏิบัติงานมิติด้านประสิทธิภาพมากกว่าระดับการศึกษาปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำงานด้านวิชาการและงานวิจัยมากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของจีวีวรรณ จันดิษฐ์³ ที่ไม่พบความแตกต่างในมิติด้านประสิทธิภาพระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในระดับการศึกษาแต่พบความแตกต่างในด้านกระบวนการภายในหรือมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการของบุคลากรที่มีการศึกษาแตกต่างกัน

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งทางวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบัน บำราศนราดรุ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในภาพรวม

มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนางองค์กร โดยพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคมีผลการปฏิบัติงานในภาพรวม มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนางองค์กรมากกว่าแพทย์ รังสีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม และมีผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริงที่พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคมีบทบาทในการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากกว่าวิชาชีพอื่นและในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ เทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าแพทย์ รังสีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ทั้งนี้ แม้ว่างานทางห้องปฏิบัติการจะเป็นบริการสนับสนุนทางการแพทย์ แต่กระบวนการภายในต้องมีการจัดสภาพแวดล้อมในห้องปฏิบัติการให้เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การลดขั้นตอนหรือ ลดระยะเวลาในการให้บริการเพื่อให้รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมถึงการรายงานผลการตรวจในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริงของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของสถาบันบำราศนราดูรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

6. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งงานกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในภาพรวม มิติด้านประสิทธิผล และมิติด้านการพัฒนางองค์กร โดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างานมีผลการปฏิบัติงานในภาพรวม มิติด้านประสิทธิผล และมิติด้านการพัฒนางองค์กรมากกว่าผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบทบาท ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน โดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างานมีบทบาทโดยตรงในการผลักดันให้เกิดผลงานที่ดีของหน่วยงานรวมทั้งบทบาทในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งบุคลากรและหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบ

7. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูรกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร พบว่า มีความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในภาพรวมและมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ โดยบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูรมากกว่า 30 ปี มีผลการปฏิบัติงานในภาพรวมและในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร น้อยกว่า 10 ปี 10-20 ปี และ 21-30 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ในการทำงานที่มากกว่า ซึ่งสะสมความรู้ฝังลึกในตัวบุคคลทำให้สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มงานที่สังกัดกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในภาพรวม มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนางองค์กร โดยบุคลากรที่สังกัดกลุ่มการพยาบาลมีผลการปฏิบัติงานในภาพรวม มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนางองค์กร

ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร มากกว่ากลุ่มบริการเฉพาะทาง ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริงของสถาบันบาราศนราศูร เนื่องจากบุคลากรที่สังกัดกลุ่มการพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพและใช้เวลาส่วนมากของการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ในมิติด้านคุณภาพการให้บริการ เป็นการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ การสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการและการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ซึ่งบุคลากรที่สังกัดกลุ่มบริการเฉพาะทาง เป็นวิชาชีพที่อาจให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ เช่น แพทย์ รังสีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ฯลฯ แต่ใช้เวลากับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการน้อยกว่าหรือปฏิบัติงานในส่วนของการสนับสนุนทางการแพทย์ เช่น เทคนิคการแพทย์ โภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการตามมิติด้านคุณภาพการให้บริการจึงน้อยกว่า ซึ่งในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการและมิติด้านการพัฒนาองค์กรก็เช่นเดียวกัน และพบว่าบุคลากรในสังกัดกลุ่มการพยาบาลมีผลการปฏิบัติงานในมิติด้านคุณภาพการให้บริการมากกว่ากลุ่มยุทธศาสตร์และประเมินผล เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สังกัดในกลุ่มยุทธศาสตร์และประเมินผลมีบทบาทเกี่ยวกับการจัดทำแผนงาน โครงการ การติดตามประเมินผลในภาพรวมของสถาบันฯ ไม่ได้ให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการของสถาบันฯ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ฉวีวรรณ จันดิชัย³ ที่พบว่า พนักงานของสำนักงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ที่สังกัดหน่วยงานที่แตกต่างกันมีความเห็นด้วยเกี่ยวกับกระบวนการภายในที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัย ตามมิติของ Balanced Scorecard ทั้ง 4 มิติ ผู้วิจัยจึงสรุปและอภิปรายผล ดังนี้

9. มิติด้านประสิทธิผล จากผลการวิจัยพบว่า ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบาราศนราศูรในมิติด้านประสิทธิผลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นจริงของสถาบันบาราศนราศูรให้เห็นว่าบุคลากรยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทด้านการให้บริการสุขภาพมากกว่าบทบาทในการศึกษาวิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ซึ่งเป็นพันธกิจที่สำคัญเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากสถาบันบาราศนราศูรเดิมเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรค บุคลากรจึงยังคุ้นเคยกับการให้บริการด้านสุขภาพเป็นหลัก แม้จะเปลี่ยนสถานภาพมาเป็นสถาบันที่เน้นด้านวิชาการมากขึ้นก็ตาม จะเห็นได้จากผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำผลงานวิจัย งานวิชาการ คู่มือแนวทาง หรือหลักสูตรอบรมด้านโรคและภัยสุขภาพของสถาบันฯ หรือการได้รับเชิญเป็นวิทยากรทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ บุคลากรมีการปฏิบัติในเรื่องเหล่านี้ น้อยกว่า ร้อยละ 30 จึงทำให้ผลการปฏิบัติงานในมิติด้านประสิทธิผลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งยังไม่สอดคล้องตามกรอบการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ⁴ ในมิติประสิทธิผล ซึ่งระบุถึงความสำเร็จของผลการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์หรือพันธกิจขององค์กร และไม่สอดคล้องตามพันธกิจของสถาบันบาราศนราศูรในด้านการศึกษา วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม

ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเพื่อควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งพันธกิจในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน

10. มิติด้านคุณภาพการให้บริการ จากผลการวิจัย พบว่า ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรในมิติด้านคุณภาพการให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และมากเป็นอันดับหนึ่งใน 4 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริงของสถาบันบำราศนราดูรซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโรคติดต่อและโรคระบาดมาเป็นเวลานาน ประกอบกับการบริการด้านสุขภาพเป็นเรื่องของชีวิต เป็นเรื่องของจริยธรรม สถาบันฯ ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ การให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นสำคัญจึงถือปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ⁴ ในมิติด้านคุณภาพการให้บริการที่ให้ส่วนราชการแสดงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการที่มีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

11. มิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ จากผลการวิจัย พบว่า ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ยกเว้น การมีส่วนร่วมของบุคลากรในกระบวนการพัฒนางานประจำส่วนวิจัย/ วิชาการซึ่งมีคะแนนในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสถาบันบำราศนราดูรเป็นหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและเป็นหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่บุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นหน่วยงานภาครัฐมีผู้ป่วย/ ผู้รับบริการจำนวนมาก การลดขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ การใช้ทรัพยากรที่มีอย่างประหยัดและคุ้มค่า จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

12. มิติด้านการพัฒนางานองค์กร จากผลการวิจัย พบว่า ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรในมิติด้านการพัฒนางานองค์กร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ในภาพรวมและรายข้อ แต่การเข้าร่วมเสวนาหรือประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอของบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้เป็นเพราะบุคลากรให้ความสนใจในการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้และทักษะที่ต้องใช้โดยตรงกับการทำงานมากกว่าการจัดทำผลงานทางด้านวิชาการ

ข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานองค์กร คือ ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรมีความสอดคล้องกันในแต่ละมิติอย่างเห็นได้ชัด ยกตัวอย่าง เช่น ในมิติด้านการพัฒนางานองค์กร เกี่ยวกับการเข้าร่วมเสวนาหรือประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอของบุคลากรมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 51 ซึ่งในมิติด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ หรือกระบวนการภายใน บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานประจำส่วนวิจัย/ วิชาการเพียงร้อยละ 49.50 และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ส่งผลให้ในมิติด้านคุณภาพการให้บริการเกี่ยวกับความพึงพอใจในการถ่ายทอดความรู้ด้านโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าเรื่องอื่น และในมิติด้านประสิทธิผลเกี่ยวกับการมีส่วน

ร่วมในการจัดทำผลงานวิจัย/ งานวิชาการ คู่มือ แนวทาง หรือหลักสูตรอบรมด้านโรคและภัยสุขภาพของสถาบันฯ การทำงานวิจัยร่วมกับหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ การมีผลงานวิจัย/ งานวิชาการที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ อ้างอิงทางวิชาการ หรือรวบรวมเป็นคลังความรู้ของสถาบันฯ รวมถึงการได้รับเชิญเป็นวิทยากรทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อยด้วย สอดคล้องกับ Kaplan & Norton^{5,6} ที่แสดงให้เห็นว่ามุมมองของ Balanced Scorecard ทั้ง 4 มุมมองเชื่อมโยงกัน และต้องมีความสมดุลของแต่ละมุมมอง ซึ่งการที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากร ไม่เข้าใจในแผนที่ทางยุทธศาสตร์ (Strategy Map) ของสถาบันฯ ไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำตั้งแต่ต้นจึงทำให้บุคลากรไม่เข้าใจในบทบาทหรือคิดว่าตนเองไม่ได้มีหน้าที่ในการทำงานวิชาการทำให้ไม่เห็นความสำคัญของงานวิชาการ หรืองานวิจัยว่าเป็น พันธกิจที่ทุกคนควรมีส่วนในการผลักดันให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ของสถาบันฯ ด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการปฏิบัติงานตามมิติของ Balanced Scorecard ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร” นี้ จะเห็นได้ว่า แม้บุคลากรสถาบันบำราศนราดูรจะมีผลการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่พิจารณาในรายละเอียดแล้วยังพบว่า พันธกิจของสถาบันฯ ในด้านการศึกษา วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเพื่อควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และพันธกิจด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพแก่บุคลากร สาธารณสุขและประชาชน ยังมีการปฏิบัติไม่มากเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับสถาบันบำราศนราดูร ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดให้การจัดทำผลงานวิจัยและ/ หรืองานวิชาการเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลเพื่อกระตุ้นหรือเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงาน

1. ควรจัดให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์และพันธกิจหลักของสถาบันฯ ลงสู่ระดับผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจน โดยการมอบหมายงานให้ครอบคลุมตามพันธกิจของสถาบันฯ อย่างเหมาะสม

2. ควรให้การสนับสนุนบุคลากรในการจัดทำผลงานวิจัย งานวิชาการ เปิดโอกาสในการศึกษาหาความรู้ รวมทั้งการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดทำผลงานวิจัย งานวิชาการ

3. ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เสนอหรือกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรด้านการจัดทำผลงานวิจัย งานวิชาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรในกลุ่มสนับสนุนบริการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสำคัญของความสำเร็จขององค์กรเช่นเดียวกัน หรืออาจศึกษาเปรียบเทียบระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุนบริการ
2. การศึกษาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรตามมิติของ Balanced Scorecard ในมุมมองของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ซึ่งจะสะท้อนผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในอีกด้าน
3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเกี่ยวกับผลงาน วิจัยงานวิชาการ รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่าง ๆ

บรรณานุกรม

1. คมกริช ลิ้มเรืองจุติกุล. (2547). *การประเมินประสิทธิผลองค์กร กรณีศึกษาบริษัทปีเตอร์สัน 1990 จำกัด โดยใช้แนวทาง Balanced Scorecard*. วันที่ค้นบทความ 23 มีนาคม 2554, เข้าถึงได้จาก dcms.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse
2. พระนันท์ทศร์ แสณณรงค์. (2552). *การศึกษาประสิทธิผลของสถานพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สกสค) ตามแนวคิด Balanced Scorecard*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานสวัสดิการสังคม, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.
3. ธีรวิวัฒน์ จันตชัย. (2550). *การวัดผลการดำเนินงานแบบดุลยภาพ (Balanced Scorecard) ของสำนักงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์*. การศึกษาค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการตลาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2551). *คู่มือเทคนิคการปรับปรุงและพัฒนาองค์การ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
5. พสุ เดชะรินทร์. (2545). *เส้นทางจากกลยุทธ์สู่การปฏิบัติด้วย Balance Scorecard และ Key Performance Indicators*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. _____. (2546). *Balance Scorecard. ฐิติในการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การตั้งครรภ์และการมีบุตรของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ พ.บ. โสพิศ บัวราช พย.บ. อาริวรรณ เจริญริน พย.บ.

งานสูติรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์และการมีบุตรของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทุกราย อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่มาตรวจคลินิกสูติ-รีเวช สถาบันบำราศนราดูร ช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2553 – ธันวาคม 2553 ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 72.4 ไม่ตั้งครรภ์แต่เคยตั้งครรภ์มาก่อน ไม่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน ร้อยละ 18.7 และกำลังตั้งครรภ์ ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ โดยเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึงร้อยละ 72.4 ส่วนใหญ่เคยมีบุตรแล้ว ร้อยละ 70.3 แต่เป็นการมีบุตรกับคู่สมรสปัจจุบันเพียง ร้อยละ 44.6 และมีความต้องการมีบุตรร้อยละ 27.4 จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่อง การวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด ดังนั้นการสนับสนุนและพัฒนาระบบการวางแผนครอบครัว คลินิกวางแผนครอบครัว ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสตรีติดเชื้อเอชไอวีและคู่ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีทุกราย เพื่อให้สามารถวางแผนครอบครัวให้ได้ถูกต้องและดียิ่งขึ้น

Abstract

This study showed family planning situation in women infected with HIV / AIDS in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The data were collected by interviews and questionnaires. Subjects were HIV-infected women in reproductive ages, 15-49 years old, in Obstetrics – Gynecology clinic, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. During of study was October 2553 - December 2553. The study found that there were 72.4% of nulliparity women, 18.7% have previous history of pregnant, and 8.9% were currently pregnant. Out of 8.9%, there was 72.4% with unintentionally pregnant, 27.4% of patients want to have children. Family planning and contraception clinics would improve a better family planning for this group of patients.

บทนำ

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมีช่องว่างของการให้บริการและเป็นที่ประจักษ์ว่าการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวเป็นประเด็นที่อ่อนไหวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁾ โดยพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการตั้งครรภ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ข้อมูลจากสถาบันบำราศนราดูร พบว่า ระหว่างปี 2550-2552 มีสตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มาฝากครรภ์ 131 คน โดยทราบผลเลือดก่อนการตั้งครรภ์ 80 คน คิดเป็น ร้อยละ 61 และตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ 71 คน คิดเป็นร้อยละ 88.45 มีการรายงานในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 242 คนตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 84^(2,3) แต่ในขณะที่กลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ร้อยละ 25-30 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสต้องการมีบุตร^(4,5) และร้อยละ 50 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกาตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ⁽⁶⁾ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้อง

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการ การศึกษานี้จึงศึกษาถึงสถานการณ์การตั้งครรภ์และการมีบุตรของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูรหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม สตรีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกราย อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่มาตรวจที่คลินิกสูติ-นรีเวช สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 ธันวาคม 2553 และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 331 ราย การศึกษากครั้งนี้ ไม่รวมสตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการทำหมันถาวร ผ่าตัดมดลูกออกและหรือตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง และสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีสภาวะรังไข่ล้มเหลวก่อนกำหนด การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมสถาบันบำราศนราดูร และกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 331 ราย อายุตั้งแต่ 16-49 ปี อายุเฉลี่ย 36.8 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 55.3 เกือบครึ่งการศึกษาอยู่ระดับมัธยม 1-6 (ร้อยละ 49.2) รองลงมา การศึกษาค่ำกว่าหรือเท่ากับประถม 6, ปวส.และปริญญาตรีขึ้นไป ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย ร้อยละ 31.2 และอาชีพข้าราชการและรัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด ร้อยละ 5.8 มากกว่าร้อยละ 80 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท มีเพียงร้อยละ 5.4 ที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 93.1 และผู้ดูแลเป็นครอบครัวตัวเองสูงถึง ร้อยละ 67.1 รองลงมา มีสามีเป็นผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 2.4 ที่ผู้ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่บ้านพักฉุกเฉิน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม ภูมิลำเนา ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ และผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา (n=329)		
กรุงเทพ	96	29.2
ปริมณฑล	51	15.5
ต่างจังหวัด	182	55.3
ศาสนา (n=331)		
พุทธ	320	96.7
คริสต์	6	1.8
อิสลาม	5	1.5
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=331)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ป. 6	85	25.7
เทียบเท่า ม.1-ม.6	163	49.2
ปวส.และปริญญาตรีขึ้นไป	83	25.1
อาชีพปัจจุบัน (n=330)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	5.8
พนักงานบริษัท	78	23.6
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	103	31.2
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	63	19.1
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน/ว่างงาน	67	20.3
รายได้(บาท) (n=331)		
<10,000	151	45.6
10,000-25,000	133	40.2
25,001-50,000	29	8.8
>50,000	18	5.4
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (n=331)		
ไม่มี	23	6.9

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
มี	308	93.1
ผู้ดูแล* (n=331)		
สามี	162	48.9
ครอบครัวตนเอง	222	67.1
ครอบครัวสามี	27	8.2
เพื่อน	16	4.8
บ้านพักฉุกเฉิน	8	2.4

*ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ผลการศึกษาสถานภาพด้านคู่ในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่สตรีติดเชื้อเอชไอวี มีคู่สมรสหรือคู่นอนประจำ ร้อยละ 73.9 พบสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 15 เมื่อสอบถามถึงความต้องการมีคู่เพิ่ม พบว่า ต้องการมีคู่เพิ่มร้อยละ 9.1 และยังมีอีกร้อยละ 16.4 ที่ยังไม่แน่ใจ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม สถานภาพด้านคู่ปัจจุบัน

สถานภาพด้านคู่ปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
คู่สมรส/คู่นอนประจำ (n=329)		
มี	243	73.9
ไม่มี	86	26.1
คู่นอนชั่วคราว** (n=321)		
มี	48	15
ไม่มี	273	85
ความต้องการมีคู่เพิ่ม (n=327)		
ไม่ต้องการ	243	74.5
ต้องการ	30	9.1
ไม่แน่ใจ	54	16.4

การตั้งครรภ์และการมีบุตรของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าร้อยละ 72.4 ไม่ตั้งครรภ์แต่เคยตั้งครรภ์มาก่อน รองลงมา ไม่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน (ร้อยละ 18.7) และกำลังตั้งครรภ์ (ร้อยละ 8.9) ตามลำดับ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึงร้อยละ 72.4 ส่วนใหญ่เคยมีบุตรแล้ว ร้อยละ 70.3 แต่เป็นการมีบุตรกับคู่สมรสปัจจุบันเพียง ร้อยละ 44.6 ส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน (ร้อยละ 46.4) รองลงมา ไม่เคยมีบุตรเลย, เคยมีบุตรแล้ว 2 คน และมากกว่า 2 คน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามถึงความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 27.4 ต้องการมีบุตร (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม การตั้งครรภ์และการมีบุตร

การตั้งครรภ์และการมีบุตร	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์ (n=326)		
กำลังตั้งครรภ์	29	8.9
ไม่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน	61	18.7
ไม่ตั้งครรภ์แต่เคยตั้งครรภ์มาก่อน	236	72.4
กลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์ (n=29)		
ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ	8	27.6
ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ	21	72.4
การมีบุตร (n=263)		
เคยมีบุตร	185	70.3
ไม่เคยมีบุตร	78	29.7
การมีบุตรกับคู่สมรสปัจจุบัน (n=267)		
มีบุตร	119	44.6
ไม่มีบุตร	148	55.4
จำนวนบุตรทั้งหมด (n=263)		
ไม่เคยมีบุตรเลย	78	29.7
เคยมีบุตรแล้ว 1 คน	122	46.4
เคยมีบุตรแล้ว 2 คน	56	21.3
เคยมีบุตรแล้วมากกว่า 2 คน	7	2.6
ความต้องการมีบุตร (n=248)		
ต้องการ	68	27.4
ไม่ต้องการ	180	72.6

วิจารณ์

ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการศึกษา 331 ราย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อายุตั้งแต่ 16-49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่อายุก่อนข้างมากเมื่อเทียบกับรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าอายุเฉลี่ยของสตรีติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศไทย อายุประมาณ 30-34 ปี⁽⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากแนวทางการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อพบว่า การได้รับยาต้านไวรัสที่ครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้นในประเทศไทยทำให้สุขภาพของทั้งผู้หญิง ผู้ชาย แข็งแรงขึ้นอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเริ่มวางแผนอนาคต^(2,8) รวมถึงคิดเรื่องเพศสัมพันธ์หรือโอกาสในเรื่องมีครอบครัวหรือมีลูก

ด้วยเหตุที่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ในวัยเจริญพันธุ์สตรีติดเชื้อเอชไอวีจึงยังมีเพศสัมพันธ์และต้องมีการวางแผนครอบครัว⁽⁹⁻¹²⁾ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 73.9 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวี มีคู่นอนประจำ และยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ มีคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 15 และยังต้องการมีคู่นอนเพิ่มร้อยละ 9.1 สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาพบว่า 2 – 4 คน ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีทุก 5 คนยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ⁽¹³⁻¹⁸⁾ โดยการศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศของสตรีติดเชื้อเอชไอวีในประเทศแคนาดาก็นิยามว่าร้อยละ 70 ยังมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ⁽¹⁹⁾ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ประเทศเคนยา ศึกษาในสตรีติดเชื้อเอชไอวี 179 คน ยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ ประมาณร้อยละ 70 ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่าง 18 ถึง 24 เดือน⁽²⁰⁾ และการศึกษาที่ ประเทศบราซิล ศึกษาในสตรีติดเชื้อเอชไอวี 103 คน รับประทานยาต้านไวรัสมา 24 เดือนจะมีเพศสัมพันธ์ปกติ ร้อยละ 78⁽²¹⁾ เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้การที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีปัจจุบันมีสุขภาพดีอายุยืนยาว ซึ่งมีการศึกษาพบว่าใน sub-Saharan African สตรีติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 13-41 แต่งงานใหม่^(22,23) จึงมีความต้องการมีบุตรเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบพบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบุตรกับคู่สมรสปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 55.4 และไม่เคยมีบุตรเลย ร้อยละ 29.7 โดยสตรีติดเชื้อเอชไอวีวางแผนต้องการมีบุตรร้อยละ 27.4 ใกล้เคียงกับข้อมูลที่มีการศึกษาในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ โดยร้อยละ 25 ถึง 30 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส ต้องการมีบุตร^(4,5) และสอดคล้องกับข้อมูลที่สำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาพบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 18-43 ต้องการมีบุตรในอนาคต^(4,5,24,25) ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ⁽⁶⁾ จากการศึกษาพบพบว่าในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึง ร้อยละ 72.4 ซึ่งมากกว่าการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา สะท้อนถึงปัญหาเรื่องการวางแผนครอบครัวที่ยังมีอยู่ทั้งที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดของการศึกษานี้เป็นสตรีติดเชื้อที่อยู่ในระบบการดูแลของโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจของการศึกษานี้ยังน้อยกว่าสองการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ซึ่งพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ 242 คน ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึง ร้อยละ 84^(2,3) ดังนั้นผู้ดูแลเรื่องสุขภาพให้แก่สตรีติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องทำ

ความเข้าใจผลกระทบต่อนสตรีติเชื้อเอชไอวีวิจัยเจริญพันธุ์เรื่องความต้องการมีบุตร การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จึงมีข้อเสนอแนะให้บุคลากรทางการแพทย์ควรจะต้องให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวเรื่องการคุมกำเนิดการมีบุตร เป็นประจำกับกลุ่มสตรีติเชื้อเอชไอวี และควรจัดเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่สตรีติเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับ⁽²¹⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณกรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย จากโครงการสร้างผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและควบคุมป้องกันโรคโดยระบบปี 2553 รุ่นที่ 1 นพ. ปรีชา ตันธนาธิป ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร งานสุติกรรมและเจ้าหน้าที่งานสุติกรรมสถาบันบำราศนราดูร ที่เป็นสถานที่และช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัย ขอบพระคุณ ดร.นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ และ ดร.สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา ให้คำปรึกษาและแนะนำตลอดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. นันทา อ่วมกุลม. พรสิณี อมรวิเศษฐ์. อนาคตของการจัดบริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17(6):1629-39.
2. Roachat TJ, Richter LM, Doll HA, Buthelezi NP, Tomkins A, and Stein A. Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing. Journal of the American Medical Association. 2006; 295(12): 1376–78.
3. Nakayiwa S, Abang B, Packel L, Lifshay J, Purcell DW, King R, Ezati E, Mermin J, Coutinho A, and Bunnell R. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. AIDS and Behavior. 2006; 10(Suppl. 4): S 95–104.
4. Chen JL, Philips KA, Kanouse DE, Collins RL, Miu A. Fertility desires and intention of HIV-positive men and women. Fam Plann Perspect. 2001; 33:144-52.
5. Ogilvie G, Palepu A, Remple VP, et al. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV British Columbia, Canada. AIDS. 2007; 21:s83-s88.
6. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States.1994 and 2001. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2006; 38:90-6.
7. AIDSThai.วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2553. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค: 2553.

8. สำนักที่ปรึกษา.แนวทางการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์
สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี.นนทบุรี: กรมอนามัย; 2551.
9. Allen S, Meinzen-derr J, Kautzman M, Zulu I, Trask S, Fideli U, et al. Sexual behavior of
HIV discordant couples after HIV counseling and testing. AIDS 2003; 17: 733–40.
10. De Bruyn M, Njoko M, Odhiambo D, and Paxton S. HIV/AIDS, pregnancy and abortion-
related care: A preliminary inquiry. Chapel Hill, North Carolina, Ipas, Dec. 2002.
11. Nebie Y, Meda N, Leroy V, Mandelbrot L, Yaro S, Sombie I, et al. Sexual and reproductive
life of women informed of their HIV seropositivity: A prospective cohort study in Burkina
Faso. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2001; 28 : 367–72.
12. Saada M, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Delfraissy JF, Mayaux MJ, et al. Pregnancy
and progression to AIDS: Results of the French prospective cohorts. SEROGEST and
SEROOCO Study Groups. AIDS 2000 ; 14: 2355–60.
13. De Vincenzi I, Jadand C, Couturier E, Brunet JB, Gallais H, Gastaut JA, et al. Pregnancy and
contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. AIDS
1997 ; 11 : 333–8.
14. Desgrees Du Lou A, Msellati P, Viho I, Yao A, Yapi D, Kassi P, et al. Contraceptive use,
protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected
women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995–2000. International Journal of STD
and AIDS 2002; 13: 462–46.
15. Hankins C, Tran T, and Lapointe N. Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected
women. Canadian Women's HIV Study Group. Journal of Acquired Immune Deficiency
Syndromes and Human Retrovirology 1998; 18: 479–87.
16. Mitchell HS. and Stephens E. Contraception choice for HIV positive women. Sexually
Transmitted Infections 2004; 80: 167–73.
17. Murphy D, Lynch M, Desmond N, and Mulcahy FM. Contraceptive practices in HIV
seropositive females in Ireland. International Journal of STD and AIDS 1993; 4: 107–9.
18. Wilson TE, Massad LS, Riester KA, Barkan S, Richardson J, Young M, et al. Sexual,
contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for
infection: Results from the Women's Interagency HIV Study. AIDS 1999; 13: 591–8.

19. Sarna A, Luchters S, Munyao P, Okal J, Shikely K, Mandaliya K, et al. Fertility preferences and family planning experiences among ART clients in Mombasa, Kenya. Proceedings of the International Conference on Actions to Strengthen Linkages between Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS; 2007. 4–7.
20. Barroso PF, Schechter M, Cerbino-Neto J, Almeida MH, Littleton M, Harrison LH. Sexual activity after initiation of antiretroviral therapy in Brazil. Proceedings of the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain; 2002. 7–12.
21. Aaron EZ, Criniti SM. Preconception Health Care for HIV-infected Women. 2007; 15(4):137-41.
22. Uganda Bureau of Statistics. Uganda Demographic and Health Survey preliminary report. Kampala, Uganda and Calverton, Maryland, Uganda Bureau of Statistics and ORC Macro; 2006.
23. Westoff CR. New estimates of unmet need and the demand for family planning. Calverton, Maryland, Macro International Inc., DHS Comparative Reports No 14; 2006. 83 p.
24. Padian NS, Shiboski SC, Glass SO, and Vittinghoff E. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in northern California: Results from a ten-year study. American Journal of Epidemiology 1997; 146: 350–7.
25. Stanwood NL, Cohn SE, Heiser JR, and Pugliese M. Contraception and fertility plans in a cohort of HIV-positive women in care. Contraception 2007; 75 : 294–98.