



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560 Vol.28 No.2 July - December 2017



## รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคณาจารย์ทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
- โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน
- รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอบลูง จังหวัดจันทบุรี
- ผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดต้นคอและสะโพกจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังพืด
- ผลการพัฒนากาแฟเพื่อการค้าที่มีคุณค่าทางโภชนาการในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก
- การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี
- พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- การวิเคราะห์ห้วงเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามธิบดี
- การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษารหัสธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อการ และความสุขในชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาลเกษมณกุล จังหวัดจันทบุรี
- การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนสมรรถในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

## บทความวิชาการ

- โรคพาร์กินสันกับปัญหาหลัก
- วัฒนธรรมไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
- การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัดในการใช้ยาพันธุ์: หลักการและแนวปฏิบัติ

## บทความพิเศษ

- แร่งบันไดเพื่อรักและศรัทธา: พลังชีวิตที่ท้าทาย

# วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

## JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560 Vol.28 No.2 July - December 2017

### เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี  
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง  
จังหวัดจันทบุรี 22000

### ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

### ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ  
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)

นางกาญจนา ร้อยนา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธุ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

### บรรณาธิการ

นางสาวคณิสร์ แก้วแดง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

### วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ  
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล  
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

### กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน  
(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม  
(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

### กองบรรณาธิการ

#### ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- |                                |                                                   |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. ผศ. ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล  | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ        | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี  | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา                       |
| 4. ดร.พรรษา เศรษฐบุปผา         | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่              |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์       | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                  |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. ผศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์             |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์       | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา                  |

#### กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- |                                  |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| 1. นางสุมาลี ราชนิยม             | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล         |
| 2. นางสาวสมิตรา เนียมกัน         | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |
| 3. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัจย์ศิริ | ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์           |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

### วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- |                                     |                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล              | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                         |
| 2. ดร.มัทนา เหมชะญาติ               | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ                    |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม                 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่                            |
| 4. ดร.วิรัชพร สกุลสันติพร           | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์                |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาด้น                | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง                   |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี      | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                      |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม    | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ       |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ          | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม                  |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์      | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม                  |
| 10. ดร.เพชรรัตน์ เจริญรอด           | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต                      |
| 11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา                         |
| 12. ดร.วรพล แวงนอก                  | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 13. ดร.ศรีสกุล เนียบแหลม            | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 14. ดร.ทองสวย สีทานนท์              | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 15. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์              | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 16. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา            | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 17. ดร.ธัสมน นามวงษ์                | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 18. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง           | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 19. ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง           | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                        |
| 20. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ           | นักวิชาการอิสระ                                          |
| 21. ดร.ชดช้อย วัฒนะ                 | นักวิชาการอิสระ                                          |



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

## JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

Vol.28 No.2 July - December 2017

หน้า

### รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว  
ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง 1

กรธิดา พงศ์พนัส                      พรนภา หอมสินธุ์                      ยุวดี สิลักนาวิระ
- โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล  
ที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน 13

ชุมพล นุชผ่อง                      สมอาจ วงษ์ขมทอง                      จันทรจิรา วงษ์ขมทอง

เนตรชนก ศรีทุมมา
- รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างดียาวนาน 6 เดือน:  
กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกขัน จังหวัดจันทบุรี 29

อารีรัตน์ วิเชียรประภา                      ขนิษฐา เมฆมกล                      กรรณิการ์ แซ่ตั้ง

เกษณ พรหมอินทร์                      สมลักษณ์ ศรีวิชัย
- ผลของการนัดคอย บำ ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ  
ในผู้ป่วยมีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด 42

ศรัทธา สวียงาม                      ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์                      นิษฐ์โรจน์ มณี อากานันท์กุล
- ผลการพัฒนาภาวะผู้นำต่อการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหาร  
การพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ 55

จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค                      รามพร มินานนท์                      ชญานิศา เขมทัสน์
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา  
สัมพันธ์ภรรยาระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก 67

จริญญา ดัจะโปะ                      จรัสศรี ธีระกุลชัย                      ศรีสุม รุมนสกุล
- การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป  
จังหวัดราชบุรี 80

ขวัญชนก เทพปิ่น                      นวรัตน์ สุวรรณพ่อง                      นพพร ไหว้ธีระกุล

มธุรส ทิพยมงคลกุล
- พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 93

สุวรรณี สร้อยสงค์                      อังคณา เรือนก้อน                      ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล

นิลุบล นันทา                      จุฑามาศ สุขเกษม
- การวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ  
และทรวงอก: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามธิบดี 104

ศศิภาญณ์ นามิ่ง                      ปิยธิดา ตรีเดช                      สุกนธนา ศิริ

ศักดา ตรีเดช

ส

า

ร

บ

ญ



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

## JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

Vol.28 No.2 July - December 2017

หน้า

### รายงานการวิจัย

- การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษารายธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง  
วารกรณ์ ทิพย์สุมานันท์      นวรัตน์ สุวรรณพ่อง      นพพร ไหวธีระกุล  
มธุรส ทิพยมงคลกุล      116
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของบุคลากร  
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี      128  
สมยศ พนธรา      ปรางค์ เกิดผล      ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ  
พิชชาภา ห่อมา
- การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง  
ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ      140  
เจริญ โอภาสเสถียร
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย      153  
จำรัส สาระขวัญ      สุนทรี สิกขาสงคราม      มาลินี บุญเกิด  
สุกัญญา กระเบียด      มาลี มีแป้น

### บทความวิชาการ

- โรคพาร์กินสันกับปัญหาหกล้ม      165  
ชวนชม เพ็ชพันธ์ไพศาล
- วิทยุรู้ไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร      173  
ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์      ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
- การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล      183  
ปวิณภัทร นิธิตันตวิวัฒน์      สุรีย์ จินเรือง      วิกาศิรี นราพงษ์
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัดในการใช้ยาพ่นสูด: หลักการและแนวปฏิบัติ      192  
กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์

### บทความพิเศษ

- แรบบิดาลใจแห่งรักและศรัทธา: พลังชีวิตที่ท้าทาย      202  
นวนันท์ ปัทมสุทธกุล

ส

า

ร

บ

ญ

## บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการบริหารสาธารณสุข สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการศึกษาพยาบาล และการใช้ยาพ่นสูดในเด็กโรคหืด ส่วนบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับแรงบันดาลใจแห่งความรักและความศรัทธา คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตามกองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพอีกเช่นเคย ดังนั้น หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการหรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านท้ายของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร แก้วแดง

บรรณาธิการ

## โคลงอวยพรปีใหม่

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| วิทยาลัย แห่งนี้        | นามพระราชทาน           |
| พยาบาล เหล่าเหลื่องจันท | เทิดเกล้า              |
| พระปกเกล้า ปลุกขวัญ     | ปลอบจิต                |
| จันทบุรี มีจำว          | กอบกู้ เกียรติไทย      |
| อวย ชัยนัยเอ๋ยอ้าง      | พระองค์                |
| พร พาพบเพื่อนพ้อง       | เพริศแพร้ว             |
| ปี เดือนเลื่อนวันคง     | ครองสุข                |
| ใหม่ มาทกข์คลาดแคล้ว    | ดั่งได้แก้ว แก้วประการ |

ประพันธ์โดย นางสาวนวนนิต ปัทมสุทธิกุล (พปท.รุ่น ๒)

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง \*

### Factors Related to Health Promoting Behaviors among People with Mobility Impairment in Bankhai District, Rayong Province \*

กรรณิศา พงศ์พนัส, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) \*\*

Porntida Pongpanus, M.S.N. (Community Nurse Practitioner) \*\*

พสนภา หอมสินธุ์, ปส.ด. (การพยาบาล) \*\*\*

ยุวดี สลักนาวิระ, วท.ด. (เวชศาสตร์ชุมชน) \*\*\*\*

Pornnapa Homsin, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

Yuwadee Leelukkanaveera, Ph.D. (Community medicine) \*\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับ 3-5 ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 195 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นในช่วง .86-.93 และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูง ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่สูงมากนัก พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_{pb} = .144, p < .05$ ) ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .260, p < .001$ ;  $r = .263, p < .001$ ;  $r = .478, p < .001$  และ  $r = .390, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนอายุ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.151, p < .05$  และ  $r = -.220, p < .01$  ตามลำดับ)

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\* มหบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้รับผิดชอบหลัก  
\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และค้นหาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อสุขภาพะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว

### **Abstract**

This correlational research aimed to study health promoting behaviors and to examine the factors related to health promoting behaviors among people with mobility impairment. The samples consisted of 195 people with grade 3-5 mobility impairment in Bankhai District, Rayong Province. The research instruments were composed of a questionnaire of individual characteristics and experiences, a four-part questionnaire of perceived health promoting behaviors with the reliability in a range of .86-.93, and a questionnaire of health promoting behaviors with the reliability of .77. Data were collected from November to December, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, point biserial correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the overall mean score of health promoting behaviors was quite high. The mean scores of eating behavior, emotional management, and alcohol drinking were quite high, while those of exercise and smoking were quite low. Sex was statistically significant related to health promoting behaviors ( $r_{pb} = .144, p < .05$ ), health status, perceived benefits of action, perceived health promoting behavior self-efficacy, and social support for health promoting behavior were positively statistically significant related to health promoting behaviors ( $r = .260, p < .001$ ;  $r = .263, p < .001$ ;  $r = .478, p < .001$  and  $r = .390, p < .001$ , respectively). Additionally, age and perceived barrier of action were negatively statistically significant related to health promoting behaviors ( $r = -.151, p < .05$  and  $r = -.220, p < .01$ , respectively).

This research suggested that community nurse practitioners and involved agency should create activities to enhance health promoting behavior, perceived benefits of action, and to detect perceived barrier of action including to promote family involvement for people with mobility impairment well being.

**Keywords:** Health promoting behaviors, People with mobility impairment

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลคนพิการในประเทศไทยที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติได้จัดทำสถิติการจดทะเบียนคนพิการ พบว่ามีคนพิการคิดเป็นร้อยละ 2.30 ของประชากร และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2557) สำหรับจังหวัดระยอง พบว่าจากสถิติการขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี พ.ศ. 2554, 2556 และ 2557 มีจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 8,469 คน 9,443 คน และ 9,943 คน ตามลำดับ โดยร้อยละ 53 เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และพบว่ากลุ่มคนพิการดังกล่าวส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ มีความรู้สึกท้อแท้ในการดำรงชีวิต (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง, 2557) สำหรับอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง พบว่ามีคนพิการจำนวนทั้งสิ้น 1,338 คน ในจำนวนนี้พบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีมากที่สุดถึงร้อยละ 50.50 รองลงมาคือ คนพิการทางการได้ยิน ร้อยละ 23.10 คนพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 12 คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 4.30 และคนพิการทางจิตใจ ร้อยละ 2.50 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง, 2557)

ความพิการส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เนื่องจากคนพิการมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โดยพบว่าคนพิการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) มีปัญหาสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ระบบประสาท และกล้ามเนื้อเกิดการเกร็งตัว ระบบหายใจและระบบการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ร่างกายปรับตัวไม่ได้ ความพิการมีผลทำให้สมรรถภาพร่างกายลดน้อยลง และเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ส่วนด้านจิตใจ คนพิการจำนวนไม่น้อยต้องอยู่บนโลกใบนี้ด้วยความท้อแท้ใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ ท้อถอย ไม่ยอมรับกับโชคชะตาที่เกิดขึ้น และปิดกั้นตนเองจากสังคม (อรสรว

บุณนาค, 2545) รวมทั้งรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน สูญเสียความเชื่อมั่น (อัฐมา โกคาพานิชวงษ์, 2549) อีกทั้งการสูญเสียโอกาสในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่น โอกาสทางการศึกษา โอกาสในการทำงาน โอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ผิดปกติ (ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางกายและทางจิต, 2551) นอกจากนี้ เมื่อมีคนพิการในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทำให้ต้องแบกรับภาระมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน ซึ่งเป็นการกีดกันที่หนัก ชับซ้อน และยาวนาน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องหารายได้เพิ่มขึ้นโดยการประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้การดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวรวมทั้งการดูแลคนพิการที่บ้านทำได้ไม่เต็มที่ ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทั้งสิ้น (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกไปสู่ภาวะสุขภาพดี หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย และการที่บุคคลให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพของตนมากเท่าใด บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติ จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ดังนั้น พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและความพิการ การมีวิธีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเกื้อกูลกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล หากคนพิการตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ย่อมส่งผลให้คนพิการมีสุขภาพที่ดี ลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ จิตใจสดชื่น แจ่มใส นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการต่อไป (เพชรชรินทร์ ดันคงจำรัสกุล, 2552)

รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งมีการปรับกลยุทธ์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนไป โดยในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพทั่วไทยภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2546 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผสานพลังสู่สุขภาพของประชาชนในรูปแบบ “ชมรมสร้างสุขภาพ” ตามนโยบายสร้างสุขภาพ 6อ. และในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ 3อ. (การรับประทานอาหารออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์) 2ส. (ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง แต่สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทรงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับ 3-5 ซึ่งสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ เชน และลำตัว อันจำเป็นต้องการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ทำให้บางคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจากความพิการ ทำให้มีโอกาสเกิดข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ กล้ามเนื้อเกร็ง และมีความผิดปกติของระบบประสาท ระบบหายใจ และระบบการไหลเวียนโลหิต มีผลทำให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างจากคนทั่วไปทั้งด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ เกษตรกร วัยทำงาน นักเรียน แต่พบว่าการศึกษาในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวน้อยมาก ผลการศึกษาในกลุ่มอื่นอาจมีข้อจำกัดในการนำมาอธิบายกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีข้อจำกัดที่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (วุฒิชัย แพงจ้อย, 2553; พิชัย

ไผ่พงษ์, 2554; ชาญ สุทินะ, 2555) และด้านสิทธิประโยชน์สวัสดิการของคนพิการ (วัชรินทร์ จิตตกุลเสนา, 2552) ในจำนวนการศึกษาในกลุ่มคนพิการที่น้อยดังกล่าวนี้นพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส (พรณา เจริญสันต์, 2553; พิชัย ไผ่พงษ์, 2554) ระดับความพิการ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (พรณา เจริญสันต์, 2553) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (เพชรวัชรินทร์ ต้นคงจำรัสกุล, 2552) โดยคนพิการที่มีอายุน้อย เพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับความพิการน้อย มีการรับรู้ประโยชน์ มาก การรับรู้อุปสรรค น้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่า ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดของ Pender et al. (2011) เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพ) และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

## สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
4. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
5. ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
6. ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
7. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
8. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
9. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
10. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

## สุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของ Pender et al. (2011) ซึ่งประกอบด้วยโมเดลหลัก ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล อันเป็นคุณลักษณะนิสัยและประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละคน อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

#### ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. การศึกษา
5. ระดับความพิการ
6. ภาวะสุขภาพ

#### ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
4. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

#### พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส.)

- ด้านการบริโภคอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการอารมณ์
- ด้านการสูบบุหรี่
- ด้านการดื่มสุรา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์ (correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 11-09-2558)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นคนที่พิการทางการเคลื่อนไหวระดับ 3-5 ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ในเดือนพฤศจิกายน 2558 ซึ่งแพทย์ตรวจวินิจฉัยรับรองความพิการ และขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง จำนวน 195 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะปกติ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ คำนวณขนาดตัวอย่างตามแนวทางของ Cohen (1992) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และขนาดความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) ในระดับกลาง เนื่องจากการศึกษาทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีค่าขนาดความสัมพันธ์ในระดับกลาง (Polit & Beck, 2008) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง 177 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 195 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม โดยเลือกมาครั้งละ 1 ตำบล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ การพักอาศัย ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในช่วง .92-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในส่วนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

และแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>4</sup> และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ .93, .90, .90, .86, และ .77 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยประสานงานกับ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบลแต่ละแห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย ทั้งนี้มีการเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนจำนวน 2 คน โดยมีการให้ความรู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินัยสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลไม่มีการระบุชื่อตัวบุคคล ซึ่งข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่บ้าน ใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2558

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.50 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.90 อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และอายุมากที่สุดคือ 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.40 ปี ( $SD = 15.78$ ) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.20 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78 เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48.20 อาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.50 ส่วนใหญ่มีความพิการระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 83.60 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม 6.30 ( $SD = 2.29$ )

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 69.80$ ,  $SD = 7.76$ ) คะแนนต่ำสุดคือ 49 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 88 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูง ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่สูงมากนัก ทั้งนี้ด้านการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนน 14.68 ( $SD = 2.13$ ) คะแนนต่ำสุดคือ 8 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนน 10.36 ( $SD = 3.10$ ) คะแนนต่ำสุดคือ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน ด้านการจัดการอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนน 14.26 ( $SD = 2.38$ ) คะแนนต่ำสุดคือ 9 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน ด้านการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยคะแนน 13.07 ( $SD = 2.70$ ) คะแนนต่ำสุดคือ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 17 คะแนน และด้านการดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยคะแนน 17.43 ( $SD = 3.11$ ) คะแนนต่ำสุดคือ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_{pb} = .144$ ,  $p < .05$ ) ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุน

ทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .260, p < .001$ ;  $r = .263, p < .001$ ;  $r = .478, p < .001$  และ  $r = .390, p < .001$  ตามลำดับ) อายุ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.151, p < .05$  และ  $r = -.220, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพสมรส การศึกษา และระดับความพิการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 195$ )

| ปัจจัยที่ศึกษา                                      | พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ |        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------|
|                                                     | r                        | p      |
| เพศ (หญิง) <sup>(p)</sup>                           | .144                     | .045   |
| อายุ                                                | -.151                    | .035   |
| สถานภาพสมรส (คู่) <sup>(p)</sup>                    | -.140                    | .051   |
| การศึกษา                                            | .135                     | .060   |
| ระดับความพิการ                                      | -.049                    | .976   |
| ภาวะสุขภาพ                                          | .260                     | < .001 |
| การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ        | .263                     | < .001 |
| การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ         | -.220                    | .002   |
| การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ | .478                     | < .001 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ      | .390                     | < .001 |

หมายเหตุ: (p) = วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 มีอายุมากกว่า 60 ปี ทำให้มีวุฒิภาวะ มีความเข้าใจในชีวิต ตระหนักถึงความสำคัญและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น อีกทั้งมากกว่าร้อยละ 80 มีความพิการระดับ 3 ซึ่งยัง

สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง ทำให้ไม่มีอุปสรรคต่อการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่ค่อยเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และอาจเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อความพิการทางร่างกายที่เป็นอยู่ บางครั้งคิดว่าพิการแล้วจะออกกำลังกายไปทำไม

(สร้อยสวรรค์ เกตุไทย, พรนภา หอมสินธุ์, และยวดี ลีลกันวีระ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของปามีศา ดีใหม่ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพ) และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการวิจัยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงค่านิยมที่แสดงคุณภาพพลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ สามารถบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางสังคม และเป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง (Pender et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของธรรม จตุนาม (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพในจังหวัดหนึ่ง พบว่าคนพิการทางการมองเห็นเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่าง และมีความวิตกกังวลต่อความสุขในชีวิตสมรส จึงทำให้ต้องดูแลตนเองมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะและความสามารถในการรับรู้ การแปลความหมายและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีพัฒนาการ ความสามารถในการรับรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อายุ

จึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะสูงสุดในผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภา ไสวดี, หนัญชิดาคุณธิ์ ทูลศิริ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอหนึ่ง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่ภาวะสุขภาพในขณะนั้นของบุคคลจะดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่เป็นผู้รับรู้และตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง และขึ้นอยู่กับประสบการณ์ภายในบุคคล พฤติกรรมการปฏิบัติ และการเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกันหรือสถานการณ์เดียวกัน (Orem, 2001) คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดีจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพฤษเมษา หมีนคำแสน (2542) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง และการศึกษาของกชกร ห่วงนุ่น (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคกระเพาะที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมและยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม (Pender et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิม รัตนะโสภา (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการในจังหวัดหนึ่ง

และการศึกษาของจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์ (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือเป็นสิ่งที่มิได้อยู่จริง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อมีการรับรู้อุปสรรคมาก บุคคลก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แต่หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2011) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคด้านต่างๆ น้อย อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสจัดว่าไม่อร่อย การไม่รับประทานอาหารมันเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของชิดชนก ไชยกุล (2549) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเอง จะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมาย (Pender et al., 2011) บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิม รัตนโสภา (2553) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการในจังหวัดหนึ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรชรินทร์ ดันคงจำรัสกุล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้พิการในเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน (Pender et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภา ไสวดี และคณะ (2558) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอหนึ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรวรรณ คำดี (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดหนึ่ง พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการออกกำลังกายในคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และอาจเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อความพิการทางร่างกายที่เป็นอยู่ โดยการแก้ไขความเชื่อที่ผิด รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจทางบวก

1.2 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีการเสริมแรงโดยการพูดชักจูงหรือชื่นชม ให้กำลังใจ สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา รวมทั้งมีการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็น

ด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม  
สร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม  
ในกิจกรรมด้วย

1.3 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและหน่วยงาน  
ที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์  
ของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การเรียนรู้  
ด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น  
การสนทนากลุ่ม การเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น ตลอดจนเปิดโอกาสให้  
คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้พูดคุยและแสดงความคิดเห็น  
เพื่อค้นหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ  
และแก้ไขความเชื่อที่ผิด

1.4 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและหน่วยงาน  
ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจและเฝ้าระวังพฤติกรรม  
สร้างเสริมสุขภาพในคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพศชาย  
ที่มีปัญหาสุขภาพและอายุมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อ  
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาในคนพิการด้านอื่น ๆ เนื่องจาก  
การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหว  
ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ  
ของคนพิการด้านอื่นอาจมีความแตกต่างกัน และควรศึกษา  
อำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริม  
สุขภาพ

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม  
สุขภาพสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะ  
อย่างยิ่งพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยเน้นการเสริมสร้าง  
ความมั่นใจในตนเอง เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้  
อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และเน้นการมีส่วนร่วม  
ของครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ  
ที่เหมาะสมสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็น  
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- กชชุกร ห่วงนุ่ม. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง  
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต).  
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุณี วาระหัส, และอรวิสา จิตต์วิบูลย์. (2553). พฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ วิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนี สงขลา (รายงานผลการวิจัย).  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- เฉลิม รัตนะโสภา. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัย  
ราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชาญ สุปินะ. (2555). บทบาทของเทศบาลนครปากเกร็ด  
ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารจิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิตชนก ไชยกุล. (2549). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วารสารพยาบาล,  
33(3), 34-38.
- ธรรม จตุพนม. (2548). โครงการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิ  
และโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น  
ในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพ กรณีศึกษา  
คนพิการทางการมองเห็นในจังหวัดนครปฐม. กรุงเทพฯ:  
ออน อาร์ต ครีเอชั่น.
- ปาณิสตา ดีใหม่. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา  
ตำบลท่าด้อม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรภา เจริญสันต์. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต  
ของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัด  
สมุทรปราการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต).  
ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชัย ไผ่พงษ์. (2554). การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต  
คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของ  
เทศบาลตำบลไทรย้อย จังหวัดพิษณุโลก (การศึกษา  
อิสระปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พรมยา หมั่นคำแสน. (2542). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรรินทร์ ต้นจางำสกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้พิการ: กรณีศึกษาเขตเทศบาลเมืองพิจิตร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เพ็ญประภา ไสวดี, ชนัญจิราคุณฎี ทูลศิริ, และพรณา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 89-104.
- ภัทรวรรณ คำดี. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วัชรินทร์ จิตตกุลเสน. (2552). *การส่งเสริมและจัดสวัสดิการผู้พิการ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโหนด อำเภอสระบัวชัย จังหวัดสงขลา* (การศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วุฒิชัย แสงจ้อย. (2553). *แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ* (การศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์สิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2551). *3 คนพิการ 3 ชะตากรรม กับโอกาสแห่งชีวิตที่ศูนย์สิทธิการ*. สืบค้น วันที่ 5 มีนาคม 2558, จาก [http://newsnit\\_net-460016.htm](http://newsnit_net-460016.htm)
- สร้อยสวรรค์ เกตุไทย, พรณา หอมสินธุ์, และยุวดี ลีถักนวิระ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 27-40.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง. (2557). *ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557*. สืบค้น วันที่ 5 มีนาคม 2558, จาก <http://www.rayong.m-society.go.th>
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2557). *ข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557*. สืบค้น วันที่ 5 มีนาคม 2558, จาก [http://ecard.nep.go.th/nep\\_all/stat.php?view=nep](http://ecard.nep.go.th/nep_all/stat.php?view=nep)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปผลจำนวนคนพิการ*. สืบค้น วันที่ 5 มีนาคม 2558, จาก [www.nso.go.th](http://www.nso.go.th)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *รายงานการสำรวจสาเหตุความพิการ พ.ศ. 2555*. สืบค้น วันที่ 5 มีนาคม 2558, จาก [www.nso.go.th](http://www.nso.go.th)
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. (2550). *ระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ*. สืบค้น วันที่ 5 มีนาคม 2558, จาก <http://dep.go.th/home>
- อรสรวง บุญนาค. (2545). *เส้นทางแห่งสิทธิและความเท่าเทียมบนถนนสาย "คนพิการ"*. *วารสารวิจัยเพื่อคนพิการ*, 1(7), 50-57.
- อัฐมา โกคาพานิชวงษ์. (2549). *ภาพสะท้อนและเรื่องเล่า "ความพิการ" ของผู้พิการในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson/ Prentice Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

### โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

### The Structural Relationship Model among Strategic Leadership and Hospital Financial Strategy on Hospital Financial Performance at Community Hospitals

ชุมพล นุชพ่อง, พ.บ., ปส.ด. (การบริหารโรงพยาบาล) \*

Chumphon Nuchphong, M.D., Ph.D. (Hospital Management) \*

สมอาจ วงษ์มทอง, พ.บ., ปส.ด. (สาธารณสุข) \*\*

จันทร์จิรา วงษ์มทอง, ปส.ด. (สุขภาพชุมชน) \*\*\*

Somarch Wongkhomthong, M.D., D.H.Sc. (Public Health) \*\* Janjira Wongkhomthong, Ph.D. (Community Health) \*\*\*

เนตรชนก ศรีท่อมมา, ปส.ด. (การพยาบาล) \*\*\*\*

Netchanok Sritoomma, Ph.D. (Nursing) \*\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารที่มีบทบาทกำหนด ติดตาม และประเมินผลนโยบายด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 160 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ที่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน มีความเชื่อมั่น .94 และ .93 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ( $\beta = .05$ ) ภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ( $\beta = .88$ ) ส่วนภาวะผู้นำกลยุทธ์กับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ( $\beta = .14$ ) โดยสรุป ภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ( $\beta = .17$ ) โดยมีสมการเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์คือ  $HFP = .05 SL + .14 HFS + e : R^2 = .04$

\* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุโขทัย

\*\* ศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้ช่วยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนควรมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการบริหารการเงินขององค์กร และโรงพยาบาลควรมีกลยุทธ์ในการช่วยสร้างรายได้ใหม่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำกลยุทธ์ กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน การบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

### Abstract

This causal relationship research aimed to analyze the relationships between leadership strategy (SL) and hospital financial strategy (HFS) that affect the hospital financial performance (HFP). The samples consisted of 160 chief financial officers who were responsible in monitoring and evaluating in the hospital's finance. The research instruments were composed of a questionnaire of personal characteristics and a questionnaire of strategic leadership and hospital financial strategy that affect the hospital financial performance with the reliability of .94 and .93, respectively. Data were collected from June 1, to August 31, 2016. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the structural equation model (SEM) technique.

The research results revealed that strategic leadership directly influenced the hospital financial performance ( $\beta = .05$ ) and directly influenced the hospital financial strategy ( $\beta = .88$ ). Strategic leadership and hospital financial strategy indirectly influenced the hospital financial performance ( $\beta = .14$ ). Thus, the strategic leadership directly and indirectly influenced the hospital financial performance ( $\beta = .17$ ) and the structural relationship equation of these research variables was  $HFP = .05 SL + .14 HFS + e : R^2 = .04$ .

This research suggested that hospital staffs should take responsibility to financial management of community hospital as well as the hospitals should promote new revenue financial strategies in order to get the effectiveness of community hospital finance.

**Keywords:** Strategic leadership, Hospital financial strategy, Hospital financial performance, Financial management of community hospital

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 850 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ขาดทุนและประสบปัญหาวิกฤตการเงินรุนแรง จำนวน 78 แห่ง

หรือร้อยละ 9.24 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ ร้อยละ 96 ของโรงพยาบาลที่ขาดทุนและประสบปัญหาวิกฤตการเงินเป็นโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด

การขาดทุนในโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่มีสิทธิ์ที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เนื่องจากมีจำนวนประชากรน้อยและเป็นพื้นที่ทุรกันดาร (Younis & Forgione, 2005) ซึ่งการขาดทุนอย่างต่อเนื่องจะทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีเงินลดลง และหนี้สินมากขึ้น การไม่มีเงินสดเพียงพอจะทำให้ไม่สามารถชำระหนี้ได้ อันอาจนำไปสู่การฟ้องร้องเพื่อบังคับให้อำนาจการโรงพยาบาลชุมชนชำระหนี้ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐไม่มีงบประมาณในการสร้างอาคารเพิ่ม จึงทำให้มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอ เช่น กรณีของโรงพยาบาลนครปฐมที่ไม่มีเงินสดเพื่อย่อยค่าบริการให้บุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่สามารถรักษาดูแลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2553)

จากการศึกษาของปัทนัน กนกวงศ์สุวรรณ (2556) ที่ศึกษารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม พบว่าในปีงบประมาณ 2554 การควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นและการเพิ่มรายได้ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และมีอัตราส่วนทางการเงิน ได้แก่ อัตราทุนหมุนเวียน อัตราทุนหมุนเวียนเร็ว และอัตราส่วนเงินสด เท่ากับ 1.84, 1.66 และ 1.37 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลมีอัตราส่วนทางการเงินเพิ่มขึ้นมากกว่าปีงบประมาณ 2553 ที่มีอัตราส่วนทางการเงินเท่ากับ 0.79, 0.61 และ 0.37 ตามลำดับ และจากการศึกษาของสมศักดิ์ โสพลิจิต (2550) ที่ศึกษาประสบการณ์เศรษฐกิจพอเพียงกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าสภาพคล่องทางการเงินเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 80.82 นอกจากนี้จากการศึกษาของชุมพล นุชผ่อง (2557) ที่ศึกษารูปแบบการบริหารการเงินการคลังในภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่ากลยุทธ์ทางการเงินของโรงพยาบาลส่งผลต่ออัตราส่วนทางการเงิน ในปีงบประมาณ 2557 ได้แก่ อัตราทุนหมุนเวียน อัตราทุนหมุนเวียนเร็ว และอัตราส่วนเงินสด เท่ากับ 2.65, 2.39 และ 1.59 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนทางการเงิน ในปีงบประมาณ 2555 ที่มีอัตราส่วนทางการเงินเท่ากับ 0.79, 0.46 และ 0.03 ตามลำดับ

จากการศึกษาของ Gabbert (2005) ที่ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานเป็นเลิศ พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .892$ ,  $p < .01$ ) และ Lee (2011) ยังได้ศึกษาผลกระทบของนวัตกรรมห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ต่อผลการดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำนวัตกรรมกับกลยุทธ์ประสิทธิภาพของห่วงโซ่อุปทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .560$ ,  $p < .01$ ) นอกจากนี้ จากการศึกษารายงานของวิชัย กุลศรีวันรัตน์ (2556) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของสถานบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลยังขาดความเข้มงวดและความต่อเนื่องในการบริหารจัดการการเงินการคลัง และหากผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลได้ จะส่งผลให้ไม่สามารถจัดทำแผนการเงินการคลัง รวมทั้งยังส่งผลต่อการขาดประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง ทำให้เกิดภาวะวิกฤตของระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ Folcarelli (2014) กล่าวว่าผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลจะสะท้อนถึงผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ไม่แสวงกำไร (non-profit hospital performance) โดยการประเมินผลการดำเนินงานด้านการเงินประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ สภาพคล่อง ประสิทธิภาพ อัตรากำไร และอัตราหนี้สิน อีกทั้ง Cleverly and Harvey (1992) ได้กล่าวว่าโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานด้านการเงินที่แข็งแกร่งจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มส่วนแบ่งทางการตลาดในโรงพยาบาลชุมชน และสามารถควบคุมต้นทุนค่าแรงและต้นทุนการเงินได้ ส่งผลให้เกิดการจัดการต้นทุนของการบริการและการเพิ่มผลิตภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน และ Hitt, Ireland, and Hoskisson (2003) ได้กล่าวเกี่ยวกับการจัดการกลยุทธ์เพื่อความสามารถเชิงแข่งขันในยุคโลกาภิวัตน์ว่าผลการดำเนินงานด้านการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำของผู้บริหาร โดยต้องอาศัยการพัฒนาวิสัยทัศน์ กลยุทธ์การดำเนินงาน

และการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องอาศัยการพัฒนาภาวะผู้นำกลยุทธ์ (strategic leadership) ซึ่งประกอบด้วย 1) วิสัยทัศน์ 2) ระบบคิด 3) การคาดการณ์ 4) วิสัยทัศน์ 5) แนวทางกลยุทธ์ 6) การจูงใจ 7) ความสมดุลของการควบคุมจริยธรรม 8) การพัฒนาขีดความสามารถ 9) การพัฒนาทุนมนุษย์ และ 10) การติดตามประเมินผลกลยุทธ์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและการสร้างคุณค่าให้องค์กรมีกำไรและมีผลลัพธ์ทางการเงินที่ดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้บริหารหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเข้าใจปัจจัยภายนอกที่จะส่งผลกระทบต่อภาระงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ นโยบายการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันของแต่ละกองทุนสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เกี่ยวกับกลยุทธ์และภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงในองค์กรธุรกิจที่ไม่แสวงหากำไร และในธุรกิจบริการสุขภาพ พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลกับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลว่ามีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร เพื่อจะตอบสนองนโยบายการบริหารการเงินการคลังของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนหรือไม่อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลกับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

3. เพื่อวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

4. เพื่อวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน
2. ภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล
3. กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน
4. ภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน โดยผ่านกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปร ซึ่งประกอบด้วยภาวะผู้นำกลยุทธ์ (strategic leadership: SL) กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (hospital financial strategy: HFS) และผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (hospital financial performance: HFP)

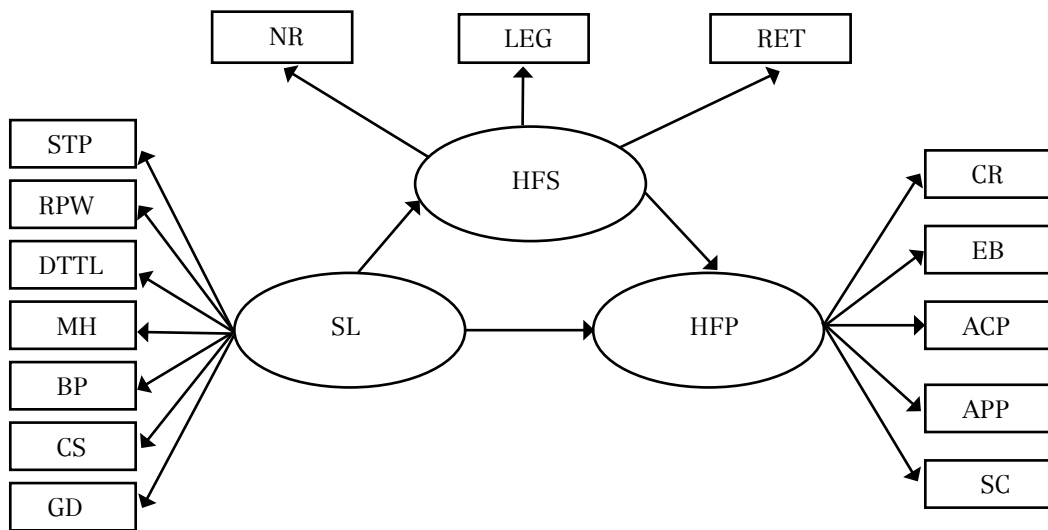
ตัวแปรภาวะผู้นำกลยุทธ์ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดภาวะผู้นำกลยุทธ์ของจันทร์จิรา วงษ์ขมทอง, เนตรชนก ศรีทุมมา, และนงลักษณ์ จินตนาดิกล (2557) ซึ่งอธิบายขอบเขตหน้าที่ของภาวะผู้นำกลยุทธ์ของผู้บริหาร (chief executive officer) ไว้ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์ (strategic thinking and planning: STP) 2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร (relation the part to the whole: RPW) 3) การพัฒนา

ผู้นำของปัจจุบันและอนาคต (developing today and tomorrow's leader: DTTL) 4) การดำเนินงานให้สำเร็จ (making it happen: MH) 5) การสร้างพันธมิตร (building partnerships: BP) 6) การสร้างจิตวิญญาณ การเป็นสมาชิกขององค์กร (corporate spirit: CS) และ 7) การกำหนดทิศทาง (giving direction: GD)

ส่วนตัวแปรกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดกลยุทธ์ทางการเงินของ Bielefeld (1992) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์ทางการเงินไว้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) กลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ (new revenue: NR) 2) กลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลตามภารกิจ (legitimation: LEG) และ 3) กลยุทธ์การควบคุมค่าใช้จ่าย (retrenchment: RET)

สำหรับตัวแปรผลการดำเนินงานด้านการเงินของ โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยใช้ผลการดำเนินงานด้านการเงินของ Utoomporn, Thaworn and Dichapong (2012) ที่ได้แสดงถึงอัตราส่วนทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถวิเคราะห์หั่งการเงิน ได้จากบัญชีโรงพยาบาลสังกัดสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) กำไรก่อนหักภาษีและค่าเสื่อม (EBITDA: EB) 2) สภาพคล่องของเงินสด (cash ratio: CR) 3) ระยะเวลา ถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (average collection period: ACP) 4) ระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการจ่ายหนี้ (average payment period: APP) และ 5) ต้นทุนในการบริการ (service cost: SC)

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดเชิงสมมติฐานของโมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ (SL) ของจันทร์จิรา วงษ์ขมทอง และคณะ (2557) กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (HFS) ของ Bielefeld (1992) และผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (HFP) ของ Utoomporn et al. (2012)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน (เอกสารรับรอง เลขที่ 10/2558)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้บริหารที่มีบทบาทกำหนด ติดตาม และประเมินผลนโยบายด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (chief financial officer: CFO) และมีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป ขนาดประชากรของโรงพยาบาลชุมชนระดับกลางมีจำนวน 245 โรงพยาบาล คำนวณขนาดตัวอย่างได้จากการสุ่ม จำนวน 153 คน ดังนั้น เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต่ำกว่า 5 เท่าของจำนวนพารามิเตอร์ในโมเดลสมการโครงสร้างซึ่งมี 17 ตัวแปร (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006) จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้จำนวน 160 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีขั้นตอนและเรียงลำดับโดยครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์ด้านการเงิน ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารการเงิน และการอบรมด้านการเงิน จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำกลยุทธ์ของจันทรจิรา วงษ์ชมทอง, และคณะ (2557) และแบบสอบถามเกี่ยวกับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลของ Bielefeld (1992) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยผู้บริหารด้านการเงินระดับสูงของเขตบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน ผู้ประเมินตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์การเงินของเขตสุขภาพ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ จำนวน 1 คน หากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) โดยเกณฑ์ผ่านในแต่ละข้อคือ มากกว่า .50 พบว่าแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำกลยุทธ์มีข้อคำถามที่ใช้ได้ จำนวน 29 ข้อ (จากเดิม 76 ข้อ) และแบบสอบถามเกี่ยวกับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีข้อคำถามที่ใช้ได้ จำนวน 27 ข้อ (จากเดิม 34 ข้อ) รวมจำนวนทั้งสิ้น 56 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้บริหารการเงินของโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (จำนวน 56 ข้อ) เท่ากับ .96 เมื่อจำแนกเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำกลยุทธ์ และแบบสอบถามเกี่ยวกับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น .94 และ .93 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขอเอกสารอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารด้านการเงิน พร้อมทั้งแนบเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งเอกสารชี้แจงวิธีการสุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ที่ระบุถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และขอความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยภายในเวลา 60 วัน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากการกำหนดเป็นโมเดลความสัมพันธ์

เชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นสถิติประเภทตัวแปรพหุ (multivariate statistics) ที่บูรณาการเทคนิคการวิเคราะห์ 3 อย่างเข้าด้วยกัน ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) การวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (path analysis) โดยการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างประกอบด้วยการวิเคราะห์โมเดลสำคัญ 2 โมเดล ดังนี้

1. โมเดลการวัด (measurement model) เป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรสังเกตได้ของทั้งตัวแปรภายนอกและภายใน ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยด้วยเทคนิค 2 เทคนิค คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์การถดถอย โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรนั้น เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงที่ไม่สามารถสังเกตได้ ด้วยการวัดจากองค์ประกอบของตัวแปรที่สังเกตได้ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยนั้น ทำให้ได้ค่าสถิติที่ช่วยให้ทราบค่าพารามิเตอร์ที่แท้จริงและค่าตัวแปรที่วัดได้จะบอกค่าความคลาดเคลื่อนของการวัดในแต่ละตัวแปร

2. โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง เป็นการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล หาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงภายนอกกับตัวแปรแฝงภายใน ทั้งนี้ใช้เกณฑ์การแปลความหมายขนาดอิทธิพลของ Cohen (1988) ดังนี้  $0.20 =$  น้อย  $0.50 =$  ปานกลาง และ  $0.80 =$  มาก

ในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดล และระบุขนาดและลักษณะการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปรในโมเดล และลดข้อดคลงเบื้องต้นทางสถิติ การวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกตัวในโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ อย่างไร โดยตัวแปรแต่ละตัวมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมอย่างไร มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะผู้นำกลยุทธ์ ข้อมูลกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล และข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาล

ชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะผู้นำกลยุทธ์ กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล และผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

2.3 การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างที่ได้พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่นำเสนอผลการวิเคราะห์ และทำการปรับโมเดลจากค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ เพื่อให้ได้โมเดลที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากที่สุด

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุเฉลี่ย 45.96 ปี ( $SD = 8.63$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 61.90 รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท และระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 35 และ 3.10 ตามลำดับ มีตำแหน่งปัจจุบันเป็นแพทย์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.20 รองลงมาคือ นักจัดการทั่วไป และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 21.90 และ 8.80 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 60,700 บาท ( $SD = 68,300$ ) มีประสบการณ์ด้านการเงินเฉลี่ย 12.63 ปี ( $SD = 9.65$ ) มีประสบการณ์การเป็นผู้บริหารการเงินเฉลี่ย 8.79 ปี ( $SD = 9$ ) และได้รับการอบรมด้านการเงินเฉลี่ย 1.66 ครั้งต่อปี ( $SD = 1.88$ )

2. ภาวะผู้นำกลยุทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำกลยุทธ์ด้านการสร้างจิตวิญญาณการเป็นสมาชิกขององค์กร มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.26$ ,  $SD = .50$ ) รองลงมาคือ ด้านการสร้างพันธมิตร ( $\bar{X} = 4.04$ ,  $SD = .54$ ) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ( $\bar{X} = 3.66$ ,  $SD = .59$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำกลยุทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 160)

| ภาวะผู้นำกลยุทธ์                           | $\bar{X}$ | SD  | ระดับความคิดเห็น |
|--------------------------------------------|-----------|-----|------------------|
| 1. การสร้างจิตวิญญาณการเป็นสมาชิกขององค์กร | 4.26      | .50 | มากที่สุด        |
| 2. การสร้างพันธมิตร                        | 4.04      | .54 | มาก              |
| 3. การกำหนดทิศทาง                          | 3.99      | .56 | มาก              |
| 4. การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์              | 3.96      | .58 | มาก              |
| 5. การดำเนินงานให้สำเร็จ                   | 3.86      | .49 | มาก              |
| 6. การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต        | 3.74      | .70 | มาก              |
| 7. ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร       | 3.66      | .59 | มาก              |

3. กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นด้านกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลตามภารกิจ มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = .54$ ) รองลงมาคือ ด้านกลยุทธ์การควบคุมค่าใช้จ่าย

( $\bar{X} = 3.80$ ,  $SD = .57$ ) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านกลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ ( $\bar{X} = 3.75$ ,  $SD = .61$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 160)

| กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล       | $\bar{X}$ | SD  | ระดับความคิดเห็น |
|--------------------------------------|-----------|-----|------------------|
| 1. กลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลตามภารกิจ | 4.03      | .54 | มาก              |
| 2. กลยุทธ์การควบคุมค่าใช้จ่าย        | 3.80      | .57 | มาก              |
| 3. กลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่        | 3.75      | .61 | มาก              |

4. ผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นด้านระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.72$ ,  $SD = .67$ ) รองลงมาคือ ด้านสภาพคล่อง

ของเงินสด ( $\bar{X} = 4.37$ ,  $SD = 1.16$ ) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านกำไรก่อนหักภาษีและค่าเสื่อม ( $\bar{X} = 3.61$ ,  $SD = .87$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านการเงิน  
ของโรงพยาบาลชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 160)

| ผลการดำเนินงานด้านการเงิน<br>ของโรงพยาบาลชุมชน | $\bar{X}$ | SD   | ระดับความคิดเห็น |
|------------------------------------------------|-----------|------|------------------|
| 1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้            | 4.72      | .67  | มากที่สุด        |
| 2. สภาพคล่องของเงินสด                          | 4.37      | 1.16 | มากที่สุด        |
| 3. ระยะเวลาเฉลี่ยในการจ่ายหนี้                 | 4.13      | 1.01 | มาก              |
| 4. ต้นทุนในการบริการ                           | 3.80      | .84  | มาก              |
| 5. กำไรก่อนหักภาษีและค่าเสื่อม                 | 3.61      | .87  | มาก              |

5. การประเมินความสอดคล้องของโมเดล สมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า 1) ค่าในกลุ่มของ ไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ที่มีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่า  $p$  มากกว่า .05 เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าไคสแควร์หารด้วยองศาความเป็นอิสระ ( $\chi^2/df$  or CMIN/DF) ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล โดยพิจารณาค่า  $\chi^2/df$  ซึ่งควรมีค่าน้อยกว่า 3 2) ค่าในกลุ่มของดัชนีวัดความสอดคล้องเชิงสมบูรณ์ (absolute fit index) ได้แก่ ดัชนีระดับความกลมกลืน (goodness of fit: GFI), adjust GFI (AGFI) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว, NFI (normed fit index), RFI (relative fit index) และ IFI (incremental

fit index) ความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 3) ค่าในกลุ่มของดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (root mean square error of approximate: RMSEA) และดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (root mean squared residual: RMR) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 4) ค่าในกลุ่มของ HOELTER หรือ CN (critical N) มีค่าเท่ากับ 220 ค่าสถิติมีความสอดคล้องและกลมกลืนอย่างมากกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่าโมเดลในภาพรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ที่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน กับข้อมูลเชิงประจักษ์

| สถิติ    | ค่าสถิติ   | ค่าความสอดคล้อง | การแปลผลความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ |
|----------|------------|-----------------|-------------------------------------------|
| $\chi^2$ | $p = .337$ | $p > .05$       | มีความสอดคล้อง                            |
| CMIN/DF  | 1.068      | น้อยกว่า 3      | มีความสอดคล้อง                            |
| RMR      | .011       | น้อยกว่า .05    | มีความสอดคล้อง                            |
| GFI      | .944       | มากกว่า .90     | มีความสอดคล้อง                            |
| AGFI     | .914       | มากกว่า .90     | มีความสอดคล้อง                            |
| RMSEA    | .021       | น้อยกว่า .05    | มีความสอดคล้อง                            |
| NFI      | .938       | มากกว่า .90     | มีความสอดคล้อง                            |
| RFI      | .918       | มากกว่า .90     | มีความสอดคล้อง                            |
| IFI      | .996       | มากกว่า .90     | มีความสอดคล้อง                            |
| CN       | 220        | มากกว่า 200     | มีความสอดคล้อง                            |

6. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของภาวะผู้นำกลยุทธ์ (SL) เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ 1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์ (STP) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .86 2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร (RPW) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .83 3) การกำหนดทิศทาง (GD) อันตราย/ความเสี่ยง (risk) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .74 4) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต (DTTL) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .69 5) การสร้างพันธมิตร (BP) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .68 6) การสร้างจิตวิญญาณการเป็นสมาชิกขององค์กร (CS) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .66 และ 7) การดำเนินงานให้สำเร็จ (MH) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .53

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (HFS) เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ 1) กลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ (NR) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .84 2) กลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลตามภารกิจ (LEG) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .82 และ

3) กลยุทธ์การควบคุมค่าใช้จ่าย (RET) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .81

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (HFP) เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ 1) สภาพคล่องของเงินสด (CR) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .59 2) กำไรก่อนหักภาษีและค่าเสื่อม (EB) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .55 และ 3) ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการจ่ายหนี้ (APP) มีน้ำหนักองค์ประกอบ .20

ผลการวิเคราะห์พบว่าผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (HFP) มีค่า R square เท่ากับ .04 หรือ 4% ซึ่งผลของ HFP ที่ได้มีอิทธิพลมาจากตัวแปรภาวะผู้นำกลยุทธ์ (SL) และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (HFS) ส่วนที่เหลืออีก 96% เป็นผลจากตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ คือ การจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลชุมชน ตามจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

$$(HFP = .05 SL + .14 HFS + e : R^2 = .04)$$

ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า R square ที่ได้มามีค่าอยู่ในระดับต่ำ แต่ค่าตัวทำนายมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการทำนายพฤติกรรมของผู้บริหารที่มีบทบาท กำหนด ติดตาม และประเมินผลนโยบายด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นสังคมศาสตร์ สาขาจิตวิทยา เพราะว่าพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ยากจะทำนายได้เมื่อเทียบกับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรภาวะผู้นำกลยุทธ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น .05 หน่วย หรือกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น .14 หน่วย

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีค่า R square เท่ากับ .77 หรือ 77% ซึ่งผลของกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลที่ได้เป็นผลหรืออิทธิพลจากตัวแปรภาวะผู้นำกลยุทธ์ ส่วนที่เหลืออีก 23% เป็นผลจากตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ทราบได้ ( $HFS = .88 SL + e : R^2 = .77$ ) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรภาวะผู้นำกลยุทธ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น .88 หน่วย

ผลการวิเคราะห์ต่างๆ ข้างต้น แสดงในแผนภาพ

ที่ 2

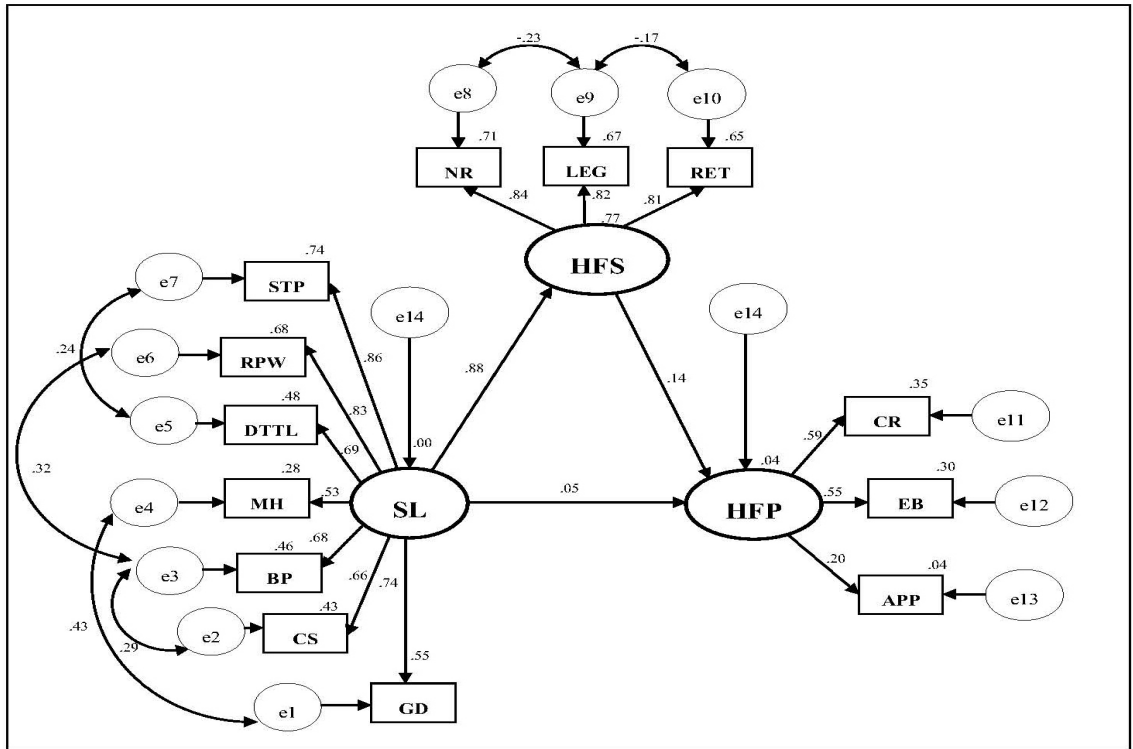
7. ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล หาโมเดลความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ดังนี้

7.1 มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยแสดงว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกในระดับน้อยต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ( $\beta = .05$ )

7.2 มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ผลการวิจัยแสดงว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงกับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ( $\beta = .88$ )

7.3 มีความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลกับการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยแสดงว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์กับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ( $\beta = .14$ ) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์น้อยมาก

ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 โมเดลความสัมพันธ์ในรูปแบบ standardized estimates ของภาวะผู้นำกลยุทธ์ (SL) กลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (HFS) และผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (HFP)

8. เส้นทางอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน พบว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ส่วนกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีอิทธิพลทางอ้อม

ต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน โดยสรุป ภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ( $\beta = .17$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์ (SL) กับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (HFS) ต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (HFP)

| เส้นทางอิทธิพล | อิทธิพลทางตรง | อิทธิพลทางอ้อม      | อิทธิพลรวม        |
|----------------|---------------|---------------------|-------------------|
| SL --> HFP     | .05           | $(.88) (.14) = .12$ | $.05 + .12 = .17$ |
| SL --> HFS     | .88           |                     |                   |
| HFS --> HFP    | .14           |                     |                   |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าค่าเส้นทางอิทธิพลทางตรงระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ( $\beta = .05$ ) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Özer and Tinaztepe (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลดำเนินงานด้านการเงินในเรื่องผลตอบแทนจากสินทรัพย์ของโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีค่าเส้นทางอิทธิพลในระดับสูง ( $\beta = .32$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์มีค่าเส้นทางอิทธิพลต่อกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์มีค่าเส้นทางอิทธิพลต่อกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลในระดับสูง ( $\beta = .88$ ) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Elenkov, Judge, and Wright (2005) ที่ศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำกลยุทธ์และนวัตกรรมทางการบริหาร พบว่ามีค่าเส้นทางอิทธิพลกับกลยุทธ์นวัตกรรมของสินค้าอยู่ในระดับสูง ( $\beta = .32$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ezzeddine (2006) ที่ศึกษาบทบาทของผู้นำในการใช้กลยุทธ์ลดต้นทุนด้วยวิธีลีน (Lean)

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในบริบทโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลในการลดต้นทุนในระดับสูง ( $\beta = .35$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่ากลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในระดับต่ำ ( $\beta = .14$ ) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Langabeer (1998) ที่ศึกษาความสำคัญของกลยุทธ์การมุ่งเน้นการตลาดโดยใช้กลยุทธ์การตั้งราคาของโรงพยาบาลในการปรับราคาเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการบริการ ว่ามีผลกระทบทางบวกกับผลการดำเนินงานด้านการเงินอย่างไร พบว่ากลยุทธ์การตั้งราคามีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินด้านอัตรากำไรจากการดำเนินงาน โดยมีค่าเส้นทางอิทธิพลในระดับต่ำ ( $\beta = .04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน โดยผ่านกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าค่าเส้นทางอิทธิพลทางตรงระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ( $\beta = .05$ ) ค่าเส้นทางอิทธิพลทางอ้อมระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์

กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ( $\beta = .12$ ) และภาวะผู้นำกลยุทธ์มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\beta = .17$ ) และผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $\text{adjusted } R^2$ ) เท่ากับ 4 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Carmeli, Gelbard, and Gefen (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทภาวะผู้นำนวัตกรรมกับความเหมาะสมของกลยุทธ์ขององค์กรในองค์กรธุรกิจ พบว่าความเหมาะสมของกลยุทธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินขององค์กรในระดับต่ำ ( $r = .340$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Six, Normann, Stock, and Schiereck (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลยุทธ์กับผลดำเนินงานด้านการเงินในเรื่องผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (return on assets) ของธุรกิจอุตสาหกรรมขนาดเล็ก พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 32.37% ส่วนในธุรกิจอุตสาหกรรมขนาดใหญ่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ( $\text{adjusted } R^2 = 52.83\%$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่การศึกษาของ Six et al. (2013) เป็นการศึกษาในองค์กรที่มุ่งแสวงหากำไร ส่วนการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร

ผลการวิจัยพบว่าผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน (HFP) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 4% ซึ่งผลของ HFP มีอิทธิพลมาจากตัวแปรภาวะผู้นำกลยุทธ์ (SL) และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาล (HFS) ส่วนที่เหลืออีก 96% เป็นผลจากตัวแปรอื่นๆ ( $HFP = .05 SL + .14 HFS + e : R^2 = .04$ ) โดยตัวแปรหลักที่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน คือ การจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้กับโรงพยาบาลชุมชนตามจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ส่งผลต่อสภาพคล่องและอัตรากำไรของโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มประกัน

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนทุกคนควรมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการบริหารการเงินขององค์กร (corporate spirit) และสร้างเครือข่ายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การบริหารการเงินของโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จ

1.2 โรงพยาบาลชุมชนควรมีกกลยุทธ์ในการช่วยสร้างรายได้ใหม่ เช่น รายได้จากการรับบริจาค รายได้จากคลินิกบริการพิเศษ รวมทั้งควรมีกกลยุทธ์ในการเพิ่มสภาพคล่องทางการเงิน กล่าวคือ การยืดระยะเวลาในการชำระหนี้ทางการค้า

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การลงทุน กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง และกลยุทธ์ธรรมาภิบาล กับผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การประชุมเชิงปฏิบัติการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลง ปี 2555*. สืบค้น วันที่ 1 กรกฎาคม 2558, จาก <http://thaipublica.org/2011/09/10-years-healthcare/>
- จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง, เนตรชนก ศรีทุมมา, และนงลักษณ์ จินตนาดิถ. (2557). สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 20(2), 344-359.

- ชุมพล นุชพ่อง. (2557). รูปแบบการบริหารการเงินการคลังในภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 39(3), 165-172.
- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (2553). โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนเพราะอะไร. สืบค้น วันที่ 1 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.oknation.net/blog/pornsuri/2010/10/12/entry-2>
- ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์. (2556). รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(2), 106-122.
- วิชัย กุลศรีวนรัตน์. (2556). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของสถานบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2553-2555. สืบค้น วันที่ 1 กรกฎาคม 2558, จาก [www.higthai.org](http://www.higthai.org)
- สมศักดิ์ โสพลสถิต. (2550). ประสิทธิภาพเศรษฐกิจพอเพียงกับโรงพยาบาลชุมชนรื่องขวาง. *ลำปางเวชสาร*, 29(1), 67-78.
- Bielefeld, W. (1992). Funding uncertainty and nonprofit strategies in the 1980s. *Nonprofit Management & Leadership*, 2(4), 381-401. Retrieved July 1, 2015, from <http://online.library.wiley.com/doi/10.1002/nml.4130020406/abstract>
- Carmeli, A., Gelbard, R., & Gefen, D. (2010). The importance of innovation leadership in cultivating strategic fit and enhancing firm performance. *The Leadership Quarterly*, 21(3), 339-349. Retrieved July 1, 2015, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984310000494>
- Cleverly, W., & Harvey, R. (1992). Competitive strategy for successful hospital management. *Hospital & Health Services Administration*, 37(1), 53-69.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Elenkov, D. S., Judge, W., & Wright, P. (2005). Strategic leadership and executive innovation influence: An international multi-cluster comparative study. *Strategic Management Journal*, 26(7), 665-682.
- Ezzeddine, A. M. (2006). *Lean indicators in hospital/healthcare settings and the role of leadership in the diffusion of performance improvement strategies*. Retrieved July 1, 2015, from <http://sunzi.lib.hku.hk/ER/detail/hkul/4206758>
- Folcarelli, E. A. (2014). *The effects of resource dependence, institutional pressure, and strategic choice on financial performance of nonprofit community behavioral healthcare organizations*. Retrieved July 1, 2015, from <https://pqdtopen.proquest.com/doc/1649187526.html?FMT=ABS>
- Gabbert, C. C. (2005). *The relationship between chief executive transformational leadership and hospital high performance*. Minneapolis, MN: Capella University.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Uppersaddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Hitt, M. A., Ireland, R. D., & Hoskisson, R. E. (2003). *Strategic management: Competitiveness & Globalization*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Langabeer, J. (1998). Competitive strategy in turbulent healthcare markets: An analysis of financially effective teaching hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 43(6), 512-526.
- Lee, D. (2011). The impact of supply chain innovation on organizational performance: An empirical study in the health care organization. *ProQuest Dissertations & Theses Global*, 37, 53-80. Retrieved July 1, 2015, from <http://search.proquest.com/docview/858158690?accountid=35151>
- Özer, F., & Tinaztepe, C. (2014). *Effect of strategic leadership styles on firm performance: A study in a Turkish SME*. Retrieved July 1, 2015, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814051088>
- Six, B., Normann, M., Stock, R. M., & Schiereck, D. (2013). Strategic leaders' impact on corporate policies and firm performance: Insights from CEOs and CFOs of large listed firms in Germany. *Schmalenbach Business Review*, 65(2), 82-111. Retrieved July 1, 2015, from [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=233799](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=233799)
- Wongsin, U., Sakunphanit, T., & Pongprattrachai, D. (2012). *Development of financial performance benchmark of MOPH's hospitals in Thailand*. Retrieved July 1, 2015, from [http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attach\\_financing/183/Abstract.pdf](http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attach_financing/183/Abstract.pdf)
- Younis, M. Z., & Forgione, D. A. (2005). Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the US: A piecewise regression analysis. *Journal of Health Care Finance*, 31(3), 82-88.
-

รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน:

กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี

### The Model of Mother's Self-management Regarding Exclusive Breastfeeding for 6 Months: A Case Study at Bo Sub-district, Khlung District, Chanthaburi Province

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและการรกแรกเกิด) \*

Areerat Wichainprapha, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing) \*

บดินฐา เมฆมกล, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) \*\*

กฤษฎิการ์ แซ่ตั้ง, พย.บ. \*\*\*

Kanitta Mekkamol, M.N.S. (Family Nursing) \*\*

Kannikar Saetang, B.N.S. \*\*\*

เกษณี พรหมอินทร์, พย.บ. \*\*\*\*

สมลักษณ์ ศรีวิรุญ, พย.บ. \*\*\*\*

Kesanee Porm-in, B.N.S. \*\*\*\*

Somluk Srivirun, B.N.S. \*\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาหลังคลอดที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จ จำนวน 11 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2) การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) การตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) วิธีดำเนินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 6) การติดตามผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดในพื้นที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จ

**คำสำคัญ:** การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดการตนเอง มารดาหลังคลอด

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี

## Abstract

This qualitative research aimed to explore the perception of participants regarding mother's self-management in establishing and sustaining exclusive breastfeeding for 6 months in Bo Sub-district, Khlung District, Chanthaburi Province. The participants were 11 postpartum mothers who were successful in exclusive breastfeeding for 6 months. The research instrument was an interview guide of mother's self-management regarding exclusive breastfeeding for 6 months. Data were collected from April to May, 2016. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that the model of mother's self-management regarding exclusive breastfeeding for 6 months comprised 6 steps; 1) the intention for exclusive breastfeeding; 2) data seeking for exclusive breastfeeding; 3) self-assessment for the abilities of exclusive breastfeeding; 4) the decision making for exclusive breastfeeding; 5) the performances of exclusive breastfeeding; and 6) the following of exclusive breastfeeding results.

This research suggested that health care providers in postpartum clinics should use the model in this study as the guideline for supporting postpartum mother's ability to offer infants 6 months of exclusive breastfeeding.

**Keywords:** Exclusive breastfeeding, Self-management, Postpartum mother

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือว่ามีผลสำคัญอย่างยิ่งสำหรับลูก เพราะนมแม่มีสารอาหารที่ครบถ้วน ช่วยสร้างภูมิคุ้มกัน เสริมสร้างพัฒนาการ ทำให้ลูกมีพัฒนาการที่สมวัย ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของสมองและจอประสาทตา ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ลดโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้และโรคเรื้อรัง รวมทั้งลดปัญหาเนื้องอกเต้านมของลูก (สุวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรวิทย์, วราภรณ์ แสงทวีสิน, และยุพียง แห่งเชาวนิช, 2555) ช่วยให้ลูกอารมณ์ดีและเลี้ยงง่าย นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเสริมสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างแม่กับลูกจากการที่แม่และลูกสัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อ และมีการประสานสายตากันในขณะที่ลูกดูดนมแม่ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงแนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยเป็นเวลา 2 ปี หรือมากกว่า (กรณีการวิจัยสุคนธ์, 2555)

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติขั้นพื้นฐานในการดำเนินงานสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพของทารกแรกเกิด โดยมีเป้าหมายให้ทารกเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย โดยส่งเสริมให้ทารกกินนมแม่ เพื่อเป็นการสร้างพื้นฐาน

จิตใจที่มั่นคง ให้ทารกได้รับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และลดการเจ็บป่วย โดยใช้การสัมผัสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สร้างความผูกพันระหว่างแม่กับลูก เป็นเกราะยึดเหนี่ยวให้อารมณ์ดีและมั่นคง เพิ่มโอคิวและอีคิวในวัยเรียน ส่งผลให้ชีวิตในวัยทำงานมีคุณภาพ และมีรายได้ที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยทำงาน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และได้ผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 (สำนักงานราชกิจจานุเบกษา สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2560) เพื่อเป็นมาตรการในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กให้เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

ถึงแม้ว่าจะมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยมีนโยบายระดับประเทศลงมาถึงการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน แต่ผลการสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่จำนวน 995 คน ในสถานพยาบาลของรัฐทุกระดับในประเทศไทย พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 92.30 อายุ 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 85.30 อายุ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 68.10 และอายุ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.80 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พบว่าทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 23.10 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) อันเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ร้อยละของทารกแรกเกิดถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 30 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ในขณะที่เป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน ขององค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 ภายในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2017) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นอยู่ในโรงพยาบาลมีอัตราสูง แต่เมื่อมารดากลับมาอยู่บ้านพบว่า มีอัตราที่ลดลง โดยมีปัจจัยที่ทำให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่ มารดาคิดว่าน้ำนมมีไม่เพียงพอ มีความกังวลว่านมแม่มีสารอาหาร

ไม่เพียงพอ และมารดาต้องกลับไปทำงาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และปัจจัยอื่นที่ทำให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่ ความตั้งใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตัวมารดา การประกอบอาชีพของมารดา การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของครอบครัว รวมถึงกลยุทธ์การตลาดของบริษัทนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ซึ่งเป็นแรงจูงใจหนึ่งที่ทำให้มารดาดัดสินใจเลือกนมผสมมากกว่านมแม่ (พรพิมล อภาสสกุล, 2559)

การที่มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จนั้น ต้องเกิดจากการตระหนักถึงความสำคัญ ความตั้งใจ ความเชื่อ ทักษะคิด การส่งเสริมและสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขและครอบครัว และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ ชนะภัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, และวรรณพาหุวัฒน์ (2014) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็น 2.285 เท่า ของมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็น 0.177 เท่าของมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของเกรียร์ (Creer, 2000 อ้างถึงในอรรณพ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช, 2556) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่ามีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยบุคคลต้องมีความเชื่อถึงความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้จริงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตตนเอง บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูล เพื่อเป็นการประเมิน

การเปลี่ยนแปลงตามที่ได้สังเกตหรือบันทึกไว้ การตัดสินใจที่จะกระทำซึ่งนำไปสู่การลงมือปฏิบัติในการจัดการตนเอง และการประเมินหรือสะท้อนการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ว่าสิ่งที่ลงมือปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้หรือไม่ (Creer, 2000) ดังนั้น การที่มารดาลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เป็นไปได้จริง มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล เพื่อตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงมีการลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้ ซึ่งกระบวนการจัดการตนเองนี้จะสามารถนำไปสู่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จ

จังหวัดจันทบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลประจำจังหวัดกับเทศบาลและชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อน โดยยึดหลักสำคัญคือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี ตามนโยบายของประเทศ ทั้งนี้มีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีชุมชนที่ต้องการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สูงขึ้น ได้แก่ ชุมชนตำบลบ่ออำเภอลอง ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลพบว่าในตำบลบ่อมีมารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยได้สูงสุดนาน 2 ปี 6 เดือน และมีทั้งมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เลยหลังกลับจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดในตำบลบ่อสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาบทเรียนการจัดการตนเองของมารดาหลังคลอดในตำบลบ่อ อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรีที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการส่งเสริมมารดาหลังคลอดทุกคนในตำบลบ่อให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดตำบลบ่อ อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ในศึกษารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ซึ่ง Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจที่จะกระทำ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินหรือสะท้อนการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ไปใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินข้อมูลเพื่อตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ซึ่งเป็นการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเป็นส่วนหนึ่งของชุดการวิจัยและพัฒนา (research and development) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดตำบลบ่อ อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมี 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นศึกษารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ส่วนระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 004)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดในตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จ จำนวน 11 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ ลำดับของบุตรคนปัจจุบัน ประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสบการณ์ในการได้รับความรู้หรือการเข้ารับการสอนหรืออบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เนื้อหาครอบคลุมแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจที่จะกระทำ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินหรือการสะท้อนการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความถูกต้องของภาษา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีในการจัดการตนเอง ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของแนวคำถาม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี จากนั้นคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อช่วยคัดเลือกรายชื่อมารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งทำการนัดหมายมารดาหลังคลอดล่วงหน้า จากนั้นคณะผู้วิจัยพบมารดาหลังคลอดแต่ละคนที่บ้าน แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 40-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ใจความหลัก แล้วนำมาหาแก่นของสาระ เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญ

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 91 อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และอายุมากที่สุดคือ 42 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 34 ปี (SD = 6.98) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.40 มีอาชีพค้าขายและอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.40 เท่ากัน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่

คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 81.80 มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 54.50 ลำดับของบุตรคนปัจจุบันคือ ลำดับที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 72.70 และทุกคนมีประสบการณ์ในการได้รับความรู้หรือการรับการสอนหรืออบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 100

2. รูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด พบว่ารูปแบบการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2) การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) การตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) วิธีดำเนินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 6) การติดตามผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งมารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลาประมาณ 1-2 ปี เนื่องจากมารดาได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากรทางสุขภาพ จึงต้องการให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง และเป็นการเสริมสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างมารดากับลูก รวมถึงได้เห็นผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากผู้ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ เช่น ลูกมีสุขภาพแข็งแรง โดยมีข้อมูลสนับสนุนตามประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

2.1.1 มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลาประมาณ 1-2 ปี

“เคยเข้าอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่แผนกฝากครรภ์ รพ.ขลุง ได้ความรู้เรื่องการให้นมแม่ ระยะเวลาที่ให้นมแม่ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไว้ตั้งแต่ตอนท้อง ตั้งใจว่าจะเลี้ยงไปเรื่อย ๆ หนึ่งถึงสองปี”

“ตั้งเป้าหมายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2 ปี ตามที่หมอแนะนำ”

2.1.2 อยากให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง และเป็นการเสริมสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างมารดากับลูก

“อยากให้ลูกกินนมแม่ ไม่อยากให้เขาป่วย เคยได้ยินมาว่าบางทีเด็กกินนมผงแล้วแพ้ ไปหาหมอเสียค่าใช้จ่ายเยอะ”

“ตั้งใจให้ลูกกินนม เพราะมีความรัก ความผูกพันกันเวลาอุ้มดูนม คิดว่านมแม่ดีกว่านมผง”

2.1.3 มารดาหลังคลอดได้เห็นผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากผู้ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จคือ ลูกมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย

“เห็นแม่ตัวเองเลี้ยงแล้วลูกแข็งแรง เลยตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่”

2.2 การแสวงหาข้อมูล มารดามีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ทางอินเทอร์เน็ต ทางสื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการสอบถามข้อมูลและศึกษาวิธีการจากบุคคลใกล้ชิดที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีข้อมูลสนับสนุนตามประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

2.2.1 แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง

“หาความรู้ในอินเทอร์เน็ต เข้าเว็บไซต์ pantip หาคำว่านมแม่ มีประโยชน์อย่างไร”

“เคยหาความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเฟซบุ๊กกลุ่มนมแม่”

2.2.2 สอบถามข้อมูลหรือศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคคลใกล้ชิดและจากบุคลากรทางสุขภาพ

“ศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการถามหมอ มีไลน์หมอที่ รพ.สต. ให้ซักถาม ถามแม่เพื่อนบ้านที่เคยให้นมแม่ ถามเรื่องการอุ้มลูก การเอาลูกเข้าเต้า”

2.3 การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาประเมินตนเองว่าสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ จากการที่ได้แสวงหาและ

รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ได้  
รับรู้และเห็นความสำคัญของประโยชน์จากการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ ได้เห็นตัวอย่างว่ามีผู้ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ได้ประสบความสำเร็จประกอบกับการได้รับคำแนะนำ  
และการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ  
ในเรื่องวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ทำอุ้มในการให้  
นมลูก และมารดาเคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่มาแล้ว จึงประเมินตนเองว่าสามารถเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยมีข้อมูลสนับสนุน  
ตามประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

2.3.1 เห็นความสำคัญของประโยชน์จาก  
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

“มันใจมากเลย เพราะเป็นลูกเรา ต้องเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ได้อยู่แล้ว ลูกจะได้ไม่ป่วย แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันเยอะ”

“พร้อมที่สุดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นมแม่ไม่มี  
ข้อเสีย ไม่ต้องลูกมาขงนม ไม่ต้องพกอะไร พกผ้าอ้อม  
ผืนเดียวพอ”

2.3.2 มีตัวอย่างให้เห็นว่ามีผู้ที่สามารถเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จ ตนเองก็สามารถเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จเช่นกัน

“มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรก  
เพราะเห็นน้ำเต้าแล้วลูกแข็งแรง เราก็คงทำได้”

2.3.3 ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุน  
ช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ ทำให้เชื่อมั่นว่าสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

“ตอนฝากท้องได้อบรมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ ประโยชน์นมแม่ มีสอนทำอุ้มการเอาลูกเข้าเต้า  
ได้ฝึกมาแล้วไม่ยาก เลยมั่นใจว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้”

2.3.4 มารดาเคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่

“มีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแล้ว 2 คน  
คนที่ 1 เลี้ยงได้ 1 ปี คนที่ 2 เลี้ยงได้ 9 เดือน คนนี้คนที่ 3  
เลี้ยงได้อยู่แล้ว”

2.4 การตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เหตุผลที่  
มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพราะมารดาประเมินตนเอง  
ว่าสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ประกอบกับมีบุคคล

ในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพให้การช่วยเหลือ  
ส่งเสริม และสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมี  
ข้อมูลสนับสนุนในประเด็นย่อยที่ว่าบุคคลในครอบครัว  
และบุคลากรทางสุขภาพให้การช่วยเหลือ ส่งเสริม และ  
สนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้

“แม่สามีสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
เคื่อบอกว่าลูกจะได้ไม่ป่วย สามีก็ว่าดี ประหยัดค่าใช้จ่าย”

“ที่แรกไม่คิดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ตอนฝากท้อง  
พยาบาลแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บอกว่านมแม่มี  
สารอาหารเยอะ ทำให้ลูกแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย จึงตัดสินใจ  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อลูก”

2.5 การลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
มารดานำความรู้และประสบการณ์ที่ได้เก็บรวบรวมมา  
ประยุกต์ใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในเรื่องการรับประทาน  
อาหารบำรุงน้ำนม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงขณะให้นมลูก  
ระยะเวลาในการให้นมลูก ทำในการให้นม วิธีการประเมิน  
ว่าลูกได้รับน้ำนมเพียงพอ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อ  
แม่ต้องออกไปนอกบ้าน และวิธีการแก้ไขเมื่อพบปัญหา  
และอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีข้อมูลสนับสนุน  
ตามประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

2.5.1 การรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้าง  
น้ำนมในระยะหลังคลอด โดยบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา  
มารดา สามี เป็นผู้ช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุน  
ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจัดเตรียมอาหารบำรุงน้ำนม  
ให้มารดา ซึ่งอาหารบำรุงน้ำนมได้แก่ แกงเลี้ยงหัวปลี  
ต้มขมิ้นไก่ซี่ขาว น้ำจิง น้ำเต้าหู้ น้ำอุ่น และนม เป็นต้น  
รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยง  
อาหารหมักดองและอาหารรสจัดขณะให้นมลูก

“สามีอยากให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดูแลเรื่องอาหาร  
บำรุงน้ำนม เช่น ขำหัวปลี ขาหมูต้มซี่วัว”

“มีพ่อ แม่ ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
หาของให้กินบำรุงน้ำนม เช่น หัวปลี ให้กินน้ำเยอะๆ  
และช่วยทำงานบ้านให้”

“กินน้ำอุ่นมากกว่า 8 แก้วต่อวัน ทำให้หน้า  
มาเยอะ”

“เลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ และไม่กินของ

หมักคอง”

“ไม่กินเผ็ดมาก เพราะจะมีผลถึงลูก ทำให้ปวดท้องงอแง”

2.5.2 เวลาในการให้นมลูก ทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความต้องการของลูก ทำในการให้นมลูกคือ ทำนั้นบนตัก และทำนอน ส่วนวิธีการประเมินว่าลูกได้รับ น้่านมเพียงพอ จะสังเกตจากการนอนของลูกและการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะของลูกในแต่ละวัน

“ช่วงแรกที่อยู่รพ. ให้กินนมทุก 2 ชม. จากนั้น ลูกก็จะร้องกินเอง ให้กินตามที่หิว”

“นั่งให้นมลูก ให้ลูกนอนบนตัก เอาหมอนรอง ตัวลูกตอนดูดนม ช่วง 2-3 เดือนแรก จากนั้นพอลูกโตขึ้น ให้ลูกนอนบนตัก”

“กลางคืนนอนให้หมักกับลูก แล้วก็หลับไปกับลูก”

“ดูว่าลูกกินนมพอ คือ กินอ้อมก็หลับนานสอง ชั่วโมง คิดว่าพอ”

“สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระของลูก มากกว่า 4-5 ครั้ง/วัน”

2.5.3 วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อมารดา ต้องออกไปนอกบ้าน เช่น มารดาต้องออกไปทำงาน นอกบ้าน ไปทำธุระหรือไปเรียนหนังสือ เมื่อมารดาต้อง ออกไปนอกบ้าน บุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ในการเลี้ยงลูกให้ ซึ่งก่อนที่มารดาจะออกจากบ้าน จะให้ ลูกดูดนมให้อิ่มก่อน และในระหว่างที่ออกไปนอกบ้าน จะให้ผู้ดูแลนมนแม่ที่บีบเก็บไว้มาป้อนให้ลูก เมื่อมารดา กลับบ้านจะให้ลูกดูดนมจากเต้านมมารดา นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มมารดาที่ออกไปทำงานนอกบ้านหรือไปทำธุระ และพาลูกไปด้วย ทำให้ลูกสามารถดูดนมจากเต้านมของ มารดาได้ตลอดโดยไม่มีปัญหา อุปสรรคใดๆ

“ก่อนไปโรงเรียนให้ลูกดูดนมให้อิ่ม แล้วปั๊มนม ไว้ให้ ข่ายป้อนขวดบ้าง ป้อนแก้วบ้าง เวลาที่หนูไปเรียน หนังสือ ตอนเย็นกลับมาาก็ให้ลูกดูดนม”

“ไปจ่ายตลาดเตรียมขายของ ก่อนออกไปจะให้ ลูกกินนมก่อน ตอนที่ไม้อยู่ สามิช่วยดูลูกให้ กลับมาก็พอดี ลูกตื่นมาดูดนม”

“เวลาไปขายของตลาดนัด เอาลูกไปด้วยตลอด ตั้งแต่ 3 เดือนกว่าๆ เพราะกินนมแม่ตลอด ไม่อายนั่นหลัง เอาผ้าปิด ให้นมได้”

“ออกไปนอกบ้าน รู้สึกว่าให้นมแม่สะดวก ลูกหิว ก็เปิดเต้านมให้ลูกกินนมได้เลย”

2.5.4 วิธีการแก้ไขปัญหาลูกเมื่อพบปัญหา และอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น เต้านมคัดตึง หัวนมแตก น้่านมไหลน้อย มารดามีวิธีการแก้ไขโดย นำความรู้และประสบการณ์เดิมมาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น รวมทั้งสอบถามวิธีการแก้ไขปัญหจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดที่ผ่านประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่มาก่อน และขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพ

“ตอนแรกๆ ที่ลูกดูดนมไม่ถึงลานนม มีหัวนม แดกเป็นแผล แต่ไม่มาก ได้แก้ไขโดยใช้ประสบการณ์ ตอนลูกคนแรกที่เคยบอกให้ลูกดูดนมถึงถึงลานนม”

“มีปัญหาด้านนมคัด เอน้ำอุ่นประคบ พยายาม บอกมาตั้งแต่ลูกคนแรก พอสัก 1 อาทิตย์ก็หาย”

“มีน้่านมแห้งเป็นช่วงๆ เวลาลูกดูดนมก็มา ไม่ได้ปรึกษาใคร กินน้ำอุ่น จัดการตัวเอง”

“ถามคนแก่เวลานมคัด มีเต้านมคัดตึงในช่วงแรก แก้ไขโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบ ให้ลูกดูดนม”

“หัวนมแตกก็ไม่ได้ทำอะไร แม่บอกว่าน้่านม จะไหลมาสมานแผลเอง”

“เวลามีปัญหาจะปรึกษาหมอที่รพ.สต. ทั้งจาก ทางไลน์ ทางโทรศัพท์ เคยมีนมคัดตึง หมอบอกถ้าคัดมาก ก็ปั๊มนมแช่ตู้เย็นไว้ให้ลูกกิน หรือบีบทิ้งก่อนแล้วให้ ลูกกิน”

“ถามพยาบาลเวลานมคัดมาก เค้าแนะนำให้ บีบน้่านมเก็บไว้ ช่วยลดการคัดตึงเต้านมได้”

2.6 การติดตามผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ พบว่าพัฒนาการและการเจริญเติบโตของลูกเป็นไป ตามวัย มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ช่วยเสริมความรัก ความผูกพันให้กับมารดากับลูก รวมถึงประหยัดค่าใช้จ่าย และสะดวก ซึ่งเป็นไปตามที่มารดาได้ตั้งเป้าหมายไว้ โดยมีข้อมูลสนับสนุนตามประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

2.6.1 พัฒนาการและการเจริญเติบโตของลูก เป็นไปตามวัย โดยมารดาสังเกตและประเมินการเจริญเติบโตของลูก และจดบันทึกพัฒนาการตามวัยของลูกลงในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

“สังเกตพัฒนาการตามสมุดฝากครรภ์บันทึกลงในเล่ม ดูจากกราฟ น้ำหนัก ส่วนสูงเป็นไปตามวัย”

“มีการดูแลสุขภาพดี การเจริญเติบโตและพัฒนาการของลูกเปรียบเทียบกับสมุดสุขภาพ พบว่ามากกว่าเกณฑ์ แต่น้ำหนักส่วนสูงตามเกณฑ์”

2.6.2 ลูกสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย

“ลูกไม่ป่วย แคเป็นหวัด ลูกคนโตที่ไม่ได้กินนมแม่ป่วยบ่อย”

“ลูกเพิ่งเคยเป็นหวัดครั้งที่ 2 ตั้งแต่เกิด แต่ลูกน้องสาวไม่ได้กินนมแม่ เป็นลำไส้อักเสบ ต้องนอนโรงพยาบาล”

2.6.3 ส่งเสริมความรัก ความผูกพันให้กับ

แม่และลูก

“ลูกคนเล็กกินนมแม่จะฉลาดกว่า และผูกพันมากกว่าลูกคนโตที่ไม่ได้กินนมแม่”

“ให้ลูกกินนม เกิดความผูกพันแม่ลูก เลยทำให้อยากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง”

2.6.4 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้ประหยัด

ค่าใช้จ่ายและสะดวก

“เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประหยัด สะดวก”

“ประหยัดค่าใช้จ่าย สะดวกในการเลี้ยง ไม่ยุ่งยาก”

2.6.5 การประเมินผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ มารดาประเมินว่าบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้ โดยมารดาตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลาประมาณ 1-2 ปี ลูกมีสุขภาพแข็งแรง และมีความรัก ความผูกพันระหว่างมารดากับลูก

“ตั้งเป้าหมายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เรื่อย ๆ ประมาณ 1 ปี ตอนนี้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มา 9 เดือนแล้วว่าจะเลี้ยงไปเรื่อย ๆ คิดว่าสำเร็จตามความตั้งใจ”

“ลูกไม่ป่วย แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันทานยาอะเหมือนที่คิดไว้”

“ลูกแข็งแรง ไม่ค่อยป่วย ระบบขับถ่ายปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับสองคนแรก คือ ลูกสองคนแรกป่วยบ่อย ไม่ได้กินนมแม่ ความผูกพันน้อยกว่าลูกคนสุดท้ายคนนี้ที่กินนมแม่”

นอกจากนี้ ในเรื่องความต้องการความช่วยเหลือในขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าในระหว่างที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีปัญหา อุปสรรคเกิดขึ้น ถึงแม้ว่ามารดาจะมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่แล้ว แต่มารดาก็ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ โดยให้คำแนะนำในหัวข้อเรื่องตามความต้องการของมารดา ซึ่งการให้คำแนะนำสามารถทำได้หลากหลายช่องทาง เช่น ส่งข้อความทางโทรศัพท์ หรือมีกลุ่มของผู้ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาร่วมให้คำแนะนำด้วย นอกจากนี้ บางครั้งมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างมารดากับครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และครอบครัวร่วมรับฟังคำแนะนำพร้อมกัน จะทำให้ความเข้าใจที่ตรงกัน

“ต้องการให้อสม. มาติดตามเยี่ยมหลังคลอด สอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประมาณ 1 เดือนหลังคลอด”

“เป็นไปได้อะไรให้มืออสม. มาดู มาเป็นกำลังใจ สัก 1-2 เดือนหลังคลอด และมาเป็นระยะจนถึง 6 เดือนเลย ถ้ามีกลุ่มคนที่มีประสบการณ์มาคอยช่วยด้วยก็ดี จะได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน”

“ส่งข้อความมาทางโทรศัพท์ก็ได้ เกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะได้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร และเป็นการกระตุ้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อเนื่องด้วย”

“ต้องการผู้มีความรู้ในการให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจเป็นอสม. นมแม่ก็ได้ เพราะเมื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานๆ ญาติจะมีการบอกว่าไม่มีประโยชน์ ตนเองต้องหาคนกลางมาสนับสนุนว่า นมแม่ยังมีประโยชน์สำหรับลูก”

ส่วนหัวข้อเรื่องที่มารดาต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ให้คำแนะนำในการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ 1) อาหารบำรุง  
น้ำนม และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงขณะให้นมลูก 2) วิธี  
การปฏิบัติตัวให้น้ำนมมาดี 3) การปฏิบัติตนเมื่อมีน้ำนม  
มาก 4) การดูนมให้เกลี้ยงเต้า หรือข้อดี-ข้อเสียของ  
การดูนมไม่เกลี้ยงเต้า 5) วิธีการเรียน้ำนมกลับคืน  
6) ข้อเสียของการให้ลูกดูดจุกนม 7) การสังเกตอาการ  
ของทารกว่าได้รับน้ำนมเพียงพอ และ 8) การสังเกตและ  
การส่งเสริมพัฒนาการทารกในระยะ 1 เดือน 3 เดือน  
และ 6 เดือนหลังคลอด

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนนั้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้  
สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จเกิดจากตัวมารดาเอง  
ที่อยากให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย รวมถึง  
การที่บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือมารดา เพื่อให้  
มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และบุคลากรทางสุขภาพ  
ให้การสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ความรู้  
และเป็นที่ปรึกษาให้กับมารดาเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค  
เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

“เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาได้เกิดจากความตั้งใจ  
ของตนเอง เคยเห็นคนอื่นเลี้ยงนมผง เด็กอ้วนเดินไม่ได้  
ไม่อยากให้ลูกอ้วน”

“การที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จอยู่ที่ความตั้งใจ  
แน่วแน่ของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่”

“มีสามีช่วยทำงานบ้านแทน มีคนมาซื้อของ  
สามีก็จะขายของแทนตอนที่ให้นมลูก”

“แม่สามีสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลูกจะได้  
ไม่ป่วย สามีก็ว่าดีเพราะประหยัดค่าใช้จ่าย”

“มีแม่คอยช่วยเหลือช่วยดูลูกเวลาตนเองอาบน้ำ  
กินข้าว และช่วยทำอาหารให้เวลาตนเองให้นมลูก”

“มีพยาบาลมาคอยกระตุ้น เป็นแรงผลักดันให้  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มาที่บ้าน ช่วยเหลือเวลาเราทำไม่ได้  
หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เราคิดว่า  
พี่พยาบาลที่มาเยี่ยมเค้าไม่ใช่อะไรกับเรา ยังมากระตุ้นเรา  
หวังดีกับเรา อยากให้ลูกเราแข็งแรง จึงทำให้มีกำลังใจ  
และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ”

“ทางรพ.สต. มีพยาบาลแนะนำการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ เวลาพาลูกไปฉีดวัคซีน”

“คำแนะนำจากพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่”

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย  
ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดการตนเอง  
ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดา  
หลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี เริ่มต้น  
จากความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน  
โดยตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไว้ประมาณ  
1- 2 ปี เพราะมารดาได้ตระหนักถึงความสำคัญและเห็นถึง  
ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยากให้ลูกมีสุขภาพ  
แข็งแรง และเสริมสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างมารดา  
กับลูก ทั้งนี้เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.70)  
มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากลูกคนก่อน  
จึงได้รับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จาก  
ประสบการณ์ตรง ประกอบกับมารดาทุกคนมีประสบการณ์  
ในการได้รับความรู้หรือการเข้ารับการสอนหรืออบรม  
เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ มารดายังมี  
การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อ  
เตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้  
วิธีการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง รวมถึงการสอบถามข้อมูล  
และศึกษาวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคคลใกล้ชิด  
ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับ  
ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้  
มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน  
ได้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธร  
พลาขุม, เทียมสร ทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์ (2555)  
ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตร  
ด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น พบว่าความรู้เกี่ยวกับ  
ประโยชน์ของนมมารดาและวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา  
มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระยะเวลาใน

การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .835$ ,  $p < .01$ ) นอกจากนี้ มารดายังได้ฝึกทักษะในการให้นมลูกจากการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาจึงประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จึงตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยตัดสินใจจากข้อมูลประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบกับมีบุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ริชาร์ดสัน หัวงส์วีย์, นันทา กาเลียง, อนงค์ ภิบาล, รัตนา ใจสมคม, และวนิดา หะยีชะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาในจังหวัดหนึ่ง พบว่าการสนับสนุนของบิดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ( $r = .555$ ,  $p < .05$ ) โดยสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบิดามีความตั้งใจในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็จะแสดงออกโดยการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา และการดูแลช่วยเหลือ มารดา จึงทำให้มารดามีความมั่นใจและมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากยิ่งขึ้น สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ มารดามีอาชีพค้าขาย โดยขายของอยู่ที่บ้าน และเป็นแม่บ้าน จึงไม่ใช่อุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมารดาสามารถอยู่กับลูกได้ตลอดเวลา อาชีพจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งในระหว่างดำเนินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดามีวิธีการปฏิบัติตัวโดยการรับประทานอาหารบำรุงน้ำนม กระตุ้นให้ลูกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือตามความต้องการของลูก ส่วนทำในการให้นม มารดาจะให้ทำนึ่งให้นมและทำนอนสำหรับวิธีการประเมินการได้รับน้ำนมเพียงพอ จะประเมินจากการนอนหลับและลูกไม่ร้องกวนแม่ เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน มารดาจะมีบุคคลในครอบครัวช่วยดูแลลูกและน่านมที่มารดาบีบไว้มาป้อนให้ลูกกิน สำหรับมารดาบางคนที่ไม่ทำธุระนอกบ้านไม่นาน มารดาจะให้ลูกดูดนมให้อิ่มก่อน และกลับมาให้ลูกดูดนมพอดีในมือต่อไป ส่วนวิธีการแก้ไขเมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาจะนำความรู้และประสบการณ์เดิม

ของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ก่อน จากนั้นจะสอบถามหรือปรึกษานักคลอดในครอบครัวหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนบุคลากรทางสุขภาพ

ส่วนการติดตามผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ พบว่ามารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลาประมาณ 1-2 ปี และพัฒนาการและการเจริญเติบโตของลูกเป็นไปตามวัย มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ช่วยเสริมความรัก ความผูกพันระหว่างมารดากับลูก ซึ่งเป็นไปตามที่มารดาได้ตั้งใจไว้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้จริงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การเก็บรวบรวมข้อมูลบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูล ตัดสินใจที่จะกระทำ ซึ่งนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ และการประเมินหรือสะท้อนการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองตามเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้

สำหรับความต้องการความช่วยเหลือของมารดาในขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือ ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อให้คำแนะนำ ดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุนให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับข้อเขียนของ พรณิศา แสนบุญสูง และวรรณดา มลิวรรณ (2559) ที่ว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้าน ควรมีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด เนื่องจากมารดามักพบปัญหาต่างๆ เมื่อกลับมาอยู่บ้าน โดยการช่วยเหลือนี้อาจได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครในชุมชน หรือกลุ่มอาสาสมัครสนับสนุนนมแม่ ซึ่งอาจใช้วิธีการติดตามเยี่ยมทั้งการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามข้อมูลต่างๆ หรือการนัดเยี่ยมที่โรงพยาบาล

ในเรื่องปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือตัวของมารดาเอง จากการที่อยากให่ลูกมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย รวมถึงการที่บุคคลในครอบครัวให้

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของชนินฐา เมฆกมล, จริญญา ดิจะโปะ, และชญาดา เนตร์กระ้าง (2556) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อความรู้ทัศนคติของมารดาหลังคลอดและครอบครัว และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมฯ มารดาหลังคลอดมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 3 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 83.33 และมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทราบถึงบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนมารดาหลังคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ การให้การสนับสนุน การให้การดูแล และการให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพ ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของชญาภา ชัยสุวรรณ, ทศนี ประสพกิตติคุณ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง (2012) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่ายาย และพยาบาล ต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่าพยาบาลเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เนื่องจากรดาได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนประสบความสำเร็จ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มารดา

หลังคลอดในพื้นที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ตัวชี้วัดระดับกระทรวง กรมอนามัย 2560*. สืบค้น วันที่ 1 สิงหาคม 2560, จาก [http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/strategic\\_plan/1/3\\_7.pdf](http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/strategic_plan/1/3_7.pdf).
- กรณิการ์ วิจิตรสุนทร. (บ.ก.). (2555). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- ชนินฐา เมฆกมล, จริญญา ดิจะโปะ, และชญาดา เนตร์กระ้าง. (2556). ผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อความรู้ ทัศนคติของมารดาหลังคลอดและครอบครัว และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 47-59.
- ชญาภา ชัยสุวรรณ, ทศนี ประสพกิตติคุณ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง. (2012). อำนาจการทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่ายาย และพยาบาล ต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว. *Journal of Nursing Science*, 30(1), 70-80.
- จิตรรัตน์ หวังสวัสดิ์, นันทา กาเลียง, อนงค์ ภิบาล, รัตนา ใจสมคม, และวนิดา หะยีเซะ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาในจังหวัดนราธิวาส. *พยาบาลสาร*, 41(พิเศษ), 123-133. สืบค้น วันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/32715-Article%20Text-73177-1-10-20150401%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/32715-Article%20Text-73177-1-10-20150401%20(4).pdf)

- พรณิศา แสนบุญส่ง, และวรรณดา มลิวรรณ. (2559). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีคุณภาพ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 8(2), 225-237. สืบค้น วันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก <http://www.ptu.ac.th/journal/data/8-2/8-2-23.pdf>
- พรพิมล อาภาสกุศล. (2559). ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีไทย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(2), 133-146. สืบค้น วันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก [http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/30\\_no2/f10porpnimon.pdf](http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/30_no2/f10porpnimon.pdf)
- ศิริธร พลายชุม, เทียมสร ทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 39(2), 79-87.
- ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรวิดิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, และอุพยง แห่งเชาวนิช. (บ.ก.). (2555). *ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ: โอชรา.
- สำนักงานราชกิจจานุเบกษา สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2560). *พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 เล่ม 134 ตอนที่ 72 ก*. สืบค้น วันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/072/1.PDF>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*. สืบค้น วันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/18373/20281.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/18373/20281.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สารสุขภาพ เรื่องเด่นประจำสัปดาห์*. สืบค้น วันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก <http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/2557/Issue%2013.pdf>
- สุวรรณา ชนะภัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, และวรรณ พาหุวัฒนกร. (2014). ความรู้ทัศนคติการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนายนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 สัปดาห์. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 51-60.
- อรวรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธารวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1), 34-48.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.
- World Health Organization. (2017). *Infant and young child feeding: Fact sheet Updated July 2017*. Retrieved August 1, 2017, from <http://www.who.in>

# ผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ในผู้ที่มีการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด \* Effects of Neck and Shoulder Massage Combined with Medication Use on Pain and Electromyogram Biofeedback in Persons with Neck and Scapular Pain Associated with Myofascial Pain Syndrome \*

ศรีวรรณ สวองงาม, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) \*\*

Sriwon Suay-ngarm, M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner) \*\*

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์, พย.ด. (การพยาบาล) \*\*\*

มนี อาภานันติกุล, พ.ด. (การพยาบาล) \*\*\*\*

Ladaval Ounprasertpong Nicharajana, D.N.S. (Nursing) \*\*\*

Manee Arpanantikul, Ph.D. (Nursing) \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 75 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวด และกลุ่มที่ได้รับการนวดอย่างเดียว จำนวนกลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการนวดแผนไทย แบบราชสำนัก แบบบันทึกการรับประทานยา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวด และเครื่องวัดปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed ranks test, paired  $t$ -test และ one-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวด และการนวดอย่างเดียว ค่าเฉลี่ยอันดับของความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = 4.401, p < .001$ ;  $z = 4.402, p < .001$  และ  $z = 4.408, p < .001$  ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.655, p < .001$ ;  $t = 5.662, p < .001$  และ  $t = 6.265, p < .001$  ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวด และกลุ่มที่ได้รับการนวดอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* มหำบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดให้เข้ารับการรักษาโดยใช้การนวดไทยแทนการรับประทานยาได้ และผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยในหน่วยงาน รวมทั้งควรพิจารณาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ

**คำสำคัญ:** การนวดคอ ป่า ไหล่ ความปวด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด การบำบัดแบบผสมผสาน

### **Abstract**

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of neck and shoulder massage combined with medication use on pain and electromyogram biofeedback in persons with neck and scapular pain associated with myofascial pain syndrome. The subjects were 75 persons who had neck and scapular pain associated with myofascial pain syndrome attending treatment at the out-patient department and the Thai traditional medicine health center at Donthum Hospital, Nakornpathom Province, equally divided into 3 groups:- medication only, massage combined with medication, and massage only. The research instruments were composed of a manual of Thai massage, a recording form of medication taking, a questionnaire of personal characteristics, an assessment form of pain score, and an electromyogram biofeedback device. The implementation and data collection were conducted from September to December, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed ranks test, paired *t*-test, and one-way ANOVA.

The research results revealed that after the medication only, massage combined with medication, and massage only, the mean scores of pain were statistically significant decreased ( $z = 4.401, p < .001$ ;  $z = 4.402, p < .001$  and  $z = 4.408, p < .001$ , respectively), and the mean scores of electromyogram biofeedback were also statistically significant decreased ( $t = 8.655, p < .001$ ;  $t = 5.662, p < .001$  and  $t = 6.265, p < .001$ , respectively). In contrast, the mean difference scores of pain and electromyogram biofeedback in each group were not statistically significant different.

This research suggested that health care providers should promote Thai massage for patients with myofascial pain syndrome instead medication taking. Moreover, administrators should encourage for setting up Thai traditional medicine clinic in their own institutes. Additionally, right to treatment should be considered for simply access to service.

**Keywords:** Neck and shoulder massage, Pain, Muscle tension, Myofascial pain syndrome, Complementary therapy

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome: MPS) เป็นโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุของอาการปวดเรื้อรัง (ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 พบผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม คิดเป็นร้อยละ 26.42, 29.07 และ 31.11 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และพบประมาณร้อยละ 30 ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552 ข) นอกจากนี้กลุ่มอาการนี้มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ช่วงอายุ 25-50 ปี (สรายุทธ มงคล, กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, และวาสนา เนตรวีระ, 2555)

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดสามารถเกิดได้กับกล้ามเนื้อทุกมัดของร่างกาย แต่กล้ามเนื้อที่พบอาการปวดบ่อยที่สุดคือ กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ควบคุมท่าทางบริเวณแกนกลางของลำตัว เช่น กล้ามเนื้อคอและหลัง โดยเฉพาะบริเวณสะบักส่วนบน (ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) มีสาเหตุมาจากการใช้กล้ามเนื้อในท่าทางที่ไม่เหมาะสม โครงสร้างของร่างกายผิดปกติ หรือพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อผิดนั้นซ้ำ ๆ จนกล้ามเนื้อทำงานมากเกินไป (วิญญู กัมมรทิพย์, 2550) โดยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมักเกิดในผู้ที่ทำงานแบบนั่งอยู่กับที่ เช่น ทันตแพทย์ ช่างเย็บผ้า ผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นประจำ ซึ่งล้วนเป็นการทำงานในอาชีพที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มอาการดังกล่าวเป็นสาเหตุของการหยุดงานบ่อย รองจากอาการปวดหลัง (วิญญู กัมมรทิพย์, 2550) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือการจัดการกับความปวดที่เหมาะสม จะทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (ไกรวัชร ชีรเนตร, 2552) และการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดที่ยาวนาน ย่อมส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด

หลุดหลิงง่าย อีกทั้งยังส่งผลด้านเศรษฐกิจอีกด้วย กล่าวคือผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศ ที่เห็นได้ชัดเจนคือ ค่าใช้จ่ายเรื่องยา ซึ่งพบว่ามูลค่าการใช้ยาในกลุ่มยานอนหลับหลักแห่งชาติในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาข้ออักเสบ-ข้อเสื่อม สูงเป็นอันดับสองจากมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555) ดังนั้น แนวทางการแก้ไขที่ต้นเหตุของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

อาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด สามารถรักษาได้ทั้งด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความปวด สำหรับวิธีการใช้นั้น ยาหลักที่ใช้คือ ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยากลายกล้ามเนื้อ ซึ่งหากมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือมากเกินไป อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งที่ความปวดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการไม่ใช้ยา โดยใช้การแพทย์ทางเลือก (นิตยา พุทธธรรมรักษา, 2548; ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) อนึ่ง จากแนวคิดที่ว่าไม่มีศาสตร์การแพทย์แผนใดในโลกจะสามารถรักษาโรคได้ครบถ้วน ร้อยเปอร์เซ็นต์ ทุกศาสตร์การแพทย์ยังมีจุดอ่อนและช่องว่างที่ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใช้ยารับประทานสามารถลดความปวดได้ร้อยละ 70-90 (ลดวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์, 2555) ส่วนการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การฝังเข็ม การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การใช้ความร้อน การบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนวด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้นำการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยามาทำวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ศัลยกรรมกระดูกข้อต่ออายุรแพทย์ และนักกายภาพบำบัด (อุบลกาญจน์ ยอดต่อ, 2555) เช่น การดัดดึงและเคลื่อนไหวข้อต่อ (รัชชัย สุวรรณโท, 2553) การนวดและการใช้อัลตราซาวด์ (กิตติยา โกวิทยานนท์

และปณดา เดชทรัพย์อมร, 2553) ทั้งนี้ การนวดถือเป็นวิธีการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยาที่สำคัญ โดยในทางการแพทย์แผนไทยเรียกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดว่าเป็นโรค “ลมปลายปัตคาด” หรือ “เส้นจัม” จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนวดช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวลดอาการปวด และคลายจุดกดเจ็บได้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2552; เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ, 2550; ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช, 2551) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามักศึกษาในผู้ที่ปวดคอทั่วไป และเป็นการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเดียว (นิตยา พุทธธรรมรักษา, 2548) หรือเป็นการเปรียบเทียบ 2 กลุ่มโดยนิยมเปรียบเทียบการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรต่าง ๆ (ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, 2548) ซึ่งทำให้ขาดการศึกษาเรื่องปัจจัยการรับประทานยา ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด พบว่ามีการลดความปวดโดยใช้การนวดไทย แต่ศึกษาในผู้ที่มีอาการปวดหลัง (อุไรวรรณ ชัชวาลย์, 2548; วิสชุด บุตรากาส, 2551) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยที่ปวดคอและสะบักนั้น ใช้เทคนิคการนวดแบบสวดิช (จุไรรัฐ วงษา และชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2553) และมีการศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก upper trapezius โดยสรายุธมมงคล และคณะ (2555) ซึ่งเป็นการศึกษานำร่อง ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่าความปวดที่ลดลงนั้นเป็นเพราะการนวดหรือหายไปเอง

การนำการนวดไทยมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด เป็นวิธีการที่ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่ต้องทนกับความปวด และถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปลอดภัยที่สามารถนำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ จึงเป็นการเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการจัดการกับความปวดของตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทของชุมชน (สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ในการบำบัดรักษาโรคตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2555-2559 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2552) อีกทั้งยังเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตของวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจ

ที่จะเปรียบเทียบผลของการนวดไทยกับการรับประทานยาในการลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลยืนยันให้พยาบาลและบุคคลที่สนใจสามารถนำไปใช้ในการแนะนำวิธีการลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดอัตราการใช้จ่าย ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายในระบบการใช้จ่ายของประเทศให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด หลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง
2. ผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีความปวดและ

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

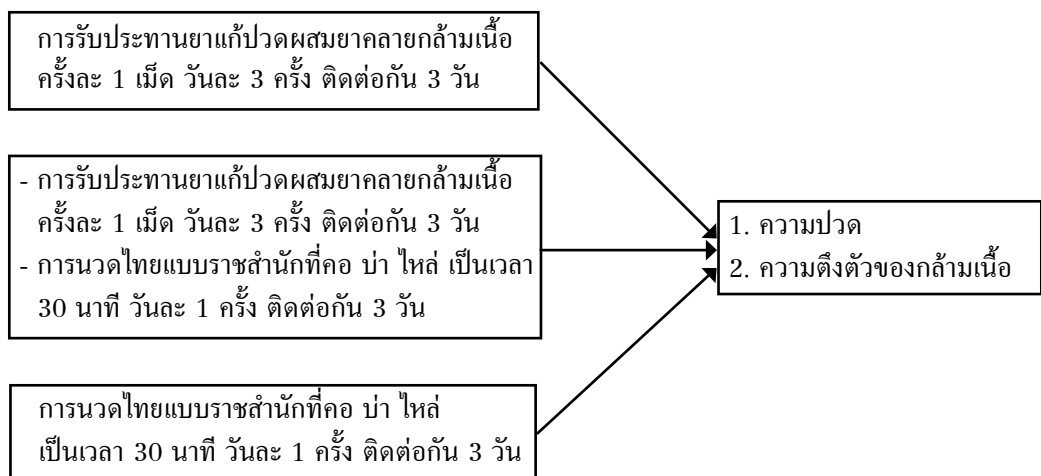
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการแพทย์แบบผสมผสานของลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิธิโรจน์ (2555) สำหรับการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำการนวดคอ บ่า ไหล่ มาใช้ส่วนการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อมาใช้ เพื่อลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด โดยแนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบันอธิบายด้วยทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate Control Theory) ของ Melzack, Stillwell, and Fox (1977) ซึ่งมีหลักการดังนี้ 1) วิถีประสาทจากส่วนปลายที่เข้ามายังไขสันหลังและผ่านไปยังสมอง โยประสาทมีขนาดใหญ่ จึงสามารถผ่านไปยังสมองได้เร็ว ทำให้สมองรับรู้และแยกแยะลักษณะของการกระตุ้นได้เร็ว จากนั้นก็จะส่งกระแสประสาทลงมาควบคุมประตูที่ไขสันหลัง 2) กระแสประสาทที่ตามมาโยประสาทขนาดใหญ่จากระบบประสาทส่วนปลาย จะมีหน้าที่กระตุ้นเซลล์ที่ substantia gelatinosa (SG) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นกระแสประสาทที่จะมากระตุ้น transmission

cell (T) อีกทีหนึ่ง จึงส่งผลยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้กระแสประสาทขนาดเล็กทำงานไม่ได้ ประตูที่ไขสันหลังจึงถูกปิด

เมื่อกล้ามเนื้อทำงานนานเกินไปจนเกิดการหดตัว ส่งผลให้มีการกระตุ้นการหลั่งสารเคมีในร่างกาย เช่น histamine, prostaglandin ซึ่งสารเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นความปวดทำให้เกิดเป็นจุดกดเจ็บตามมา โดยการหดตัวดังกล่าวจะส่งสัญญาณความปวดผ่านโยประสาทไปยังปลายประสาทขนาดใหญ่ โดยในขั้นนี้ การนวดผ่านเส้นกาลทรีบริเวณบ่าและการนวดผ่านเส้นอิทาและเส้นปิงคลาบริเวณต้นคอและสะบัก เป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน รวมทั้งการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน จะช่วยปรับสมดุลทางเดินพลัง ทำให้กล้ามเนื้อและพังผืดคลายตัว เป็นการปิดกระแสประสาทที่ผ่านโยประสาทขนาดใหญ่ ส่งผลให้มีการยับยั้งสัญญาณประสาทที่เกี่ยวกับความปวดที่นำโดยโยประสาทขนาดเล็ก สารเคมีที่หลั่งออกมาจากสมองจะส่งผลไปยังเซลล์ SG ให้มีการหลั่งสารที่ ทำให้ประตูควบคุมความปวดปิดลง ส่งผลให้ความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอและสะบักลดลง

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหลายกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (multiple groups, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 2556/424)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดต้นคอและสะบัก จากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด โดยใช้เกณฑ์ การวินิจฉัยของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552 ก) ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจ ผู้ป่วยนอก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาล ดอนตูม จังหวัดนครปฐม ในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือน ธันวาคม 2556 จำนวนทั้งสิ้น 150 คน โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นเพศหญิง 2) มีอายุ อยู่ในช่วง 25-50 ปี 3) มีความปวดตั้งแต่ระดับปานกลาง ขึ้นไป (pain score มากกว่า 5) 4) มีอาการมานานกว่า 6 เดือน และมีจุดกดเจ็บบริเวณต้นคอและสะบักตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง 5) ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด หรือการแพทย์ ทางเลือกอื่น ที่ส่งผลต่ออาการปวดต้นคอและสะบัก ในระยะ 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย 6) ไม่มีประวัติการแพ้ยา paracetamol หรือ orphenadrine citrate และ 7) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีการกดทับ ของเส้นประสาทบริเวณคอ เช่น cervical spondylosis, prolapse disc 2) เป็นโรคตับหรือมีความผิดปกติของตับ 3) มีข้อห้ามของการนวดไทย หรือมีอาการที่ห้ามนวด ได้แก่ เป็นโรคผิวหนัง หรือมีการอักเสบติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื้อเยื่อ และกล้ามเนื้อ และ 4) มั่นใจว่าไม่สามารถเข้าร่วม การวิจัยได้ครบตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์การยุติ การเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธี การคำนวณตามสถิติ one-way ANOVA ซึ่งอ้างอิงจาก การศึกษาของสิริรัตน์ มิตรเจริญถาวร (2548) และการศึกษา

ของ Kannan (2012) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี การสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มละ 25 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 คู่มือการนวดแผนไทยแบบราชสำนัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับการนวด แผนไทยแบบราชสำนักเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และพังผืด และได้ดัดแปลงให้เหมาะกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการนวดและคลึง 4 จุด ได้แก่ การนวดบริเวณบ่า ตามแนวเส้นกาลฐริ การนวดสัญญาณ 4 และ 5 หลัง การนวด สัญญาณ 4 ไหล่ และโค้งคอตามแนวเส้นอิทาและ เส้นปิงคลา รวมเวลาทั้งสิ้น 30 นาที ทั้งนี้ คู่มือการนวดฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

1.2 แบบบันทึกการรับประทุษนยา ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นตารางบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยรับประทุษนยา แต่ละครั้ง หากรับประทุษนยา ให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่อง หากไม่ได้รับประทุษนยา ให้ทำเครื่องหมายกากบาทลงในช่อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาดารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มี อาการปวด ความถี่ของอาการปวด สาเหตุของอาการปวด ในวันที่เข้าร่วมการวิจัย และการรักษาที่ได้รับ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

2.2 แบบประเมินความปวด ผู้วิจัยได้แบบประเมิน ของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552 ข) ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นแนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวด เรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด แบบตัวเลข แบ่งออกเป็น 10 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่ปวดเลย จนถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด สำหรับให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย ที่บอกถึงระดับความปวดบนมาตรวัด

2.3 เครื่องวัดปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยใช้เครื่องอีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค (electromyogram biofeedback) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดผลการทำงานของกล้ามเนื้อโดยใช้สัญญาณไฟฟ้า มีหลักการคือ เมื่อกล้ามเนื้อหดตัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าผ่านทางตัวรับสัญญาณ แล้วป้อนข้อมูลกลับโดยการแสดงผลเป็นเส้นกราฟที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ จากนั้นประเมินผลตามคู่มือเครื่องอีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค โดยการใช้งานจะติดเครื่องวัดที่กล้ามเนื้อ trapezius ทั้งนี้เครื่องวัดผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากโรงงานผู้ผลิต และมีการตั้งค่ามาตรฐานของเครื่องทุกครั้ง (self-calibration)

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล**  
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
2. ผู้วิจัยจัดหาผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยผู้หมวด 3 คน (คัดเลือกเฉพาะผู้หมวดที่จบหลักสูตรการหมวด 800 ชั่วโมง เพื่อควบคุมคุณภาพการหมวด) อายุระหว่าง 1 คน และพยาบาลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก 1 คน และที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย 1 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
4. ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการประเมินความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อก่อนการทดลอง (pre-test) และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้เวลาตอบ 5-10 นาที
5. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในแต่ละกลุ่มได้รับกิจกรรมดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้รับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ (มีส่วนผสมของ paracetamol 450 mg และ orphenadrine citrate 35 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน พร้อมทั้งให้ทำเครื่องหมายถูกหรือกากบาทลงในช่องของแบบบันทึกการรับประทานยา

กลุ่มที่ 2 ให้รับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ (มีส่วนผสมของ paracetamol 450 mg และ orphenadrine citrate 35 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน ร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนักที่คอ บ่า ไหล่ เป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน พร้อมทั้งให้ทำเครื่องหมายถูกหรือกากบาทลงในช่องของแบบบันทึกการรับประทานยา

กลุ่มที่ 3 ให้ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักที่คอ บ่า ไหล่ เป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน

6. ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการประเมินความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2556

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความปวด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.66 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 52 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 มีรายได้เฉลี่ยในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ให้สิทธิการรักษาประกันสังคม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 82.70 ระยะเวลาที่มีอาการปวดอยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 ความถี่ของอาการปวดอยู่ในช่วง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 สาเหตุของอาการปวด

ในวันที่เข้าร่วมการวิจัย ส่วนใหญ่มาจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 69.30 และการรักษาที่ได้รับคือ การนวดแผนไทย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.67

2. การเปรียบเทียบความปวด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยอันดับของความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = 4.401$ ,  $p < .001$ ;  $z = 4.402$ ,  $p < .001$  และ  $z = 4.408$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับของความปวด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียวของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 75$ )

| กลุ่มตัวอย่าง             | ก่อนการทดลอง ( $n = 25$ ) |           |          | หลังการทดลอง ( $n = 25$ ) |           |          | z     | p      |
|---------------------------|---------------------------|-----------|----------|---------------------------|-----------|----------|-------|--------|
|                           | $\bar{X}$ (SD)            | mean rank | sum rank | $\bar{X}$ (SD)            | mean rank | sum rank |       |        |
| รับประทานยา               | 6.44 (1.32)               | 29.72     | 743      | 1.84 (1.49)               | 29.74     | 743      | 4.401 | < .001 |
| รับประทานยา<br>ร่วมกับนวด | 7.28 (1.24)               | 44.66     | 1116     | 2.60 (1.40)               | 47.72     | 1193     | 4.402 | < .001 |
| นวด                       | 7.00 (1.25)               | 39.62     | 990      | 2.08 (1.22)               | 36.54     | 913      | 4.408 | < .001 |

3. การเปรียบเทียบความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับ

การนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.655$ ,  $p < .001$ ;  $t = 5.662$ ,  $p < .001$  และ  $t = 6.265$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยา  
อย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว  
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 75)

| กลุ่มตัวอย่าง             | ก่อนการทดลอง (n = 25) |           |       | หลังการทดลอง (n = 25) |           |      | t     | p      |
|---------------------------|-----------------------|-----------|-------|-----------------------|-----------|------|-------|--------|
|                           | min - max             | $\bar{X}$ | SD    | min - max             | $\bar{X}$ | SD   |       |        |
| รับประทานยา               | 8.44 - 38.39          | 20.36     | 9.35  | 3.26 - 19.44          | 7.63      | 3.97 | 8.655 | < .001 |
| รับประทานยา<br>ร่วมกับนวด | 3.96 - 43.27          | 20.46     | 10.65 | 2.13 - 24.10          | 7.39      | 5.28 | 5.662 | < .001 |
| นวด                       | 7.40 - 46.67          | 20.22     | 9.78  | 1.87 - 16.17          | 6.63      | 4.14 | 6.265 | < .001 |

4. การเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว พบว่ากลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ

บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียวนั้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่  
รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว  
(n = 75)

| กลุ่มตัวอย่าง         | n  | Mean diff. | SD   |
|-----------------------|----|------------|------|
| รับประทานยา           | 25 | 4.60       | 1.38 |
| รับประทานยาร่วมกับนวด | 25 | 4.68       | 1.51 |
| นวด                   | 25 | 4.92       | 1.52 |

| แหล่งความแปรปรวน | SS      | df | MS    | F    | p    |
|------------------|---------|----|-------|------|------|
| ระหว่างกลุ่ม     | 1.387   | 2  | .693  | .317 | .729 |
| ภายในกลุ่ม       | 157.280 | 72 | 2.184 |      |      |
| รวมทั้งหมด       | 158.667 | 74 |       |      |      |

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว (n = 75)

| กลุ่มตัวอย่าง            | n   | Mean diff. | SD    |
|--------------------------|-----|------------|-------|
| รับประทานยา              | 25  | 12.73      | 7.35  |
| รับประทานยาร่วมกับการนวด | 25  | 13.07      | 11.54 |
| นวด                      | 225 | 13.59      | 10.84 |

| แหล่งความแปรปรวน | SS       | df | MS     | F    | p    |
|------------------|----------|----|--------|------|------|
| ระหว่างกลุ่ม     | 25.757   | 2  | 12.879 | .142 | .868 |
| ภายในกลุ่ม       | 6529.419 | 72 | 90.686 |      |      |
| รวมทั้งหมด       | 6555.176 | 74 |        |      |      |

#### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยอันดับของความปวด และค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการนวดผ่านเส้นกาสรีรบริเวณบ่า และการนวดผ่านเส้นอกและเส้นปิงกลาบริเวณต้นคอและสะบักเป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน ช่วยให้จุดกดเจ็บที่ยึดติดกันคลายลง โดยการคลึงทำให้พังผืดอ่อนตัวลง กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ความตึงตัวและความปวดลดลง อีกทั้งการคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกจากบริเวณนั้นและมีเลือดใหม่มาแทนที่ จึงเป็นการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง และช่วยปรับสมดุลทางเดินพลัง เป็นการปิดกระแสประสาทที่ผ่านไขประสาทขนาดใหญ่ ส่งผลให้มีการยับยั้งสัญญาณประสาทที่เกี่ยวข้อง

ความปวดที่นำโดยไขประสาทขนาดเล็ก สารเคมีที่หลั่งออกมาจากสมองจะส่งผลไปยังเซลล์ SG ให้มีการหลั่งสารพีทำให้ประตูปรับความปวดลดลง ส่งผลให้ความปวดต้นคอและสะบักและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ส่วนการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน จะช่วยบรรเทาความปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะและคอ โดยยา paracetamol มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวด ซึ่งมีระดับยาสูงสุดหลังให้ยา 2-4 ชั่วโมง และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ส่วนยา orphenadrine citrate จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยออกฤทธิ์ที่ก้านสมอง มีฤทธิ์คลายการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิศรุต บุตรากาศ (2551) ที่ศึกษาผลแบบเฉียบพลันของการนวดไทยต่อตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งประกอบด้วย ความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ ความวิตกกังวล ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับอาการปวด ระดับขีดเริ่มของอาการกดเจ็บ และความยืดหยุ่นของร่างกาย โดยใช้เครื่อง algometry ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการนวดไทย เป็นเวลา 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง พบว่า หลังการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการนวดไทย มีการเปลี่ยนแปลงของความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่แสดงถึงการเพิ่มขึ้นของการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และทำให้ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา โกวิทยานนท์ และปณตา เตชทรัพย์อมร (2553) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก myofascial pain syndrome ด้วยการนวดไทยกับอัลตราซาวด์ พบว่าการเคลื่อนไหวของคอโดยรวมหลังการรักษาทั้งสองวิธี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความปวดจากการรักษาทั้งสองวิธีลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสรายุทธ มงคล และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่ออาการปวดและช่วงการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ upper trapezius กลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดไทยแบบราชสำนัก เป็นเวลา 20 นาที จำนวน 3 ครั้ง พบว่า หลังการนวด กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลง และมีช่วงการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่ อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ เนื่องจากการนวดไทยแบบราชสำนักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ สามารถช่วยลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ทั้งสองวิธี ดังที่ได้อธิบายกลไกไว้ข้างต้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ศรีแพ่ง (2555) ที่ศึกษาผลของการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดข้อเข่า อาการข้อเข่าฝืด ปฏิกริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยกลุ่มทดลองได้รับ

การนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยา ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ยาอย่างเดียว พบว่าค่าเฉลี่ยปฏิกริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดให้เข้ารับการรักษาโดยใช้การนวดไทยแทนการรับประทานยาได้ ซึ่งจะช่วยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

1.2 ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยในหน่วยงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมีโอกาสเข้าถึงบริการที่ดีและมีคุณภาพ จากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะด้านการแพทย์แผนไทย

1.3 ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรพิจารณาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดที่มีอาการปวดบริเวณอื่น เช่น หลัง ขา แขน

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และมีการติดตามในระยะยาว เพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- กิตติยา โกวิทยานนท์, และปณดา เดชทรัพย์อมร. (2553). เปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก myofascial pain syndrome ด้วยการนวดไทย กับอัลตราซาวด์. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 8(2-3), 179-190.
- ไกรวัชร ชื่นเนตร. (2552). Concept in pain management. ใน กัทรารุช อินทรกำแหง. (บ.ก.). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- จุไรรัฐ วงษา, และชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2553). ผลของการรักษาผู้ป่วย trapezius myofascial pain ด้วยการนวดแบบสวีดิช ร่วมกับการประคบแผ่นร้อน. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 35(2), 95-102.
- ธวัชชัย สุวรรณโท. (2553). เปรียบเทียบผลทันทีระหว่างการทำดัดดึง (Single manipulation) กับการเคลื่อนไหวข้อต่อ (Single mobilization) ที่บริเวณกระดูกสันหลังระดับอกในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา พุทธธรรมรักษา. (2548). *ประสิทธิผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ (อายุรเวท) ต่ออาการปวดต้นคอของผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตปทุมธานี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. (2551). Traditional massage difficult style in difficult situation. ใน จุฑามณี สุทธิสีสังข์. (บ.ก.). *The essence of pain management*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (บ.ก.). (2550). *คู่มือการนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ลดาวลีย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์ (2555). *Complementary nursing and symptom management in chronic care: Thailand perspective*. ใน เอกสารการประชุมวิชาการ หัวข้อ The 5th Asian-Pacific International Conference on Complementary Nursing. หน้า 37-42. ณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). การนวด. ใน ศศิกานต์ นิมนนารัตน์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐชัย, และชัชชัย ปรีชาไว. (บ.ก.). *ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิสรุต บุตรากาส. (2551). ผลแบบเฉียบพลันของการนวดไทยต่อความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจและตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชญ์ กัมมทิพย์. (2550). ปวดคอ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์. (บ.ก.). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวท แพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552 ก). *แนวทางพัฒนาการ ระบุปวดเฉียบพลัน (Clinical guidance for acute pain management)*. ม.ป.ท.

- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552 ข). *แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial pain syndrome fibromyalgia*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สรายุทธ มงคล, กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, และวาสนา เนตรวีระ. (2555). ผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ upper trapezius: การศึกษานำร่อง. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 25(1), 87-95.
- สายชล ศรีแพ่ง. (2555). *ผลการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดข้อเข่า อาการข้อเข่าฝืด ปฏิกริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2555). *รายงานการศึกษาทบทวนประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการรักษาอาการปวดและอาการอักเสบของยากลุ่ม Selective cyclooxygenase inhibitors (COX II-inhibitors)*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ*. สืบค้น วันที่ 28 เมษายน 2556, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สิริรัตน์ มิตรเจริญถาวร. (2548). *ผลของการนวดโดยการกดและคลึงกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหัวไหล่ส่วนบน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุบลกาญจน์ ยอดต่อ. (2555). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ ชัชวาลย์. (2548). *ผลของการนวดแบบลึก (นวดแผนไทย) ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Kannan, P. (2012). *Management of myofascial pain of upper trapezius: A three group comparison study* (post graduate study). Centre for Physiotherapy Research, University of Otago, New Zealand.
- Melzack, R., Stillwell, D. M., & Fox, E. J. (1977). Trigger points and acupuncture points for pain: Correlations and implications. *Pain*, 3(1), 3-23.

## ผลการพัฒนาภาวะผู้นำต่อการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล

ในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

The Effect of Leadership Development on Leadership of Nursing Students

in Nursing Administration Practicum, Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai

จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) \*

Jintana Pornsumritchok, M.N.S. (Nursing Administration) \*

รวมพร มินานนท์, ศ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ) \*

ชญานิศา เขมทัสน์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) \*\*

Roumphorn Minanon, M.E.S. (Health Promotion) \*

Chayanisa Kemthad, M.N.S. (Nursing Administration) \*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการพัฒนาภาวะผู้นำต่อการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2555 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 103 คน และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกจำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล แบบประเมินการมีภาวะผู้นำตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบประเมินการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกมีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำโดยรวมในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.47$ ,  $SD = .44$ ) และในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.42$ ,  $SD = .46$ ) ตามลำดับ 2) ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36$ ,  $SD = .42$ ) และ 3) หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลมากกว่าก่อนได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.070$ ,  $p < .001$ ) และการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าอาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาล โดยเน้นความสอดคล้องกับบริบทและเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อนักศึกษา

คำสำคัญ: การพัฒนาภาวะผู้นำ ภาวะผู้นำ นักศึกษาพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สาขาวิชาพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สาขาวิชาพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of leadership development on leadership of nursing students in nursing administration practicum. The samples were composed of 103 fourth year nursing students in an academic year of 2012, at Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai and 30 clinical mentors. The research instruments consisted of an activity plan of leadership development for nursing students in nursing administration practicum, an assessment form of leadership under the perception of nursing student with the reliability of .87, and an assessment form of leadership under the perception of clinical mentors with the reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from July, 2012 to May, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) for under the perception of nursing student; the overall mean scores of leadership before and after receiving leadership development were at a low level ( $\bar{X} = 2.47$ ,  $SD = .44$ ) and a moderate level ( $\bar{X} = 3.42$ ,  $SD = .46$ ), respectively; 2) for under the perception of clinical mentors; the overall mean score of leadership after receiving leadership development was at a moderate level ( $\bar{X} = 3.36$ ,  $SD = .42$ ); and 3) after receiving leadership development, for under the perception of nursing student, nursing student had statistically significant higher mean score of leadership than before receiving leadership development ( $t = 16.070$ ,  $p < .001$ ). Also, it was found that the mean scores of leadership under the perception between nursing student and clinical mentors were not statistically significant different.

This research suggested that nursing instructors should take these findings as a guideline to develop nursing students' leadership under their contexts to get the optimal benefits of nursing students.

**Keywords:** Leadership development, Leadership, Nursing students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงาน การมีภาวะผู้นำทำให้มีฐานอำนาจและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ซึ่งผู้ที่เป็นผู้นำจะแสดงบทบาทในการโน้มน้าว ชักชวน ชี้แนะ หรือผลักดันให้ผู้ตามยอมรับแล้วปฏิบัติตาม เพื่อสู่เป้าหมายร่วมกัน (อภินันท์สุภาวัฒน์, 2560) ดังนั้น ทุกองค์กรย่อมต้องการผู้นำที่มีภาวะผู้นำสูงในการนำองค์กร เช่นเดียวกับองค์กรวิชาชีพพยาบาล ภาวะผู้นำเป็นคุณสมบัติที่พยาบาลทุกคนพึงมี การมี

คุณลักษณะของผู้นำที่ดี มีพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีความมุ่งมั่น ตั้งใจให้เกิดการพัฒนาทั้งแก่ตนเองและองค์กร รวมถึงมีการใช้วิธีการพัฒนาภาวะผู้นำที่หลากหลาย จะทำให้ผู้นำทางการพยาบาลยุคใหม่สามารถทำงานได้ดีในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และถือเป็นการพัฒนาวิชาชีพที่ดีไปพร้อมกัน (พิชญากร ศรีปะโค, 2557)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเนื่องใหม่ เป็นสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง

สาธารณสุข มุ่งผลิตบุคลากรสาธารณสุขที่มีศักยภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตร นอกจากจะมุ่งหวังให้นักศึกษามีความรู้ ความสามารถในการสื่อสารทางวิชาชีพและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องแล้ว วัตถุประสงค์ของหลักสูตรส่วนหนึ่งได้กำหนดไว้ว่าผู้สำเร็จการศึกษาจะต้องมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต กล่าวคือ การมีภาวะผู้นำและสามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่ได้รับมอบได้อย่างเหมาะสม (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งคุณลักษณะที่พึงประสงค์ดังกล่าวเป็นไปตามที่กำหนดเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรี โดยสมรรถนะหลักด้านที่ 4 เป็นสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งได้ให้ความหมายของสมรรถนะด้านนี้ไว้ว่าเป็นความต้องการให้พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีมีความรู้ในทฤษฎีภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม ทฤษฎีการบริหารเบื้องต้น กระบวนการบริหารจัดการด้านสุขภาพ หลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์ การประกันคุณภาพ และกระบวนการพัฒนาคุณภาพ สามารถใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ทั้งในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม รวมทั้งมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม กับสถานการณ์ (สภาการพยาบาล, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นของกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ ในส่วนมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 โดยสภาการพยาบาลได้ระบุคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำไว้ว่าบัณฑิตพยาบาลต้องมีความสามารถคิดอย่างเป็นระบบ มีเหตุผล คิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลและสถานการณ์ที่หลากหลาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำงานเป็นทีมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสามารถในการบริหารจัดการในองค์กรทางสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2553) จะเห็นว่ากรมมีภาวะผู้นำ

เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้น การผลิตบัณฑิตพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาภาวะผู้นำในการเป็นผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้สามารถนำกลุ่มและ ผู้ได้บังคับบัญชาให้สามารถทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ ซึ่ง พิชญกร ศรีปะโค (2557) ได้สรุปความหมายของการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลไว้ว่าเป็นกิจกรรม กระบวนการหรือวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้เพื่อการพัฒนาตนเอง หรือเพื่อใช้พัฒนาพยาบาล ให้มีพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาล และมีความสามารถ เป็นผู้มีอิทธิพลต่อผู้อื่นให้ร่วมมือทำงาน และเชื่อว่าสถาบันการศึกษาพยาบาลมีส่วนอย่างยิ่งในการกล่อมเกลานักศึกษาให้เกิดภาวะผู้นำได้ ตั้งแต่เริ่มแรก ทั้งโดยการจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้แสดงความสามารถ รวมถึงการปฏิบัติเป็นแบบอย่างจากอาจารย์และรุ่นพี่ และการสร้างแรงบันดาลใจให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นและมีการเตรียมพร้อม สำหรับการเป็นผู้นำ เพื่อให้มีภาวะผู้นำทางการพยาบาล สามารถพัฒนาองค์กรและวิชาชีพพยาบาลให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น

จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ในช่วงปี 2551-2553 พบว่า ผลการประเมินด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ ในเรื่องความสามารถในการแสดงภาวะผู้นำ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.47) และผลการประเมินตนเองในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ปีการศึกษา 2553 พบว่านักศึกษาพยาบาลร้อยละ 68 ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแสดงภาวะผู้นำของตนเองว่ายังไม่สามารถแสดงบทบาทภาวะผู้นำได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดความรู้ ความมั่นใจ และไม่กล้าตัดสินใจในการปฏิบัติงาน และจากการสรุปผลการสัมมนาอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก ในโครงการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยการมีส่วนร่วมของแหล่งฝึก โดยอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกให้ ความคิดเห็นต่อคุณภาพบัณฑิตว่านักศึกษาพยาบาล ยังไม่มีความมั่นใจในการแสดงบทบาทภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถแสดงภาวะผู้นำได้อย่างเหมาะสม และได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าควรมีการจัดกิจกรรม

เตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติให้นักศึกษา โดยเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนานักศึกษาให้เกิดทักษะ การคิด การตัดสินใจ เพื่อให้มีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ มากยิ่งขึ้น (กลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่, 2554)

สำหรับแนวคิดการพัฒนาก้าวผู้นำนั้น ได้มีผู้ศึกษา และให้ข้อเสนอแนะไว้หลากหลาย เช่น จากการศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, จิรวรรณ อินคุ่ม, และอุณเรือน แก้วพินิจ (2553) ที่จัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะ ความเป็นผู้นำในนิสิตพยาบาล โดยโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ มีกิจกรรม การให้ความรู้เรื่องภาวะผู้นำและสมรรถนะความเป็นผู้นำ 2) ด้านการรู้จักตนเอง มีกิจกรรมการรู้ทันตนเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตนเองทั้งจุดที่ส่งเสริมความเป็นผู้นำและ จุดที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาก้าวผู้นำ ทั้งโดยตนเอง และเพื่อนในกลุ่ม และ 3) ด้านการสร้างเสริมคุณลักษณะ เรื่องการคิดอย่างเป็นระบบ การตัดสินใจ การสื่อสาร การโน้มน้าวผู้อื่น และการทำงานเป็นทีม ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม นิสิตพยาบาลมีระดับความเป็นผู้นำ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และจากการศึกษารูปแบบการพัฒนาก้าวผู้นำผู้บริหารระดับกลาง สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ของพจนนิตยสาร, สมคิด สร้อยน้ำ, พิชญ์ ฉายายนต์, และ ชาตรี นาคะกุล (2555) ได้สรุปว่าวิธีการที่สามารถนำมาใช้ ในการพัฒนาก้าวผู้นำได้ มี 17 วิธี ได้แก่ บทบาทสมมติ เกมการบริหาร กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมพัฒนาจิต ทัศนศึกษา การระดมความคิด การศึกษาดูงาน การเรียนรู้ ด้วยการลงมือปฏิบัติ การเผชิญเหตุการณ์ กระบวนการ กลุ่มสัมพันธ์ เกมการศึกษา การฝึกงาน การสนทนาวงกลม การทำแบบฝึกหัด การทำโครงการจริง การฝึกสั่งการ และการประชุมทางวิชาการ ทั้งนี้พบว่าทั้ง 17 วิธี มีความสอดคล้อง กับแนวทางการพัฒนาก้าวผู้นำของ DuBrin (2004) ที่เสนอว่าในการพัฒนาก้าวผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะใช้ การรับรู้หรือความเข้าใจด้วยการให้การศึกษา การฝึกอบรม การสร้างประสบการณ์ในงาน และการสอนงาน ตลอดจน ผู้นำต้องพัฒนาตนเองด้านการสื่อสารและการพัฒนา ความสามารถพิเศษ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ

ในการพัฒนาก้าวผู้นำที่มีประสิทธิภาพ คือ การสร้าง การรับรู้ด้วยตนเอง และการสร้างวินัยในตนเอง นอกจากนี้ วิไล พินิจพงศ์ (2556) ยังให้ความเห็นว่าภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่ ผู้นำต้องได้รับการพัฒนาอยู่เสมอ โดยสามารถเลือกวิธีการ ได้วิธีการหนึ่งหรือหลาย ๆ วิธี มาใช้ในการพัฒนาก้าวผู้นำ ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ บริบท สิ่งแวดล้อม โครงสร้าง และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้เกิดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะ อันจะนำไปสู่ความสามารถและ ศักยภาพในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

จากผลการประเมินด้านภาวะผู้นำและการแสดง ภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ จากผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก และ ตัวนักศึกษาเอง ที่มีผลการประเมินค่อนข้างต่ำ ประกอบกับ ข้อเสนอแนะที่ทำให้มีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ให้มีความมั่นใจก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็น ความจำเป็นในการพัฒนาก้าวผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาล และศึกษาผลการพัฒนาต่อการมีภาวะผู้นำของนักศึกษา ในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล โดยจัดทำกิจกรรม เตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาก้าวผู้นำ แก่นักศึกษา หลังจากทีนักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับ ภาวะผู้นำในรายวิชาการบริหารการพยาบาลมาแล้ว ซึ่งข้อมูล ที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดการเรียน การสอนที่พัฒนาความสามารถในการเป็นผู้นำในระบบสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล ตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ อันจะส่งผลให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาล วิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการมีภาวะผู้นำของนักศึกษา พยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน กับหลังได้รับการพัฒนาก้าวผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชา ปฏิบัติการบริหารการพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบการมีภาวะผู้นำของนักศึกษา พยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก หลังได้รับการพัฒนาก้าวผู้นำในการฝึก ปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล

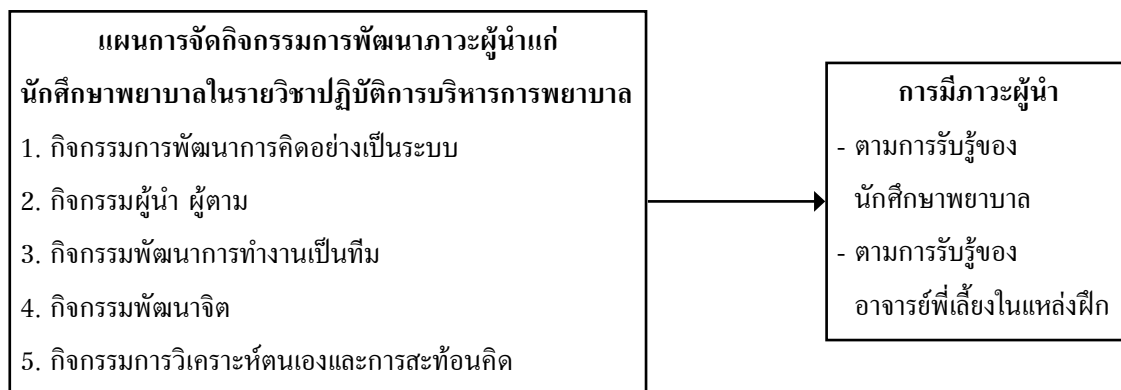
## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มากกว่าก่อนได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ

2. หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาล กับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกไม่แตกต่างกัน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มที่คณะผู้วิจัยได้จากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ทั้งในเรื่องการคิดอย่างเป็นระบบ บทบาทของผู้นำและผู้ตาม การทำงานเป็นทีม การพัฒนาจิตและการวิเคราะห์ตนเองและการสะท้อนคิด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีการประเมินตามการรับรู้ทั้งจากนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ REC 02E/2555)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2555 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 103 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มั่นใจว่าจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นนักศึกษาพยาบาลที่เคยศึกษารายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลมาแล้ว เนื่องจากเรียนซ้ำชั้นในชั้นปีที่ 4 สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 103 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ปีการศึกษา 2555 จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มีประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างภาวะผู้นำให้เกิดกับนักศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

1.1 กิจกรรมการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นการใช้เกม “พัฒนาการคิด” ในการพัฒนาทักษะการฟัง-การพูด โดยให้นักศึกษาจับคู่และสลับกันเล่าเรื่องความสุขในวัยเยาว์ ฟังนิทานเรื่องสาวเวียดนาม และชมภาพยนตร์สั้นเรื่องเสียงกู่จากครุใหญ่ จากนั้นจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อสรุปสาระสำคัญที่ได้เรียนรู้ อาจารย์สรุปอีกครั้ง และร่วมกันสะท้อนการเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบที่เกิดจากการมีทักษะการฟัง-การพูด และทักษะการทำงานเป็นกลุ่ม

1.2 กิจกรรมผู้นำ ผู้ตาม เป็นการใช้เกม “ผู้นำ-ผู้ตาม” ในการเรียนรู้บทบาท โดยให้นักศึกษาจับกลุ่ม 2 คน แล้วเพิ่มเป็น 3 คน 5 คน 7 คน และมากขึ้นตามลำดับ มีการเลือกสมาชิกในกลุ่มว่าต้องการให้ใครเป็นหลักและเป็นรอง ร่วมกันหาวิธีการในการยืนพิงกันในพื้นที่ที่จำกัดบนกระดานที่แจกให้ โดยไม่ให้ล้มภายในเวลา 10 นาที จากนั้นสุ่มถามเหตุผลในการเลือกคนเป็นหลักและเป็นรอง และถามความรู้สึกในแต่ละบทบาทของการเป็นผู้นำ (ผู้ที่เป็นหลัก) และผู้ตาม (ผู้ที่เป็นรอง) และอาจารย์สรุปบทบาทการเป็นผู้นำ ผู้ตาม

1.3 กิจกรรมพัฒนาการทำงานเป็นทีม เป็นการใช้เกม “ข้ามแม่น้ำพิช” ในการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม

โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นทีม ให้ร่วมกันวางแผนเพื่อผ่านอุปสรรคในการข้ามแม่น้ำพิชไปสู่อีกฝั่งหนึ่งให้ได้ด้วยความสามารถของทีม และอาจารย์สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำงานที่เกิดจากทักษะการทำงานเป็นทีม

1.4 กิจกรรมพัฒนาจิต เป็นการใช้เกม “ฝึกสติพัฒนาจิต” ในการพัฒนาจิต โดยให้นักศึกษาทำความเข้าใจตนเองและเรียนรู้ผู้อื่น ฝึกให้มีสติอยู่กับตนเอง และสะท้อนการเรียนรู้จากการฟังเพลง 3 จังหวะ จากนั้นสุ่มถามความรู้สึกจากการฟังเพลงแต่ละจังหวะ สะท้อนการเรียนรู้การตระหนักรู้ในตนเองและความแตกต่างของแต่ละคนที่มีอารมณ์และความรู้สึกแตกต่างกัน และอาจารย์สรุปการทำสมาธิของตนเองและการเรียนรู้ผู้อื่น

1.5 กิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองและการสะท้อนคิด เป็นการใช้เกม “รู้จักตนเอง ผู้ชนะสี่ทิศ” ในการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ตนเองและการสะท้อนคิด โดยให้นักศึกษาประเมินตนเองว่าเป็นคนลักษณะใด ค้นหาตนเองในแต่ละด้าน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกันของคนในลักษณะต่างๆ การปรับเปลี่ยนตนเองให้เป็นผู้นำที่เป็นผู้ชนะทั้งสี่ทิศให้ได้ในสถานการณ์ต่างๆ และอาจารย์สรุปสิ่งสำคัญในการเป็นผู้นำ ซึ่งได้แก่ การอยู่รอด การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และการอยู่อย่างมีความหมายโดยไม่ขัดแย้งและเข้าใจผู้อื่น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมิน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินการมีภาวะผู้นำตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ และแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ต่ำที่สุด ต่ำ ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีภาวะผู้นำในระดับต่ำที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.51-2.50

คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบและเกณฑ์การแปลผลคะแนนเช่นเดียวกับในแบบประเมินชุดที่ 1

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาลฯ และแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ได้คำนวณความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินการมีภาวะผู้นำตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 30 คน และนำแบบประเมินการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก ไปทดลองใช้กับอาจารย์พี่เลี้ยงในโรงพยาบาลลำปางที่มีประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .87 และ .82 ตามลำดับ

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล**  
มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ

ในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. คณะผู้วิจัยให้นักศึกษาพยาบาลตอบแบบประเมินการมีภาวะผู้นำตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที

4. คณะผู้วิจัยจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำตามแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทั้ง 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 1-1½ ชั่วโมง รวมเวลาทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง

5. นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลตามแหล่งฝึกต่างๆ ที่กำหนด โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 7-8 คน ฝึกปฏิบัติกลุ่มละ 2 สัปดาห์ โดยจัดให้นักศึกษาได้หมุนเวียนการฝึกปฏิบัติในบทบาทหัวหน้าแอร์และหัวหน้าทีมการพยาบาล คนละ 3-4 ครั้ง ในแต่ละบทบาท ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในฐานะผู้นำตามที่กำหนดไว้ในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก ทั้งนี้ อาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าแอร์และหัวหน้าทีมการพยาบาลในสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย โดยให้สามารถตัดสินใจดำเนินการต่างๆ ได้ตามบทบาทที่กำหนดไว้ในคู่มือการฝึกปฏิบัติ รายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล

6. คณะผู้วิจัยให้นักศึกษาพยาบาลตอบแบบประเมินการมีภาวะผู้นำตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล (เฉพาะส่วนที่ 2) หลังการทดลอง (post-test) โดยดำเนินการหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละกลุ่ม โดยให้เวลาตอบ 10-15 นาที

7. คณะผู้วิจัยให้อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกตอบแบบประเมินการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละกลุ่ม โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2556

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.20 มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.70 และฝึกภาคปฏิบัติที่โรงพยาบาลประจำ

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.60 ส่วนอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.80 มีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.90 มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 11-15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.10 และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลประจำและโรงพยาบาลนครพิงค์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.70 เท่ากัน

2. การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก ข้อมูลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าก่อนและหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำโดยรวมในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.47$ ,  $SD = .44$ ) และในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.42$ ,  $SD = .46$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อมูลตามการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก พบว่าหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36$ ,  $SD = .42$ )

3. การเปรียบเทียบการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล พบว่าหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำมากกว่าก่อนได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.070$ ,  $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล

| ช่วงเวลา                    | n   | $\bar{X}$ | SD  | t      | p      |
|-----------------------------|-----|-----------|-----|--------|--------|
| ก่อนได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ | 103 | 2.47      | .44 | 16.070 | < .001 |
| หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ | 103 | 3.42      | .46 |        |        |

4. การเปรียบเทียบการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก พบว่า

หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล หลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก

| กลุ่มตัวอย่าง              | n   | $\bar{X}$ | SD  | t     | p    |
|----------------------------|-----|-----------|-----|-------|------|
| นักศึกษาพยาบาล             | 103 | 3.42      | .46 | 1.293 | .081 |
| อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึก | 30  | 3.36      | .42 |       |      |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มากกว่าก่อนได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ กิจกรรมผู้นำ ผู้ตาม กิจกรรมพัฒนาการทำงานเป็นทีม กิจกรรมพัฒนาจิต และกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองและการสะท้อนคิด ทำให้นักศึกษาได้รู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่น และเกิดความมั่นใจในการแสดงภาวะผู้นำเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีผลการศึกษารองรับว่าสามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาภาวะผู้นำได้ เช่น ในการศึกษาารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำผู้บริหารระดับกลาง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับขั้นพื้นฐาน ของพจนกพรหม ตะกลมทอง และคณะ (2555) พบว่าในส่วนองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงคุณลักษณะที่ประกอบด้วยความสามารถในการปรับตัว การมีวิสัยทัศน์ การมีความมั่นใจในตนเอง การให้ความสำคัญกับ

ทรัพยากรมนุษย์ การมีความน่าเชื่อถือ การมีมนุษยสัมพันธ์ และการมีวุฒิภาวะ มีวิธีการที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำได้ จำนวน 10 วิธี ได้แก่ บทบาทสมมติ เกมการบริหาร กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมพัฒนาจิตกรณศึกษา การระดมความคิด การเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติ การเผชิญเหตุการณ์ กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการทำแบบฝึกหัด เช่นเดียวกับแนวคิดของ Yukl (2006) ที่ได้เสนอวิธีการและเทคนิคการพัฒนาภาวะผู้นำที่ประสบผลสำเร็จ เช่น การพัฒนาภาวะผู้นำในทักษะด้านการบริหารและความคิดรวบยอด สามารถพัฒนาได้โดยใช้แบบฝึกหัด สถานการณ์จำลอง วิดีทัศน์ และเกมการบริหาร ส่วนการพัฒนาภาวะผู้นำในทักษะด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลนั้น สามารถพัฒนาได้โดยใช้การบรรยาย วิดีทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม บทบาทสมมติ และกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ถูกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ (2553) ที่ได้จัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะความเป็นผู้นำในนิสิตพยาบาล โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ มีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะผู้นำและสมรรถนะความเป็นผู้นำ ด้านการรู้จักตนเอง มีกิจกรรมการรู้ทันตนเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตนเองทั้งจุดที่ส่งเสริมความเป็นผู้นำและจุดที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาภาวะผู้นำ และด้านการสร้างเสริมคุณลักษณะ

เรื่องการคิดอย่างเป็นระบบ การตัดสินใจ การสื่อสาร การโน้มน้าวผู้อื่น และการทำงานเป็นทีม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นิสิตพยาบาลมีระดับความเป็นผู้นำเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ยังได้ฝึกปฏิบัติการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์จริง ในโรงพยาบาล ทั้งในบทบาทหัวหน้าเวรและหัวหน้าทีม การพยาบาล ทำให้นักศึกษาได้แสดงความสามารถตามบทบาทของตนอย่างเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะผู้นำในตนเองทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับที่ Bass (1985) ได้กล่าวว่าภาวะผู้นำเป็นความสามารถของผู้นำที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ตาม ส่งเสริมให้ผู้ตามมีโอกาสรเรียนรู้และศึกษาเพิ่มเติมตามความเหมาะสม เป็นผู้ชี้แนะและช่วยเหลือเมื่อผู้ตามต้องการ ซึ่งการฝึกปฏิบัติในบทบาทหัวหน้าเวรและหัวหน้าทีม การพยาบาลนั้น เป็นตำแหน่งที่ต้องมีภาวะผู้นำที่นำพาผู้ร่วมงานทุกคนให้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมตามความรู้ความสามารถ และต้องทำหน้าที่ประสานงานกับฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดำเนินงาน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ และคณะ (2551) ที่ศึกษาเปรียบเทียบภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติบทบาทผู้นำทางการพยาบาล พบว่าหลังการฝึกปฏิบัติบทบาทผู้นำทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลมีภาวะผู้นำมากกว่าก่อนการฝึกปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ถึงแม้ผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ได้มาจากผลของกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำที่จัดให้กับนักศึกษาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการประเมินภาวะผู้นำตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลังจากที่นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ในภาคปฏิบัติมาแล้ว แต่ก็แสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ ซึ่ง Bass (1985) ได้สรุปว่าภาวะผู้นำสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้โดยการใช้วิธีต่างๆ หรือโดยการบูรณาการเทคนิควิธีต่างๆ มาใช้ร่วมกัน เช่นเดียวกับที่รัตติกรณ์ จงวิศาล (2556) ได้กล่าวว่าภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ การที่องค์กรจะพัฒนาบุคคลให้มีภาวะผู้นำที่เหมาะสมนั้นต้องใช้หลายๆ วิธี เช่น การฝึกอบรม

การใช้กิจกรรมที่ช่วยในการพัฒนาตนเอง ซึ่งการพัฒนาจะมีประสิทธิผลหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ ในองค์กรด้วย

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล การมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยทั้งนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกต่างรับรู้ว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีภาวะผู้นำโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ โดยได้ฝึกปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรและหัวหน้าทีม การพยาบาลคนละ 3-4 ครั้ง จึงอาจยังไม่มีสถานการณ์ที่จะทำให้นักศึกษาได้แสดงภาวะผู้นำอย่างเต็มความสามารถ ซึ่งทั้งนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกได้ให้ข้อเสนอแนะในการประเมินผลหลังการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลไว้เช่นเดียวกันว่าควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น ซึ่งการที่ได้ฝึกปฏิบัติในระยะเวลาที่น้อยเกินไปนี้ อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่ได้ฝึกประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในงาน การพยาบาลอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ไม่มีความมั่นใจในการแสดงออกด้านภาวะผู้นำ จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกมีการรับรู้ภาวะผู้นำที่นักศึกษาได้แสดงออกไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา อาวุธ และโสทรศิริ แพน้อย (2552) ที่ศึกษาความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ผ่านการอบรม ต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษารอคอยเบื้องต้น) ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมโดยรวมตามการรับรู้ของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ผ่านการอบรม ไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ Clare and Van Loon (2003 อ้างถึงในรุ่งอรุณ เกศหวงศ์, 2556) พบว่าสาเหตุที่ทำให้พยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมี 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) ขาดประสบการณ์ การนำความรู้ทางคลินิกมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน 2) โอกาสในการปฏิบัติงานในขณะที่ฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอ และ 3) ไม่เข้าใจ

เนื้อหา และไม่มีโอกาสในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งประสพการณ์การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์กร ยิ่งบุคคลมีเวลาในการฝึกปฏิบัติ นานเท่าใด ก็ย่อมมีความชำนาญและความสามารถมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้นำประสพการณ์มาช่วยในการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วง เกิดผลดีต่อหน่วยงาน ซึ่งประสพการณ์จะทำให้บุคคลมีโอกาสได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจ มองเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจนและถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้เกิดทักษะและทราบแนวทางในการแก้ไขปัญหา (พิชากพ พันธุ์แพ, 2554; รัตติกรณ์ จงวิศาล, 2556) ส่วน Winter (2003) ได้กล่าวว่าการมีความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงการมีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผล และจากการศึกษาของทัศนีย์ จุลอดุง และยุพิน อังสุโรจน์ (2552) ที่ศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่าการเป็น ผู้เชี่ยวชาญงานการพยาบาลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของการมีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผล โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.90 นอกจากนี้ รัตติกรณ์ จงวิศาล (2556) ได้กล่าวว่าการพัฒนาผู้นำนั้นสามารถส่งเสริมได้โดยการสอดแทรกในการเรียนรู้ การเติบโต และการเปลี่ยนแปลงของบุคคลตามเวลาที่เหมาะสม รวมถึงความเข้าใจในปัจจัยที่เข้ามามีส่วนช่วยในกระบวนการเติบโต การพัฒนาผู้นำก็จะสามารถได้รับการส่งเสริมให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลจึงควรพัฒนาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล โดยสถาบันการศึกษาพยาบาลมีส่วนอย่างยิ่งในการกล่อมเกลานักศึกษาให้เกิดภาวะผู้นำ ทั้งโดยการจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้แสดงความสามารถ การปฏิบัติเป็นแบบอย่างจากอาจารย์และรุ่นพี่ รวมถึงการสร้างแรงบันดาลใจให้นักศึกษามีความกระตือรือร้น และมีการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นผู้นำ เพื่อให้นักศึกษามีภาวะผู้นำทางการพยาบาลสามารถพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีความก้าวหน้าสู่ความเป็นสากลยิ่ง ๆ ขึ้นไป (พิชญากร ศรีปะโค, 2557)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอน โดยสอดแทรกกิจกรรมการพัฒนาภาวะผู้นำในรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะผู้นำเพิ่มมากขึ้น โดยเน้นความสอดคล้องกับบริบทและเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อนักศึกษา

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ โดยศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล เช่น การทำงานเป็นทีม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

2.2 ควรมีการสร้างโปรแกรมการพัฒนาภาวะผู้นำในนักศึกษาพยาบาลหรือบัณฑิตพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีคุณลักษณะภาวะผู้นำทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผลต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่.

(2554). *สรุปการสัมมนาการจัดการเรียนการสอนปีการศึกษา 2553*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, จิรวรรณ อินคุ่ม, และอุณเรือน แก้วพินิจ. (2553). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะความเป็นผู้นำในนิสิตพยาบาล: การทดลองในนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *ไทยเกาส์ศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 5(1), 70-75.

ทัศนีย์ จุลอดุง, และยุพิน อังสุโรจน์. (2552). การศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 43-55.

- ธานี กล่อมใจ, และคณะ. (2551). *การศึกษาเปรียบเทียบ ภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลัง การฝึกปฏิบัติบทบาทผู้นำทางการพยาบาล ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2550* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- พงกะพรรณ ตะกลมทอง, สมคิด สร้อยน้ำ, พิษณุ ฉายายนต์, และชาติรี นาคะกุล. (2555). รูปแบบการพัฒนา ภาวะผู้นำผู้บริหารระดับกลาง สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. *วารสาร การบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(1), 186-202.
- พนิดา อาวุธ, และไสรตรีย์ แพน้อย. (2552). *ความพึงพอใจ ตามการรับรู้ของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และ ผู้ผ่านการอบรม ต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของ พยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.
- พิชญากร ศรีปะโค. (2557). *การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล: การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. วารสาร พยาบาลทหารบก*, 15(3), 1-7.
- พิทกพ พันธ์เพ. (2554). *ผู้บังคับกับการจัดการการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- รัตติกรณ์ จงวิศาล. (2556). *ภาวะผู้นำ: ทฤษฎี การวิจัย และแนวทางสู่การพัฒนา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งอรุณ เกศวหงส์. (2556). *การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม พยาบาลจบใหม่เข้าสู่วิชาชีพ. วารสารคุณุภบัณฑิต ทางสังคมศาสตร์ (ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 3(3), 53-67.
- วิไล พินิจพงศ์. (2556). *ภาวะผู้นำทางการบริหารการศึกษา. สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2560, จาก <http://artdesignqa.blogspot.com>*
- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ปรับปรุง พ.ศ. 2552). นนทบุรี: ผู้แต่ง.*
- สภาการพยาบาล. (2551). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550. นนทบุรี: ผู้แต่ง.*
- สภาการพยาบาล. (2553). *แนวทางการพัฒนาหลักสูตร ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขา พยาบาลศาสตร์. นนทบุรี: ผู้แต่ง.*
- อภิรดี นันท์สุภวัฒน์. (บ.ก.). (2560). *ภาวะผู้นำ และการจัดการทางการพยาบาล. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.*
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations.* New York: The Free Press.
- DuBrin, A. J. (2004). *Leadership: Research findings, practice, and skills.* Boston: Houghton Mifflin.
- Winter, G. (2003). *High performance leadership.* New York: John Wiley & Sons.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก \* The Relationships between Personal Factors, Stress, the Wife's Role, Marital Relationship, and Quality of Life among Infertile Women \*

จริญญา ดีจะโปะ, พย.ม. (การผดุงครรภ์) \*\*

Jarunya Deejapo, M.N.S. (Midwifery) \*\*

จรัสศรีธีระกุลชัย, พ.ศ. (การพยาบาล) \*\*\*

ศรีสมร ภูมณสกุล, พย.ด. \*\*\*\*

Jaratsri Theerakulchai, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

Srisamorn Phumosakul, D.N.S. \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ณ คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 62 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน ความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก มีค่าความเชื่อมั่น .87 แบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ( $\bar{X} = 102.53$ ,  $SD = 9.29$ ) การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .379$ ,  $p < .01$  และ  $r = .538$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.500$ ,  $p < .001$ ) และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก พยาบาลควรประเมิน ปัจจัยด้านการรับรู้ความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการดำรงบทบาทภรรยาของสตรีที่มีบุตรยากด้วย

คำสำคัญ: สตรีที่มีบุตรยาก คุณภาพชีวิต ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

- \* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- \*\* มหาวิทยาลัยมหิดลสาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- \*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
- \*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

### Abstract

This descriptive research aimed to examine quality of life and the relationships between personal factors, stress, the wife's role, marital relationship, and quality of life among infertile women. The samples consisted of 62 infertile women who received assisted reproductive technologies treatment at a Private's clinic, Nakhonratchasima Province. Research instruments composed of the demographic data questionnaire, the Fertility Problem Inventory with the reliability of .87, the Wife's Role Expectation Questionnaire with the reliability of .83, The Dyadic Adjustment Scale with the reliability of .89, and the WHOQOL-BREF-THAI with the reliability of .87. Data were collected from June to July, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mode, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that: 1) the samples had a high level of quality of life ( $\bar{X} = 102.53$ ,  $SD = 9.29$ ); 2) marital relationship and the wife's role were positively statistically significant related to quality of life ( $r = .540$ ,  $p < .05$  and  $r = .380$ ,  $p < .05$ , respectively). Stress was negatively statistically significant related to quality of life ( $r = -.500$ ,  $p < .05$ ). In contrast, age, educational level, and family income were not statistically significant related to quality of life.

This research suggested that nurses should assess stress, marital relationship, and the wife's role of infertile women to promote quality of life among infertile women.

**Keywords:** Infertile women, Quality of life, Stress, Wife's role, Marital relationship

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการมีบุตรยากเป็นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญปัญหาหนึ่งของทั่วโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของประเทศ โดยประเทศใดที่มีภาวะการเจริญพันธุ์ต่ำจะส่งผลให้สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง (การดี ชาณสมร, จิตติมา มโนชัย, และกฤษณ์ พันตรา, 2554) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติอัตราการเกิด อัตราการตาย และอัตราการเพิ่มประชากรตามตัวแปรแบบประชากรจำลอง พบว่าอัตราการเกิดลดลงจาก 15.50 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เหลือเพียงต่ำกว่า 12 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2568 และอัตราการเกิดใหม่ในแต่ละปียังลดลงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในปี พ.ศ. 2547 พบว่าอัตราการมีบุตรเฉลี่ยของหญิงวัยเจริญพันธุ์เท่ากับ 1.70 คน แต่ในปี พ.ศ. 2557 ลดลงเหลือเพียง 1.60 คน

และมีการคาดการณ์แนวโน้มว่าจะลดลงเหลือ 1.30 คน ภายในปี พ.ศ. 2583 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

จากสถิติอัตราการเกิดที่ลดลงข้างต้น สาเหตุของปัญหาเกิดจากหลายปัจจัย โดยพบว่าภาวะการมีบุตรยากเป็นสาเหตุหนึ่ง เนื่องจากประชากรจำนวนหนึ่งมีภาวะการมีบุตรยากและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ แม้ว่าจะมีการแก้ไขโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) สำหรับสถิติอัตราการมีบุตรยาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2002 พบอุบัติการณ์การมีบุตรยากในประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ประมาณร้อยละ 10-15 (Obesat, Gharaibeh, Oweis, & Gharaibeh,

2012) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่าคู่สมรสมีภาวะการมีบุตรยาก ร้อยละ 11 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และในปี พ.ศ. 2558 พบว่าคู่สมรสมีภาวะการมีบุตรยากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.40 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ ผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 ยังพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะการมีบุตรยากสูงสุด คือ ร้อยละ 13.10 (วิชัย เอกพลากร, 2553) โดยจังหวัด นครราชสีมาพบว่ามีประชากรที่มีบุตรยากและอัตราการมีบุตรโดยเฉลี่ยของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในช่วงอายุ 15-49 ปี เท่ากับ 1.65 คน (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) และจากสถิติ ผู้รับบริการแก้ไขปัญหามีบุตรยากของโรงพยาบาล รามธิบดี พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 6,307 ราย และเพิ่มมากขึ้นเป็น 8,058 ราย ในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูล ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของคู่สมรสที่มีบุตรยาก มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของ ทุกคน องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อ การดำรงชีวิตของตน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของวัฒนธรรม ความคาดหวัง และการให้คุณค่าความสำคัญกับชีวิตที่ แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (World Health Organization Quality of Life assessment: WHOQOL, 1994) เช่นเดียวกับ Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) ที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ความรู้สึกผาสุก (well-being) และความพึงพอใจในชีวิต โดยรวมของบุคคลนั้นๆ การศึกษาคุณภาพชีวิตจึงต้องมีการศึกษาให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิตของคนทั่วไปตามที่ยุทธศาสตร์โลก กำหนดไว้มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์

ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (WHO, 1998) การที่สตรีที่มีภาวะการมี บุตรยากได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ผลกระทบด้านร่างกาย จากกระบวนการ ตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีความซับซ้อนมากกว่า ฝ่ายชาย จึงทำให้สตรีเกิดความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย (สุกักดี จุลวิจิตรพงษ์, 2553) ส่วนด้านจิตใจ ในระหว่างการแก้ไขการมีบุตรยาก สตรีจะมีความคาดหวังว่าจะ ประสบความสำเร็จ แต่เมื่อไม่ประสบความสำเร็จก็จะเกิด ความเครียด (Cousineau & Domar, 2007; Gourounti, Anagnostopoulos, Potamianos, Lykeridou, Schmidt, & Vaslamatzis, 2012) นอกจากนี้ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการใช้เทคโนโลยีช่วย การเจริญพันธุ์ จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับ ภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับด้านสังคม สตรีที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากมักต้องลางานบ่อย ซึ่งหากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจถึงสาเหตุการลาหยุดงาน จะส่ง ผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, & Braat, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในต่างประเทศนั้น Pinar and Zeyneloglu (2012) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของคู่สมรสที่มีบุตรยาก จำนวน 160 คู่ กับคู่สมรสทั่วไป จำนวน 160 คู่ พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าคู่สมรสทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ตรงกันข้ามกับการศึกษา ของ El Kissi, Amamou, Hidar, Ayoubi Idrissi, Khairi, and Ali (2014) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคู่สมรส ที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก จำนวน 100 คู่ กับคู่สมรสที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน และไม่มี ประวัติการมีบุตรยาก จำนวน 100 คู่ พบว่าสตรีทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนที่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน

ตามวัฒนธรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ดังการศึกษาของ Pinar and Zeyneloglu (2012) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยมีความคาดหวังกับผลการแก้ไขการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Aduloju, Akintayo, Olofinbiyi, Awoleke, Ade-Ojo, and Dada (2015) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา Maroufizadeh, Ghaheri, and Omani Samani (2017) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีบุตรยากที่อยู่ระหว่างได้รับการทำเด็กหลอดแก้ว จำนวน 155 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.80) มีการศึกษาดั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในทางตรงกันข้าม จากการศึกษาของ Chachamovich, Chachamovich, Zachia, Knauth, and Passos (2007) กลับพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก และยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีที่ได้รับการทำเด็กหลอดแก้ว จำนวน 514 คู่ พบว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (Rashidi, Montazeri, Ramezanzadeh, Shariat, Abedinia, & Ashrafi, 2008; Karabulut, Özkan, & Oguz, 2013) สำหรับปัจจัยด้านรายได้ครอบคลุมจากการศึกษาของ Aliyeh and Laya (2007) พบว่าสตรีที่มีบุตรยากกลุ่มที่มีรายได้ครอบคลุมระดับปานกลางและระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีที่มีบุตรยากกลุ่มที่มีรายได้ครอบคลุมระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มียาได้ระดับสูงหรือมีสถานภาพทางการเงินที่มั่นคงจะไม่ได้รับผลกระทบทางการเงินแม้จะมีรายจ่ายสูงในการแก้ไขการมีบุตรยาก อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของ Karabulut et al. (2013) กลับพบว่ารายได้ของสตรีที่มีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ในภาพรวม สำหรับปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจากการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่ศึกษาในสตรีที่มีบุตรยาก จำนวน 203 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สำหรับปัจจัยด้านความเครียด Ehsanpour, Mohsenzadeh, Kazemi and Yazdani (2009) ได้ศึกษาความเครียดของคู่สมรสขณะที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก จำนวน 75 คู่ พบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.70) มีความเครียดเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก และพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่พบว่าความเครียดของสตรีที่มีบุตรยากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

การแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การผสมเทียม การทำเด็กหลอดแก้ว ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสถิติภาวะการมีบุตรยากสูง พบว่าส่วนใหญ่จะให้บริการโดยสถานบริการภาคเอกชน ส่วนสถานบริการภาครัฐเปิดให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดต่างๆ เช่น ขอนแก่น นครราชสีมา แต่เนื่องด้วยการแก้ไขการมีบุตรยากต้องใช้ระยะเวลานาน และคู่สมรสต้องเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คู่สมรสส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากในสถานบริการภาคเอกชน เนื่องจากมีความสะดวกมากกว่า แม้อัตราค่าใช้จ่ายจะสูงกว่าสถานบริการภาครัฐ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา ในสถานบริการภาคเอกชนที่เปิดให้บริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ใกล้เคียงกับสถานบริการภาครัฐ โดยสตรีที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากจะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษต่างๆ และการดูแลในขณะที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก จากเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์ด้านตัวอ่อน และสูติแพทย์ เป็นต้น จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น ประกอบกับการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ส่วนใหญ่

เป็นการศึกษาในต่างประเทศ อีกทั้งบางการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่ เช่น ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ส่วนในประเทศไทยซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน และเพื่อให้สามารถสรุปความรู้ในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาการดูแลและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก

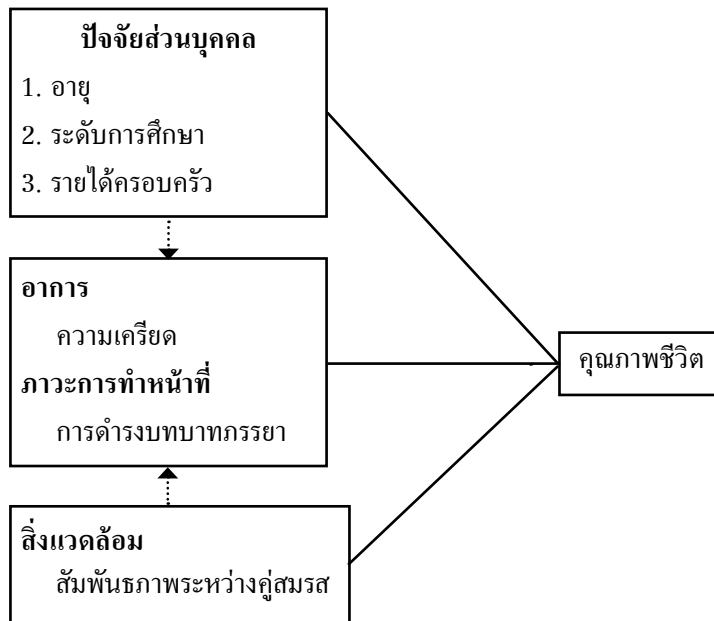
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ที่อธิบายว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ เป็นต้น 2) ด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2.1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับคนในสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ระหว่างคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และ 2.2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น บ้านที่พักอาศัย เพื่อนบ้าน

ข้างเคียง สถานที่ทำงาน ซึ่งล้วนมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต 3) ด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา เป็นกระบวนการทำหน้าที่ของอวัยวะทั้งหมดของร่างกายที่ครอบคลุมทั้งในระดับโมเลกุลและระดับเซลล์ ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวอาจเป็นไปตามปกติหรือผิดปกติ สำหรับการมีบุตรยากที่เกิดขึ้นถือเป็นความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ 4) ด้านอาการ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความผิดปกติในการทำงานของร่างกายและสภาวะทางจิตใจ แบ่งออกเป็น 4.1) ด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเหนื่อยล้า และ 4.2) ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกลัว ความเศร้า 5) ด้านภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถสูงสุดในการทำบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง 6) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป เป็นการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ด้านอาการ และด้านภาวะการทำหน้าที่ รวมถึงผลจากปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 7) คุณภาพชีวิตโดยรวม หมายถึง การรับรู้ถึงความผาสุก ความพึงพอใจหรือความสุขใจในชีวิตของบุคคล โดยปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมยังส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ด้านอาการ ด้านภาวะการทำหน้าที่ และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปด้วยเช่นกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ความเครียด ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ ได้แก่ การดำรงบทบาทภรรยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 2559/279)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ณ คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นสตรีที่มีบุตรยากที่อยู่ระหว่างได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 2) อาศัยอยู่ร่วมกับสามี 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างตามหลักของ Cohen (1988) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .90 การทดสอบเป็นแบบสองทาง (two-tailed test) และขนาดความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .480 ซึ่งได้จากค่าความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก (Onat & Beji, 2012) ดังนั้น ในการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และรายได้ครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก (Fertility Problem Inventory) ของ Newton, Sherrard, and Glavac (1999) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยรุ่งอรุณ เศรษฐบุตร (2548) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ด้านการปฏิเสธการดำเนินชีวิตที่ไม่มีบุตร ด้านความต้องการเป็นบิดา-มารดา และด้านความสัมพันธ์ทางเพศ จำนวนทั้งสิ้น 46 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า

6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดในระดับต่ำ (46-122 คะแนน) ในระดับปานกลาง (123-199 คะแนน) และในระดับสูง (200-276 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของนิตยา นูรณกนิษฐ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวของ Friedman (1986) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทรัพยากรครอบครัว ด้านการมีบุตรและอบรมเลี้ยงดูบุตร ด้านการหาเลี้ยงครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในครอบครัว และด้านการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 37 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการดำรงบทบาทภรรยาในระดับต่ำ (37-73 คะแนน) ในระดับปานกลาง (74-110 คะแนน) และในระดับดี (111-148 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของบุษกร ประภาพรสุข (2544) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของสุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ซึ่งแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (The Dyadic Adjustment Scale) สร้างโดย Spanier (1976) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ด้านความพึงพอใจในคู่สมรส ด้านความกลมเกลียวของคู่สมรส และด้านการแสดงความรัก ต่อมาสุพรรณิ สุ่มเล็ก ได้นำแบบประเมินนี้มาปรับเนื้อหาในข้อคำถาม และลดจำนวนข้อ จาก 32 ข้อ เหลือ 28 ข้อ รวมทั้งปรับระดับการประเมินจากแบบมาตรประมาณค่า 6-7 ระดับ เป็น 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก และบ่อยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับไม่ดี (28-56 คะแนน) ในระดับปานกลาง (57-112 คะแนน)

และในระดับดี (113-140 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ของศิริภรณ์ เหมะรุธิน (2559) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล, วิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2545) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี (26-60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) และในระดับดี (96-130 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบประเมินความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก แบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก ไปทดลองใช้กับสตรีที่มีบุตรยากที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .83, .89 และ .87 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากแพทย์เจ้าของคลินิกแก้ไขการมีบุตรยากแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา และเข้าพบผู้ประสานงานของคลินิกแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้

ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามและแบบประเมินแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบประมาณ 45 นาที หรือตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ข้อมูลความเครียด ข้อมูลการดำรงบทบาทภรรยา ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรง บทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 34.77 ปี ( $SD = 3.24$ ) ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 82.20 ( $mode = 16$  ปี) และมีรายได้ครอบครัว 40,000 บาทขึ้นไป

ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.80 ( $mode = 40,000$  บาท ต่อเดือน)

2. ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรส และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 123.85$ ,  $SD = 19.68$ ) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดำรง บทบาทภรรยาในระดับดี ( $\bar{X} = 124.27$ ,  $SD = 9.18$ ) มีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 110.73$ ,  $SD = 11.45$ ) และมีค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดี ( $\bar{X} = 102.53$ ,  $SD = 9.29$ )

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการดำรงบทบาท ภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .379$ ,  $p < .01$  และ  $r = .538$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = -.500$ ,  $p < .001$ ) และพบว่าอายุ ระดับ การศึกษา และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของ กลุ่มตัวอย่าง ( $n = 62$ )

| ตัวแปร                   | คุณภาพชีวิต |        |
|--------------------------|-------------|--------|
|                          | r           | p      |
| อายุ                     | -.026       | .838   |
| ระดับการศึกษา            | -.051       | .694   |
| รายได้ครอบครัว           | .205        | .110   |
| ความเครียด               | -.500       | < .001 |
| การดำรงบทบาทภรรยา        | .379        | .002   |
| สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส | .538        | < .001 |

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าสตรีที่มีบุตรยากมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมทั้งด้านการศึกษา มีการดำรงบทบาทภรรยาได้ดี และมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่าต่อบุคคลในครอบครัว รวมทั้งมีความพร้อมด้านฐานะทางการเงินในครอบครัว มีรายได้เพียงพอในชีวิตประจำวันและในการแก้ไขการมีบุตรยาก จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต เมื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต จึงอยู่ในระดับดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fardiazar, Amanati, and Azami (2012) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน พบว่าสตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ได้แก่ ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ผลการวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการมีบุตรยาก เช่น ความต้องการในการมีบุตรแต่เมื่อยังไม่สามารถมีบุตรได้ ก็ทำให้นั่นทอนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งจะส่งผลให้ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางเพศลดลง รวมถึงการที่สตรีที่มีบุตรยากได้รับความรู้สึกกดดันจากความคาดหวังของสังคมในการมีบุตร โดยเฉพาะในช่วงที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก การต้องตอบคำถามที่ไม่พึงปรารถนา จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญและปรับตัวอย่างมาก จึงทำให้มีความเครียดในระดับปานกลาง แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดีนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจที่จะสามารถเข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะประสบความสำเร็จ

ในการมีบุตร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าการดำรงบทบาทภรรยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงบทบาทภรรยาได้ในระดับดีแม้ว่าจะอยู่ในภาวะการมีบุตรยาก โดยมีการดูแลเอาใจใส่ และทำหน้าที่ของภรรยาได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมั่นใจ และภาคภูมิใจในบทบาทของตนเอง อีกทั้งการได้ไปเยี่ยมเยียนและดูแลญาติพี่น้องของแต่ละฝ่ายตามโอกาสที่เหมาะสม ตามประเพณีและวัฒนธรรมไทย ทำให้กลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสมีความพึงพอใจในบทบาทของกันและกัน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ที่กล่าวว่า การดำรงบทบาทหรือหน้าที่ของบุคคลที่ดีย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลนั้นด้วย

ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสยังมีสัมพันธภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี กลุ่มตัวอย่างจึงมีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตสมรส และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในที่สุด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน คือ อายุต่ำกว่า

35 ปี (ร้อยละ 41.90) และอายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 58.10) จึงทำให้มีการกระจายของอายุค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Aduloju et al. (2015) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinar and Zeyneloglu (2012) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ส่วนระดับการศึกษา อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับสูง คือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 82.20) จึงมีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขการมีบุตรยาก โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากได้ดีเช่นเดียวกัน ทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chachamovich et al. (2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Maroufizadeh et al. (2017) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับรายได้ครอบครัว อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายในการแก้ไขการมีบุตรยาก แสดงว่าการกระจายของรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีน้อย ส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Karabulut et al. (2013) ที่พบว่ารายได้ของสตรีที่มีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Aliyeh and Laya (2007) ที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวในระดับปานกลางและระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมินความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การดำรงบทบาทภรรยา และคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก เมื่อเข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยาก เพื่อให้การดูแลและให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก โดยการสนับสนุนให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากภาวะการมีบุตรยาก

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก

2.2 ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่มีระยะเวลาการมีบุตรยากแตกต่างกัน และมีเศรษฐกิจแตกต่างกัน

## เอกสารอ้างอิง

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน*. สืบค้น วันที่ 19 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://countryoffice.unfpa.org/thailand/drive/FinalReportLaunchThaiFamiliesMay2016.pdf>

นิตยา บุรณกนิษฐ. (2549). *ความคาดหวังต่อบทบาทภรรยาของแรงงานโรงงานอุตสาหกรรมในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- บุญกร ประภาพรสุข. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภารดี ชาญสมร, จิตติมา มโนชัย, และกฤษณ์ พันธรา. (2554). *ภาวะมีบุตรยากและการรักษา*. ใน สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนจำ, ปิยะรัตน์ เข็มมก, สุวัชย์ อินทรประเสริฐ, และกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. (บ.ก.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. หน้า 241-249. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รุ่งอรุณ เสริมบุญตร. (2548). *ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสที่มีบุตรยาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกรฟิโก ซิสเต็มส์.
- ศิริภรณ์ เหมะธูลิน. (2559). *อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: บางกอกบลิ๊อค.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัททิ จุลวิจิตรพงษ์. (2553). *ความหวังใหม่ของผู้มีบุตรยาก*. สืบค้น วันที่ 7 มีนาคม 2558, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=174>
- สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้น วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.dmh.go.th/test/>
- Aduloju, O. P., Akintayo, A. A., Olofinbiyi, B. A., Awoleke, J. O., Ade-Ojo, I. P., & Dada, M. U. (2015). Predictors of quality of life among infertile women in a South-Western Nigerian teaching hospital. *International Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 5(1), 8-12.
- Aliyeh, G., & Laya, F. (2007). Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. *Medical Science Monitor*, 13(7), 313-317.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Zachia, S., Knauth, D., & Passos, E. P. (2007). What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility?. *Human Reproduction*, 22(7), 1946-1952.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Ehsanpour, S., Mohsenzadeh, N., Kazemi, A., & Yazdani, M. (2009). The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007. *Indian Journal of Neonatal Medicine and Research*, 14(2), 51-55.

- Fardiazar, Z., Amanati, L., & Azami, S. (2012). Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. *International Journal of General Medicine*, 5, 591-596.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing research & Assessment*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine Online*, 24(6), 670-679.
- Karabulut, A., Özkan, S., & Oguz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: Analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 170(1), 193-197.
- Kim, J. H., & Shin, H. S. (2013). A structural model for quality of life of infertile women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(3), 312-320.
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ali, B. B. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(2), 134-137.
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., & Omani Samani, R. (2017). Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile woman undergoing IVF. *Psychology, Health & Medicine*, 22(2), 145-151.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Obeisat, S., Gharaibeh, M. K., Oweis, A., & Gharaibeh, H. (2012). Adversities of being infertile: The experience of Jordanian women. *Fertility and Sterility*, 98(2), 444-449.
- Onat, G. B., & Beji, N. B. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39-52.
- Pinar, G., & Zeyneloglu, H. B. (2012). Quality of life, anxiety and depress in Turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *International Journal of Fertility & Sterility*, 6(1), 1-12.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8, 186.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.

World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual*. Geneva: Author.

World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). (1994). The development of The world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In Orley, J., & Kunyken, W. (Eds.). *Quality of life assessment: International perspectives*. pp. 41-60. Berlin: Springer-Verlag.

## การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี \*

### Decision Making on the Utilization of Thai Traditional Medicine

### in General Hospital, Ratchaburi Province \*

ชวัญชนก เทพปิ่น, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) \*\*

Kwunchanak Theppan, M.Sc. (Public Health) \*\*

นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, พย.ด. \*\*\*

นพพร ไทวธีระกุล, ส.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์) \*\*\*\*

Nawarat Suwannapong, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

Nopporn Howteerakul, Ph.D. (Medicine and Health Sciences) \*\*\*\*

มธุรส ทิพยมงคลกุล, พ.ด. (ระบาดวิทยา) \*\*\*\*\*

Mathuros Tipayamonkhogul, Ph.D. (Epidemiology) \*\*\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย กับ การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน 425 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย มีค่าความเชื่อมั่น .91 การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 29 กรกฎาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 35.30 มีสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจโดยรวม การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยโดยรวม และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.10, 62.80 และ 47.10 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย (Adj. OR = 2.96, 95% CI = 1.09-8.04) สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจในระดับดี (Adj. OR = 4.23, 95% CI = 2.51-7.12) การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระดับดี (Adj. OR = 4.09, 95% CI = 2.33-7.15) และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในระดับดี (Adj. OR = 2.16, 95% CI = 1.32-3.55)

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

\*\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าสถานบริการควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้จากการรับบริการ และควรสนับสนุนให้ผู้ที่เคยมาใช้บริการมีการบอกต่อหรือแนะนำแก่ผู้อื่น เพื่อส่งเสริมให้มีการเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากขึ้น  
คำสำคัญ: การตัดสินใจ บริการแพทย์แผนไทย สิ่งชักนำ คุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ

### Abstract

This cross-sectional research aimed to evaluate the prevalence of decision making on the utilization of Thai traditional medicine and to determine the relationship between personal characteristics, cues to action, perceived service quality, and access to the Thai traditional medical service with decision making on the utilization of Thai traditional medicine. The samples were 425 clients receiving services at Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province. The research instrument was a five-part interview which composed of personal characteristics, cues to action, perceived service quality with the reliability of .91, access to the Thai traditional medical service, and decision making on the utilization of Thai traditional medicine. Data were collected from July 29 to September 30, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, median, and multiple logistic regression analysis.

The research results revealed that 35.30% of the samples had used the Thai traditional medical service and had cues to action, perceived service quality, and access to Thai traditional medical service at a moderate level of 46.10%, 62.80%, and 47.10%, respectively. Factors statistically significant influencing decision making on utilization of Thai traditional medicine included perception of Thai traditional medicine (Adj. OR = 2.96, 95% CI = 1.09-8.04), good level of cues to action (Adj. OR = 4.23, 95% CI = 2.51- 7.12), good level of perceived service quality (Adj. OR = 4.09, 95% CI = 2.33-7.15), and good level of access to the Thai traditional medical service (Adj. OR = 2.16, 95% CI = 1.32-3.55).

This research suggested that health care agency should promote public relations to provide information about Thai traditional medicine in order to raise people's perception, understanding, and awareness in benefits of service. Additionally, it should also encourage the clients who have used the service to recommend the service to others in order to raise decision making on the utilization of Thai traditional medicine.

**Keywords:** Decision making, Thai traditional medical service, Cues to action, Service quality, Access to service

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพของชนชาติไทย ที่มีการใช้สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน จนกระทั่งการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามามีบทบาทมากขึ้น จนความเชื่อถือและการเลือกใช้การแพทย์แผนไทยลดน้อยลง (เพ็ญญา ททรัพย์เจริญ, 2539) อย่างไรก็ตาม การจัดบริการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักยังคงมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการของประชาชนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมและทั่วถึง (ประพจน์ เกตุรากาศ, สุรัตนา อำนวยผล, รัชณี จันทร์เกษ, วีรพงษ์ เกรียงสินอรนุช มะลิลา, และจิราพร ลิ้มปานานนท์, 2552) ซึ่งเป็นประเด็นที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความสำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศนโยบาย Health for All by the Year 2000 หรือสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 โดยระบุว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ ส่งผลให้ประเทศไทยมีนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบกับสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการผลักดันภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยเข้าสู่นโยบายสุขภาพระดับชาติมากขึ้นเป็นลำดับ การแพทย์แผนไทยจึงกลับมามีบทบาทอีกครั้งโดยการกระตุ้นให้โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยมีการตื่นตัวในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และสนับสนุนให้ขยายบริการในโรงพยาบาลของรัฐอย่างต่อเนื่อง (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ระบบสาธารณสุขของประเทศสามารถพึ่งพาตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในทางปฏิบัติกลับพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการนำเข้ายาจากต่างประเทศนั้นมีได้ลดลง แต่กลับมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและรายจ่ายสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 เพิ่มขึ้นจาก 303,853 ล้านบาท เป็น 434,237 ล้านบาท

(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และหากพิจารณาข้อมูลสถิติที่ได้จากการสำรวจพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือนทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าเมื่อเจ็บป่วย ประชาชนเลือกใช้สมุนไพร/ยาแผนไทยรักษาอาการ ร้อยละ 18.80 และเลือกไปพบแพทย์แผนไทยเพียงร้อยละ 4.30 เท่านั้น ในขณะที่เลือกซื้อยาแผนปัจจุบันมารักษาอาการเอง สูงถึงร้อยละ 59.70 ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายของรัฐต่อการแพทย์แผนไทยและยาแผนไทย พบว่า ประชาชนเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการนำยาแผนไทยมาใช้รักษาอาการเจ็บป่วยระยะแรก เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยมีสัดส่วนสูงสุดคือ ร้อยละ 80.40 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรม การใช้บริการกับความคิดเห็นของประชาชนนั้นยังเป็น ประเด็นที่สวนทางกัน ทั้งนี้อาจมีหลายปัจจัยที่ทำให้ ประชาชนมิได้เลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ทั้งที่เห็นด้วย กับนโยบายและประโยชน์ของการรักษาดังกล่าว ที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยเน้นการวิจัย ทางคลินิกและระบบบริการเป็นส่วนใหญ่ สำหรับการจัดการบริการ สุขภาพแบบผสมผสานในโรงพยาบาลของรัฐและทิศทาง ที่ควรจะเป็นนั้น พบว่าการศึกษาในกลุ่มประชาชนในฐานะ ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยยังมีน้อย ซึ่งอาจทำให้ข้อมูล ในการพัฒนาการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการ ของประชาชนยังไม่เพียงพอ (ประพจน์ เกตุรากาศ และ จิราพร ลิ้มปานานนท์, 2550)

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เป็นโรงพยาบาล ทั่วไปที่เปิดบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นทางเลือก ในการดูแลสุขภาพประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2543 ได้ดำเนินโครงการรักษาสภาพแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นการจัดการบริการสุขภาพให้กับประชาชนโดยใช้องค์ความรู้ ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีการใช้การแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นหนึ่งในทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน การเกิดโรคเรื้อรัง โดยตลอดการดำเนินงานบริการแพทย์ แผนไทยที่ผ่านมา โรงพยาบาลประสบผลสำเร็จค่อนข้างดี และได้รับเลือกให้เป็นศูนย์สาธิตการแพทย์แผนไทย และแสดงผลผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยระดับภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้มาใช้บริการสูงถึง 4,629

คนต่อปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2557) ทั้งนี้รูปแบบของการจัดบริการแพทย์แผนไทยมีทั้งแบบเจ้าหน้าที่เป็นผู้เสนอบริการให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจเลือก หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยตามกระบวนการแล้ว และแบบผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแพทย์แผนไทยด้วยตัวเอง โดยได้รับข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์และการบอกต่อจากผู้ที่เคยมารับบริการแล้ว (มนทิพา ทรงพานิช, 2551) ซึ่งการจัดบริการในรูปแบบดังกล่าวทำให้ประชาชนในฐานะผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการแพทย์แผนไทย พบว่ามีโรงพยาบาลของรัฐเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่ประสบผลสำเร็จ (บุญใจ ลิมศิลา, 2551) ซึ่งการพัฒนางานบริการแพทย์แผนไทยต้องคำนึงถึงความต้องการของประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาในประชาชนในฐานะผู้รับบริการ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้มาใช้บริการแพทย์แผนไทยจำนวนมาก จะทำให้ทราบข้อมูลและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับปรุงและพัฒนานโยบายงานบริการแพทย์แผนไทยให้ตรงกับความต้องการของประชาชนมากที่สุด อันจะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อการจัดบริการสุขภาพ และสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการนำเข้ยาจากต่างประเทศได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินร้อยละของการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อประเมินสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

### สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

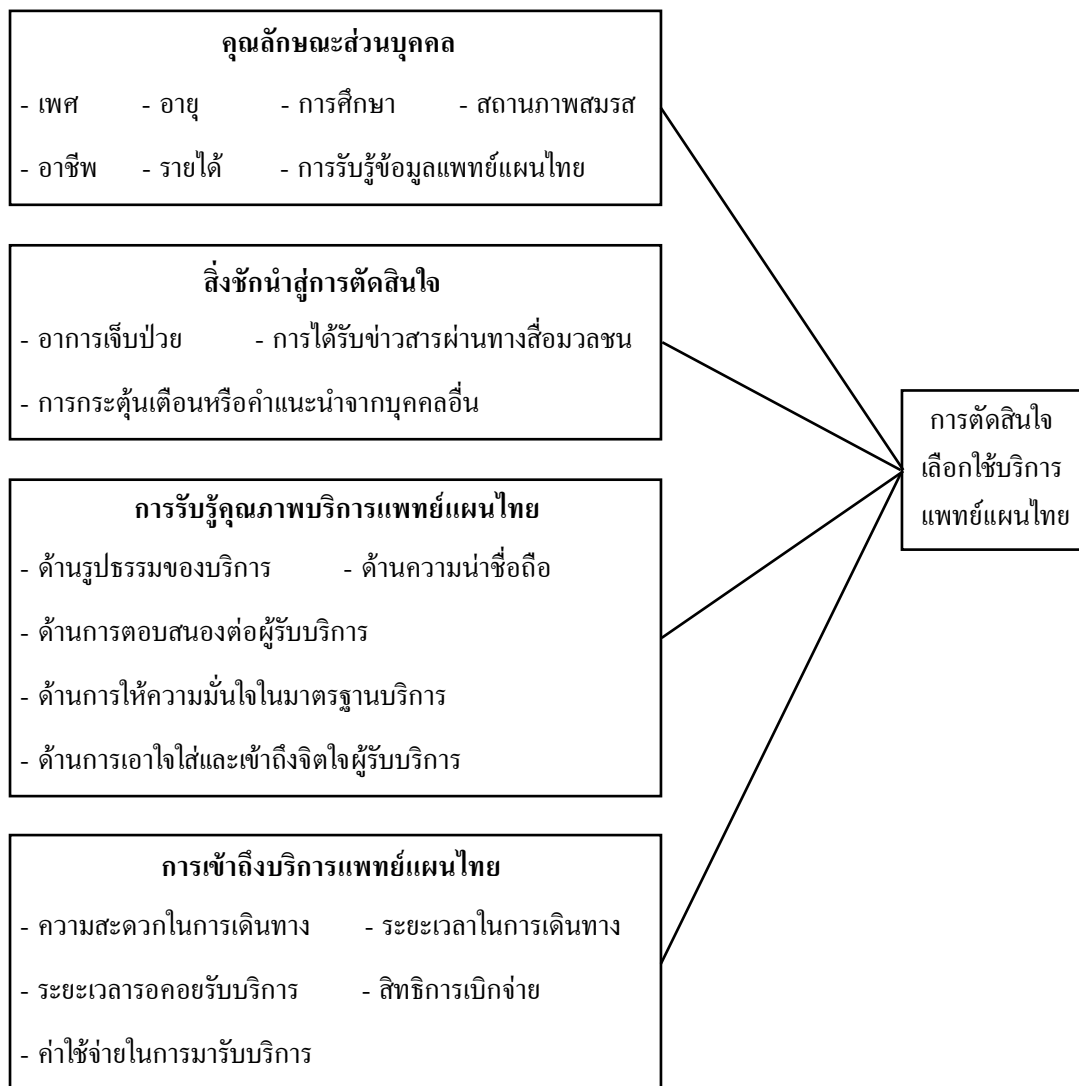
2. สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ได้แก่ อาการเจ็บป่วย การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน และการกระตุ้นเตือนหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

3. การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ รูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจในมาตรฐานบริการ และการเอาใจใส่และเข้าถึงจิตใจผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

4. การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ระยะเวลารอคอยรับบริการ สิทธิการเบิกจ่าย และค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ และพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ การรับรู้คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพงานบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไป และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2015-130)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ในช่วง

เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1995) ในกรณีที่ไม่มีทราบจำนวนประชากรแน่นอนหรือประชากรมีจำนวนมาก และใช้ค่าคาดประมาณสัดส่วนผู้ตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 425 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน และการกระตุ้นเตือนหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ โดยอาการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านรูปธรรมของบริการ จำนวน 4 ข้อ ด้านความน่าเชื่อถือ จำนวน 2 ข้อ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ จำนวน 2 ข้อ ด้านการให้ความมั่นใจในมาตรฐานบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านการเอาใจใส่และเข้าถึงจิตใจผู้รับบริการ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต้องปรับปรุง (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลารอคอยรับบริการ สิทธิการเบิกจ่าย และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงในระดับต้องปรับปรุง (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยเพื่อดูแลรักษาสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การใช้ภาษา และความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .91

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จากนั้นประสานงานกับผู้รับผิดชอบ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องและไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับงานบริการแพทย์แผนไทยและผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 29 กรกฎาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ข้อมูลสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ข้อมูลการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย ข้อมูลการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และข้อมูลการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ

ส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการ แพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

### ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.50 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.80 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 68.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.30 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.50 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10,000 บาท และส่วนใหญ่เคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย (เกี่ยวกับการบริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย) คิดเป็นร้อยละ 88.90

2. การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 35.30 เมื่อพิจารณาตามประเภทของบริการแพทย์แผนไทย พบว่าในจำนวนผู้ที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยนั้น เกือบทั้งหมดเลือกใช้บริการนวด คิดเป็นร้อยละ 95.30 รองลงมาคือ การประคบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 59.30 และ 37.30 ตามลำดับ

3. สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจโดยรวม การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยโดยรวม และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.10, 62.80 และ 47.10 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย (Adj. OR = 2.96, 95% CI = 1.09-8.04) สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจในระดับดี (Adj. OR = 4.23, 95% CI = 2.51- 7.12) การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระดับดี (Adj. OR = 4.09, 95% CI = 2.33-7.15) และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในระดับดี (Adj. OR = 2.16, 95% CI = 1.32-3.55) ดังแสดงในตารางที่ 1 แต่คุณลักษณะส่วนบุคคลในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 425)

| ปัจจัย                                | Crude OR | 95% CI     | p      | Adj. OR | 95% CI    | p      |
|---------------------------------------|----------|------------|--------|---------|-----------|--------|
| การรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย            |          |            |        |         |           |        |
| ไม่เคยรับรู้                          | 1        |            |        | 1       |           |        |
| เคยรับรู้                             | 4.20     | 1.74-10.15 | .001   | 2.96    | 1.09-8.04 | .033   |
| ระดับสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ          |          |            |        |         |           |        |
| ต้องปรับปรุง-ปานกลาง                  | 1        |            |        | 1       |           |        |
| ดี                                    | 5.11     | 3.24-8.05  | < .001 | 4.23    | 2.51-7.12 | < .001 |
| ระดับการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย |          |            |        |         |           |        |
| ต้องปรับปรุง-ปานกลาง                  | 1        |            |        | 1       |           |        |
| ดี                                    | 5.49     | 3.36-8.98  | < .001 | 4.09    | 2.33-7.15 | < .001 |
| ระดับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย      |          |            |        |         |           |        |
| ต้องปรับปรุง-ปานกลาง                  | 1        |            |        | 1       |           |        |
| ดี                                    | 2.83     | 1.87-4.28  | < .001 | 2.16    | 1.32-3.55 | .002   |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 35.50 โดยประเภทของบริการแพทย์แผนไทยที่เลือกใช้มากที่สุดคือ บริการนวดรองลงมาคือ การประคบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพรตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือน พ.ศ. 2556

พบว่าประชาชนรู้จักและเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ด้วยการนวดไทยในสัดส่วนที่สูงสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการนวดไทยเป็นบริการสุขภาพที่มีการเปิดให้บริการจำนวนมากทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัย (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จึงทำให้การนวดเป็นที่รู้จักและคุ้นเคยมากกว่าบริการอื่นๆ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยยังคงมีจำนวนที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเลือกใช้บริการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ตัม บุนยรูด, และวิชาดา สิมลา (2555) ที่ศึกษาปัจจัย

ที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น พบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วย ประชาชนตัดสินใจไปพบแพทย์แผนไทยและใช้สมุนไพรเพียงร้อยละ 3.16 ในขณะที่เลือกซื้อยาแผนปัจจุบันมารับประทานเองสูงถึงร้อยละ 13.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของพรหมน พรหมสวร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2554) ที่ศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นลำดับแรก พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นแห่งแรกมีเพียงร้อยละ 15.40 ซึ่งการรักษาทานยาเจ็บป่วยของบุคคลเป็นไปตามแนวคิดของ Feldman and Arnold (1985) ที่อธิบายว่าการตัดสินใจคือกระบวนการที่เป็นเหตุเป็นผล โดยผู้ที่ทำการตัดสินใจต้องพยายามสรรหาหรือคัดเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ดังนั้น การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลัก ทันสมัย และมีความน่าเชื่อถือ จึงอาจเป็นตัวเลือกแรกในความรู้ ความเข้าใจ และเหตุผลของประชาชนที่ใช้ในการตัดสินใจเข้ารับบริการ

2. สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี มีสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 46.10) เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยในระดับน้อย (ร้อยละ 60.90) ในขณะที่ได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่นให้มาใช้บริการในระดับสูง (ร้อยละ 49.70) แสดงให้เห็นว่าประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ให้ความสนใจและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงมาใช้บริการตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และการแพทย์แผนไทยยังคงได้รับการยอมรับและสนับสนุนให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยขั้นต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อมั่นว่าอาการดังกล่าวสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย สามารถประหยัดค่าใช้จ่าย

โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาหรือหัตถการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความซับซ้อนและมีมูลค่าสูงกว่า สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่พบว่าประชาชนเห็นด้วยกับการใช้แพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรืออาการระยะแรกสูงถึงร้อยละ 80.40

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและคาดหวังในคุณภาพบริการแพทย์แผนไทยด้านการให้ความมั่นใจในมาตรฐานบริการในระดับสูง ถึงร้อยละ 62.60 รองลงมาคือ ด้านรูปธรรมของบริการ และด้านการเอาใจใส่และเข้าถึงจิตใจผู้รับบริการ (ร้อยละ 51.10 และ 13.90 ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและคาดหวังต่อการได้รับบริการแพทย์แผนไทยที่มีชื่อเสียงดี มีบริการที่มีมาตรฐาน และปลอดภัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่โรงพยาบาลได้จัดบริการแพทย์แผนไทย ร่วมกับบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อถือและมั่นใจ อีกทั้งนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถจัดสถานที่ให้บริการที่เหมาะสม และมีอุปกรณ์ครบถ้วน เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย ดีไพศาลสกุล และวิโรจน์ เจริญกุลลักษณ์ (2557) ที่ศึกษาการสร้างคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตอบรับของผู้รับบริการและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ตนเองคุ้นเคย และรู้จักชื่อเสียงที่ดีของโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี มีการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 47.10) ทั้งนี้เนื่องจากบริการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นบริการที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แต่กระบวนการในการส่งตัวเพื่อไปรับบริการแพทย์แผนไทยนั้นต้องผ่านความเห็นชอบของแพทย์ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการ ทำให้ผู้ป่วยรอนาน ซึ่งผลการวิจัย

ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสำรวย โยธาวิจิตร, สมชาย ชินวานิชย์เจริญ, วิริยา เมษสุวรรณ, และอัจฉรา จินวงษ์ (2556) ที่ศึกษาการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในภาพรวมมีการเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย กับ การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี

ผลการวิจัยว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทยจะตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็น 2.96 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนผู้มารับบริการที่เคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทยเป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจและเล็งเห็นประโยชน์ของการรักษาสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว อีกทั้งระบบสื่อสารและโทรคมนาคมในปัจจุบันยังมีความทันสมัยอย่างมาก ส่งผลให้การกระจายข่าวสารสามารถทำได้หลายช่องทาง มีความสะดวก รวดเร็ว ทัวถึง และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดอาการเจ็บป่วย กลุ่มที่ให้ความสนใจในการรักษาสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะเป็นเพศ วัย หรือการศึกษาในระดับใดที่เปิดรับข่าวสาร จึงตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่า ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Chrisman (1977) ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจะมีการแสวงหาการรักษา อันเป็นพฤติกรรมที่เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลทั้งด้านการเจ็บป่วยและการรักษา จากตนเอง ครอบครัว และสังคม แล้วจึงนำมาประเมินและเลือกวิธีการรักษาตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่าสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจเรื่องอาการเจ็บป่วย การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน และการกระตุ้นเตือนในระดับดี จะตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็น 4.23 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจในระดับต้องปรับปรุงและระดับปานกลาง ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนผู้มารับบริการเห็นว่าบริการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มาด้วยอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อหรือปวดตามข้อ ซึ่งสามารถบำบัดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้ อีกทั้งการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย และการสนับสนุนจากบุคคลอื่นหรือผู้ที่เคยมาใช้บริการ โดยมีการบอกต่อหรือแนะนำบริการ อาจสามารถชักนำให้ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยดังกล่าวตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ดวงพร (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลหลักของประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดหนึ่ง พบว่าการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเลือกสถานพยาบาลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญาณ์ พิกคำ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพบกภาคที่ 1 พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการแนะนำหรือสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ที่อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกมาของแต่ละบุคคลว่ามาจากสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cue to action) ซึ่งประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก ได้แก่ การรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย และการได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน การกระตุ้นเตือนหรือแนะนำจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือคนับถือ

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่รับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระดับดี จะตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็น 4.09 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระดับต้องปรับปรุงและระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ในมิติของความมั่นใจในมาตรฐานบริการ โดยเฉพาะด้านการมีชื่อเสียงดี และเป็นที่รู้จัก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ประชาชนผู้มาใช้บริการจึงเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยจากสถานบริการแพทย์แผนไทยที่มีชื่อเสียงดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมน พรหมสวร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2554) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านเหตุผล การเลือกใช้คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ คุณภาพบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของศุรดา มาพันธ์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการโรงพยาบาลบางปลาหมี่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ปัจจัยคุณภาพบริการ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย ดีไพศาลสกุล และวิโรจน์ เจริญลักษณ์ (2557) ที่พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยเลือกโรงพยาบาลที่ตนเองรู้จักชื่อเสียงของโรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1985) ที่อธิบายว่าชื่อเสียงด้านคุณภาพบริการเป็นข้อวินิจฉัยเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสินค้า

หรือบริการ โดยขึ้นอยู่กับเหตุผล ความคิด ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ประเมิน ในขณะที่การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยนั้น ประชาชนมักคำนึงถึงความปลอดภัยและการมีชื่อเสียงดี

ผลการวิจัยพบว่าการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในระดับดี จะตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คิดเป็น 2.16 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในระดับต้องปรับปรุงและระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบันที่ต้องแข่งขันกับเวลา และต้องคำนึงถึงสภาวะเศรษฐกิจร่วมด้วย จึงทำให้ความสะดวกทั้งเรื่องการมาใช้บริการ การรอคอยบริการ และการเบิกจ่าย มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ เสรีวัตร และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในนักศึกษา คณะหนึ่งในมหาวิทยาลัย พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2547) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกในการรับบริการ มีการใช้บริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ไม่สะดวก 1.52 เท่า ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้นั้น มีปัจจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ มาเกี่ยวข้องทั้งในมิติความสะดวกในรูปแบบของการใช้บริการ การเดินทาง และสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนความเพียงพอของบริการ และความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานบริการควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย ทั้งด้านคุณภาพบริการ

ประโยชน์ของบริการ ตลอดจนช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อต่อ หรือกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้รับรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้จากการรับบริการ แพทย์แผนไทย

1.2 สถานบริการทางสุขภาพควรสนับสนุนให้ผู้ที่เคยมาใช้บริการมีการบอกต่อหรือแนะนำบริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลแก่ผู้อื่น เพื่อส่งเสริมให้มีการเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากขึ้น

1.3 สถานบริการทางสุขภาพควรจัดทำแผนผังแสดงขั้นตอนการบริการ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้มาใช้บริการทราบและเข้าใจขั้นตอนการบริการ ตลอดจนระยะเวลารอคอยรับบริการในแต่ละขั้นตอน

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีบริการแพทย์แผนไทย เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเหตุผลการใช้บริการ ความต้องการ และความคิดเห็น รวมถึงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการแพทย์แผนไทย อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการให้ตรงกับความต้องการและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในแต่ละพื้นที่มากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2554-2556*. นนทบุรี: กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย.

จรรยา ดวงพร. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลหลักของประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสุรินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

จุฑารัตน์ เสรีวัตร, และกัณษิณี นุญช่วยชนาสีหิ. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในนักศึกษา คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 8(1), 76-80.

บุญใจ ลิ้มศิลา. (2551). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการของรัฐ กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารสำนักแพทย์ทางเลือก*, 1(1), 29-34.

ประพจน์ เกตุราศ, และจิราพร ลิ้มปานานนท์. (2550). สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาคและภาคเอกชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16, 859-874.

ประพจน์ เกตุราศ, สุรัตนา อำนวยผล, รัชณี จันทร์เกษ, วีรพงษ์ เกรียงสิน, อรุณ มะลิลา, และจิราพร ลิ้มปานานนท์. (2552). *การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ตัม นุญรอด, และวิชชาดา สิมลา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 26-37.

พชรมน พรหมสวร, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นลำดับแรก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(พิเศษ), 236-239.

พรชัย ดีไพศาลสกุล, และวิโรจน์ เกษภูมิกษณ์. (2557). การสร้างคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตอบรับของผู้รับบริการและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารธรรมศาสตร์*, 33(1), 33-45.

- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2539). *การแพทย์แผนไทย การแพทย์องค์รวม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- มนทิพา ทรงพานิช. (2551). การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานในโรงพยาบาลของรัฐ ทิศทางที่ควรจะเป็น. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 1(1), 46-57.
- ศุภลักษณ์ ฟักคำ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพอากาศที่ 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรดา มาพันธ์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการโรงพยาบาลบางปลาหม้อ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือน พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2557). *รายงานการแพทย์แผนไทย จังหวัดราชบุรี*. สืบค้น วันที่ 1 สิงหาคม 2557, จาก <http://203.157.147.2/provis/main/index.php>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2554 (National Health Accounts of Thailand 2011)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำรวย โยธาวิจิตร, สมชาย ชินวานิชย์เจริญ, วิริยา ฌมสุวรรณ, และอัจฉรา จินวงษ์. (2556). การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 32(1), 21-30.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, และคณะ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1(4), 351-377.
- Feldman, D. C., & Arnold, H. J. (1985). *Managing individual and group behavior in organizations*. Singapore: McGraw-Hill.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.

# พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ Perceived Self-care Behavior among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Poor Glycemic Control

สุวรรณี สร้อยสงค์, พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) \*

Suwannee Sroisong, M.N.S. (Medical and Surgical Nursing) \*

อังคณา เรือนก้อน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) \*\*

Angkhana Rueankon, M.N.S. (Adult Nursing) \*\*

ขวัญสุวิทย์ อภิจักรเมธากุล, วท.ม. (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์) \*\*\*

Kwansuwee Apichantramethakul, M.Sc. (Human Resource Development) \*\*\*

นิลบล นันตา, พย.บ. \*\*\*\*

จุฑามาศ สุขเกษม, ปว.ส. \*\*\*\*

Nilubon Nunta, B.N.S. \*\*\*\*

Juthamart Sukkaseam, D.N.M. \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และเทปบันทึกเสียง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร โดยรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก รับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน และรสจัด 2) การดื่มน้ำ โดยดื่มน้ำเมื่อมีงานประเพณี งานบุญ และงานเลี้ยงฉลองสังสรรค์ 3) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ เนื่องจากมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน หรือใช้เวลาในการออกกำลังกายเพียงช่วงสั้นๆ 4) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยลืมรับประทานยาหลังอาหารมื้อเย็น เนื่องจากติดภารกิจหรือเมื่อทำกิจกรรมที่เร่งรีบ และใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษา 5) ความเครียด โดยมีความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และการกลัวความรุนแรงของโรค และ 6) การไม่มาตรวจตามนัด โดยลืมมาตรวจตามนัด และไม่ยอมมาตรวจตามนัด

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรมีการให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ตามบริบททางสังคมและความแตกต่างของผู้ป่วย และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

**คำสำคัญ:** การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

### Abstract

This qualitative research aimed to determine perceived self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus (T<sub>2</sub>DM) and poor glycemic control. The informants were 22 patients with T<sub>2</sub>DM and poor glycemic control receiving services at the extended out of patient department clinic, branch 1 of Phrae Hospital. The research instruments consisted of a questionnaire of personal characteristics and health informations, an semi-structured interview of self-care behaviors of patients with diabetes mellitus, and a tape recorder. Data were collected from May, 2014 to May, 2015. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that six main themes associated with uncontrolled blood glucose behaviors had emerged in the patients with T<sub>2</sub>DM as follows: 1) food consumption, especially having sticky rice, having salty, sweetie and spicy food; 2) alcohol drinking during traditional events, religious ceremony and social gatherings; 3) inadequate exercise because of tiredness after working and too short duration of exercise; 4) medication in-adherence, particularly forgetting taking medicine after dinner and using herbal medicine together with the treatment; 5) stress from their chronic illness and feeling fear of worst symptoms of their disease; and 6) loss of follow-up because of forgetting the follow-up date and do not want to visit the appointment.

This research suggested that nurses and healthcare providers should give health education to patients with diabetes mellitus under their social context and individual differences. This concludes the promotion of self-care awareness and blood sugar follow-up of patients with diabetes mellitus.

**Keywords:** Perception, Self-care behavior, Type 2 diabetes mellitus, Poor glycemic control

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน ในปัจจุบัน ประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน (International Diabetes

Federation: IDF, 2015) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในช่วงปี 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.90 คิดเป็นจำนวนมากถึง 4.80 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี 2552 ซึ่งพบเพียงร้อยละ 6.90 หรือมีคนเป็นโรคเบาหวาน 3.30 ล้านคน (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) อีกทั้งข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาทต่อคน ส่วนผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อคน รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี (วรณิ นิธิยานันท์, 2559)

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต หากผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา ไต หัวใจ หลอดเลือด ระบบประสาท (เพชร รอดอารีย์, 2550; IDF, 2015) ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคเรื่องการรับประทานอาหารในปริมาณมาก การงดอาหารหวานไม่ได้ (ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอบะ, และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสิมา, 2550; ปกาสิต โอวาทกานนท์, 2554) การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ขวัญหทัย ไตรพิช, พรทิพย์ มลาลาธรรม, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และวิศาล คันธารัตนกุล, 2555; ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม, 2556) การลืมรับประทานยา (เพรียวพันธุ์ อุสาย, นิรมล เมืองโสม, และประยูร โกวิทช์, 2555) และการมีความเครียดจากความเจ็บป่วย (พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกูล, 2556)

จากสถานะสุขภาพและปัญหาโรคเรื้อรังของประชาชนจังหวัดแพร่ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าเบาหวานเป็นปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนที่พบรองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเมธิ่ง (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานประชาสัมพันธ์เขต 3 จังหวัดเชียงใหม่, 2557) สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา 1 โรงพยาบาลแพร่ ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 ที่มีจำนวน 1,166 คน 1,351 คน และ 1,669 คน ตามลำดับ โดยร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 mg/dl และมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดหรือฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (glycosylated hemoglobin: HbA<sub>1c</sub>) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% (คลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่, 2557)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลแพร่ ยังคงมีจำนวนมาก และเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจมีบริบทชีวิตและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ความรู้ทัศนคติค สังคมทางสังคม และวัฒนธรรม การเข้าถึงถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามความเป็นจริงของวิถีชีวิต หรือในสถานการณ์จริงของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปปรับใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความรู้และความเข้าใจของผู้รับบริการ ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลแพร่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 04/2557/พิเศษ)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ จำนวน 170 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) มีระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง สูงกว่า 140 mg/dl จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน หรือมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 7% 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีที่อยู่อาศัยหรือภูมิลำเนาในอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 22 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล สุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษา โรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และการพบ โปรตีนในปัสสาวะ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วยแนวคำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ในชีวิตประจำวัน คุณรับประทานอาหารอะไรบ้าง คุณออกกำลังกายด้วยวิธีใด คุณรู้สึกอย่างไรที่ต้อง รับประทานยาและมาตรวจตามนัด เมื่อมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูง คุณรู้สึกอย่างไร

3. เทปบันทึกเสียง ใช้สำหรับบันทึกเสียง ในขณะสัมภาษณ์ ควบคู่กับการจดบันทึกข้อมูล

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์แนวคำถามร่วมกัน เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และขอบเขตของ การวิจัย จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความครอบคลุม ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิก เบาหวาน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำวิจัย เชิงคุณภาพ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไป ทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 คน และ ดำเนินการแก้ไขอีกครั้ง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมคณะผู้วิจัย โดยผู้วิจัยที่เคยผ่านการอบรมเรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกตสีหน้าและท่าทาง ของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ การใช้เทปบันทึกเสียง และการบันทึกข้อมูล เป็นผู้อธิบายความรู้ด้านระเบียบ วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ การคำนึงถึงความเป็นบุคคล และการเคารพผู้ให้ข้อมูล แก่ผู้วิจัยในคณะ

2. คณะผู้วิจัยทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ร่วมกัน จากนั้นผู้วิจัยที่เคยผ่านการอบรมข้างต้นทำการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้วิจัยในคณะสังเกตการณ์ จากนั้นผู้วิจัยในคณะ ฝึกสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน นำข้อมูลมาถอดเทป และเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จนเกิดความมั่นใจ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่

4. คณะผู้วิจัยประชุมร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยใช้ห้องพักในคลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่

5. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบผู้ให้ ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้

ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และขออนุญาตบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ โดยการถอดเทป จะใช้นามสมมติเพื่อปกปิดความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม คณะผู้วิจัย ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) รวมถึง สังเกตสีหน้าและท่าทางของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน หลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 คณะผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล พร้อมขอเบอร์โทรศัพท์ หลังการสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยถอดเทปและสรุปประเด็นเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

**การตรวจสอบข้อมูล** คณะผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตามวิธีการดังนี้ 1) การตรวจสอบแหล่งเวลา เป็นการตรวจสอบว่า ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนกันหรือไม่ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยคณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน และ 2) การตรวจสอบแหล่งสถานที่ เป็นการตรวจสอบว่า ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนกันหรือไม่ในสถานที่ที่แตกต่างกัน โดยคณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ที่คลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่ และทำการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีการของ Miles and Huberman (1994) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตัดทอนข้อมูล (data reduction) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นคัดแยกประเภทข้อมูลให้ได้ข้อความที่มีความหมายเหมือนกัน มีความสัมพันธ์กันหรือแตกต่างกัน 2) การแสดงข้อมูล (data display) โดยนำข้อความมาจัด

เป็นหมวดหมู่ และรวมเป็นหัวข้อเพื่อแสดงให้เห็นข้อความ หรือประโยคที่มากำหนดความหมาย และ 3) การสรุป และตรวจสอบความถูกต้อง (drawing and verifying) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบ ที่สามารถอธิบาย เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ได้ถูกต้องและตรงกับ ประสบการณ์จริง

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.60 มีอายุอยู่ในช่วง 27-73 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ( $SD = 13.15$ ) มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5 ปี ( $SD = 4.52$ ) ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน คิดเป็น ร้อยละ 100 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00-34.99  $kg/m^2$  ครั้งหนึ่งมีโรคร่วม 1 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 โดยโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็น ร้อยละ 63.60 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 45.50 และมากกว่าครึ่งหนึ่งพบโปรตีนในปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 54.55

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การดื่มสุรา 3) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ 4) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 5) ความเครียด และ 6) การไม่มาตรวจตามนัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การรับประทานอาหาร มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการบริโภคของประชาชนตามภูมิภาค พบว่าคนไทยในภาคเหนือบริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับประทานข้าวเหนียว แต่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการรับประทานได้ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการรับประทานข้าวเหนียวจะมีกำลังงานดีกว่าการรับประทานข้าวเจ้า และผู้ให้ข้อมูลมักปรุงอาหารรสเค็ม รสจัด และมีเครื่องเคียงเป็นแคบหมู น้ำพริก ซึ่งทำให้เจริญอาหาร

จึงรับประทานข้าวเหนียวครั้งละมาก ๆ อีกทั้งยังรับประทาน  
อาหารรสหวาน ผลไม้รสหวานครั้งละมาก ๆ ชอบรับประทาน  
ของขบเคี้ยว บางคนดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดังตัวอย่าง

“คนเหนียวกินข้าวเหนียวมาตั้งแต่อ่อนแต่อก  
ป่าชอบกินข้าวเหนียว มื้อหนึ่งก็ทีละเยาะ ๆ กินข้าวหุง  
(ข้าวจ้าว) ก็ไม่ค่อยอร่อยใจ มันรู้สึกโหย อยากกินข้าวเหนียว  
(จำปา ผู้หญิง, อายุ 67 ปี)

“กินข้าวนี้ (ข้าวเหนียว) ทุกมื้อ มื้อหนึ่งประมาณ  
ถุงละ 10 บาท 2 ถุง ถ้ากินข้าวเจ้าไม่จุท้อง กินแล้วหิวบ่อย  
ไม่มีแรงทำงาน” (จิต ผู้ชาย, อายุ 45 ปี)

“ชอบทานข้าวเหนียว ทานแล้วรู้สึกอึด ไม่ค่อย  
หิวบ่อย ของกินที่ควบคุมไม่ได้คือ ทุเรียน เห็นไม่ได้  
ต้องกิน กลางวันสามทีเห็นน้ำอัดลมใส่แก้วให้จิบ ของหวาน  
ก็ชอบเหมือนกัน แต่ถ้าไม่เห็นก็ไม่กิน” (ทับทิม ผู้หญิง,  
อายุ 59 ปี)

“ชอบข้าวเหนียว ทานทีละเยอะ (ทำมือ 4-5 กำนั้น)  
ต้องทำงาน กลัวไม่มีแรง เลยต้องกินให้เยอะหน่อย ผลไม้  
ชอบแก้วมังกร องุ่น มังคุด เงาะ บางครั้งก็ทานทีละ  
2-3 กิโลกรัม ขนมขบเคี้ยวก็ชอบกินเป็นประจำ” (เกษ ผู้หญิง,  
อายุ 27 ปี)

“ชอบกินข้าวเหนียวกับน้ำพริก น้ำปู ใส่เกลือ  
ปลาเค็ม ๆ แคหมูกินแล้วจะกินข้าวอร่อย ผลไม้ที่ชอบ  
กินก็ทุเรียน ลิ้นจี่ ลำไย หน่าผลไม้สดไม่ได้สักที” (จันทร์  
ผู้หญิง, อายุ 69 ปี)

“ถึงหมอจะบอกว่าไม่ให้กินของหวาน แต่ห้ามใจ  
ไม่ได้ ชอบกินของหวาน จะกินอะไรก็ต้องติดหวานทุกครั้ง  
กินกระทั่งแดง เอ็มร้อยห้าสิบ (เครื่องดื่มชูกำลังยี่ห้อ  
M 150) ไม่งั้นไม่มีแรงทำงาน” (จักร ผู้ชาย, อายุ 55 ปี)

“ชอบกินลำไยมาก งดนี้ (ครั้งนี้) กินลองกอง  
กระยาสารท เมื่อวานกินขนมเทียน 10 ห่อ มันหวานหอม  
กินแล้วชื่นใจ” (นา ผู้หญิง, อายุ 66 ปี)

“ก็รู้ว่าหมอห้ามเรื่องกินของหวาน ๆ แต่มันเห็น  
ถึงคไม่ได้ 2 เดือนที่แล้ว กินมะม่วงสุกกับข้าว แล้วเอา  
น้ำพริกน้ำปูใส่ กินเกือบทุกวัน มันอร่อย กินข้าวได้เยอะเลย”  
(จักร ผู้ชาย, อายุ 55 ปี)

“ถ้าทำงานก็ต้องกินลิโพวันละขวด” (โมทย์ ผู้ชาย,  
อายุ 53 ปี)

ประเด็นที่ 2 การดื่มสุรา พบว่าสังคมไทยในเขต  
ภาคเหนือตอนบนมีความผูกพันกับสุรา มีการใช้สุรากลั่น  
พื้นบ้านในงานประเพณีหรืองานพิธีต่าง ๆ การดื่มสุรา  
เป็นการแสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะ  
ดื่มสุราเมื่อมีงานเลี้ยงฉลองสังสรรค์ งานประเพณี งานบุญ  
ดังตัวอย่าง

“ผมต้องไปงานเลี้ยงของชาวบ้านบ่อย ไปงานเลี้ยง  
ก็ต้องกินเหล้ากับชาวบ้าน ไม่กินก็ไม่ได้ เขาให้กินก็ต้องกิน  
เพราะผมทำงานกับชาวบ้าน ถ้าไม่กินกับเขา เขาจะว่าเรา  
รังเกียจเขา” (จิต ผู้ชาย, อายุ 45 ปี)

“ที่นี้งานบุญ งานประเพณีต่าง ๆ มีเหล้าทุกงาน  
เพื่อนบ้านชวนกินเหล้าก็ต้องกิน เพื่อนบ้านสนิทกัน ไม่กิน  
ก็ไม่ได้” (จำปา ผู้หญิง, อายุ 67 ปี)

“งานเทศกาล งานบุญ งานศพ มีเหล้ากลั่น  
พื้นบ้าน ก็กินบ้าง ปฏิเสธไม่ได้ บางครั้งมัน ๆ บางครั้งก็เมา”  
(จันทร์ ผู้หญิง, อายุ 69 ปี)

ประเด็นที่ 3 การออกกำลังกายไม่เพียงพอ พบว่า  
ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย  
แต่ผู้ให้ข้อมูลมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน การประกอบ  
อาชีพ จึงไม่ได้ออกกำลังกาย หรือใช้เวลาในการออกกำลังกาย  
เพียงช่วงสั้น ๆ เนื่องจากติดภารกิจการประกอบอาชีพ  
ดังตัวอย่าง

“รู้ว่าต้องออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 วัน แต่ไม่ได้  
ออกกำลังกายหรอก ไม่มีเวลาออกกำลังกายเลย จันทร์ถึง  
ศุกร์ทำงาน เหลือด้วย” (พร ผู้หญิง, อายุ 37 ปี)

“เดินขายของก็เหนื่อยแล้ว กลับมาบ้านก็อ่อนเพลีย  
หมดแรง” (เยาว์ ผู้หญิง, อายุ 52 ปี)

“ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3-5 วัน ป้าจึงปั่น  
จักรยานรอบบ้าน รอบโรงเรียน ตอนเย็น วันละ 15 นาที  
อาทิตย์ละ 2 ครั้ง” (ทับทิม ผู้หญิง, อายุ 59 ปี)

ประเด็นที่ 4 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง  
พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับประทานยาหลังอาหารมื้อเย็น  
เนื่องจากติดภารกิจการประกอบอาชีพ หรือเมื่อทำกิจกรรม  
ที่เร่งรีบ และมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษา ดังตัวอย่าง

“ทานข้าวเย็นช้าบ้าง เร็วบ้าง ยามือเย็นกินไม่ตรงเวลา เลยลืมกินยา เพราะต้องค้าขาย กว่าจะกลับมาบ้านก็ราวค่ำๆ ราว 6 โมงครึ่ง” (ไมท์ ผู้ชาย, อายุ 53 ปี)

“บางครั้งไม่ได้ทานข้าวเย็น ยาก็เลยไม่ได้กินลืมกินยาเดือนนึงประมาณ 3-4 ครั้ง” (จำปา ผู้หญิง, อายุ 67 ปี)

“จะลืมกินยาเวลารีบไปธุระ ถ้าลืมกินยาก่อนอาหารก็ปล่อยผ่านมือนั้นไปเลย แล้วกินมื้อหลังอาหารไปเลย” (เขาว์ ผู้หญิง, อายุ 52 ปี)

“บางทีก็ลืมกินยา ถ้านึกได้ก็ไม่ได้กิน บางทีก็ขาดยาเพราะติดธุระ ทำมาหากินที่ต่างจังหวัด ถ้ามารับยา ก็จะขาดรายได้ รถก็ไม่มียาโรงพยาบาล ถึงกินยาอาการก็ยังไม่ดีขึ้น น้ำตาลไม่เห็นจะลงสักที” (เกษ ผู้หญิง, อายุ 27 ปี)

“กินยาสมุนไพรจีน มะรุมพลัส บางทีก็ซื้อยาสรรพคุณ สรรพคุณ ตอนนี่กินสมุนไพรกับว่านจ็อก ควบคู่กับยาของโรงพยาบาล” (จักร ผู้ชาย, อายุ 55 ปี)

“ยาหมอก็กิน ยาสมุนไพรพื้นบ้าน เอามาต้มกิน” (ผ่าน ผู้ชาย, อายุ 73 ปี)

ประเด็นที่ 5 ความเครียด พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การกลัวความรุนแรงของโรคเบาหวาน บางคนมีความเครียดจากการประกอบอาชีพ ความขัดแย้งภายในครอบครัว โดยความเครียด ความทุกข์ใจของผู้ให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคน ดังตัวอย่าง

“รู้สึกกลัว เวลาเห็นบางคนเบาหวานขึ้นตาตาบอด บางคนก็ตัดขา ถ้าเราเป็นแบบนั้นเราจะทำยังไง คิดไปก็รู้สึกเครียด” (จิต ผู้ชาย, อายุ 45 ปี)

“ก็รู้สึกกังวล โรคแบบนี้เราก็คงต้องกลัว กลัวเป็นแผลเหมือนที่เขายก กลัวจะเป็นเจ้าหญิงนิทรา เดินไปไหนไม่ได้” (ทับทิม ผู้หญิง, อายุ 27 ปี)

“ต้องไปค้าขายต่างจังหวัด ขายดีก็มีความสุข ขายไม่ดีก็กลุ้มใจ” (เขาว์ ผู้หญิง, อายุ 52 ปี)

“ตั้งแต่มีความขัดแย้งกับลูกๆ เครียด เป็นโรคกระเพาะ เลยยิ่งเครียดไปใหญ่เลย เคี้ยวข้าวก็ยังเครียดทุกวัน

นอนไม่หลับด้วย” (นา ผู้หญิง, อายุ 66 ปี)

ประเด็นที่ 6 การไม่มาตรวจตามนัด ผู้ให้ข้อมูลบางคนลืมการมาตรวจตามนัด รู้สึกไม่อยากมาตรวจรักษาตามนัด เพราะรู้สึกว่า การรักษาของแพทย์ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ บางคนไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้เนื่องจากติดภารกิจการทำงาน ดังตัวอย่าง

“ตรวจตามนัดเป็นการติดตามระดับน้ำตาล และให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่บางทีก็ลืมนัดแล้ว ยาหมอก็กิน” (ดา ผู้หญิง, อายุ 60 ปี)

“บางทีก็ผัดนัด ไม่อยากมาตรวจ เพราะกินยาน้ำตาลก็ยังสูง” (จำปา ผู้หญิง, อายุ 67 ปี)

“ไม่มาตามนัดประมาณ 2 เดือน ไปซื้อยากินเองหมดไปประมาณ 2-3หมื่น กินยาข้างนอกแล้วผมลงมากก็เลยกลับมาหาหมอ” (จิต ผู้ชาย, อายุ 45 ปี)

“ไม่ได้มาตรวจตามนัด เพราะต้องทำมาหากินไปค้าขายต่างจังหวัด สะดวกก็จะไปมา” (เกษ ผู้หญิง, อายุ 27 ปี)

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การดื่มสุรา 3) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ 4) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 5) ความเครียด และ 6) การไม่มาตรวจตามนัด

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ปิ้งอาหารรสเค็ม และรับประทานอาหารรสหวาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าข้าวเหนียวเป็นอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดับอ่อนต้องทำงานหนักในการผลิตอินซูลินปริมาณมาก แต่อินซูลินไม่มีประสิทธิภาพในการจับกับน้ำตาล ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (อนุสรณ์ ลังกาพินธ์, 2552) ซึ่งในการวิจัย

ครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรับประทานข้าวเหนียวปริมาณมากในแต่ละมื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรา อินทรบุตร และเบญจา มุกตพันธุ์ (2550) ที่ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 97.10 รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณการรับประทานข้าวเหนียว และสอดคล้องกับการศึกษาของเพรียวพันธุ์ อูสาย และคณะ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากไม่มีการควบคุมอาหารจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก อีกทั้งผู้ป่วยยังรับประทานอาหารหวาน อาหารรสเค็ม แคบหมู และของขบเคี้ยวกรุบกรอบ ดื่มเครื่องดื่มรสหวานและเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งการติดอาหารที่มีน้ำตาลสูงหรือการติดรสชาติหวาน โดยรับประทานเป็นประจำ หากไม่ได้รับประทานจะเกิดความอยาก หงุดหงิด เพราะผู้ที่มีการเสพติดอาหารจะมีสารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลง เมื่อได้รับอาหารที่ตัวเองเสพติด จะมีการหลั่งสารโดปามีนออกมา ทำให้เกิดความสุข อารมณ์ดี ตื่นตัว กระฉับกระเฉง และมีสมาธิในการทำงานมากขึ้น (ฉัตรนภา หัตถโกศล, 2558)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมเสี่ยง โดยแอลกอฮอล์ มีฤทธิ์เร่งการสะสมไขมันในเนื้อเยื่อ ทำให้มีไขมันสะสมที่หน้าท้อง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน และความดันโลหิตสูง (พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกูล, 2556) อนึ่ง การดื่มสุราในผู้ป่วยเบาหวานยังเป็นข้อถกเถียงกัน จากข้อเขียนของ van de Wiel (2004) กล่าวว่าหากผู้ป่วยเบาหวานดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง แอลกอฮอล์จะช่วยกระตุ้นความไวของอินซูลิน (insulin sensitivity) ทำให้มีการเผาผลาญน้ำตาล ไขมัน และช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Howard, Arnsten, and Gourevitch (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่มสุรา

ปานกลาง (1-3 แก้วต่อวัน) ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม การดื่มสุรามากเป็นสาเหตุให้สูญเสียการควบคุมการเผาผลาญอาหาร และมีผลร้ายต่อหัวใจและหลอดเลือด (van de Wiel, 2004)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการออกกำลังกาย หรือการเพิ่มกิจกรรมทางกายเป็นการควบคุมโรคเบาหวาน เพราะทำให้มีการเผาผลาญน้ำตาลให้เกิดพลังงาน และช่วยลดค่าน้ำตาลสะสมในเลือด เมื่อผู้ป่วยออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าพฤติกรรม การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อนึ่ง การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานควรใช้วิธีการเดินอย่างน้อยวันละ 10,000 ก้าว หรือประมาณ 8 กิโลเมตร โดยไม่คำนึงถึงความเร็ว หรือออกกำลังกายโดยใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จำนวน 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ ตามความชอบหรือความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย (เนติมา คูณิย์, 2555)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากหยุดยาจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเพรียวพันธุ์ อูสาย และคณะ (2555) ที่พบว่าพฤติกรรม การรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเครียด จากการประกอบอาชีพ และวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรง

ของโรค ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง มีผล  
บันทึกจิตใจ ผู้ป่วยจึงรู้สึกหงุดหงิด เครียด เบื่อหน่าย  
และท้อแท้ ซึ่งความเครียดจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง  
ขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วย  
ไม่ดี หรือเกิดปัญหาขัดแย้งในครอบครัว จะส่งผลให้  
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (พัชรินทร์ ชนะพาห์ และ  
พิสมัย กิจเกื้อกูล, 2556; Rubin & Peyrot, 2001)  
สอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล  
เมืองโสม (2556) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์  
กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม  
การไม่มาตรวจตามนัด และมาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ  
เนื่องจากติดภารกิจงาน ลืมการมาตรวจตามนัด บางคน  
รับรู้ว่าการรักษาของแพทย์ไม่สามารถลดระดับน้ำตาล  
ในเลือดได้ จึงไม่ยอมมาตรวจรักษาตามนัด ทั้งนี้อธิบาย  
ได้ว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เป้าหมายการรักษาคือ  
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับปกติ  
การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง  
หรือไม่มาตรวจตามนัด พบว่ามีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถ  
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ปกาสิต โอวาทกานนท์,  
2554)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรนำ  
ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้ในการให้ความรู้  
ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยคำนึงถึงปัญหาและ  
อุปสรรคที่เกิดขึ้นตามบริบททางสังคมและความแตกต่าง  
ของผู้ป่วย โดยมีการให้คำแนะนำเฉพาะรายในกรณี  
ที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.2 พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริม  
ให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง  
และการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเป็น  
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการให้ความรู้ทางสุขภาพ  
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ  
สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล  
ในเลือดไม่ได้ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง และเน้น  
การมีส่วนร่วมของครอบครัว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุน  
ทุนการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ให้ข้อมูล  
ในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- ขวัญหทัย ไตรพิช, พรทิพย์ มาลาธรรม, ชนิดฐา  
หาญประสิทธิ์คำ, และวิศาล คันธรัตน์กุล. (2553).  
การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย  
ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน  
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *รามาริบัติพยาบาลสาร*,  
16(2), 259-278. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน  
2558, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/viewFile/8976/7634>
- คลินิกผู้ป่วยนอก สาขา 1 โรงพยาบาลแพร่. (2557).  
*ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2555-2557*. แพร่:  
ผู้แต่ง.
- ฉัตรนภา หัตถโกศล. (2558). *การเสพติดอาหาร*. สืบค้น  
วันที่ 17 มิถุนายน 2558, จาก [http://www.halalthailand.com/healthy/subindex.php?page=content&category=&subcatname=&subcat=&id=133.prd.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=111765&filename=happy8](http://www.halalthailand.com/healthy/subindex.php?page=content&category=&subcatname=&subcat=&id=133.prd.go.th/ewt_dl_link.php?nid=111765&filename=happy8)

- ทรศณีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอปะ, และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสิมา. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยนครสวรรค์*, 1(2), 57-67.
- เนติมา ภูณีย์. (บ.ก.). (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2558, จาก <http://203.157.39.7/imrta/images/data/aw20130328.pdf>
- ปกาสิต โอวาทกานนท์. (2554). ผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(4), 339-349. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2558, จาก [http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show\\_preview=T&art\\_id=1685](http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=1685)
- พัชรินทร์ ชนะพาห์, และพิศมัย กิจเกื้อกูล. (2556). ความเครียดกับกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(5), 253-260. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2558, จาก [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/31\\_5\\_2013/05\\_patcharin\(56022\).pdf](http://medinfo.psu.ac.th/smj2/31_5_2013/05_patcharin(56022).pdf)
- เพชร รอดอารีย์. (2550). ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย. ใน วรณิ นิธิยานันท์, สาธิต วรณแสง, และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (บ.ก.). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*. หน้า 20-27. กรุงเทพฯ: วิวัฒนาการพิมพ์.
- เพ็ญพันธ์ อุษาย, นิรมล เมืองโสม, และประยูร โกวิทย์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น*, 5(3), 11-20.
- มยุรา อินทรบุตร, และเบญญา มุกตพันธ์. (2550). *การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2*. สืบค้น วันที่ 18 ตุลาคม 2560, จาก [http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show\\_detail=T&art\\_id=1265](http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1265)
- ฤทธิรงค์ บุรพันธ์, และนิรมล เมืองโสม. (2556). ผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยสาธารณสุขมหาวิทาลัยขอนแก่น*, 6(3), 102-109.
- วรรณิ นิธิยานันท์. (2559). *คนไทยป่วยเบาหวาน ฟุงป่วยแล้ว 5 ล้าน ทำให้โรคแทรกซ้อนพบบ่อย ไตเรื้อรัง*. สืบค้น วันที่ 3 กรกฎาคม 2560, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>
- วิชัย เอกพลากร, และคณะ. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2558, จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, และคณะ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(1), 71-84. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2558, จาก [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/26\\_1/pdf26\\_1/08.pdf](http://medinfo.psu.ac.th/smj2/26_1/pdf26_1/08.pdf)

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน  
ประชาสัมพันธ์เขต 3 จังหวัดเชียงใหม่. (2557).  
สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
จังหวัดแพร่. สืบค้น วันที่ 3 กรกฎาคม 2560,  
จาก [http://phrae.prdnorth.in.th/ct/news/  
viewnews.php?ID=140603133943](http://phrae.prdnorth.in.th/ct/news/viewnews.php?ID=140603133943)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.  
(2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. สืบค้น  
วันที่ 3 กรกฎาคม 2560, จาก [https://www.  
m-society.go.th/article\\_attach/18527/  
20347.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/18527/20347.pdf)
- อนุสรณ์ ลังกาพันธ์. (2552). ผลกระทบของการเกิด  
อนุมูลอิสระจากโรคเบาหวานต่อการทำงานของไต.  
*คำปวงเวชสาร*, 30(2), 75-83. สืบค้น วันที่ 17  
มิถุนายน 2558, จาก [http://thailand.digital  
journals.org/index.php/LMJ/article/view/  
1343](http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LMJ/article/view/1343)
- Howard, A. A., Arnsten, J. H., & Gourevitch,  
M. N. (2004). Effect of alcohol consumption  
on diabetes mellitus: A systematic review.  
*Annals of Internal Medicine*, 140(3),  
211-219. Retrieved July 3, 2017, from  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/  
14757619](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14757619)
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF  
diabetes atlas* (7th ed.). Retrieved July  
3, 2017, from [https://www.idf.org/about-  
diabetes/what-is-diabetes.html](https://www.idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes.html)
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative  
data analysis: An expanded sourcebook*  
(2nd ed.). London: SAGE Publications.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). Psychological  
issues and treatments for people with  
diabetes. *Journal of Clinical Psychology*,  
57(4), 457-478. Retrieved July 3, 2017,  
from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/  
11255202](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11255202)
- van de Wiel, A. (2004). Diabetes mellitus and  
alcohol. *Diabetes/Metabolism Research  
and Reviews*, 20(4), 263-267. Retrieved  
July 3, 2017, from [https://www.ncbi.  
nlm.nih.gov/pubmed/15250029](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15250029)

การวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและ

ทรวงอก: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามธิบดี \*

### Average Time Analysis of Direct Nursing Activities of Cardiovascular and Thoracic Surgery Patients: A Case Study of The Cardiovascular and Thoracic Surgery Intensive Care Unit of Ramathibodi Hospital \*

ศศิกาญจน์ นามิ่ง, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) \*\*

Sasigan Naming, M.Sc. (Public Health) \*\*

ปยิธิดา ตรีเดช, ส.ด. (บริหารสาธารณสุข) \*\*\*

สุคนธา ศิริ, ป.ศ. (อายุรศาสตร์เขตร้อน) \*\*\*\*

Piyathida Tridech, Dr.P.H. (Health Administration) \*\*\*

Sukhonta Siri, Ph.D. (Tropical Medicine) \*\*\*\*

ศักดิ์ดา ตรีเดช, ป.ศ. (วิศวกรรมอุตสาหกรรม) \*\*\*\*\*

Sakda Tridech, Ph.D. (Industrial Engineering) \*\*\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต (TISS-28, Simplified Therapeutic Intervention Scoring System) และแบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 21 กรกฎาคม ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 90.49 โดยมีค่าเฉลี่ยผู้ป่วยต่อเวรเท่ากับ 5.42 กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มากที่สุด เท่ากับ 393.34 นาที/คน/วัน ( $SD = 77.78$ ) และน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยประเภทที่ 2 เท่ากับ 306 นาที/คน/วัน ( $SD = 78.49$ ) ช่วงเวลาปฏิบัติงานที่ใช้เวลามากที่สุดในผู้ป่วยทุกประเภท ตามค่าเฉลี่ยผู้ป่วยต่อเวร คือ เวรบ่าย ส่วนกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ใช้เวลามากที่สุดคือ หมวดการปฏิบัติการพยาบาล

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* มหบัณฑิตสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* รองศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

\*\*\*\*\* ผู้ทรงคุณวุฒิ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในช่วงเวลาปฏิบัติงานเวรบ่าย จัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่น เพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และควรจัดการฝึกอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กแบบองค์รวมแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการพยาบาล  
คำสำคัญ: การวิเคราะห์เวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง การจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต

### Abstract

This descriptive research aimed to analyze average time of direct nursing activities given to cardiovascular and thoracic surgery patients. The samples were 22 professional nurses who had been working in the cardiovascular and thoracic surgery intensive care unit, Ramathibodi Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of personal characteristics of professional nurse, a recording form of personal characteristics of patient, the Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), and a recording form of time of direct nursing activities. Data were collected from July 21 to August 19, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that the largest number of critical patients was the patients of category 3 (90.49%), while the average patients for each nursing work shift was 5.42. The longest average time that professional nurses used to provide direct nursing activities was for critical patients of category 3 (393.34 minutes/person/day, SD = 77.78), while the shortest average time was for critical patients of category 2 (306 minutes/person/day, SD = 78.49). The work shift in which the professional nurses spent the largest amount of time caring for all types of patients was “afternoon”, and the direct nursing activities which consumed the largest amount of time was the “nursing practice” category.

This research suggested that the administrators should add more professional nurses to afternoon work shifts, set up an effective referral system to be ready for prompt admittance, and there should be training for holistic care of children in critical care for professional nurses in order to increase the knowledge and skill of nursing care.

**Keywords:** Time analysis, Direct nursing activities, Classification of critical patient

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์กรทางการแพทย์เป็นองค์กรขนาดใหญ่ของระบบสุขภาพ จุดมุ่งหมายของการพยาบาลคือ การให้บริการดูแลที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย หนึ่งในขั้นตอนการจัดการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยคือ การบริหาร

งานบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพงาน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2553) บทบาทของพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค แผนการรักษา และความสามารถในการช่วยเหลือ

ตนเอง (Urden & Roode, 1997) ซึ่งการวัดผลที่ได้จากการปฏิบัติงานในเชิงปริมาณวัดได้จากจำนวนกิจกรรมที่พยาบาลกระทำขึ้น และจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานนั้น ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดปริมาณงานของพยาบาล (nursing workload) ประการหนึ่งคือ ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย (patient's nursing needs) (Omachonu & Nanda, 1989 อ้างถึงในมาริษา สมบัติบุรณ, 2546) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กระทำโดยตรงกับผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามาริบดี ให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตทุกเพศทุกวัยหลังการผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก (หัวใจ หลอดเลือด และช่องอก) มีอัตราครองเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 อยู่ในช่วงร้อยละ 94.60-97.10 (โรงพยาบาลรามาริบดี, 2556) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะคุกคามกับชีวิต อาการไม่คงที่ และมีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อน ต้องการการเฝ้าระวังและการประเมินสภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรักษาพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะคงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤต (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก และชวนพิศ ทำนอง, 2556)

ฝ่ายการพยาบาลอาคารหลัก โรงพยาบาลรามาริบดี กำหนดอัตรากำลังพยาบาลตามหลักเกณฑ์อัตรากำลังพยาบาลขั้นต่ำ สำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (รัชนี อยู่ศิริ, 2551) โดยหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกใช้อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1.5:1 แต่ตามข้อเท็จจริงคือ ใช้อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพร่วมกับผู้ช่วยพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1:1 พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า มีการลาออกหรือโอนย้ายไปยังแผนกอื่นเพิ่มขึ้น จากอัตราร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 12.50 ในปี พ.ศ. 2550 (ฝ่ายการพยาบาลอาคารหลัก โรงพยาบาลรามาริบดี, 2556) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ต้องเป็นทั้งอัตรากำลังปกติและอัตรากำลังเสริมในหอผู้ป่วยวิกฤตของตนเอง เนื่องจาก

อัตรากำลังเสริมที่มาจากหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นพบปัญหาความไม่คุ้นเคยกับลักษณะงานและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน

จากข้อมูลข้างต้น เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจบูรณาการการบริการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาลอาคารหลัก โรงพยาบาลรามาริบดี ประกอบกันยังไม่มีการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และในรอบ 24 ชั่วโมง โดยใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤตและศึกษาการใช้เวลาตามกิจกรรมการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลอาคารหลักเป็นแนวทางในการวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่หอผู้ป่วยอื่นๆ และสำหรับจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปริมาณงานการพยาบาลที่จะนำไปสู่การจัดสรรจำนวนพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับปริมาณงาน เพื่อประโยชน์โดยตรงแก่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เกิดคุณภาพการพยาบาลสูงสุดตามมาตรฐานการพยาบาล และนำไปสู่การประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

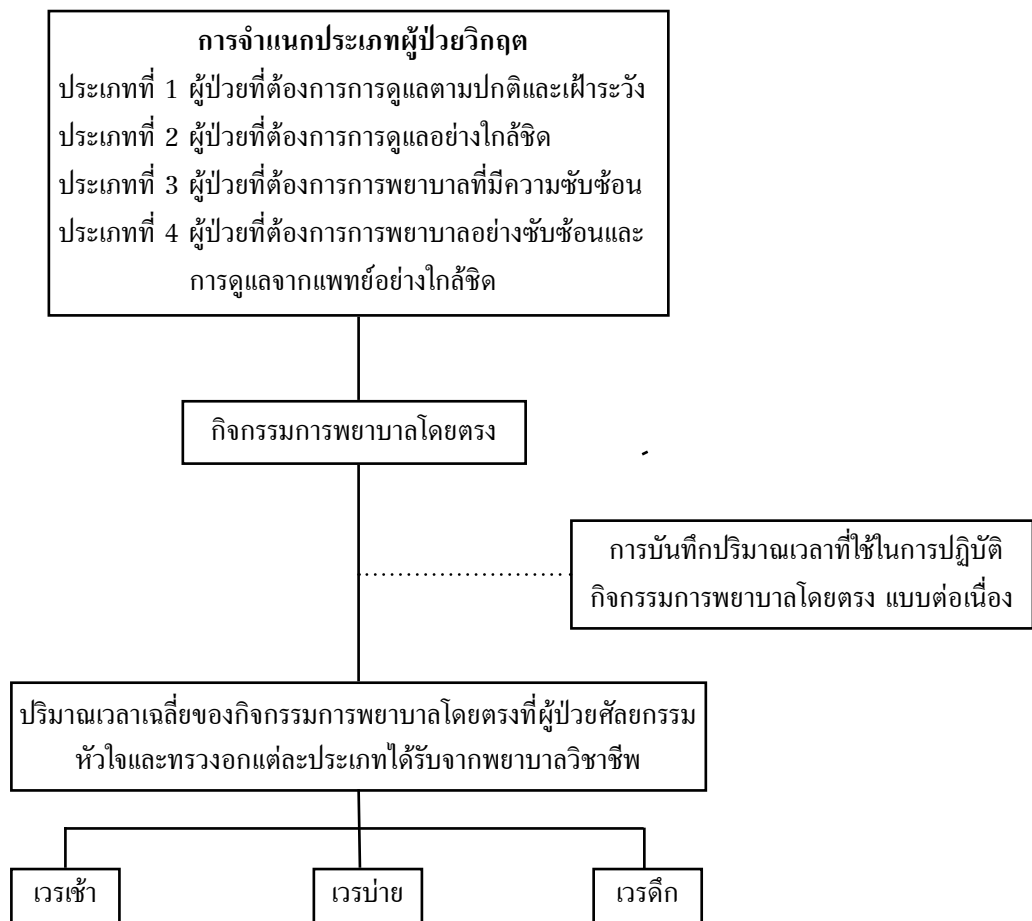
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และประเภทของผู้ป่วยที่จำแนกตามคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกแต่ละประเภท ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามาริบดี จำแนกตามเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และในรอบ 24 ชั่วโมง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางของ Miranda, de Rijik, and Schaufeli (1996) ในการจำแนกผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตามปกติและเฝ้าระวัง (routine wake up) ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (close observation) ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลที่มีความซับซ้อน (intensive nursing care) และประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลอย่างซับซ้อน

และการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด (intensive nursing and physician care) จากนั้นศึกษาปริมาณเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (direct nursing activities) แก่ผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกแต่ละประเภท โรงพยาบาลรามารับดีตามแนวทางของ Urden and Roode (1997) โดยจำแนกตามเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 05-57-42 ย)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้วิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 22 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ และประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ และชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ จำนวนทั้งสิ้น 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต (TISS-28, Simplified Therapeutic Intervention Scoring System) ผู้วิจัยใช้แนวทางของ Miranda et al. (1996) ซึ่งจำแนกผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตามปกติและเฝ้าระวัง (routine wake up) ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (close observation) ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลที่มีความซับซ้อน (intensive nursing care) และประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลอย่างซับซ้อนและการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด (intensive nursing and physician care)

ชุดที่ 4 แบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นตารางบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

แต่ละราย/เวร สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเวลาแบบต่อเนื่อง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยดูจากเวชระเบียน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และให้บันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในแบบบันทึกด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึก 1 ชุด สำหรับผู้ป่วย 1 ราย/เวร ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 21 กรกฎาคม ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2557 รวมจำนวนทั้งสิ้น 90 เวน โดยจำแนกตามเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และในรอบ 24 ชั่วโมง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลประเภทของผู้ป่วยที่จำแนกตามคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และประเภทของผู้ป่วยที่จำแนกตามคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.30 และมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.60 ส่วนผู้ป่วยพบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.90 และชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไตรคัสปิดร่วมกับการปิดรูรั่วของผนังกันห้องหัวใจห้องบน และซ่อมหลอดเลือดใหญ่ที่ไปปอด (tricuspid valve replacement with repair sinus venosus with right

pulmonary artery plasty) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.19 และผู้ป่วยผู้ใหญ่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.28 สำหรับประเภทของผู้ป่วยที่จำแนกตามคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 90.49 โดยมีค่าเฉลี่ยผู้ป่วยต่อเวรเท่ากับ 5.42

2. เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกแต่ละประเภทของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเวรเช้า เวิร์บาย และเวรดึก และในรอบ 24 ชั่วโมง

2.1 กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มากที่สุด เท่ากับ 393.34 นาที/คน/วัน (SD = 77.78) รองลงมาคือ ผู้ป่วยประเภทที่ 4 เท่ากับ 381 นาที/คน/วัน (SD = 76.11) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ประเภทที่ 3 มากที่สุด เท่ากับ 484.34 นาที/คน/วัน (SD = 99.67) และ 373.22 นาที/คน/วัน (SD = 70.93) ตามลำดับ รองลงมาคือ ผู้ป่วยประเภทที่ 4 เท่ากับ 434.83 นาที/คน/วัน (SD = 94.05) และ 326.84 นาที/คน/วัน (SD = 54.09) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลา (นาที) ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยวิกฤตแต่ละประเภทในแต่ละเวร (n = 305)

| ประเภทผู้ป่วยวิกฤต                                                      | ช่วงเวลาปฏิบัติงาน | จำนวนผู้ป่วย | ปริมาณเวลา (นาที/คน/เวร) |        |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|--------------------------|--------|
|                                                                         |                    |              | $\bar{X}$                | SD     |
| ประเภทที่ 2: ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด                                 | เวรเช้า            | 4            | 183.00                   | 48.70  |
|                                                                         | เวรบาย             | 1            | 73.00                    | .00    |
|                                                                         | เวรดึก             | 1            | 50.00                    | .00    |
|                                                                         | รวม                | 6            | 306.00*                  | 78.49  |
| ประเภทที่ 3: ต้องการการพยาบาลที่มีความซับซ้อน                           | เวรเช้า            | 90           | 136.83                   | 79.78  |
|                                                                         | เวรบาย             | 96           | 145.71                   | 80.66  |
|                                                                         | เวรดึก             | 90           | 109.80                   | 68.28  |
|                                                                         | รวม                | 276          | 393.34*                  | 77.78  |
| ประเภทที่ 4: ต้องการการพยาบาลอย่างซับซ้อนและการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด | เวรเช้า            | 4            | 164.50                   | 132.79 |
|                                                                         | เวรบาย             | 7            | 94.00                    | 34.44  |
|                                                                         | เวรดึก             | 12           | 122.50                   | 70.53  |
|                                                                         | รวม                | 23           | 381.00*                  | 76.11  |

หมายเหตุ: \* = หน่วยเป็น นาที/คน/วัน

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลา (นาที) ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยวิกฤตเด็กและผู้ใหญ่แต่ละประเภทในแต่ละเวร (n = 305)

| ประเภทผู้ป่วยวิกฤต                                                      | ช่วงเวลาปฏิบัติงาน | ปริมาณเวลา (นาที)    |           |        |                          |           |       |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------|--------|--------------------------|-----------|-------|
|                                                                         |                    | ผู้ป่วยเด็ก (n = 62) |           |        | ผู้ป่วยผู้ใหญ่ (n = 243) |           |       |
|                                                                         |                    | จำนวนผู้ป่วย         | $\bar{X}$ | SD     | จำนวนผู้ป่วย             | $\bar{X}$ | SD    |
| ประเภทที่ 2: ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด                                 | เวรเช้า            | 1                    | 115.50    | .00    | 3                        | 215.33    | 21.03 |
|                                                                         | เวรบ่าย            | -                    | .00       | .00    | 1                        | 73.00     | .00   |
|                                                                         | เวรคืน             | 1                    | 50.00     | .00    | -                        | .00       | .00   |
|                                                                         | รวม                | 2                    | 165.50    | 45.96  | 4                        | 288.33    | 64.44 |
| ประเภทที่ 3: ต้องการการพยาบาลที่มีความซับซ้อน                           | เวรเช้า            | 16                   | 155.69    | 67.70  | 74                       | 132.76    | 82.00 |
|                                                                         | เวรบ่าย            | 17                   | 174.18    | 113.97 | 79                       | 139.59    | 71.02 |
|                                                                         | เวรคืน             | 15                   | 154.47    | 115.34 | 75                       | 100.87    | 51.03 |
|                                                                         | รวม                | 48                   | 484.34    | 99.67  | 228                      | 373.22    | 70.93 |
| ประเภทที่ 4: ต้องการการพยาบาลอย่างซับซ้อนและการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด | เวรเช้า            | 2                    | 223.50    | 195.87 | 2                        | 105.50    | 24.75 |
|                                                                         | เวรบ่าย            | 4                    | 95.00     | 43.73  | 3                        | 92.67     | 26.16 |
|                                                                         | เวรคืน             | 6                    | 116.33    | 77.19  | 6                        | 128.67    | 69.97 |
|                                                                         | รวม                | 12                   | 434.83    | 94.05  | 11                       | 326.84    | 54.09 |

2.2 เมื่อจำแนกตามค่าเฉลี่ยผู้ป่วยต่อเวร พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 2-4 ในเวรบ่าย มากที่สุด

เท่ากับ 842.161 นาที/เวร รองลงมาคือ เวรเช้า เท่ากับ 838.79 นาที/เวร ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลา (นาที) ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 2-4 จำแนกตามช่วงเวลาปฏิบัติงาน และตามค่าเฉลี่ยผู้ป่วย/เวร (จำนวนผู้ป่วย 6 เตียง)

| ช่วงเวลา<br>ปฏิบัติงาน | ปริมาณเวลา (นาที/เวร)                             |                                                    |                                                    | รวมเวลา<br>(นาที/เวร) |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|
|                        | ประเภทที่ 2<br>(ค่าเฉลี่ยผู้ป่วย<br>ต่อเวร = .11) | ประเภทที่ 3<br>(ค่าเฉลี่ยผู้ป่วย<br>ต่อเวร = 5.42) | ประเภทที่ 4<br>(ค่าเฉลี่ยผู้ป่วย<br>ต่อเวร = .452) |                       |
| เวรเช้า                | 21.59                                             | 742.85                                             | 74.35                                              | 838.79                |
| เวรบ่าย                | 8.61                                              | 791.05                                             | 42.48                                              | 842.16                |
| เวรดึก                 | 5.90                                              | 596.10                                             | 55.37                                              | 657.37                |
| รวม                    | 36.10                                             | 2,130.01                                           | 172.21                                             | 2,338.33              |

2.3 เมื่อจำแนกตามหมวดกิจกรรมการพยาบาล ที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 2-4 พบว่าในเวรบ่าย กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง

ในหมวดการปฏิบัติการพยาบาล มากที่สุด เท่ากับ 41.33 นาที โดยผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ย 52.67 นาที และ 41.79 นาที ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลา (นาที) ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 2-4 ในเวรบ่าย (n = 104)

| กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง                                                                             | ผู้ป่วยเด็ก (n = 21) |       |           | ผู้ป่วยผู้ใหญ่ (n = 83) |       |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-------------------------|-------|-----------|
|                                                                                                    | $\bar{X}$            | SD    | min - max | $\bar{X}$               | SD    | min - max |
| หมวดการปฏิบัติการพยาบาล                                                                            | 52.67                | 38.56 | 6 - 158   | 41.79                   | 25.78 | 9 - 122   |
| หมวดการสังเกตและตรวจวัดเกี่ยวกับสภาพอาการ<br>ต่างๆ สัญญาณชีพ และเครื่องวัดอื่นๆ                    | 31.35                | 22.94 | 7 - 105   | 27.13                   | 16.02 | 3 - 72    |
| หมวดการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการรักษา                                                             | 26.30                | 16.75 | 5 - 60    | 27.55                   | 26.83 | 1 - 140   |
| หมวดการรับใหม่/รับย้าย/จำหน่าย/ส่งต่อ และการส่ง<br>ผู้ป่วยไปตรวจรักษาในหน่วยงานอื่นนอกเหนือผู้ป่วย | 36.00                | 32.29 | 10 - 90   | 21.13                   | 17.28 | 5 - 50    |
| หมวดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน                                                                | 23.00                | 9.42  | 10 - 36   | 25.05                   | 13.51 | 4 - 65    |
| หมวดการบริหารยา สารน้ำ สารอาหาร เลือด และ<br>ส่วนประกอบของเลือด                                    | 27.63                | 39.79 | 1 - 141   | 13.56                   | 14.32 | 1 - 83    |
| หมวดการสอนและประทับใจประกอบจิตใจ                                                                   | 13.73                | 7.59  | 3 - 26    | 9.24                    | 5.75  | 1 - 30    |

2.4 เมื่อจำแนกตามหมวดกิจกรรมการพยาบาล ที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 พบว่าในเวรเช้าและเวรบ่าย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงในหมวดการปฏิบัติการพยาบาล มากที่สุด เท่ากับ

40.82 นาที และ 45.01 นาที ตามลำดับ สำหรับในเวรดึก กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงในหมวดการสอนและประทับประคองจิตใจ มากที่สุด เท่ากับ 46.17 นาที ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลา (นาที) ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ในแต่ละเวร (n = 276)

| กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง                                                                              | เวรเช้า (n = 90) |       | เวรบ่าย (n = 96) |       | เวรดึก (n = 90) |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|-----------------|-------|
|                                                                                                     | $\bar{X}$        | SD    | $\bar{X}$        | SD    | $\bar{X}$       | SD    |
| หมวดการปฏิบัติการพยาบาล                                                                             | 40.82            | 29.27 | 45.01            | 28.68 | 41.30           | 22.84 |
| หมวดการตรวจเช็กเพื่อติดตามผลการรักษา                                                                | 29.88            | 29.62 | 27.83            | 25.66 | 20.69           | 19.08 |
| หมวดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน                                                                 | 25.70            | 11.01 | 25.19            | 13.06 | 13.92           | 14.14 |
| หมวดการรับใหม่/รับย้าย/จำหน่าย/ส่งต่อ และ<br>การส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาในหน่วยงานอื่น<br>นอกหอผู้ป่วย | 24.06            | 23.51 | 29.10            | 25.58 | 9.40            | 17.11 |
| หมวดการสังเกตและตรวจวัดเกี่ยวกับสภาพ<br>อาการต่างๆ สัญญาณชีพ และเครื่องวัดอื่นๆ                     | 23.28            | 16.61 | 28.88            | 17.70 | 23.37           | 14.03 |
| หมวดการบริหารยา สารน้ำ สารอาหาร เลือด<br>และส่วนประกอบของเลือด                                      | 13.55            | 14.80 | 16.54            | 22.82 | 12.76           | 19.35 |
| หมวดการสอนและประทับประคอง<br>จิตใจ                                                                  | 9.52             | 5.95  | 10.22            | 6.25  | 46.17           | 87.37 |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย และประเภทของผู้ป่วยที่จำแนกตามคู่มือ การจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มี ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยน้อยกว่า 3 ปี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเป็นหนึ่งในหอผู้ป่วยที่เป็นศูนย์ความเป็นเลิศ

ของโรงพยาบาล คือ ศูนย์หัวใจ หลอดเลือด และเมตาบอลิก และการเปิดหอผู้ป่วยภายหลังการทำหัตถการหัวใจเพิ่ม จึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มจำนวนพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี เจริญรุ่งเรือง (2547) ที่ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรม การพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับ ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามจริง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หอบำบัด พิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปีมากที่สุด เนื่องจากเป็นวัยที่อวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมถอย บางคนมีโรคเรื้อรังประจำตัวหลายโรค เมื่อสภาพร่างกายอ่อนแอลงก็จะทำให้ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเดิมเกิดความรุนแรงมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ เช่น โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุพร วงศ์ประทุม, 2556) และเนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกมีข้อจำกัดเรื่องการรับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งรับได้เพียง 2 คนต่อเวร เพราะพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) และการอบรมเชิงปฏิบัติการโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีจำนวนน้อย ประกอบกับมีหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กช่วยรองรับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีค่าเฉลี่ยต่อแรมมากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยวิกฤตนั้นเป็นการรวมคะแนนของกิจกรรมที่ให้การดูแลต่อผู้ป่วยทั้งหมด 28 กิจกรรม ซึ่งจากการศึกษาของ Miranda et al. (1996) ได้แสดงค่าคะแนนการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระบบ TISS-28 ว่าสามารถทำนายการใช้เวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยกิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลโดยตรงในหอผู้ป่วยหนัก และ TISS-28 สามารถบ่งบอกการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และภาระงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนักได้เป็นอย่างดี (มานั รักษาเกียรติศักดิ์ และปฏิภาณ ตุ่มทอง, 2549) สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยประเภทที่ 3 มากที่สุด

2. เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกแต่ละประเภทของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และในรอบ 24 ชั่วโมง

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้เวลา

เฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีทั้งผู้ป่วยที่รับใหม่จากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดแล้วหลายวัน กิจกรรมการพยาบาลเป็นแบบองค์รวม มีความหลากหลายทั้งด้านการเฝ้าระวังระบบไหลเวียนโลหิต การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วาริดา จงธรรม (2552) ที่ทำการวิเคราะห์ภารกิจของบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลศิริราชพบว่าพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 3 และประเภทที่ 4 ใกล้เคียงกันมาก โดยความต้องการการพยาบาลจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค และจะแตกต่างกันตามความสามารถในการดูแลตนเอง โดยกลุ่มผู้ป่วยเด็กจะมีความรุนแรงของโรคมกและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่ต้องการการพยาบาลอย่างซับซ้อนและการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิดในทุกระบบ เน้นการเฝ้าระวังระบบไหลเวียนโลหิตเป็นหลัก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจและความดันโลหิตอยู่ตลอดเวลา และต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับระบบต่างๆ รวมทั้งการเฝ้าระวังการติดเชื้อ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมดูแลก็จะเพิ่มมากขึ้น ทำให้กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดจากแผนการรักษาเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยนั้น หากสังเกตไม่ทันหรือรายงานแพทย์ล่าช้า อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ มีการใช้เครื่องพุงหัวใจหรือเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า มีสายสวนหลอดเลือดและสายสวนตามอวัยวะต่างๆ มีท่อระบายแบบต่อเนื่องที่แผลผ่าตัดมาจากห้องผ่าตัดหรือมาใส่เพิ่มที่หอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจแล้ว

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องการสังเกตและตรวจวัดเกี่ยวกับสภาพอาการต่างๆ สัญญาณชีพ และเครื่องวัดอื่นๆ การบริหารยา สารน้ำ สารอาหาร เลือด และส่วนประกอบของเลือด การปฏิบัติ การพยาบาลต่างๆ พยาบาลวิชาชีพต้องอาศัยความรู้ เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งต้องมีทั้งความชำนาญ และประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้ ทันทีทั้งที่ สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา และการดูแลระดับประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งจำเป็นต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่าง ด้วยตนเอง เนื่องจากแม้เพียงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามปกติก็อาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะวิกฤตที่คุกคาม ชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีทั้งคุณภาพ และความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่าเมื่อจำแนกตามค่าเฉลี่ยผู้ป่วย ต่อเวร พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทที่ 2-4 ในเวรบ่าย มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยประเภทที่ 2 เป็นผู้ป่วย ที่มีอาการคงที่ พร้อมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แต่อาจ ติดปัญหาเรื่องเตียงที่หอผู้ป่วยสามัญเต็ม หรือหอผู้ป่วย วิกฤตยังไม่มีการใช้เตียงเพื่อรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วย ประเภทนี้จึงยังต้องพักอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อ ซึ่งแม้ จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว ก็ยังต้องมีการสังเกต และติดตามสัญญาณชีพอยู่ตลอด และเวรเช้าเป็นเวรที่มี กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดจากการตรวจเยี่ยมของแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาล การบริหารยา และการดูแลกิจวัตร ประจำวัน ในผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้เลย มีข้อจำกัดทั้งการบอกความต้องการและการเคลื่อนไหว ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลตลอดเวลา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วย วิกฤตมีกำหนดเวลาเยี่ยมเพียงช่วงสั้นๆ หรืออาจงดเยี่ยม หากมีการทำหัตถการ พยาบาลวิชาชีพจึงใช้เวลาในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากที่สุดในหมวดการตรวจเยี่ยม เพื่อติดตามผลการรักษา หมวดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตร

ประจำวัน และหมวดการสังเกตและตรวจวัดเกี่ยวกับ สภาพอาการต่างๆ สัญญาณชีพ และเครื่องวัดอื่นๆ ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่ หมวดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลามากที่สุด รองลงมา คือ หมวดการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการรักษา และ หมวดการปฏิบัติการพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารควรเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงเวลาปฏิบัติงานเวรบ่าย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วย วิกฤตคัดยกรมหัวใจและทรวงอกมากที่สุดในช่วงเวรบ่าย และมีค่าเฉลี่ยผู้ป่วยต่อเวรเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 มากที่สุด เพื่อให้ปริมาณคนสอดคล้องกับปริมาณงาน

1.2 ผู้บริหารควรจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หอผู้ป่วยอื่น ได้แก่ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยพิเศษ ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หอผู้ป่วย วิกฤตคัดยกรมหัวใจและทรวงอกได้เตรียมพร้อมรับผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าเข้ามา ได้อย่างทันที

1.3 ผู้บริหารควรจัดการฝึกอบรมการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตเด็กแบบองค์รวมแก่พยาบาลวิชาชีพทุกคน เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการพยาบาล

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปริมาณเวลา เฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ โรงพยาบาลรามารับดี

2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อหาเวลามาตรฐานของ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในแต่ละกิจกรรม และในผู้ป่วยวิกฤตแต่ละประเภท

2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปริมาณเวลา เฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในโรงพยาบาลขนาดอื่นๆ

2.4 ควรมีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปริมาณเวลา เฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงให้

ครอบคลุมทุกด้าน โดยใช้คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วย  
วิกฤต

### เอกสารอ้างอิง

- ฝ่ายการพยาบาลอาคารหลัก โรงพยาบาลรามาริบดี. (2556).  
สถิติการลาออก โอนย้าย ของพยาบาลและผู้ช่วย  
พยาบาล. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2553). *การจัดการทาง  
การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4).  
กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- มาณี รักษาเกียรติศักดิ์, และปฏิภาณ ตุ่มทอง. (2549).  
การประเมินภาระงานและระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ไอซียู  
หลังการผ่าตัดโดยใช้ Therapeutic Intervention  
Scoring System 28 รายการ (TISS-28).  
*วิทย์สาร*, 39(1), 19-26.
- มาริษา สมบัติบุญ. (2546). *แนวคิดและการบริหาร  
อัตรากำลังในหน่วยบริการพยาบาล*. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- รัชนี อยู่ศิริ. (บ.ก.). (2551). *การบริหารการพยาบาล*.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์.
- โรงพยาบาลรามาริบดี. (2556). ตัวชี้วัดด้านบริการของ  
โรงพยาบาล. สืบค้น วันที่ 30 พฤศจิกายน 2556,  
จาก <http://www.intra.ra.mahidol.ac.th>
- วาริดา จงธรรม. (2552). *การวิเคราะห์ภารกิจของบุคลากร  
ทางการพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม  
ทั่วไป โรงพยาบาลศิริราช* (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุจิตรา ล้อมอานวยลาก, และชวนพิศ ทำนอง. (บ.ก.).  
(2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*  
(พิมพ์ครั้งที่ 7). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุพร วงศ์ประทุม. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่  
ตอนปลายที่มีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะวิกฤต*.  
ใน สุจิตรา ล้อมอานวยลาก, และชวนพิศ ทำนอง.  
(บ.ก.). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*  
(พิมพ์ครั้งที่ 7). หน้า 361-372. ขอนแก่น: โรงพิมพ์  
คลังนานาวิทยา.
- สุวรรณี เจริญรุ่งเรือง. (2547). *การเปรียบเทียบต้นทุน  
กิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนก  
ประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามจริง  
กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: หอบำบัดพิเศษโรคหัวใจ  
โรงพยาบาลรามาริบดี* (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Miranda, D. R., de Rijk, A., & Schaufeli, W.  
(1996). Simplified Therapeutic Intervention  
Scoring System: The TISS-28 items--results  
from a multicenter study. *Critical Care  
Medicine*, 24(1), 64-73.
- Urden, L. D., & Roode, J. L. (1997). Work  
sampling: A decision making tool for  
determining resources and work redesign.  
*The Journal of Nursing Administration*,  
27(9), 34-40.

การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล  
และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง \*

Nursing Performance in Relation to Nursing Council Regulations on Professional  
Ethics of Nurse and Midwifery B.E. 2550 among Professional Nurses  
in One Tertiary Hospital \*

วรากรณ์ ทิพย์สุมานันท์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) \*\*

Waraporn Tipsumanunt, M.Sc. (Public Health) \*\*

นอรัตน์ สุวรรณพ้อง, พย.ด. \*\*\*

นพพร ไทวธีระกุล, ส.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์) \*\*\*\*

Nawarat Suwannapong, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

Nopporn Howteerakul, Ph.D. (Medicine and Health Sciences) \*\*\*\*

มธุรส ทิพย์มงคลกุล, อ.ด. (ระบาดวิทยา) \*\*\*\*\*

Mathuros Tipayamonkholgul, Ph.D. (Epidemiology) \*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 393 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .88 ปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่น .94 และการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ มีค่าความเชื่อมั่น .78 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลโดยรวมในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 92.20 มีปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงานโดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.80 และมีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ โดยรวมในระดับปรับปรุง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 พบว่าค่านิยมวิชาชีพพยาบาลระดับดี และปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงานระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* มหบัณฑิตสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

\*\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. OR = 2.81, 95% CI = 1.21-6.63 และ Adj. OR = 2.15, 95% CI = 1.26-3.67 ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรมีการส่งเสริมค่านิยมวิชาชีพและปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน และจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

**คำสำคัญ:** พยาบาลวิชาชีพ จริยธรรม ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน

### **Abstract**

This cross-sectional research aimed to evaluate nursing performance in relation to Nursing Council Regulations on professional ethics of nurse and midwifery B.E. 2550, and to analyse associations between personal characteristics, professional nursing values, and motivating factors with nursing performance in relation to Nursing Council Regulations among professional nurses. The samples consisted of 393 professional nurses in one tertiary hospital. The research instrument was a four-part questionnaire including personal characteristics of professional nurse, professional nursing values with the reliability of .88, motivating factors with the reliability of .94, and nursing performance in relation to Nursing Council Regulations with the reliability of .78. Data were collected from June 1 to July 31, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Chi-square test, and multiple logistic regression analysis.

The research results revealed that the overall score of professional nursing values was in a good level (92.20%) and the overall score of motivating factors was in a high level (55.80%), while the overall score of nursing performance in relation to Nursing Council Regulations was in a poor level (36.70%). Furthermore, professional nursing values at a good level and motivating factors at a high level were statistically significant associated with nursing performance in relation to Nursing Council Regulations (Adj. OR = 2.81, 95% CI = 1.21-6.63 and Adj. OR = 2.15, 95% CI = 1.26-3.67, respectively).

This research suggested that the administrators should promote professional nursing values and motivating factors. Moreover, training should be organized on nursing performance in relation to Nursing Council Regulations in order to raise awareness of the importance and encourage accurate practice.

**Keywords:** Professional nurses, Ethics, Professional nursing values, Motivating factors

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลาทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ข้อมูลข่าวสารเชื่อมโยงถึงกันทั่วโลก (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2554) มีการเผยแพร่ความรู้ทางการศึกษาพยาบาลและระบบบริการทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยอย่างกว้างขวาง และจากนโยบายการปฏิรูปการศึกษาทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิการรักษาของตนเอง มีความต้องการและความคาดหวังสูงในบริการสุขภาพที่ตนเองจะได้รับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) เมื่อพยาบาลปฏิบัติไม่ได้ตามที่คาดหวัง อาจเกิดเป็นประเด็นข้อขัดแย้งทางด้านจริยธรรมขึ้นได้ หรือสาเหตุที่สำคัญอีกประการคือ พยาบาลบางคนละเลยต่อเรื่องจริยธรรม ขาดความเข้าใจในหน้าที่และปรัชญาของวิชาชีพ มุ่งปฏิบัติงานแต่ด้านการรักษา แต่ละเลยมุ่งแต่การเอาอาหารอันอบอุน ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องอาศัยคุณค่าของการปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ควบคู่ไปกับคุณค่าทางจริยธรรม (สิวลี ศิริไธ, 2551)

จริยธรรมเป็นหลักการประเพณีที่พึงงามของบุคคลทั้งด้านกาย วาจา และใจ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม ศีลธรรม และกฎหมายของบุคคลในสังคม (วริยา ชินวรรณ, 2546) เพื่อให้บุคคลแสดงออกในสิ่งที่ดี ถูกต้อง และเหมาะสม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้มีการจัดตั้งสภาการพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ดูแลและควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยออกเป็นข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 83 ง วันที่ 11 กรกฎาคม 2550 โดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมทั้งต่อผู้ป่วย ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ และต่อผู้ร่วมงาน (อุบลรัตน์

โพธิ์พัฒนชัย, 2550) และถึงแม้ว่าจะมีการออกข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ดังกล่าวแล้ว แต่ปัจจุบัน พยาบาลก็ยังคงร้องเรียนจากผู้รับบริการ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพยาบาลโดยตรง ที่สำคัญมี 3 ประการ ได้แก่ ไม่มีความรู้เพียงพอในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้การพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐานวิชาชีพ และการไม่ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมทางการพยาบาล และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2552) ทั้งนี้ ข้อร้องเรียนที่สภาการพยาบาลได้รับเพิ่มมากขึ้นนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการเกี่ยวกับมารยาทกริยา วาจา ภาษาพูด การสื่อสาร การให้ข้อมูล และเทคนิคบริการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาด้านจริยธรรม (สภาการพยาบาล, 2551)

ค่านิยมเป็นตัวกำหนดพื้นฐานของความเชื่อและทิศทางของพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคล โดยค่านิยมอาจเกิดจากสภาพแวดล้อม สภาพสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงหรือเกิดขึ้นใหม่ได้ (วิภาดา กุลปานนท์, 2544) ดังนั้น ค่านิยมต่อวิชาชีพพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกกระทำการใดๆ ที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่ง Fry (1994) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลต้องเผชิญกับความขัดแย้งทางค่านิยมและเกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรม พยาบาลที่ตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ดีจะต้องทำความเข้าใจค่านิยมให้กระจ่าง ส่วนแรงจูงใจเป็นแรงขับที่เกิดจากภายในเป็นความรู้สึกที่เกิดจากด้านจิตใจ ซึ่งมีผลทำให้มีพฤติกรรมและการกระทำของบุคคลเพื่อให้เกิดความสำเร็จ (วรรัตน์ เขียวไพบรี, 2553) จากทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959) กล่าวว่าปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง เพื่อจูงใจให้คนชอบและรักงานที่ปฏิบัติ เป็นการกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจแก่บุคคลในองค์การ และส่งผลให้บุคคลนั้นๆ สามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงงาม

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีจำนวนมากและมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ซึ่งลักษณะงานของพยาบาลจะแตกต่างกันตามแผนกที่ปฏิบัติงาน สำหรับงาน

การพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก พยาบาลถือเป็นด่านหน้าของการให้บริการ ซึ่งต้องให้บริการทั้งผู้รับบริการและญาติ ตลอดจนการให้ข้อมูล คำแนะนำอื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง หรือละเลยต่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามจริยธรรมวิชาชีพได้ สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนเวรทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนแตกต่างกันไปในแต่ละคน ในบางครั้งจึงให้บริการที่ไม่เหมาะสมตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง ทำให้เกิดปัญหาข้อขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลได้ ประกอบกับปัจจุบันก็ยังมีข้อร้องเรียนต่าง ๆ ของผู้รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรมของพยาบาล กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และป้องกันปัญหาข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยจุใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารงานของโรงพยาบาล ในการดำเนินการพัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทุกคน ให้ปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อันจะส่งผลให้การบริหารทางการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยจุใจในการปฏิบัติงาน กับ การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

## สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และกลุ่มงาน การบริการผู้ป่วยที่สังกัด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

2. ค่านิยมวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

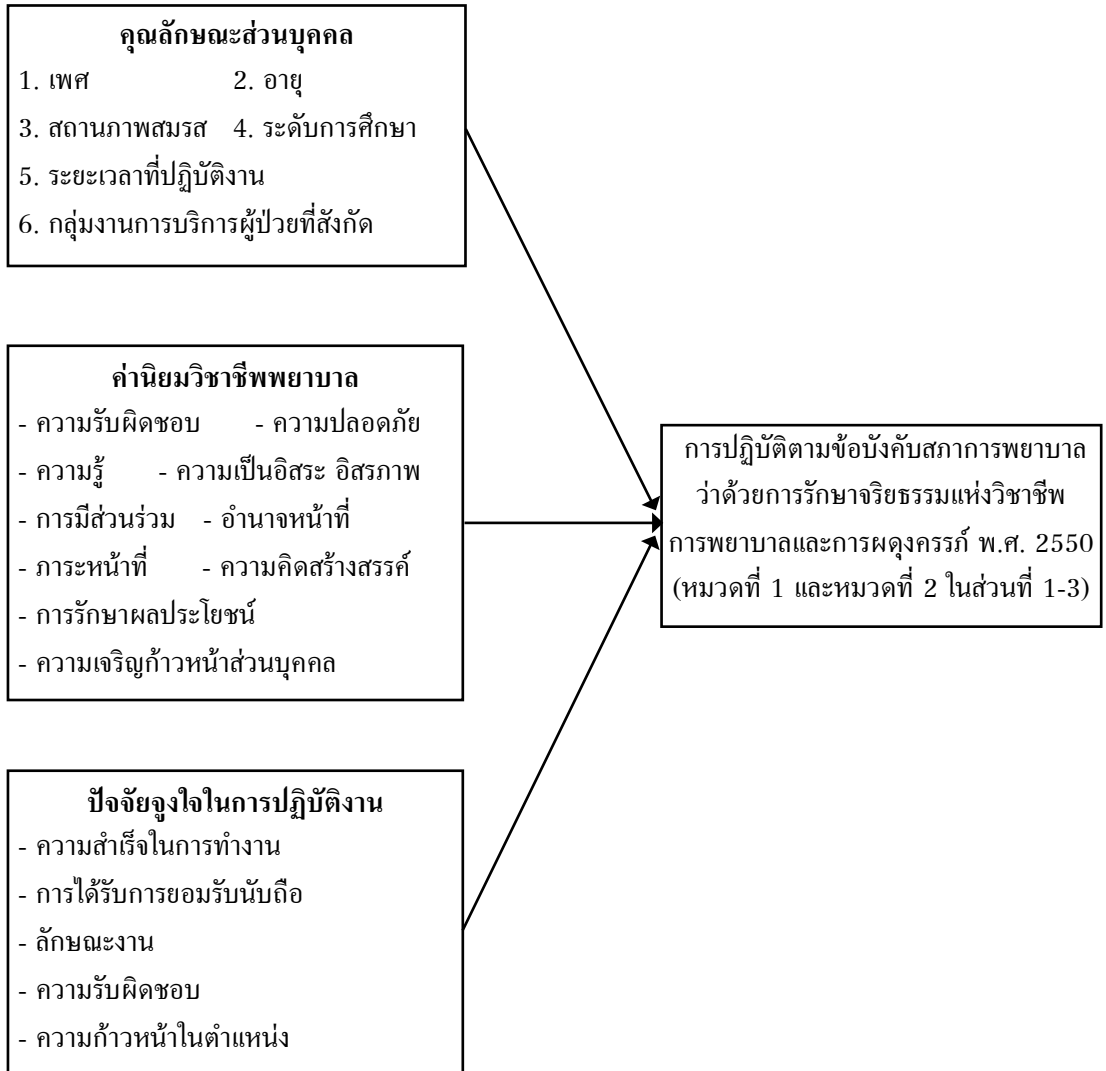
3. ปัจจัยจุใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพ โดยประเมินจากการตอบแบบสอบถามที่แสดงถึงสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เข้าไปเกี่ยวข้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 และหมวดที่ 2 ในส่วนที่ 1-3 (สภาการพยาบาล, 2551) ในการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ผู้ร่วมวิชาชีพ และผู้ร่วมงาน

สำหรับตัวแปรต้นประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล  
ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล ตามแนวคิดของ Scalzi and  
Mazarey (1989) และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน

ตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959) สรุปเป็น  
กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ Si239/2015)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 จำนวนทั้งสิ้น 393 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล 11 กลุ่มงาน ได้แก่ งานการพยาบาลกุมาร งานการพยาบาลจักษุ งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผ่าตัด งานการพยาบาลพิเศษ งานการพยาบาลรังสี งานการพยาบาลสูติ-นรีเวช งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ งานการพยาบาลปฐมภูมิ และงานการพยาบาลระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล ผู้ตรวจการ และหัวหน้าหอผู้ป่วย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2013) ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 281 คน เนื่องจากอัตราการตอบกลับโดยทั่วไปประมาณร้อยละ 70 จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 เพื่อให้ครอบคลุมอัตราการตอบกลับของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ไม่ตอบแบบสอบถามหรือตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มคือ 112 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 393 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากรในแต่ละกลุ่มงานการพยาบาล

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

และกลุ่มงานการบริการผู้ป่วยที่สังกัด จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Scalzi and Mazarey (1989) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรับผิดชอบ ความปลอดภัย ความรู้ความเป็นอิสระ อิสระภาพ การมีส่วนร่วม อำนาจหน้าที่ ภาระหน้าที่ ความคิดสร้างสรรค์ การรักษาผลประโยชน์ และความเจริญก้าวหน้าส่วนบุคคล จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีค่านิยมในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามในงานวิจัยของ ภาวิดา พันระกา, กิตติพงษ์ หาญเจริญ, ฉัตรสมุน พลฤทธิบุญ, และนิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2554) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยจูงใจในระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และในระดับสูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 และหมวดที่ 2 ในส่วนที่ 1-3 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับปรับปรุง (ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน) ในระดับผ่านเกณฑ์ (เท่ากับค่ามัธยฐานถึงน้อยกว่าค่าควอไทล์ที่ 3) และในระดับดีเลิศ (มากกว่าหรือเท่ากับค่าควอไทล์ที่ 3)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำและหาความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนค่านิยมวิชาชีพพยาบาล ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ เท่ากับ .88, .94 และ .78 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานกับงานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม พร้อมเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอม จำนวนทั้งสิ้น 393 ชุด ให้งานวิจัยฯ ทั้งนี้ เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นงานวิจัยฯ นำแบบสอบถามให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาทั้งสิ้น 1 สัปดาห์ และให้หัวหน้าหอผู้ป่วยนำแบบสอบถามส่งคืนงานวิจัยฯ เพื่อมอบให้ผู้วิจัยต่อไป ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2558

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลค่านิยมวิชาชีพพยาบาล ข้อมูลปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และข้อมูลการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก สำหรับการพิจารณาความสัมพันธ์นั้น ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปรับปรุง-ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าค่าควอไทล์ที่ 3) และระดับดีเลิศ (เท่ากับค่าควอไทล์ที่ 3) ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามกลับ จำนวน 335 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85.24

## ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.60 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.60 รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.90 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 28 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสได้ คิดเป็นร้อยละ 78.20 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 87.20 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.30 และกลุ่มงานการบริการผู้ป่วย ที่สังกัดส่วนใหญ่คือ กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 78.20

2. ค่านิยมวิชาชีพพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลโดยรวมในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 92.20 เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าส่วนบุคคลในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 42.10 รองลงมาคือ ค่านิยมเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ ความเป็นอิสระ อิศรภาพ และการมีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ 17.90, 17 และ 10.20 ตามลำดับ

3. ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.80 เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีปัจจัยจูงใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าในตำแหน่งในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับนับถือ และความสำเร็จในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 28.40, 22.70 และ 17.90 ตามลำดับ

4. การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ

ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ โดยรวมในระดับปรับปรุงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาคือ ระดับผ่านเกณฑ์ และระดับดีเลิศ คิดเป็นร้อยละ 34.60 และ 28.70 ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของกลุ่มตัวอย่าง

5.1 ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ส่วนค่านิยมวิชาชีพพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่านิยม

วิชาชีพพยาบาลในระดับดี มีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ในระดับดีเลิศ คิดเป็นร้อยละ 30.10 และเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลในระดับต้องปรับปรุง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 16.050, p < .001$ ) สำหรับปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง มีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ในระดับดีเลิศ คิดเป็นร้อยละ 34.80 และเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานในระดับต่ำ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 20.420, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 335)

| ตัวแปร                      | การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ |        |                     |        |                 |        | $\chi^2$ | p      |
|-----------------------------|-------------------------------------|--------|---------------------|--------|-----------------|--------|----------|--------|
|                             | ปรับปรุง (n = 123)                  |        | ผ่านเกณฑ์ (n = 116) |        | ดีเลิศ (n = 96) |        |          |        |
|                             | จำนวน (คน)                          | ร้อยละ | จำนวน (คน)          | ร้อยละ | จำนวน (คน)      | ร้อยละ |          |        |
| ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล        |                                     |        |                     |        |                 |        |          |        |
| ต้องปรับปรุง                | 19                                  | 73.10  | 4                   | 15.40  | 3               | 11.50  | 16.050   | < .001 |
| ดี                          | 104                                 | 33.70  | 112                 | 36.20  | 93              | 30.10  |          |        |
| ปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงาน |                                     |        |                     |        |                 |        |          |        |
| ต่ำ                         | 71                                  | 48.00  | 46                  | 31.10  | 31              | 20.90  | 20.420   | < .001 |
| สูง                         | 52                                  | 27.80  | 70                  | 37.40  | 65              | 34.80  |          |        |

5.2 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลในระดับดี มีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ดีเป็น 2.81 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลในระดับต้องปรับปรุงและระดับปานกลาง (Adj. OR = 2.81, 95% CI = 1.21-6.63)

และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง มีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ดีเป็น 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานในระดับต่ำและระดับปานกลาง (Adj. OR = 2.15, 95% CI = 1.26-3.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรม  
แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 335)

| ปัจจัย                    | Crude OR | 95% CI    | p      | Adj. OR | 95% CI    | p    |
|---------------------------|----------|-----------|--------|---------|-----------|------|
| ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล      |          |           |        |         |           |      |
| ต้องปรับปรุง-ปานกลาง      | 1        |           |        | 1       |           |      |
| ดี                        | 4.05     | 1.79-9.18 | .001   | 2.81    | 1.21-6.63 | .017 |
| ปัจจัยสนใจในการปฏิบัติงาน |          |           |        |         |           |      |
| ต่ำ-ปานกลาง               | 1        |           |        | 1       |           |      |
| สูง                       | 2.55     | 1.53-4.24 | < .001 | 2.15    | 1.26-3.67 | .005 |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 โดยรวมอยู่ในระดับดีเลิศเพียงร้อยละ 28.70 และในระดับผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 34.60 แม้ว่าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้จะได้จัดทำเป็นหนังสือประกาศให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนทราบและปฏิบัติตาม แต่มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ในระดับต้องปรับปรุงมากถึงร้อยละ 36.70 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.30) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ทำให้มีทักษะการทำงานและการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ทั้งต่อผู้ป่วย ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ และต่อผู้ร่วมงาน อย่างไม่เคร่งครัดในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนมีการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ น้อยกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากกว่า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพานิกโก โพธิ์เงิน, สุรชาติ ฌ หนองคาย, และกิตติพงษ์ หาญเจริญ (2556) ที่ศึกษา

การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติโดยรวมในระดับดีมาก โดยการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ดังกล่าว คณะกรรมการสภาการพยาบาลได้ออกเป็นข้อบังคับไว้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 83 ง วันที่ 11 กรกฎาคม 2550 (สภาการพยาบาล, 2551) ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลตระหนักในบทบาทของตนเอง สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยความตระหนักในคุณค่า ศักดิ์ศรี ตลอดจนสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วย ในฐานะเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ในขณะเดียวกันก็ต้องรักษามาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ และธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรมในการประกอบวิชาชีพ เป็นข้อบังคับที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนพึงต้องปฏิบัติตาม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยมวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยสนใจในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สอดคล้องกับการศึกษาของพานิภัค โพธิ์เงิน และคณะ (2556) ที่พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และกลุ่มงาน การบริการผู้ป่วยที่สังกัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่าค่านิยมวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลในระดับดี จะมีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ในระดับดีเลิศ (ร้อยละ 30.10) และเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีค่านิยมวิชาชีพพยาบาลในระดับต้องปรับปรุง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของฟาริดา อิบราฮิม (2554) ที่ว่าค่านิยมต่อวิชาชีพการพยาบาลที่ดีมีอิทธิพลต่อการประกอบวิชาชีพพยาบาล หากการประพฤติปฏิบัติตัวของผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นไปตามค่านิยมทางสังคมก็จะได้รับการยอมรับ ค่านิยมของบุคคลจะสัมพันธ์กับการแสดงออกในความเป็นตนเองของบุคคลนั้น (self identity) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ชีวิตในอดีต โดยค่านิยมจะแสดงออกทางพฤติกรรม ความรู้สึก ความนึกคิด ความรู้ และการกระทำ พยาบาลวิชาชีพที่มีค่านิยมวิชาชีพที่ดีเกี่ยวกับความรับผิดชอบ ความปลอดภัย ความรู้ ความเป็นอิสระ อิศราภาพ การมีส่วนร่วม อำนาจหน้าที่ ภาระหน้าที่ ความคิดสร้างสรรค์ การรักษาผลประโยชน์ และความเจริญก้าวหน้าส่วนบุคคล ก็จะมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม ปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี สันะสนธิ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพ ค่านิยมต่อวิชาชีพ กับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน พบว่าค่านิยมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Brown, Lindell, Dolansky, and Garber (2015) ที่พบว่าค่านิยมวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการทำงานร่วมกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพานิภัค โพธิ์เงิน และคณะ (2556) ที่พบว่าค่านิยมต่อวิชาชีพพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยงูใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีปัจจัยงูใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง จะมีการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ในระดับดีเลิศ (ร้อยละ 34.80) และเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีปัจจัยงูใจในการปฏิบัติงานในระดับต่ำ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959) กล่าวคือ ปัจจัยงูใจจะทำให้พยาบาลเกิดความพอใจในการทำงาน นำไปสู่ทัศนคติทางบวก เกิดความชอบในงาน รักงาน และมีความพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ ส่งผลให้ประพฤติปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณี ขาวเมฆ (2550) ที่ศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดหนึ่ง พบว่าปัจจัยงูใจตามทฤษฎีของ Herzberg มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารของโรงพยาบาลหรือฝ่ายการพยาบาลควรมีการส่งเสริมค่านิยมวิชาชีพและปัจจัยงูใจการปฏิบัติงาน เช่น มีการประกาศยกย่อง ให้รางวัลหรือค่าตอบแทนกับพยาบาลวิชาชีพที่มีการปฏิบัติงานได้เหมาะสมตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานแห่งวิชาชีพพยาบาล เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี และสร้างแรงงูใจในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

1.2 ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ให้กับพยาบาลทุกคน เพื่อให้เกิด

การตระหนักถึงความสำคัญ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดียิ่งขึ้น

1.3 ฝ่ายการพยาบาลหรือผู้บังคับบัญชาควรเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้ไปศึกษาดูงาน อบรมหรือลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น หรือสนับสนุนให้มีการย้ายตำแหน่งงานที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของแต่ละบุคคล มีระบบการพิจารณาเลื่อนขั้นที่เป็นธรรม เพื่อให้พยาบาลมั่นใจว่าวิชาชีพพยาบาลมีโอกาสเจริญก้าวหน้าได้เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยเปรียบเทียบการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลภาครัฐกับภาคเอกชน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ เพื่อให้เห็นพฤติกรรมปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2554). *การบริหารการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2552). พยาบาลกับการประกอบวิชาชีพที่อาจถูกฟ้องร้องได้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(2), 11-13.
- พรรณี ขาวเมฆ. (2550). *บทบาทการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

พาณิชย์ โพธิ์เงิน, สุรชาติ ณ หนองคาย, และกิตติพงษ์ หาญเจริญ. (2556). การปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 29(1), 13-30.

พาริดา อิบราฮิม. (2554). *สาระทางการพยาบาลเพื่อความรักและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ภาวดี พันระกา, กิตติพงษ์ หาญเจริญ, ฉัตรสุนัน พงศ์กัญญา, และนิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. (2554). แรงจูงใจกับประสิทธิผลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 27(2), 40-49.

รัชณี ลินะสนธิ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพ ค่านิยมต่อวิชาชีพกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เขต 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(1), 1-13.

วรรัตน์ เฝียวไพรี. (2553). *ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธนบุรี.

วิภาดา คุปตานนท์. (2544). *การจัดการและพฤติกรรมองค์การ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

วริยา ชินวรรณ. (2546). *จริยธรรมในวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2551). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

สิวลี ศรีโล. (2551). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย. (2550). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

- Brown, S. S., Lindell, D. F., Dolansky, M. A., & Garber, J. S. (2015). Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), 205-216.
- Daniel, W. W. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). Singapore: John Wiley & Sons.
- Fry, S. T. (1994). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. Geneva: The International Council of Nurse.
- Herzberg, F. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Scalzi, C., & Mazarey, P. (1989). Values conflict in nursing administration. In Henry, B., Arndt, C., Di Vincenti, M., & Marriner-Tomey, A. (Eds.). *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education, practice*. pp. 583-591. Boston: Blackwell Scientific.
-

## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี Factors Related to Organizational Commitment and Work Life Balance among Staffs in Khao Khitchakut Hospital, Chanthaburi Province

สมยศ พนธราธา, พ.บ. \*

Somyos Panathara, M.D. \*

ปราณี เกิดผล, วท.บ. \*\*

Pranee Kirdphol, B.Sc. \*\*

ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) \*\*\*

พิชชาภา ท้อมา, พทป.บ. \*\*\*\*

Saknarin Limcharoen, M.N.S. (Adult Nursing) \*\*\*

Pitchapha Homa, B.ATM. \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในชีวิตของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 111 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง: HAPPINOMETER แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการทำงาน ความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .91, .82 และ .80 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการทำงานโดยรวมในระดับมีความสุข ( $\bar{X} = 67.37$ ,  $SD = 7.09$ ) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันต่อองค์กร และค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในชีวิตโดยรวมในระดับมาก ( $\bar{X} = 67.34$ ,  $SD = 11.25$  และ  $\bar{X} = 73.24$ ,  $SD = 12.15$  ตามลำดับ) และความสุขในการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .672$ ,  $p < .01$  และ  $r = .476$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน และควรมีการกระตุ้นหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานให้เห็นความสำคัญของความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในชีวิตของบุคลากร ซึ่งจะช่วยให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย

**คำสำคัญ:** ความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ความสุขในชีวิต บุคลากร

\* นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

\*\* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

\*\*\*\* แพทย์แผนไทย งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

## Abstract

This correlational research aimed to examine the relationships between work happiness, organizational commitment, and work life balance among staffs. The samples consisted of 111 staffs in Khao Khitchakut Hospital, Chanthaburi Province. The research instrument was a five-part survey form of HAPPINOMETER, comprised personal characteristics, work characteristics, work happiness, organizational commitment, and work life balance with the reliability of .91, .82, and .80, respectively. Data were collected from June to July, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the staffs had overall mean score of work happiness at a happy level ( $\bar{X} = 67.37$ ,  $SD = 7.09$ ), as well as the mean score of organizational commitment and the overall mean score of work life balance were at the high level ( $\bar{X} = 67.34$ ,  $SD = 11.25$  and  $\bar{X} = 73.24$ ,  $SD = 12.15$ , respectively). The overall work happiness was positively statistically significant related to organizational commitment and work life balance ( $r = .672$ ,  $p < .01$  and  $r = .476$ ,  $p < .01$ , respectively).

This research suggested that the hospital administrators should encourage and promote work happiness for staffs. Moreover, the head of department or supervisors should be recognized in the importance of work happiness, organizational commitment, and work life balance among staffs in order to get more effective administration.

**Keywords:** Work happiness, Organizational commitment, Work life balance, Staffs

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาทั้งในชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และการทำงาน โดยการทำงานเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาไปมากกว่าหนึ่งในสามของชีวิต หากบุคคลมีความสุขในการทำงานก็จะส่งผลให้บุคคลมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และเต็มใจที่จะทำงานให้สำเร็จ อันจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์การตามมา เช่น ผลผลิตเพิ่มขึ้น ลูกค้าพึงพอใจในสินค้าและบริการ (Manion, 2003; Fisher, 2009) การสร้างความสุขในการทำงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับองค์การ และหากทุกคนในองค์การต่างมีความสุขในการทำงาน ก็จะเกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และเกิดพลังทางบวก ทำให้ผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

บุคลากรก็จะเกิดความผูกพันในงาน และลดอัตราการออกจากงาน

ทรัพยากรบุคคลนับว่าเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าที่สุดในองค์การ และเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนองค์การให้ก้าวไปข้างหน้าในทิศทางที่องค์การต้องการ องค์การจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องทำให้ทรัพยากรบุคคลมีความสุขในการทำงานและพร้อมที่จะทำงาน ผู้บริหารยุคปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสุขให้กับผู้ทำงานเท่าๆ กับการผลิตสินค้าและบริการให้ดี มีคุณภาพ ดังนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ของรัฐบาล ซึ่งให้ความสำคัญกับความสุขในการทำงานของคนทำงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายหลักว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และมีคำนิยาม

เพื่อยึดเป็นหลักปฏิบัติ คือ “MOPH” ได้แก่ M (mastery) = ฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (ควบคุมตนเองให้ทำงาน คิด พูด อย่างมีสติ ใช้กิริยาจาเหมาะสมควร มีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม จริยธรรม รักการเรียนรู้ ค้นหาความรู้สม่ำเสมอ มีวินัย ตรงต่อเวลา รับผิดชอบ) O (originality) = สร้างสรรค์ นวัตกรรม สิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ P (people-centered approach) = ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง เป็นศูนย์กลางในการทำงาน และ H (humility) = มีความอ่อนน้อมถ่อมตน การเคารพผู้อื่น เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม รู้แพ้รู้ชนะ เปิดรับฟังความเห็นต่าง จัดการความขัดแย้งด้วยวิธีสร้างสรรค์ และช่วยผู้อื่น แก้ปัญหาในยามคับขัน (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2559) ซึ่งนโยบายนี้จะช่วยสร้างสุขภาพให้แก่บุคลากร ดังนั้นจึงได้รับการถ่ายทอดสู่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

จากการศึกษาเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ และความสมดุลในชีวิตของบุคลากร พบว่าบุคลากรให้ความหมายของความสุขในการทำงานว่า เป็นความอึดเมอใจ ภาควิไมใจในงาน ซึ่งเป็นงานที่ทำด้วยความรู้ ความสามารถ มีการสั่งสมประสบการณ์ พัฒนาจนเกิดทักษะเฉพาะตน โดยต้องมีความอดทน เสียสละ รับผิดชอบ และเป็นการทำงานที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเอง และต่อชีวิตมนุษย์ ทุกช่วงวัยที่ได้รับความทุกข์จากโรคภัย ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ (ธัชชน วรณพิน และวาสนี วิเศษฤทธิ์, 2555) ซึ่งความสุขจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และอุปสรรค สุขภาพจิตที่ดี บรรยากาศการทำงานที่ดี ความรักในงาน สัมพันธภาพในการทำงาน ความไว้วางใจ การรักการเรียนรู้และพัฒนา การสนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว และการเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ (อารดา บุญเลิศ, 2552)

ส่วนปัจจัยด้านการงานที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร ประกอบด้วยปัจจัยด้านสุขภาพกายดี ดังคำกล่าวที่ว่า “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” ซึ่งหากบุคคลมีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีความสุข ปัจจัยด้าน

ผ่อนคลาดี ได้แก่ การได้มีเวลาในการพักผ่อนอยู่กับครอบครัวในวันหยุด ปัจจัยด้านน้ำใจดี ได้แก่ ความรู้สึก ว่าองค์กรเป็นที่พึ่งได้ (สมจิตร จันทรเพ็ญ, 2557) ปัจจัยด้านจิตวิญญาณดี ได้แก่ ความรู้สึกว่าตนมีความสำคัญ ต่อองค์กร (เอี่ยมพร ม่วงแก้ว, 2555) ปัจจัยด้านสังคมดี ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์กับ ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยด้านใฝ่รู้ดี ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะด้านวิชาการและด้านวิชาชีพ มีความท้าทายในการทำงาน ปัจจัยด้านสุขภาพเงินดี ได้แก่ ด้านสวัสดิการและเงินเดือน/ค่าตอบแทน และ ปัจจัยด้านการงานดี ได้แก่ ความมีเอกลักษณ์ของงาน ความสำคัญของงาน ผลป้อนกลับของงาน และความก้าวหน้า ในการทำงาน (ศิริญาพร การสอน, 2556; สมจิตร จันทรเพ็ญ, 2557) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมดุลในชีวิต ของบุคลากร พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ในภาพรวม (ภาวิณี แสนวัน, 2559) และความสุขในการทำงาน (เกษร เรือนแก้ว, 2553; กมลวรรณ โพธิ์วิทยาการ, 2557) โดยพบว่าความสมดุลระหว่างงานและชีวิตมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความผูกพันในงาน (วรภา ศรีสันติโรจน์, 2548)

โรงพยาบาลเชลิมณญู จังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาล ชุมชนขนาด 30 เตียง ที่อยู่ในระบบสาธารณสุข และได้รับการถ่ายทอดนโยบายการสร้างสุขภาพให้แก่บุคลากร เช่นกัน ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลมีจำนวน ทั้งสิ้น 120 คน ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอเชลิมณญู ประมาณ 28,000 คน ตามหลักการสาธารณสุข 4 มิติ บูรณาการศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยเข้าด้วยกัน ตามบริบทของพื้นที่ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก งบประมาณในการบริหารจัดการไม่เพียงพอ และบุคลากร มีจำกัด แต่เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย สำคัญคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรจึงเห็น ความสำคัญของบุคลากรเป็นอันดับต้นๆ และมุ่งเน้นให้ ความสุขในการทำงานเป็นประเด็นสำคัญ และต้องส่งเสริม ให้เกิดขึ้นในทุกระดับและทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เชลิมณญู (งานยุทธศาสตร์และหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเชลิมณญู จังหวัดจันทบุรี, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความสุขเป็น การรับรู้ของแต่ละบุคคล (subjectivity) และมีความเป็น พลวัต (dynamic) ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลา และบริบทหนึ่ง ๆ แม้จะมีการศึกษาความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของ บุคลากรในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในภาคตะวันออก แต่ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลเวชชนัญ นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ต้องการศึกษาเพื่อให้ทราบว่าความสุขใน การทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร และ ความสมดุลในชีวิตของบุคลากรหรือไม่ อย่างไรก็ตาม สิ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรและ มีความสมดุลในชีวิตมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การทำงาน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประชาชนได้รับการบริการ ที่มีมาตรฐานและปลอดภัยตามเป้าหมายขององค์กร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

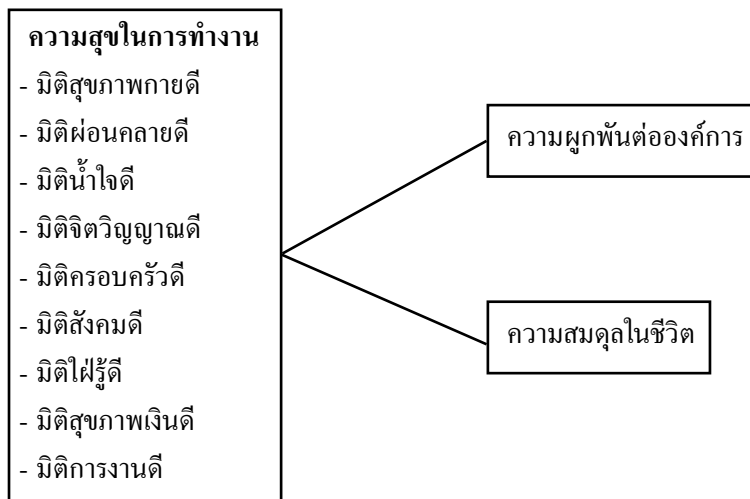
1. เพื่อศึกษาความสุขในการทำงาน ความผูกพัน ต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาล เวชชนัญ จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุล ในชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาลเวชชนัญ จังหวัดจันทบุรี

#### สมมติฐานการวิจัย

ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับ ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของ บุคลากร โรงพยาบาลเวชชนัญ จังหวัดจันทบุรี

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาความสุขใน การทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุล ในชีวิตของบุคลากร โดยอิงตามความสุขในการทำงาน ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 9 มิติ (มิติสุขภาพ กายดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติ ครอบครัวยดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี และ มิติการงานดี) (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พอดา บุญยศิริณะ, และวรรณภา อารีย์, 2555) ซึ่งความสุขในการทำงาน จะส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและความสมดุล ในชีวิตของบุคลากร เนื่องจากความสุขในการทำงาน นำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีในที่ทำงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกดีต่องาน ที่ได้รับมอบหมาย เกิดความผูกพันต่อองค์กร และ มี ความสมดุลในชีวิต ส่งผลให้คงอยู่ในองค์กรต่อไป สรุป เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2560 จำนวน 120 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงในธีรวุฒิ เอกะกุล, 2544) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 92 คน แต่เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย จึงเลือกศึกษาทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 120 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง: HAPPINOMETER ที่พัฒนาโดยศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2555) ซึ่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นำไปใช้เป็นเครื่องมือวัดความสุขการทำงานในประเทศไทย ในโครงการ “จับตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงาน

ในประเทศไทย พ.ศ. 2554-2557” แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส การตั้งครุฑ และจำนวนบุตร จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการทำงาน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงาน ระดับตำแหน่งงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพการจ้างงาน ตำแหน่งงานตามสายวิชาชีพ การปฏิบัติงานเวรผลัด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ในองค์กร จำนวนครั้งของการเปลี่ยนงาน และรายได้ต่อเดือน จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 3 ความสุขในการทำงาน แบ่งออกเป็น 9 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี จำนวน 6 ข้อ มิติผ่อนคลายดี จำนวน 5 ข้อ มิติน้ำใจดี จำนวน 9 ข้อ มิติจิตวิญญาณดี จำนวน 5 ข้อ มิติครอบครัวดี จำนวน 3 ข้อ มิติสังคมดี จำนวน 6 ข้อ มิติใฝ่รู้ดี จำนวน 3 ข้อ มิติสุขภาพเงินดี จำนวน 4 ข้อ และมิติการงานดี จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 56 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน

ทั้งโดยรวมและรายด้าน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง (ร้อยละ 0-24.99) ไม่มีความสุข (ร้อยละ 25.00-49.99) มีความสุข (ร้อยละ 50.00-74.99) และมีความสุขอย่างยิ่ง (ร้อยละ 75-100)

ส่วนที่ 4 ความผูกพันต่อองค์กร จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความผูกพันมากที่สุด (ร้อยละ 0-24.99) ไม่มีความผูกพัน (ร้อยละ 25.00-49.99) มีความผูกพันมาก (ร้อยละ 50.00-74.99) และมีความผูกพันมากที่สุด (ร้อยละ 75-100)

ส่วนที่ 5 ความสมดุลในชีวิต จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความสมดุลมากที่สุด (ร้อยละ 0-24.99) ไม่มีความสมดุล (ร้อยละ 25.00-49.99) มีความสมดุลมาก (ร้อยละ 50.00-74.99) และมีความสมดุลมากที่สุด (ร้อยละ 75-100)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสำรวจในส่วนความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิต มาหาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาค (Polit & Hungler, 1999) ได้ค่าเท่ากับ .91, .82 และ .80 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเจตนาประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสำรวจแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้ส่งคืนภายในเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อถึงเวลาที่กำหนด มีการติดตามขอความร่วมมือให้ส่งแบบสำรวจคืน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2560

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสุขในการทำงาน ข้อมูลความผูกพันต่อองค์กร และข้อมูลความสมดุลในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทั้งนี้ ได้รับแบบสำรวจกลับคืน จำนวน 106 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.33

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.80 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.20 ปี (SD = 10.57) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดจันทบุรี คิดเป็นร้อยละ 67.90 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.70 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49 ส่วนใหญ่ไม่ได้กำลังตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 95.70 และมีบุตรจำนวน 1 คน และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 27.40 และ 23.60 ตามลำดับ

2. ข้อมูลด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะงานด้านการบริการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.50 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานในระดับปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 83 ปฏิบัติงานที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.20 เท่ากัน มีสถานภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.30 มีตำแหน่งงานตามสายวิชาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20 ไม่ได้ปฏิบัติงานเวรผลัด คิดเป็นร้อยละ 50.90 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กร 10 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ไม่เคยเปลี่ยนงาน คิดเป็นร้อยละ 64.20 และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50

3. ความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการทำงานโดยรวมในระดับมีความสุข ( $\bar{X} = 67.37$ ,  $SD = 7.09$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข

ในการทำงานในทุกมิติในระดับมีความสุข และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันต่อองค์กรและค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลในชีวิตโดยรวมในระดับมาก ( $\bar{X} = 67.34$ ,  $SD = 11.25$  และ  $\bar{X} = 73.24$ ,  $SD = 12.15$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 106$ )

| ตัวแปร              | min - max      | $\bar{X}$ | SD    | ระดับ     |
|---------------------|----------------|-----------|-------|-----------|
| ความสุขในการทำงาน   |                |           |       |           |
| มิติสุขภาพกายดี     | 28.57 - 100.00 | 66.04     | 15.31 | มีความสุข |
| มิติผ่อนคลายดี      | 28.00 - 100.00 | 61.40     | 12.60 | มีความสุข |
| มิติน้ำใจดี         | 52.00 - 92.00  | 70.79     | 9.02  | มีความสุข |
| มิติจิตวิญญาณดี     | 44.00 - 96.00  | 72.57     | 10.05 | มีความสุข |
| มิติครอบครัวดี      | 20.00 - 100.00 | 68.05     | 16.68 | มีความสุข |
| มิติสังคมดี         | 33.33 - 100.00 | 67.48     | 10.73 | มีความสุข |
| มิติใฝ่รู้ดี        | 40.00 - 100.00 | 67.86     | 11.81 | มีความสุข |
| มิติสุขภาพเงินดี    | 25.00 - 96.47  | 62.69     | 15.01 | มีความสุข |
| มิติการงานดี        | 45.88 - 96.47  | 69.48     | 9.54  | มีความสุข |
| โดยรวม              | 47.35 - 86.93  | 67.37     | 7.09  | มีความสุข |
| ความผูกพันต่อองค์กร | 31.11 - 93.33  | 67.34     | 11.25 | มาก       |
| ความสมดุลในชีวิต    | 43.33 - 100.00 | 73.24     | 12.15 | มาก       |

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความสุขในการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .672$ ,  $p < .01$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่าความสุขในการทำงานในมิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี และมิติการงานดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพัน

ต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) มิติครอบครัวดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และมิติสุขภาพเงินดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนมิติสุขภาพกายดี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

สำหรับความสมดุลในชีวิต พบว่าความสุขในการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .476, p < .01$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่าความสุขในการทำงานในมิติผ่อนคลายดี มิติสุขภาพเงินดี และมิติการงานดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) มิติสังคมดีมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี และมิติใฝ่รู้ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนมิติสุขภาพกายดี และมิติน้ำใจดี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 106$ )

| ความสุขในการทำงาน | ความผูกพันต่อองค์กร |       | ความสมดุลในชีวิต |       |
|-------------------|---------------------|-------|------------------|-------|
|                   | r                   | p     | r                | p     |
| มิติสุขภาพกายดี   | .188                | .054  | .172             | .077  |
| มิติผ่อนคลายดี    | .401                | <.001 | .341             | <.001 |
| มิติน้ำใจดี       | .393                | <.001 | .072             | .464  |
| มิติจิตวิญญาณดี   | .428                | <.001 | .222             | .022  |
| มิติครอบครัวดี    | .265                | .006  | .237             | .015  |
| มิติสังคมดี       | .466                | <.001 | .294             | .002  |
| มิติใฝ่รู้ดี      | .481                | <.001 | .231             | .017  |
| มิติสุขภาพเงินดี  | .200                | .040  | .453             | <.001 |
| มิติการงานดี      | .644                | <.001 | .410             | <.001 |
| โดยรวม            | .627                | <.001 | .476             | <.001 |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความสุขในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสมดุลในชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาลเสนาธิคมกัญ จังหวัดจันทบุรี

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลเสนาธิคมกัญมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการทำงานโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความสุขในการทำงานโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลเสนาธิคมกัญ เกิดจากการให้คุณค่าของบุคลากร

ที่ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญ โดยเน้นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน การจัดสรรทรัพยากรให้บุคลากรทำงานได้อย่างสะดวกและปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในสถานที่ทำงาน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิกานันท์ เป้าพวย (2553) ที่ศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าระดับความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลเสนาธิคมกัญมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมในระดับ

มาก ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ มีความตระหนักถึงหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้โรงพยาบาล มีการพัฒนาและเจริญก้าวหน้า ดังนั้น บุคลากรจึงทุ่มเท ทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับโรงพยาบาล โดยเข้าไป มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างเต็มกำลังความสามารถ ทั้งกำลังกายและกำลังใจ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ เมื่อโรงพยาบาลมีความเจริญก้าวหน้า โดยเฉพาะเมื่อเห็น ผลการพัฒนาจนประสบความสำเร็จคือ การผ่านการประเมิน มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข และมีแนวคิดที่จะช่วย พัฒนาโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของพวงพร กอจัญจิตต์, ณัฐภา เดชเกษม, กัลยา แก้วธนะสิน, นกสร ไชยภักดี, และทรงศิริ นิลจุลกะ (2560) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาล กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของ พยาบาลวิชาชีพ พบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสมดุลในชีวิตโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่างานในโรงพยาบาลเป็นงานที่มีกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง บางส่วนเป็นเวรผลัด ดังนั้น การให้เวลากับงานและครอบครัวจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสุข ในชีวิตอย่างมาก ซึ่งนโยบายของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ เน้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในงาน บนวิถีที่สามารถปฏิบัติได้ โดยไม่เบียดบังเวลาสำหรับชีวิตในครอบครัว ดังนั้นจึง จัดสรรงานให้แต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม และบุคลากร สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาทและหน้าที่ ของตนเอง ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจ ในงานและครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มีกขุนทด (2552) ที่ศึกษา การจัดการความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการจัดการความสมดุลระหว่างชีวิต กับการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์การ และความสุขในชีวิตของ บุคลากร โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

ผลการวิจัยพบว่าความสุขในการทำงานโดยรวม มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัว ดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี และมิติการงานดี มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนมิติสุขภาพกายดีไม่มีความสัมพันธ์กับ ความผูกพันต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่างานที่บุคลากรมีความสุขทั้ง 8 มิตินั้น เกิดจาก วัฒนธรรมองค์การของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏที่เอื้อให้ บุคลากรมีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ทำให้บุคลากรมีพลังสะสมอย่างมาก เมื่อคิด หรือทำงานใดๆ ก็จะมีทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจให้กับงาน ที่ตนปฏิบัติอย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จ ในที่สุด นำมาซึ่งความก้าวหน้าในการงานอาชีพ ทำให้ บุคลากรเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพัน ต่อองค์การ (สมพงษ์ ไมราฤทธิ์, 2557)

ผลการวิจัยพบว่าความสุขในการทำงานโดยรวม มิติผ่อนคลายดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี และมิติการงานดี มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมิติสุขภาพกายดี และมิติน้ำใจดี ไม่มีความสัมพันธ์ กับความสมดุลในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่างานที่โรงพยาบาลสนับสนุนทรัพยากรให้บุคลากร ในโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ทำให้บุคลากรเกิด ความสุขและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนประสบ ความสำเร็จในการทำงาน ย่อมทำให้บุคลากรรับรู้ถึง ความคุ้มค่าของการลงทุนว่าการที่ต้องสละเวลาทำงานนั้น มีความคุ้มค่ากับการลงทุนทั้งด้านกำลังกาย กำลังใจ และ สติปัญญา ทำให้ตนเองได้รับผลตอบแทนตามที่คาดหวังไว้ เมื่อบุคคลมีทรัพยากรหรือต้นทุนอย่างเพียงพอ จะสามารถ บริหารเวลาและทรัพยากรเพื่อให้เกิดความสุขทั้งใน

การทำงานและการดำเนินชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความผูกพันในงานมีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างงานและชีวิต (วรภา ศรีสันติโรจน์, 2548)

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน โดยเฉพาะมิติเพื่อนร่วมงานดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี และมิติการงานดี เพื่อให้บุคลากรมีความสุขพึงพอใจต่อการและมีความสมดุลในชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 ผู้บริหารควรมีการกระตุ้นหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานให้เห็นความสำคัญของความสุขในการทำงานของบุคลากร รวมทั้งความผูกพันต่อการ และความสมดุลในชีวิตของบุคลากร ซึ่งจะช่วยให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสุขในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรมีความสุขพึงพอใจต่อการ และเกิดความสมดุลในชีวิตมากยิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ โพธิ์วิทยาการ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปไม้ยางพาราในอำเภอเมืองยะลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(1), 1-15.
- เกษร เรือนแก้ว. (2553). ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานของพนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก [http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve\\_Doi=10.14457/TU.the.2010.619](http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/TU.the.2010.619)

งานยุทธศาสตร์และหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาล เชาภิชมกัญ จังหวัดจันทบุรี. (2560). *สรุปผลการดำเนินงานสำหรับการตรวจราชการ ครั้งที่ 1 ปี 2560*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

ชุดิกานุจน์ เปาทุย. (2553). *ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาล กรณีศึกษาพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.info.ms.su.ac.th/sums02/PDF01/2553/MPPM/74.pdf>

ธรรณพิน และวาสนิ วิเศษฤทธิ์. (2555). ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภายใต้กำกับของรัฐ. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 18(1), 9-23. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8995/7664>

ธีรภูมิ เอกะกุล. (2544). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

พงศธร พอกเพิ่มดี. (2559). *ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน: จุดยืนวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.google.co.th/search?hl=th&tbm=bks&ei=2P4cWshHbDITvASA7o24Bg&q>

- พวงพร กอจัญจิตต์, ญัฐภา เดชเกษม, กัลยา แก้วชนะสิน, นกสร ไชยภักดี, และทรงศิริ นิลจุลกะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กับความยึดมั่นผูกพันต่อการของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(2), 40-48. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb\\_v2\\_2/content/org/webpageJDMS\\_30/demo\\_data/2560/2560-02/2560-02-08.3.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo_data/2560/2560-02/2560-02-08.3.pdf)
- ภาวิณี แสนวัน. (2559). *การศึกษายปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของพนักงานในเขตกรุงเทพมหานคร* (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก [http://dspace.bu.ac.th/bitstream/123456789/1859/1/pawinee\\_saen.pdf](http://dspace.bu.ac.th/bitstream/123456789/1859/1/pawinee_saen.pdf)
- เยาวลักษณ์ มิกขุนทด. (2552). *การศึกษาการจัดการความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข กรณีศึกษา: โรงพยาบาลทอง จังหวัดนครราชสีมา* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโท). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- วรภา ศรีสันติโรจน์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันในงาน: กรณีศึกษาพนักงานระดับปฏิบัติการ โรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริญาพร การสอน. (2556). *รายงานผลการสำรวจความผูกพันต่อองค์กร (Workforce engagement survey)*. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.library.kku.ac.th/qa/>
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เณิมพล สายประเสริฐ, พอดดา บุญศิริณะ, และวรรณภา อารีย์. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก [http://www.ubu.ac.th/web/files\\_up/16f2015051111035491.pdf](http://www.ubu.ac.th/web/files_up/16f2015051111035491.pdf)
- สมจิตร จันทรเพ็ญ. (2557). *ความผูกพันต่อการของเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโท). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.google.co.th/search?ei=LuYcWucLzIK9BNLYpoAH&q>
- สมพงษ์ โมราฤทธิ์. (2557). *คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อการของบุคลากรสาธารณสุข*. สืบค้น วันที่ 31 พฤษภาคม 2560, จาก [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/pdf\\_27ccd2b107ee31e226d7f7feaab32322.pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/pdf_27ccd2b107ee31e226d7f7feaab32322.pdf)
- อาร์ดา บุญเลิศ. (2552). *การวิเคราะห์องค์ประกอบของความสุขในการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยรามคำแหง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เอี่ยมพร ม่วงแก้ว. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันของบุคลากรในสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*. สืบค้น วันที่ 31 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.km.nida.ac.th/home/images/pdf/aumpornre>
- Fisher, C. D. (2009). Happiness at work. *International Journal of Management Reviews*, 22(1), 35. Retrieved May 31, 2017, from [https://www.researchgate.net/publication/227533694\\_Happiness\\_at\\_Work](https://www.researchgate.net/publication/227533694_Happiness_at_Work)

Manion, J. (2003). Joy at work: Creating a positive workplace. *Journal of Nursing Administration*, 33(12), 652-659. Retrieved May 31, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14665830>

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott. Retrieved May 31, 2017, from <https://www.amazon.com/Nursing-Research-Principles-Methods-Practice/dp/078173733>

---

## การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

### The Application of The Parent School Model based on the Concept of Learning with Brain Based Learning (BBL) for Caring of Primigravidas, Samutprakarn Hospital

เจริญ โอภาสเสถียร, พย.บ. \*

Charoen Opassatian, B.N.S. \*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อประยุกต์ใช้และศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 20 คน สามีของสตรีตั้งครรภ์แรก จำนวน 20 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรมหลังคลอด และ สูติแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 5 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่น .69 แบบสอบถามความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตน มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .75 แบบบันทึกน้ำหนักทารกแรกคลอด แนวทางการสัมภาษณ์ และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม และค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = .32$  และ  $\bar{X} = 4.39$ ,  $SD = .43$  ตามลำดับ) 2) การดำเนินการมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ และการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ และระยะที่ 3 การประเมินผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ 3) สตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.81$ ,  $SD = .39$ ) 4) หลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ สตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.600$ ,  $p < .001$  และ  $t = 6.003$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) และ 5) สตรีตั้งครรภ์แรกมีการคลอดทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 95

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำรูปแบบจากการวิจัยไปใช้พัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์

คำสำคัญ: รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ หลักการพัฒนาสมอง สตรีตั้งครรภ์แรก

### Abstract

This action research aimed to apply and to examine the effects of an application of The Parent School Model based on the concept of learning with brain based learning (BBL) for caring of primigravidas, Samutprakarn Hospital. The participants consisted of 20 primigravidas receiving services at Samutprakarn Hospital and their husbands, including 5 participants of professional nurses working at antenatal care unit, labor room, and postpartum ward, and obstetrician. The research instruments were composed of a questionnaire of personal characteristics, a questionnaire of perception of services receiving from health care personnels with the reliability of .69, a questionnaire of needs of services from health care personnels with the reliability of .93, a questionnaire of satisfaction for attending activities with the reliability of .84, a test of knowledge for performance with the reliability of .78, a questionnaire of health promoting behaviors with the reliability of .75, a recording form of birth weight, a guideline of interview, and a guideline of focus group discussion. The implementation and data collection were conducted for three phases from April to November, 2017. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) the primigravidas had overall mean scores of perception of services receiving from health care personnels and needs of services from health care personnels at the high level ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = .32$  and  $\bar{X} = 4.39$ ,  $SD = .43$ , respectively); 2) an operation comprised three phases:- the first phase were composed of an analysis of perception of services receiving from health care personnels and needs of services from health care personnels, including a caring pattern for primigravidas of the obstetrics and gynecology department, the second phase was an application of The Parent School Model, and the third phase was an evaluation of an application of The Parent School Model; 3) the primigravidas had an overall mean score of satisfaction for attending activities at the highest level ( $\bar{X} = 4.81$ ,  $SD = .39$ ); 4) after attending activities of The Parent School Model, the primigravidas had statistically significant higher mean scores of knowledge for performance and health promoting behaviors than before the attending ( $t = 11.600$ ,  $p < .001$  and  $t = 6.003$ ,  $p < .001$ , respectively); and 5) 95% of the primigravidas gave birth of 2,500 grams and over.

This research suggested that nursing administrators should apply The Parent School Model for developing the primigravida caring system emphasizing health care providers participation with continuously operation, as well as process and outcomes should be evaluated.

**Keywords:** The Parent School Model, Brain based learning, Primigravida

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาอนามัยแม่และเด็กเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากอัตราการตายของมารดาและทารกจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี 2556 พบอัตราการตายของมารดาระหว่างคลอดคิดเป็น 26 ต่อประชากรแสนคน และปี 2555 พบอัตราการเสียชีวิตของทารกระหว่างคลอด คิดเป็น 8 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เนื่องจากสตรีบางคนไม่ได้มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์หรือมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ซึ่งพบถึงร้อยละ 53 บางคนมีการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยาบำรุงได้รับสารอาหารจำพวกโฟเลตหรือไอโอดีนไม่เพียงพอทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอัตราการขาดสารไอโอดีนถึงร้อยละ 53 และมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 18 ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ ทำให้ทารกที่เกิดมามีสติปัญญาลดลง (นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล, 2556) สตรีบางคนมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ดังนั้น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกคั่งน้ำคอก มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด จึงไม่ทราบว่าต้องมาพบแพทย์ทันที บางคนมาพบแพทย์ช้าไป ทำให้เกิดภาวะทารกตายในครรภ์ (มาลี เกื้อนพกุล, 2554) ซึ่งปัญหาดังกล่าวมักเกิดกับสตรีครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง

การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์นั้น ต้องทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม มีการเตรียมตัวคลอด และสามารถดูแลตนเองและทารกหลังคลอดได้ หากการดูแลนั้นมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วยจะทำให้เกิดผลดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา เจริญสันต์, ขวัญเรือน ด่วนดี, และรังสิณี พูลเพิ่ม (2555) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 37 ที่ผ่านมามีงานวิจัยที่มีการจัดโปรแกรมในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในเรื่องการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด โดยเน้นการสอนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการสอบถามถึงความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ว่าต้องการทราบเรื่องใดน้อยมากเพียงใด นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์อาจมีความสามารถและการรับรู้ที่แตกต่างกัน มีสมาธิน้อยในขณะนั่งฟัง ทำให้จับใจความสำคัญในการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้น้อย (ศรีนคร มังคะมณี, 2547) จึงทำให้การให้ความรู้ในรูปแบบนี้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

โรงเรียนพ่อแม่ เป็นบริการที่จัดขึ้นสำหรับการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดให้เหมาะสม ซึ่งหลักการจัดการโรงเรียนพ่อแม่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ พร้อมทั้งนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเอง และหากนำแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง (brain based learning: BBL) ซึ่งประกอบด้วย 1) กระบวนการผ่อนคลาย (relaxed alertness) โดยสร้างบรรยากาศให้สมองเกิดการเรียนรู้ในลักษณะผ่อนคลาย ด้วยกิจกรรมเคลื่อนไหว เกมสันทนาการ เป็นต้น 2) กระบวนการสร้างความตระหนักจัดจ่อ (orchestrated immersion) โดยจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนผ่านการได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้ชิมรส และได้เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งกิจกรรมเป็นการเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ตามพันธกิจของ

การตั้งครรภ์ ตามลำดับจากง่ายไปหายาก และเน้นการลงมือปฏิบัติจริง และ 3) หลักการจัดประสบการณ์ที่เป็นกระบวนการอย่างกระตือรือร้น (active processing of experience) โดยจัดกิจกรรม สื่อ และอุปกรณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น สไลด์ แผ่นพับ ภาพพลิก วิดีทัศน์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ กันได้ตลอดเวลา โดยผ่านช่องทางการสื่อสาร group line จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย มีความสุข สนุก และสนใจอยากเรียนรู้นอกจากนี้ยังมีการสรุปความคิดรวบยอดร่วมกันในช่วงท้ายของกิจกรรม ซึ่งทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้ลงสู่การปฏิบัติจริง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ทั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลต่างๆ ได้นำรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมองมาใช้ และประสบความสำเร็จ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ สังกัดกรมอนามัย มีการจัดกิจกรรมการสอนที่มีความเชื่อมโยงมากขึ้น เน้นให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในความรู้ด้วยตนเอง เกิดการจดจำและนำไปใช้ ซึ่งผลการประเมินพบว่าทำให้ผู้รับบริการมีความสุขมากขึ้น มีความตั้งใจเรียนเพื่อนำความรู้กลับไปใช้ สื่อที่ใช้ในการเรียนการสอนก็เป็นสื่อที่พ่อแม่สามารถทำได้ง่าย ๆ ประหยัด และใช้กระตุ้นพัฒนาการของลูกได้เป็นอย่างดี (นันทวันฉัตร สุทธา, 2558)

โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีสตรีตั้งครรภ์มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ในปี 2558 และปี 2559 จำนวน 4,339 คน และ 4,512 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์แรก 2,336 คน และ 2,339 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด พบว่า 1) สตรีตั้งครรภ์แรกและทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จำนวน 385 คน และ 335 คน คิดเป็นร้อยละ 52.88 และ 50 ตามลำดับ ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 95 คน และ 85 คน คิดเป็นร้อยละ 51.35 และ 46.96 ตามลำดับ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 18-22 สัปดาห์ ซึ่งไม่เข้าไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 2) การดูแล

สตรีตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด พบว่าแต่ละแผนกมีการแยกส่วนในการให้คำแนะนำ เช่น แผนกฝากครรภ์ จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แต่เน้นการให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่มารับฟังผลเลือด ซึ่งคำแนะนำส่วนใหญ่เน้นเรื่องโรคที่มีการถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ลูก ส่วนเรื่องการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ จะให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ซึ่งบุคลากรแผนกฝากครรภ์ประเมินว่าลักษณะของการให้คำแนะนำเป็นการแนะนำตามที่บุคลากรต้องการให้มากกว่าการประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการข้อมูลเรื่องใด เป็นต้น และ 3) กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมมีรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ชัดเจน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติงานด้านสูติรีเวชกรรมมาประมาณ 20 ปี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะนำรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ที่มีการประยุกต์แนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมองมาใช้ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยคาดหวังว่ารูปแบบดังกล่าวจะทำให้เกิดระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหภาพในกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

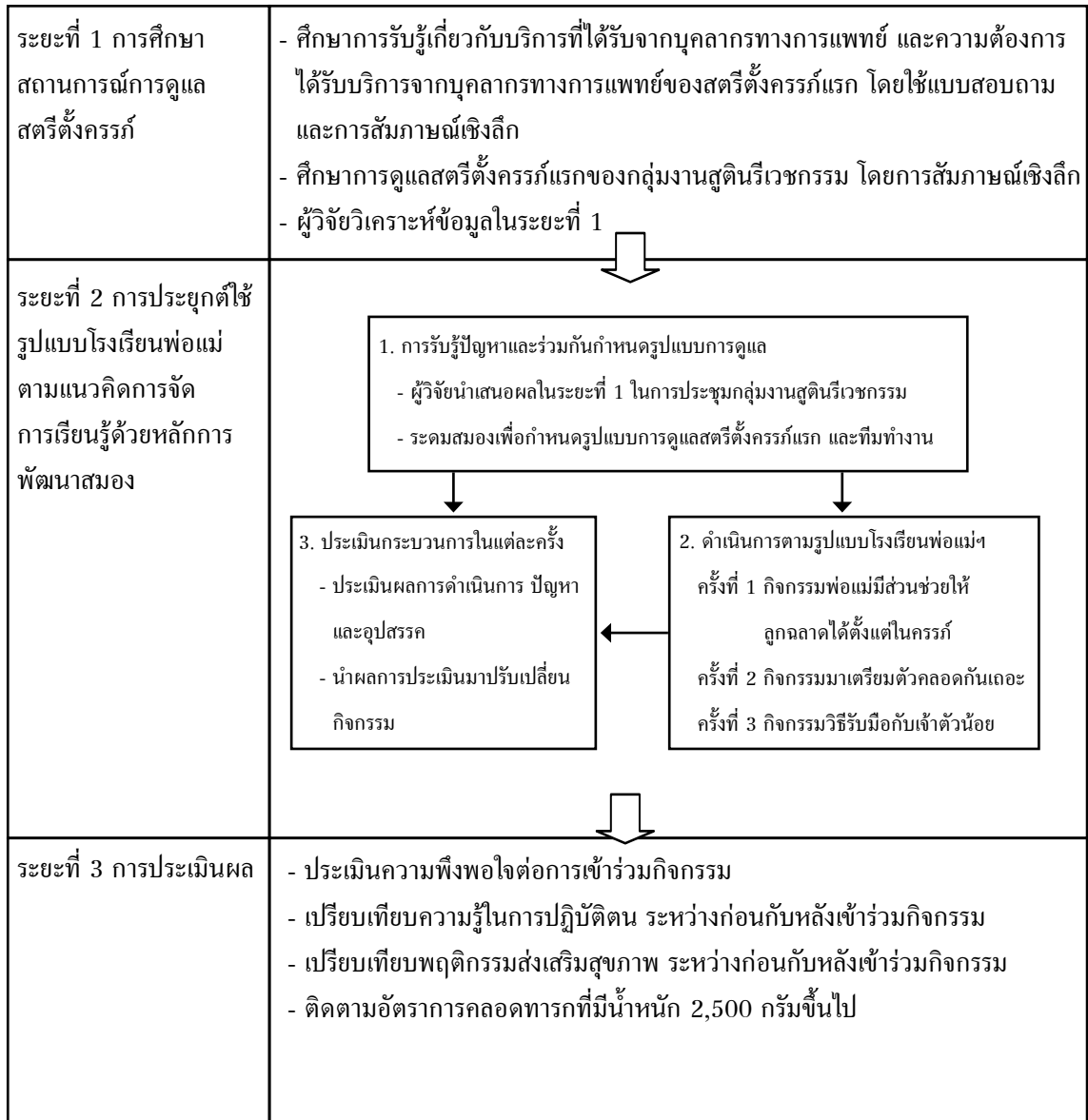
1. เพื่อประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากร

ทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก และการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โดยผู้วิจัยนำเสนอผลในระยะที่ 1 ในการประชุมกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม ระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง จากนั้น

ดำเนินการตามรูปแบบ และระยะที่ 3 การประเมินผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ โดยประเมินจากความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ในการปฏิบัติตน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอัตราการคลอดทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลสมุทรปราการ (เอกสารรับรอง เลขที่ 4/2560)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2560 จำนวน 345 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ 2) ไม่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 20 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นสามีของสตรีตั้งครรภ์แรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรมหลังคลอด และสูติแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 20 คน และ 5 คน ตามลำดับ

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แรก ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และลักษณะครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการรับบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการให้บริการของบุคลากร จำนวน 5 ข้อ และด้านการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และทารกในครรภ์ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้บริการของบุคลากร จำนวน 10 ข้อ และด้านคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความต้องการในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านวิทยากร จำนวน 6 ข้อ ด้านสถานที่/ระยะเวลา/อาหาร จำนวน 3 ข้อ ด้านความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 2 ข้อ และด้านการนำความรู้ไปใช้ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติงานของสตรีตั้งครรภ์แรก จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์แรก จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย (1.00-1.69 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.70-2.39 คะแนน) และในระดับดี (2.40-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบบันทึกน้ำหนักทารกแรกคลอด มีลักษณะเป็นตารางบันทึกน้ำหนักทารกแรกคลอดแต่ละคน สำหรับให้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์ความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) สตรีตั้งครรภ์แรกและสามี

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรมหลังคลอด

ชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีตั้งครรภ์แรกและสามี

ชุดที่ 4 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค และการปรับเปลี่ยนกิจกรรม สำหรับใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ทีมทำงาน หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ฯ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการฯ แบบสอบถามความต้องการได้รับการบริการฯ แบบสอบถามความพึงพอใจฯ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการสัมภาษณ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบและแบบสอบถาม

ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในเดือนมกราคม 2560 จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .78 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการฯ แบบสอบถามความต้องการได้รับการบริการฯ แบบสอบถามความพึงพอใจฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .69, .93, .84 และ .75 ตามลำดับ

**การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล**  
ดำเนินการตามกระบวนการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก และการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ จากนั้นพบสตรีตั้งครรภ์แรก แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

1.2 ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์แรกทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก และแบบสอบถามความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที จากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีตั้งครรภ์แรก และสามีเกี่ยวกับความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้เวลาก่อนละ 30 นาที

1.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรมหลังคลอด เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม

โดยใช้เวลาคนละ 30-45 นาที

1.4 ผู้วิจัยวิเคราะห์ผล เพื่อนำเสนอในการประชุม  
กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่  
ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง  
ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ  
มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การรับรู้ปัญหาและร่วมกันกำหนดรูปแบบ  
การดูแล โดยผู้วิจัยนำเสนอผลในระยะที่ 1 ในการประชุม  
กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม จากนั้นมีการระดมสมองเพื่อกำหนด  
รูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก และกำหนดทีมงาน  
ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ หัวหน้างาน  
ห้องคลอด หัวหน้าแผนกสูติกรรมหลังคลอด และตัวแทน  
สูติแพทย์ 1 คน

2.2 ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์แรกทำแบบทดสอบ  
ความรู้ในการปฏิบัติตน และแบบสอบถามพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียน  
พ่อแม่ โดยใช้เวลาตอบ 15-20 นาที

2.3 ผู้วิจัยและทีมงานร่วมกันดำเนินการ  
ตามรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม  
ทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง  
มีการสนทนากลุ่มทีมงานเกี่ยวกับผลการดำเนินการ  
ปัญหา อุปสรรค และการปรับเปลี่ยนกิจกรรม

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการประยุกต์ใช้  
รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วย  
หลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาล  
สมุทรปราการ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์แรกทำแบบสอบถาม  
ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้เวลาตอบ  
10-15 นาที จากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีตั้งครรภ์แรก  
และสามีเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม  
โดยใช้เวลาคู่ละ 15-30 นาที

3.2 ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์แรกทำแบบทดสอบ  
ความรู้ในการปฏิบัติตน และแบบสอบถามพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียน  
พ่อแม่ฯ โดยใช้เวลาตอบ 15-20 นาที

### 3.3 ผู้วิจัยบันทึกน้ำหนักทารกแรกคลอด

โดยดูจากเวชระเบียน

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล  
ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรี  
ตั้งครรภ์แรก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับบริการ  
ที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลความต้องการได้รับ  
บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ และข้อมูลความพึงพอใจ  
ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและ  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ใน  
การปฏิบัติตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างก่อน  
กับหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ  
วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจาย  
แบบเป็นโค้งปกติ อัตราการคลอดทารกที่มีน้ำหนัก  
2,500 กรัมขึ้นไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ  
ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา  
(content analysis)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่า  
สตรีตั้งครรภ์แรกมีอายุเฉลี่ย 24 ปี (SD = 5.95) โดยอายุ  
ต่ำสุดคือ 14 ปี และอายุสูงสุดคือ 35 ปี มีการศึกษาระดับ  
ปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 ประกอบอาชีพ  
เป็นพนักงานบริษัท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รายได้  
ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน  
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี  
คิดเป็นร้อยละ 95 และลักษณะครอบครัวคือ อยู่ร่วมกับ  
บิดา-มารดา หรือญาติของตนเอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40

2. การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจาก  
บุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการได้รับบริการ  
จากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก และ  
การดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากร  
ทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่าสตรีตั้งครรภ์

แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = .32$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ด้านกระบวนการและขั้นตอนการรับบริการด้านการให้บริการของบุคลากรและด้านการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการกินยาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.97$ ,  $SD = .53$ ;  $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = .71$  และ  $\bar{X} = 3.77$ ,  $SD = .42$  ตามลำดับ)

2.2 ความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่าสตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.39$ ,  $SD = .43$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการด้านการให้บริการของบุคลากรอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.26$ ,  $SD = .52$ ) โดยต้องการให้บุคลากรแจ้งผลการตรวจครรภ์ให้ทราบทุกครั้งที่ได้รับบริการ มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = .60$ ) รองลงมาคือ ต้องการให้บุคลากรแสดงความสนใจกับผู้ป่วยบริการอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 4.40$ ,  $SD = .68$ ) และต้องการให้บุคลากรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ( $\bar{X} = 4.35$ ,  $SD = .74$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการอยู่ในระดับมากเช่นกัน ( $\bar{X} = 4.48$ ,  $SD = .43$ ) โดยต้องการให้บุคลากรแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนหลังคลอด มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.75$ ,  $SD = .44$ ) รองลงมาคือ เรื่องการหายใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ( $\bar{X} = 4.70$ ,  $SD = .47$ ) และเรื่องอาการแสดงว่าเจ็บครรภ์คลอด ทำในการอุ้มและให้นมบุตร และการบีบเก็บน้ำนม ( $\bar{X} = 4.65$ ,  $SD = .48$  เท่ากัน) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์แรกและสามีเกี่ยวกับความต้องการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่าง

“อยากรู้ว่าในแต่ละช่วงของการตั้งครรภ์ จะต้องดูแลตนเองและลูกในครรภ์อย่างไร ต้องกินอาหารแบบใดหายใจอย่างไรเพื่อจะบรรเทาอาการปวดได้ แม่ต้องนอนท่าไหนที่ดีต่อลูก หลังคลอดต้องให้นมบุตรอย่างไร อุ้มลูกแบบไหน อยากให้มีการฝึกและเตรียมตัวไว้ก่อน เพราะเมื่อ

หลังคลอดจะได้ดูแลลูกได้” (F11 สัมภาษณ์ 14 มี.ค. 60)

“อยากให้ลูกมีสุขภาพที่ดี เป็นท้องแรกด้วย อยากรู้ว่าพ่อจะมีส่วนช่วยแม่อย่างไรในการดูแลลูก บางครั้งเห็นเขาอาเจียน กินอาหารไม่ได้ ก็อยากช่วยเหลือ แต่ก็ไม่รู้ว่าสามมียังเราต้องทำอะไร” (M11 สัมภาษณ์ 14 มี.ค. 60)

2.3 การดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม พบข้อมูล 3 ประเด็น ได้แก่ 1) บุคลากรแต่ละแผนกมีการแยกส่วนในการให้คำแนะนำ ลักษณะการให้คำแนะนำเป็นไปตามที่บุคลากรต้องการมากกว่าการประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการข้อมูลเรื่องใด 2) การแนะนำส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้ด้วยวิธีการสอน สื่อที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นภาพพลิก มีการแจกแผ่นพับให้กลับไปอ่านที่บ้าน โดยไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ว่าผู้รับบริการจะสามารถนำกลับไปใช้ได้หรือไม่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน และ 3) กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมยังมีรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ชัดเจน

3. การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

การรับรู้ปัญหาและร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแล โดยผู้วิจัยจัดประชุมทีมแพทย์และพยาบาลในกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม เพื่อนำเสนอผลในระยที่ 1 (ผลการวิจัยข้อ 2.1-2.3) ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและแสดงความคิดเห็น ทบทวนบทบาทของตนเองในการดูแลและให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์แรกและครอบครัว จากนั้นมีการระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ประสานให้เกิดการร่วมคิดจนเกิดรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรกทั้งนี้ กิจกรรมและเนื้อหาที่จัดขึ้นเป็นไปตามพัฒนาภิในบทบาทการเป็นมารดาตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ซึ่งกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน โดยผู้รับผิดชอบดำเนินการเป็นพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรมหลังคลอด และสูติแพทย์ นอกจากนี้ยังเชิญผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกิจกรรม

ด้วย เช่น โภชนาการ ครูผู้ฝึกสอนโยคะ ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมพ่อแม่มีส่วนช่วยให้ลูกฉลาดได้ตั้งแต่ในครรภ์ เริ่มตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์แรกมีอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์แรกและครอบครัวมีความรู้ และสามารถส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยต่างๆ ได้แก่ การเปิดสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำความเข้าใจกันด้วยกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งมีสถานี่การเรียนรู้ต่างๆ ได้แก่ สถานี่เรื่องนํารูสำหรับพ่อแม่่มือใหม่ สถานี่อาหารถูกหลัก ลูกฉลาด แข็งแรง สถานี่เส้นทางลูกรัก สถานี่กอดให้ลูกรัก และสถานี่จิตประภัสสร

ครั้งที่ 2 กิจกรรมมาเตรียมตัวคลอดกันเถอะ เริ่มตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์แรกมีอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์แรกและครอบครัวสามารถเตรียมตัวมาคลอดและบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดได้ มีกิจกรรมย่อยคือ การเปิดสมองผ่อนคลาย โดยใช้เกมส์เป็นสื่อ รวมทั้งมีสถานี่การเรียนรู้ต่างๆ ได้แก่ สถานี่โยคะเพื่อสร้างความแข็งแรงของกายและใจ สถานี่คลอดแบบไหนดีนะ: คลอดเองหรือผ่าคลอดดี สถานี่ role play การหายใจเพื่อบรรเทาปวดในระยะคลอด และสถานี่ไอ้เอ๊ย น้กล้วจ้งเลย: อาการที่ต้องรีบมารพ.

ครั้งที่ 3 กิจกรรมวิธีรับมือกับเจ้าตัวน้อย เริ่มตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์แรกมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์แรกและครอบครัวสามารถเตรียมตัวเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอดได้ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยต่างๆ ได้แก่ การเปิดสมองผ่อนคลายโดยการทำสมาธิ และการกอดและพูดคุยกับทารกในครรภ์ รวมทั้งมีสถานี่การเรียนรู้ต่างๆ ได้แก่ สถานี่การเตรียมตัวมาคลอด สถานี่อาบน้ำเจ้าตัวน้อย และสถานี่นมแม่ นอกจากนี้ยังมีการพาเยี่ยมชมห้องคลอดและตึกสูติกรรมหลังคลอด

ทั้งนี้ การดำเนินการตามรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ฯ ผู้วิจัยและทีมงานในกลุ่มงานสูติรีเวชกรรมได้ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีการสนทนากลุ่มโดยให้ทุกฝ่ายแสดงความคิดเห็น เพื่อประเมินผลการดำเนินการ ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้ง

มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังตัวอย่าง

“สถานี่กอดให้ลูกรัก ทุกคนมีแต่รอยยิ้ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมชอบมาก เห็นว่าการทำกิจกรรมที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติ จะทำให้เกิดความสุข ดังนั้น ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2 ต้องทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทำกิจกรรม แต่ละสถานี่เน้นการลงมือปฏิบัติ ถ้ามีการบรรยายต้องใช้สื่อที่สามารถดึงดูดความสนใจ เช่น VDO เพราะสถานี่เรื่องนํารูสำหรับพ่อแม่่มือใหม่ ที่ให้ดู VDO พัฒนาการทารกในครรภ์ ได้รับความสนใจมาก สังเกตเห็นบางคู่กอดกันและต้งใจฟัง มีคำถามเกิดขึ้นหลังคำบรรยายเสร็จ” (N1 สนทนากลุ่ม 29 มี.ค. 60)

4. ผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมองในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

4.1 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่าสตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.81$ ,  $SD = .39$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทุกด้าน ได้แก่ ด้านวิทยากร ด้านสถานี่/ระยะเวลา/อาหาร ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านการนำความรู้ไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ( $\bar{X} = 4.85$ ,  $SD = .36$ ;  $\bar{X} = 4.80$ ,  $SD = .40$ ;  $\bar{X} = 4.68$ ,  $SD = .47$  และ  $\bar{X} = 4.85$ ,  $SD = .36$  ตามลำดับ) สอดคล้องกับการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์แรกและสามี ดังนี้

“ได้รับความรู้ใหม่ๆ ในการคลอดลูก การพูดคุยกับลูก น้บลูกดิ้น สามารถนํากลับไปทำเองที่บ้านได้ วิทยากรสอนสนุก เป็นกันเอง ได้ลงมือปฏิบัติจริง ได้ฝึกหายใจระหว่างการเจ็บท้องรอกคลอดและการเบ่งคลอดลดความกังวลในการคลอดได้เยอะมาก ได้ความรู้ในการเตรียมตัวคลอดได้อย่างดี” (F8 สัมภาษณ์ 4 มิ.ย. 60)

“ได้รับความรู้ใหม่หลายเรื่องอีกมากมายเกี่ยวกับการดูแลรักษาและลูก สิ่งสำคัญคือ เข้าใจกรรยามากขึ้นว่าเราต้องอดทนดูแลตนเองเพื่อลูกอย่างไร และขอเป็นกำลังใจให้พี่ๆ ทีมงานทุกคนจัดกิจกรรมนี้ต่อไป” (M8 สัมภาษณ์ 4 มิ.ย. 60)

4.2 การเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วม

กิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ ของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ สตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่า

ก่อนเข้าร่วมเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.600, p < .001$  และ  $t = 6.003, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ ของสตรีตั้งครรภ์แรก

| ตัวแปร                       | $\bar{X}$ | SD   | $t$    | $p$    |
|------------------------------|-----------|------|--------|--------|
| ความรู้ในการปฏิบัติตน        |           |      |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n = 20) | 11.00     | 1.16 | 11.600 | < .001 |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 20) | 13.00     | 1.09 |        |        |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ       |           |      |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n = 20) | 52.00     | 4.29 | 6.003  | < .001 |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 20) | 57.00     | 1.29 |        |        |

4.3 อัตราการคลอดทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่าสตรีตั้งครรภ์แรก มีการคลอดทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95

#### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด และพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ สตรีตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้มีข้อดี 2 ประการ คือ 1) รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ สร้างจากฐานความต้องการของสตรีตั้งครรภ์แรกในการดูแลสุขภาพตนเองและทารก

ในครรภ์ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพของทีมงานสูติกรรมรีเวชกรรม ทำให้เนื้อหาที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์แรกและครอบครัวต้องการ เมื่อสตรีตั้งครรภ์แรกได้รับคำแนะนำที่ตรงตามความต้องการ จะทำให้เกิดความสนใจ จดจำเนื้อหา และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้ ซึ่งวิธีการให้ความรู้ที่ที่จะต้องให้สอดคล้องตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ จึงจะสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ (สุภาวดี เครือโชติกุล, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ถิ่นখনอน และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ เครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอหนึ่ง พบว่าการให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวได้ร่วมกันเสนอแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีแนวทางการให้บริการฝากครรภ์ที่ตรงกับความต้องการ และสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ดีขึ้น และ 2) รูปแบบ

โรงเรียนพ่อแม่ เน้นการจัดการเรียนรู้จากการเปิดสมอง เรียนรู้จากเรื่องง่ายไปหาเรื่องยาก ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของการตั้งครรภ์ มีกิจกรรมที่หลากหลาย เน้นการลงมือปฏิบัติจริง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสรุปเนื้อหา รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ยังสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาจากช่องทางการสื่อสาร group line ซึ่งการจัดกิจกรรมลักษณะนี้เน้นให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ จดจำความรู้ และนำความรู้ไปใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้เป็นอย่างดี (นันทนวนันท์ สุนทรา, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของกรุณา ประมูลสินทรัพย์, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และเอกชัย โควาวิสารัช (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า โปรแกรมที่มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้ปฏิบัติจริง มีคู่มือส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนำเสนอตัวแบบการปฏิบัติตนด้านบวกมาพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ยังให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง ซึ่งครอบครัวจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์แรกมีพฤติกรรมดูแลตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี เครือโชติกุล และบุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับความวิตกกังวลในบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.274, p < .05$ )

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบ การดูแลสตรี

ตั้งครรภ์แรกของกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพในกลุ่มงาน และควรมีการดำเนินการในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อนำมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์แรกและครอบครัว

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโดยติดตามผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมองในระยะยาว โดยมีการประเมินจนถึงระยะหลังคลอด และติดตามพัฒนาการของทารกอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อลูกรัก "สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข"* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย). สืบค้น วันที่ 25 สิงหาคม 2560, จาก [http://hp.surinpho.go.th/file\\_news/YYPZCLY.pdf](http://hp.surinpho.go.th/file_news/YYPZCLY.pdf)
- กรุณา ประมูลสินทรัพย์, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และเอกชัย โควาวิสารัช. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 54-60.
- นันทนวนันท์ สุนทรา. (2558). พ่อแม่กับการสร้างลูกที่มีคุณภาพ. ใน *เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง 10 ปี การเรียนรู้ตามหลักการพัฒนาสมอง*. หน้า 11. วันที่ 22 สิงหาคม 2558 ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. สืบค้น วันที่ 7 กันยายน 2560, จาก <http://www.okmd.or.th>
- นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. (2556). ไอโอดีนกับสตรีตั้งครรภ์. *Srinagarind Medical Journal*, 28(4), 92-97.

- พรนภา เจริญสันต์, ขวัญเรือน ค่วนดี, และรังสิณี พูลเพิ่ม. (2555). คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(3), 47-59. สืบค้นวันที่ 25 สิงหาคม 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/3197/4085>
- มาลี เกื้อนพกุล. (2554). Teenage pregnancy. ใน เอกชัย โค้ววิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, บุญศรี จันทร์รัชกุล. (บก.). *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง*. หน้า 35-49. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- วาสนา ถิ่นขนอน, และวิลาวัดย์ ชมนิรัตน์. (2555). การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 25-33.
- ศรีณธร มังคะมณี. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นวันที่ 25 สิงหาคม 2560, จาก [https://www.researchgate.net/publication/27802807\\_phlkhxngkarchiporkaermsngserimkar rabrusmrrthnahaengtnnikardulaetnxengtx phvtikrrmsngserimsukhphaphkhxngghying tangkhrphwayrunkhrphraek](https://www.researchgate.net/publication/27802807_phlkhxngkarchiporkaermsngserimkar rabrusmrrthnahaengtnnikardulaetnxengtx phvtikrrmsngserimsukhphaphkhxngghying tangkhrphwayrunkhrphraek)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผน 11 ของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2557). กลยุทธ์การพยาบาลในการส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(1), 7-16.
- สุภาวดี เครือโชติกุล, และบุญศรี กิตติโชติพาณิชย์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารเกื้อการุณย์*, 15(1), 107-122.

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย Quality of Life in Patients with End Stage of Renal Disease

จำรัส สารขวัญ, วท.ม. (การพยาบาลวิกฤติ) \*

Jamras Sarakwan, M.Sc. (Acute care Nursing) \*

สุนทรี สิกขสงคราม, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) \*

Soontaree Sittisongkram, M.N.S. (Nursing Education) \*

มาลีณี บุญเกิด, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) \*

Malinee Boonkerd, M.N.S. (Adult nursing) \*

สุกัญญา กระเปียด, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) \*\*

Sukanya Khrabiad, M.N.S. (Adult nursing) \*\*

มาลี มีแป้น, พ.ป.ส. (พยาบาลวิชาชีพ) \*\*\*

Malee Meepaan, Dip in Nursing Science \*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี รวมจำนวน 76 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (KDQOL-SFTM) มีความเชื่อมั่น .73 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 67.56$ ,  $SD = 10.61$  และ  $\bar{X} = 68.15$ ,  $SD = 10.07$  ตามลำดับ) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการใช้เครื่องช่วยขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแพทย์ผู้รักษาหรือเจ้าหน้าที่ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการคั่งของเสียในร่างกาย

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มสาระวิชาการพยาบาล 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มสาระวิชาการพยาบาล 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

## Abstract

This descriptive research aimed to study and compare quality of life in patients with end stage of renal disease (ESRD). The samples were 76 ESRD patients treated by hemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) procedure at Phraphutthabhat Hospital, Saraburi Province. The research instruments consisted of a questionnaire of personal characteristics and the Quality of Life Questionnaire for Chronic Kidney Disease (KDQOL-SF<sup>TM</sup>) version 1.3 with the reliability of .73. Data were collected from April to September, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The research results revealed that the HD patients and the CAPD patients had the overall mean scores of quality of life at the moderate level ( $\bar{X} = 67.56$ ,  $SD = 10.61$  and  $\bar{X} = 68.15$ ,  $SD = 10.07$ , respectively). The overall and each dimension of mean scores of quality of life between the HD patients and the CAPD patients were not statistically significant different.

This research suggested that health care services should support the CAPD devices for CAPD patients and physicans or health care providers should give health education to control waste products to patients with ESRD.

**Keywords:** Quality of life, End stage of renal disease, Renal Replacement Therapy, Hemodialysis (HD), Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.60 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน และเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 7,800 คน เสียชีวิตจากภาวะไตวายจำนวน 13,536 คน ซึ่ง 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ประมาณ 2 แสนคน ซึ่งต้องการรับการผ่าตัดเปลี่ยนไตประมาณ 40,000 คน แต่ปัจจุบันสามารถผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไตได้เพียงปีละ 400 คนเท่านั้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2559) เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนไตมีขั้นตอนยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายสูงถึงคนละ 2 ล้านบาท และยังมิข้อจำกัดคือ ขาดแคลนผู้บริจาคไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้ หากไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตได้จึงต้องมีวิธีการรักษาแบบประคับประคองด้วยวิธีการบำบัด

ทดแทนไต จากสถิติเฉพาะเป็นในช่วงปี พ.ศ. 2550-2558 ของโรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 20-30 คน และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นจำนวน 104 คน (หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี, 2559)

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มีอาการของเสียคั่ง (uremia) ค่าซีรีมครีเอตินินมากกว่า 8 mg% มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายในหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสอาหารลดลง เบื่ออาหาร เชื้อราช่องปากและ

เหงือกอักเสบ ระบบหายใจจะมีอาการน้ำท่วมปอด เชื้อหุ้มปอดอักเสบ หายใจหอบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีอาการความดันโลหิตสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ วิงเวียน ปวดศีรษะเรื้อรัง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยจะบวม ปัสสาวะออกน้อย ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีอาการผิวแห้ง ผิวคล้ำ และคัน ระบบเลือด จะมีอาการชืดจากภาวะไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงและเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากขึ้น เกิดเลือดคั่งลง เลือดออกง่าย การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ระบบภูมิคุ้มกัน จะมีภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ระบบประสาท จะมีอาการชาที่แขน-ขา ปลายมือปลายเท้า เดินเซ ว่งซึม สับสน ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ประสาทหลอน เพื่อ ชัก และหมดสติ (กัทธียา อุดติ และณัฐนิช จันทจิราภิวัต, 2550) การรักษาเพื่อบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ การขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ซึ่งการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน มี 2 รูปแบบ ได้แก่ การใช้เครื่องช่วย และการไม่ใช้เครื่องช่วย โดยการใช้เครื่องช่วยขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องนั้นมักทำในเวลากลางคืน ใช้เวลา 8-10 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน โดยมีญาติเป็นผู้ดูแล ส่วนการไม่ใช้เครื่องช่วยจะทำอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน ห่างกันครั้งละ 6 ชั่วโมง ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติควบคุมเทคนิคการฟอกเลือดไม่ดี ผู้ป่วยจะมีโอกาสติดเชื้อในช่องท้องได้ง่าย ส่วนวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำในโรงพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาล สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การรักษาทั้ง 2 วิธี มีรายละเอียดการปฏิบัติที่แตกต่างกันเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ ช่วงเวลา ค่าใช้จ่าย สถานที่ทำ และการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ จุฑามาศ วารีแสงทิพย์ (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีความเครียดและสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงถึงร้อยละ 30 และการศึกษาของกัทธียา อุดติ และณัฐนิช จันทจิราภิวัต

(2550) ยังพบว่าระดับความสามารถด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงในทางลดลงตลอดจนมีความยุ่งยากในการปฏิบัติตามวิธีที่รักษา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และยากลำบากในการดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจหรือความสุขในชีวิต ตามบริบทและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้ คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางกายภาพ ทางสังคม การทำหน้าที่ตามบทบาท และสุขภาพจิต สุดท้ายจะส่งผลต่อความสุขของบุคคล (นุจรี ประทีปะวนิช จอห์นส, 2552) ทั้งนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับศาสตร์การดูแลทางการแพทย์ จากนั้นชนินฐา หอมจิน (2552) ได้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับบริบทคนไทย ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จำนวนทั้งสิ้น 191 คน หาคุณภาพทั้งความตรงเชิงผู้เข้า ความตรงเชิงจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ในช่วง .44-.86 ซึ่งมีความเชื่อมั่นเพียงพอในการนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การนำเครื่องมือนี้ไปใช้ส่วนใหญ่ นำไปใช้โดยประเมินภาพรวม ในขณะที่เครื่องมือนี้สามารถประเมินได้ถึง 19 มิติ และยังไม่มีผู้วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโดยใช้เครื่องมือนี้

โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีการเปิดหน่วยไตเทียมเพื่อให้บริการรักษามะเร็งบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแห่งที่สองถัดจากโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งไม่สามารถให้บริการผู้ป่วย

จำนวนมากได้อย่างเพียงพอ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จึงเปิดรับผู้ป่วยในจังหวัดสระบุรี ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และยังมีผู้ใดศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่มา รับบริการในโรงพยาบาลระดับทั่วไปและที่อยู่ในเขตชนบท

จากสภาพปัญหาและความสำคัญข้างต้น คณะผู้วิจัย จึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการ จัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง คุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือด

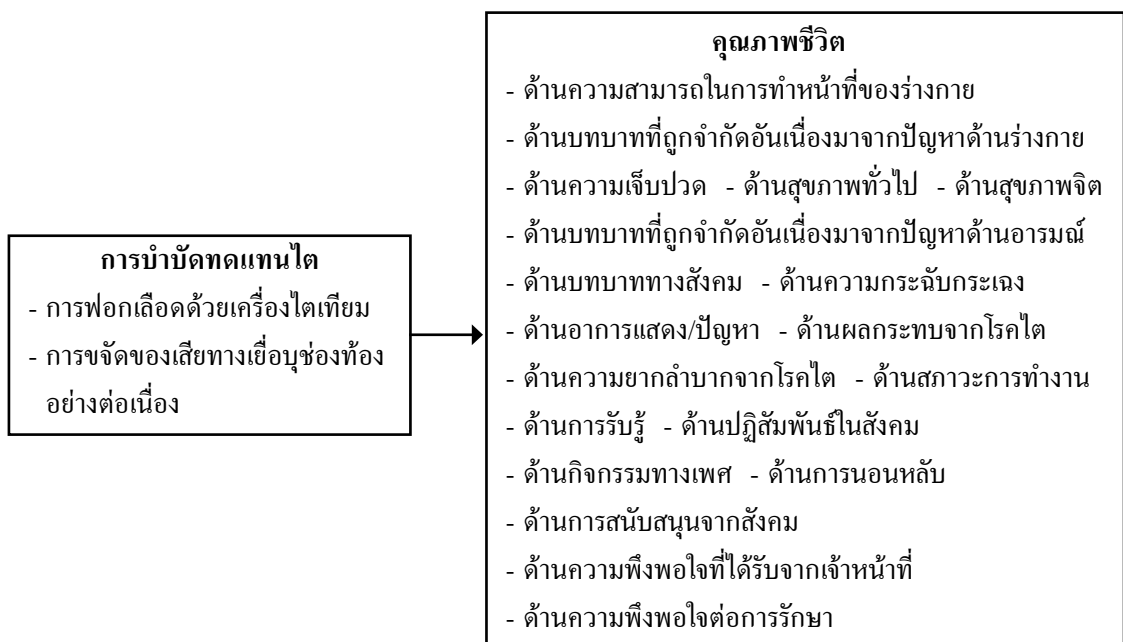
ด้วยเครื่องไตเทียม กับกลุ่มที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อ ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคุณภาพชีวิตแตกต่าง จากกลุ่มที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาและเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ บำบัดทดแทนไต 2 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม และการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 19 ด้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท (เอกสารรับรองเลขที่ EC002/2558)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2559 จำนวน 48 คน และ 57 คน ตามลำดับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 104 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร 2) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะปกติ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน และ 37 คน ตามลำดับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 76 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต สิทธิการรักษา และการมีโรคร่วม จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (KDQOL-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 สร้างขึ้นโดย Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา จากนั้นชนินฐา หอมจีน (2552) แปลเป็นภาษาไทย และทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการบำบัดทดแทนไตที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จำนวนทั้งสิ้น 191 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ในช่วง .44-.86 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นอยู่ในช่วง .53-.95 ค่า success scaling ของความตรงเชิงลู่เข้าเท่ากับ 74.17% และความตรงเชิงจำแนกเท่ากับ 88.81% คณะผู้วิจัยได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .73 แบบสอบถามประกอบด้วย

ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 19 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านสุขภาพจิต ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ด้านบทบาททางสังคม ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านอาการแสดง/ปัญหา ด้านผลกระทบจากโรคไต ด้านความยากลำบากจากโรคไต ด้านสภาวะการทำงาน ด้านการรับรู้ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการนอนหลับ ด้านการสนับสนุนจากสังคม ด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา รวมจำนวนทั้งสิ้น 80 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2-10 ระดับ แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 50 คะแนน) ในระดับต่ำ (50-59 คะแนน) ในระดับปานกลาง (60-69 คะแนน) ในระดับสูง (70-79 คะแนน) และในระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม แจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับกลุ่มที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีอายุเฉลี่ย 53 ปี ( $SD = 16.90$ ) และ 59 ปี ( $SD = 8.73$ ) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.10 และ 64.86 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.72 และ 78.38 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35.90 และ 56.76 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 1,001-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.72 และ 51.52 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ย 4 ปี 2 เดือน ( $SD = 2.60$ ) และ 3 ปี ( $SD = 1.62$ ) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 53.85 และ 78.38 ตามลำดับ และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 82.05 และ 72.97 ตามลำดับ

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 67.56$ ,  $SD = 10.61$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา มากที่สุด ( $\bar{X} = 100$ ,  $SD = .00$  เท่ากัน) รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนจากสังคม ( $\bar{X} = 89.29$ ,  $SD = 16.88$ ) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย ( $\bar{X} = 50$ ,  $SD = 51.89$ ) และด้านความเจ็บปวด ( $\bar{X} = 50$ ,  $SD = 39.03$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 68.15$ ,  $SD = 10.07$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา มากที่สุด ( $\bar{X} = 100$ ,  $SD = .00$  เท่ากัน) รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนจากสังคม ( $\bar{X} = 95.61$ ,  $SD = 14.20$ ) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านสภาวะการทำงาน ( $\bar{X} = 44.44$ ,  $SD = 42.72$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

| คุณภาพชีวิต                                        | กลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดฯ |       |         | กลุ่มที่ได้รับการจัดของเสียฯ |       |         |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-------|---------|------------------------------|-------|---------|
|                                                    | $\bar{X}$                  | SD    | ระดับ   | $\bar{X}$                    | SD    | ระดับ   |
| ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย             | 72.86                      | 31.36 | สูง     | 71.08                        | 33.56 | สูง     |
| ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย | 50.00                      | 15.89 | ต่ำ     | 64.86                        | 46.94 | ปานกลาง |
| ด้านความเจ็บปวด                                    | 50.00                      | 39.03 | ต่ำ     | 62.70                        | 41.14 | ปานกลาง |
| ด้านสุขภาพทั่วไป                                   | 65.65                      | 37.68 | ปานกลาง | 53.61                        | 39.0  | ต่ำ     |
| ด้านสุขภาพจิต                                      | 65.14                      | 14.67 | ปานกลาง | 70.78                        | 22.76 | สูง     |
| ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์  | 78.57                      | 42.58 | สูง     | 74.77                        | 43.32 | สูง     |
| ด้านบทบาททางสังคม                                  | 70.00                      | 41.14 | สูง     | 76.49                        | 36.76 | สูง     |
| ด้านความกระฉับกระเฉง                               | 72.14                      | 17.62 | สูง     | 76.03                        | 21.13 | สูง     |
| ด้านอาการแสดง/ปัญหา                                | 80.36                      | 11.63 | สูงมาก  | 82.29                        | 11.88 | สูงมาก  |
| ด้านผลกระทบจากโรคไต                                | 67.19                      | 16.29 | ปานกลาง | 74.02                        | 17.06 | สูง     |
| ด้านความยากลำบากจากโรคไต                           | 58.48                      | 31.07 | ต่ำ     | 65.37                        | 22.18 | ปานกลาง |
| ด้านสภาวะการทำงาน                                  | 53.57                      | 45.84 | ต่ำ     | 44.44                        | 42.72 | ต่ำมาก  |
| ด้านการรับรู้                                      | 88.57                      | 11.82 | สูงมาก  | 88.83                        | 13.52 | สูงมาก  |
| ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม                             | 80.00                      | 18.49 | สูงมาก  | 80.00                        | 21.26 | สูงมาก  |
| ด้านกิจกรรมทางเพศ                                  | 80.00                      | 27.39 | สูงมาก  | 82.29                        | 24.11 | สูงมาก  |
| ด้านการนอนหลับ                                     | 68.04                      | 43.64 | ปานกลาง | 65.54                        | 16.43 | ปานกลาง |
| ด้านการสนับสนุนจากสังคม                            | 89.29                      | 16.88 | สูงมาก  | 95.61                        | 14.20 | สูงมาก  |
| ด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่             | 100.00                     | .00   | สูงมาก  | 100.00                       | .00   | สูงมาก  |
| ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา                         | 100.00                     | .00   | สูงมาก  | 100.00                       | .00   | สูงมาก  |
| โดยรวม                                             | 67.56                      | 10.61 | ปานกลาง | 68.15                        | 10.07 | ปานกลาง |

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กับกลุ่มที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ย

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กับกลุ่มที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

| คุณภาพชีวิต                                        | กลุ่มผู้ป่วย               | $\bar{X}$ | SD    | $t$   | $p$  |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-----------|-------|-------|------|
| ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของร่างกาย   | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 72.86     | 31.36 | .172  | .864 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 71.08     | 33.56 |       |      |
| ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 50.00     | 51.89 | .981  | .332 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 64.86     | 46.94 |       |      |
| ด้านความเจ็บปวด                                    | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 50.00     | 39.03 | .997  | .323 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 62.70     | 41.14 |       |      |
| ด้านสุขภาพทั่วไป                                   | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 65.65     | 37.68 | .992  | .326 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 53.61     | 39.05 |       |      |
| ด้านสุขภาพจิต                                      | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 65.14     | 14.67 | .857  | .396 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 70.78     | 22.76 |       |      |
| ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์  | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 78.57     | 42.58 | .281  | .780 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 74.77     | 43.32 |       |      |
| ด้านบทบาททางสังคม                                  | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 70.00     | 41.14 | .544  | .589 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 76.49     | 36.76 |       |      |
| ด้านความกระฉับกระเฉง                               | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 72.14     | 17.62 | .606  | .548 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 76.03     | 21.13 |       |      |
| ด้านอาการแสดง/ปัญหา                                | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 80.36     | 11.63 | .488  | .629 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 82.29     | 11.88 |       |      |
| ด้านผลกระทบจากโรคไต                                | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 67.19     | 16.29 | 1.210 | .233 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 74.02     | 17.06 |       |      |
| ด้านความยากลำบากจากโรคไต                           | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 58.48     | 31.07 | .884  | .381 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 65.37     | 22.18 |       |      |
| ด้านสภาวะการทำงาน                                  | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 53.57     | 45.84 | .665  | .509 |
|                                                    | จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 44.44     | 42.72 |       |      |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กับกลุ่มที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ต่อ)

| คุณภาพชีวิต                                | กลุ่มผู้ป่วย                | $\bar{X}$ | SD    | $t$   | $p$   |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------|-------|-------|-------|
| ด้านการรับรู้                              | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 88.57     | 11.82 | .063  | .950  |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 88.83     | 13.52 |       |       |
| ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม                     | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 80.00     | 18.49 | .000  | 1.000 |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 80.00     | 21.26 |       |       |
| ด้านกิจกรรมทางเพศ                          | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 80.00     | 27.39 | .172  | .866  |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 82.29     | 24.11 |       |       |
| ด้านการนอนหลับ                             | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 68.04     | 43.64 | .300  | .766  |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 65.54     | 16.43 |       |       |
| ด้านการสนับสนุนจากสังคม                    | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 89.29     | 16.88 | 1.347 | .184  |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 95.61     | 14.20 |       |       |
| ด้านความพึงพอใจที่ได้รับ<br>จากเจ้าหน้าที่ | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 100.00    | .00   | .000  | 1.000 |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 100.00    | .00   |       |       |
| ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา                 | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 100.00    | .00   | .000  | 1.000 |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 100.00    | .00   |       |       |
| โดยรวม                                     | ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  | 67.56     | 10.61 | .184  | .855  |
|                                            | ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง | 68.15     | 10.07 |       |       |

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการขจัด ของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมกับที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อ ช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธีมีการบำบัดทดแทนไต บ่อยครั้งและแต่ละครั้งใช้เวลานาน ทำให้มีผลต่อการทำงาน

และการเข้าสังคม มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพา ญาติผู้ดูแลในการเดินทางมาและกลับจากโรงพยาบาล หรือในการช่วยล้างไตทางเยื่อช่องท้อง ประกอบกับ สภาพร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ง่าย จึงไม่สามารถดำเนินชีวิต ได้ตามปกติเหมือนเดิม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง แต่ผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มมีญาติและเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมคอยดูแล เป็นอย่างดีและใกล้ชิด ดังจะเห็นได้จากการรับรู้การสนับสนุน ทางสังคม ความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และ ความพึงพอใจต่อการรักษา ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนในระดับ มากที่สุดทั้ง 3 ด้าน จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของนิภา อัยยสานนท์ (2552) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา อุดดี และณัฐนิช จันทจิราภิวัต (2550) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และด้านความพึงพอใจต่อการรักษาอยู่ระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทุกคนของห้องไตเทียมให้ความสำคัญกับตนเอง มีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดีและเท่าเทียมกัน ปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ และต่อการรักษาอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกิติมา เศรษฐบุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยการให้คำแนะนำผ่านสื่อคู่มือ หนังสือ และวีดิทัศน์เป็นรายบุคคล พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย และด้านความเจ็บปวดน้อยที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตด้านสภาวะการทำงานน้อยที่สุด ซึ่งคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องกัน เมื่อผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังจำเป็น

ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง ทำให้ขีดขวางการทำงานตามปกติ และสภาพร่างกายอ่อนแอลง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้ดูแลมากขึ้น จึงมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวต่ำลง (Russo et al., 2010)

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในสังคมชนบท ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีบุตรหลานคอยสนับสนุนและช่วยเหลือ และก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมจะมีการประเมินความพร้อมของญาติและให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันตัดสินใจรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตดา เหลาแหลม, พรหมมินทร์ ไกรยสินธุ์, วัชรียา ปาละกุล, อภिरดา ฉิมพาลี, กัตติกา หาลือ, และวีระพล จันทรดียิ่ง (2557) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือด ล้างไตและล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย ยงศิริ และคณะ (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตด้านสภาวะการทำงานน้อยที่สุด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วย ควรสนับสนุนการใช้เครื่องช่วยจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพราะรูปแบบนี้สามารถทำได้ในเวลากลางคืน ส่วนในเวลากลางวัน ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวด น้อยที่สุด ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ควรตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยโดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการคั่งของเสียในร่างกายในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแต่ละครั้ง

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำ รวมถึงการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่างๆ

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

## เอกสารอ้างอิง

กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(4), 485-503.

ขนิษฐา หอมจิน. (2552). *ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้น วันที่ 12 เมษายน 2559, จาก [http://www.tnrr.in.th/?page=result\\_search&record\\_id=201809](http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=201809)

กัทธิดา อุดดี, และณัฐนิช จันทจิราภิวัฒน์. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(3), 171-177. สืบค้น วันที่ 12 พฤศจิกายน 2560, จาก [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj25\\_3/pdf25\\_3/02kattareya.pdf](http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj25_3/pdf25_3/02kattareya.pdf)

จุฑามาศ วาริแสงทิพย์. (2553). *การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมาปฏิบัติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. สืบค้น วันที่ 15 กันยายน 2560, จาก <http://library.cmu.ac.th/rsc/?newsdetail.php&id=374>

นุจรี ประทีปวิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิภา อัยยสานนท์. (2552). *การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้น วันที่ 12 พฤศจิกายน 2560, จาก [http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis\\_th.asp?id=0000003590](http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000003590)

นลิตา เหลาแหลม, พรหมมินทร์ ไกรยสินธุ์, วัชรียา ปาละกุล, อภิรดา ฉิมพาลี, กัตติกา หาลือ, และวีระพล จันทรดียิ่ง. (2557). ประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไตและล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลพะเยา. *วารสารเศรษฐระยา*, 7(2), 172-177. สืบค้น วันที่ 17 กันยายน 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalup/issue/view/4189>

สมชาย ยงศิริ, และคณะ. (2555). *คุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ*. สืบค้น วันที่ 12 พฤศจิกายน 2560, จาก <http://www.lib.buu.ac.th/buuir/research/node/855>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ. (2559). *คนไทยป่วยโรคไตติดอันดับ 3 ของอาเซียน*. สืบค้น วันที่ 10 กันยายน 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/30963.html>

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. (2559). *เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไต*. สระบุรี: ผู้แต่ง.

Russo, G. E, et al. (2010). Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Giornale Italiano Di Nefrologia*, 27(3), 290-295.

## โรคพาร์กินสันกับปัญหาหกล้ม Fall in Parkinson's Disease

ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) \*

Chuanchom Peaschpunpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing) \*

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการประสานงานกันของระบบประสาทกับการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดปัญหาในการเคลื่อนไหว โดยมีลักษณะอาการนำที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ อาการสั่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า และสูญเสียการทรงตัว ซึ่งอาการนำทั้งสี่อาการนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 42.80 เกิดอุบัติเหตุหกล้มใน 2 สัปดาห์ (ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557) ผลกระทบจากการหกล้มดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเกิดการบาดเจ็บรุนแรงจนไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง หรือบางรายต้องนอนติดเตียงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

### อุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่พบได้มากในผู้สูงอายุ และสามารถทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีโอกาสเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันมากขึ้น โดยพบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้สูงอายุ 100 คน พบว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน 1 คน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2559) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราการเกิดโรคพาร์กินสันร้อยละ 1 ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี พบอัตราการเกิด

โรคพาร์กินสันถึงร้อยละ 2 (Thomas & Sweetnam, 2002)

### สาเหตุของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว โดยมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดของโรคดังนี้ (Tuite, Thomas, Ruekert, & Fernandez, 2009)

1. ความสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป การมีอายุมากขึ้นทำให้เซลล์ประสาทที่ก้านสมองซึ่งมีหน้าที่หลังสารโดปามีนทำหน้าที่ได้น้อยลง โดยสารนี้จะช่วยควบคุมและสั่งการให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานประสานกัน เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหว ดังนั้น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Michałowska, Fiszer, Krygowska-Wajs, and Owczarek (2005) ที่พบว่าการสูญเสียการทรงตัวเป็นปัจจัยส่งเสริมของการหกล้ม ร้อยละ 29

2. โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน หรือสมองขาดออกซิเจน ทำให้เซลล์สมองตาย ส่งผลให้การสร้างสารโดปามีนลดลง ทำให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติและทำให้มีสมองเสื่อมร่วมด้วย

3. การได้รับสารบางชนิดที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์สมอง เช่น แอมกานีส คาร์บอนมอนอกไซด์ สารเหล่านี้จะรบกวนการทำงานของระบบประสาท ทำให้ระบบประสาท

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ทำงานผิดปกติ การควบคุมการทำงานในการเคลื่อนไหว จึงผิดปกติตามมา

4. การที่ศีรษะถูกกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ ศีรษะที่ถูกกระทบกระเทือนย่อมส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมอย่างหนึ่งของการเกิดโรคพาร์กินสัน

5. การใช้ยากลุ่มต้านแคลเซียมที่ใช้ในโรคหัวใจ โรคทางสมอง เนื่องจากยานี้มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของระบบประสาท ทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง

6. การใช้ยารักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เนื่องจากยารักษาโรคจิตมีผลข้างเคียงต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง กล้ามเนื้อแขนขาแข็งเกร็ง และมีอาการสั่นขณะอยู่เฉยๆ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการของโรคพาร์กินสัน

7. พันธุกรรม สาเหตุของโรคพาร์กินสันที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมนั้น พบประมาณร้อยละ 5 มักพบในผู้ที่มีอายุก่อน 60 ปี (สลิล ศิริอุดมภาส, 2559)

จากปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคพาร์กินสันข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่าสารโดปามีนเป็นต้นเหตุสำคัญของ การเกิดโรคพาร์กินสัน โดยสารโดปามีนนี้จะถูกหลั่งจาก สมองในส่วน sub-stantianigra ซึ่งสารนี้มีหน้าที่ใน การช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาท มีการประสานกันเป็นอย่างดี หากเซลล์สมองไม่สามารถ สร้างสารโดปามีนได้อย่างเพียงพอ จะส่งผลให้การทำงานของ กล้ามเนื้อมัดต่างๆ ไม่ประสานกัน ทำให้ไม่สามารถ ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้เคลื่อนไหวได้ ซึ่งอาการของโรคจะเริ่มจากอวัยวะด้านเดียว จนอาการ มากขึ้นจึงลามเป็นทั้งสองด้าน โดยอวัยวะที่มีอาการก่อน จะมีอาการรุนแรงกว่าอวัยวะที่มีอาการภายหลัง ทำให้ผู้ป่วย ต้องประสบกับปัญหาการเกิดอุบัติเหตุหกล้มบ่อยครั้ง จนบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Tuite et al., 2009)

### อาการของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันมีอาการที่ประกอบด้วยลักษณะเด่น 4 ประการ ดังนี้ (Hardy, 2008)

1. อาการสั่น (tremor) อาการสั่นเป็นอาการเริ่มแรก ของผู้ป่วย โดยจะมีอาการสั่นที่นิ้วมือก่อน แล้วจึงมีอาการ มือและแขนสั่นตามมา โดยจะสั่นเมื่ออยู่นิ่งๆ ไม่มีการทำ กิจกรรมใด ๆ และเมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหว อาการสั่น จะลดลงหรือหายไป อาการสั่นจะมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อพยาธิสภาพของโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง จนในที่สุดจะมีอาการสั่นทั่วร่างกาย รวมทั้งขาและลำ นึ่ง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนและการสื่อสารตามมา ทั้งนี้ อาการของโรคพาร์กินสันจะแตกต่างจากอาการสั่น ตามวัยของผู้สูงอายุ เนื่องจากอาการสั่นจากความสูงอายุนั้น จะมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าสั่นจึง พยายามควบคุมอาการเพราะรู้สึกอาย

2. อาการเกร็ง (rigidity) เป็นอาการที่กล้ามเนื้อ มีการแข็งตึงและเกร็งตลอดเวลา โดยเฉพาะแขนขาและ ลำตัว ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก ทำทางการเดินผิดปกติ และจากอาการกล้ามเนื้อแข็งตึงดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วๆ ที่ไม่ได้ทำงานหนักแต่อย่างใด

3. อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) ในระยะแรก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ช้าลงกว่าเดิม ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม โดยเฉพาะเมื่อเริ่มเคลื่อนไหว เวลาเดินผู้ป่วยจะไม่แกว่งแขนไปมา การก้าวเดินและ การหมุนตัวลำบาก เดินชอยเท้าสั้น ๆ ถีๆ นั่งตัวเอียง สีหน้าเหม็นเฉย นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวของมือและแขน ที่ช้าลงจะส่งผลให้เขียนหนังสือลำบาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จนผู้ป่วยบางราย ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง

4. การสูญเสียการทรงตัว (postural instability) เป็นอาการที่เกิดจากการมีกล้ามเนื้อแข็งตึงและเกร็ง โดยการสูญเสียการทรงตัวนี้จะพบเมื่อป่วยเป็นระยะ เวลานาน ในขณะยืน ช่วงลำตัวของผู้ป่วยจะโน้มไปข้างหน้า ทำให้ยืนไม่มั่นคง หมุนตัวได้ช้า ไม่สามารถบังคับทิศทาง การเดินได้ จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุ ได้ง่าย บางรายหกล้มทั้งๆ ที่ไม่ได้สะดุดอะไร ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเวลาเดิน

## อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุ

การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปี และเมื่อมีอายุมากขึ้น ถึง 70 ปี มีโอกาสหกล้มสูงถึงร้อยละ 32-42 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) โดยพบอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.63 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และพบอัตราการหกล้มเฉลี่ย 2 คนต่อวัน โดยผู้สูงอายุที่ยังมีอายุมากขึ้น การเกิดอุบัติเหตุหกล้มยิ่งพบได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ที่มีปัญหาการทรงตัว รวมทั้งโรคพาร์กินสัน

## สาเหตุของการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการหกล้ม จากพยาธิสภาพและอาการของโรคส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ หกล้มได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางที่เสื่อมลงอยู่แล้วตามปกติของวัยสูงอายุ จึงพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันและมีประสบการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุหกล้มนั้น สาเหตุของการหกล้มเกิดจากปัจจัยใหญ่ๆ 2 ประการ คือ สาเหตุจากภายในร่างกาย และสาเหตุจากภายนอกในร่างกาย ซึ่งพอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (Playfer, 2001)

### สาเหตุจากภายในร่างกาย มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากความสูงอายุ โดยความสูงอายุนี้อาจส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีความเสื่อม ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุและหกล้ม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ (Allen, Schwarzel, & Canning, 2013)

1.1 ความสามารถในการมองเห็นในวัยสูงอายุนั้น มีความสามารถในการมองเห็นลดลงตามวัย โดยเฉพาะความชัดเจนในการมองเห็นและการรับรู้ลดลง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความต่างระดับของพื้นบ้านหรือบริเวณทางเดินลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเดินสะดุดและเป็นเหตุให้หกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของโรคพาร์กินสัน ซึ่งมีลักษณะ

การเดินในท่าตัวแข็งเกร็ง เดินช้าๆ เมื่อก้าวเดินจะยกเท้าไม่ค่อยพ้นพื้น ทำให้สูญเสียการทรงตัว จึงเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

1.2 ความเสื่อมของลานสายตา ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของลานสายตาที่แคบลง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันจะยังมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น เพราะลานสายตาที่แคบลงทำให้ไม่สามารถมองเห็นคน วัตถุ หรือสิ่งของที่อยู่บริเวณใกล้ๆ ได้ชัดเจน ทำให้เดินสะดุดสิ่งของในบริเวณนั้นและหกล้มได้

1.3 ความมั่นคงในการเดินลดลง เนื่องจากความหนาแน่นของกระดูก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความมั่นคงของโครงสร้างกล้ามเนื้อลดลง รวมทั้งความเสื่อมของข้อและเอ็นรอบข้อ ประกอบกับโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์สมองหลังสารโดปามีนลดลง ทำให้การทำงานประสานกันของระบบประสาทและกล้ามเนื้อช้าลง และผิดปกติ ส่งผลให้จังหวะการเดินหรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นผลจากสภาพความเจ็บป่วย โดยมีความเจ็บป่วยจากโรคหลายๆ โรคที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (Fortinsky et al., 2004)

2.1 โรคระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งเป็นความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด โดยปกติ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต และหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผลจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดนี้ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลงได้ง่าย เลือดไปเลี้ยงสมองและส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง อีกทั้งผู้สูงอายุมักมีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า จึงทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม และเป็นปัจจัยทำให้เกิดการหกล้มได้ง่ายเมื่อมีการเคลื่อนไหว

2.2 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของโครงร่างกระดูก มวลกระดูก และกล้ามเนื้อ ร่วมกับความเสื่อมของข้อ ทำให้โครงร่างของร่างกายมีความมั่นคงลดลง เสี่ยงต่อการการทรงตัว และอาจ

ส่งเสริมให้มีอาการเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว จนทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ เกิดการหมุนตัวลำบาก ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนสนับสนุนให้เกิดการหกล้มได้ง่าย

2.3 โรคระบบประสาทและสมอง โดยเฉพาะโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ประสาทและสารสื่อประสาทที่เรียกว่าโดปามีนลดลง ซึ่งสารนี้มีหน้าที่ช่วยในการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้มีการเคลื่อนไหว ส่งผลให้การประสานการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวผิดปกติ สูญเสียการทรงตัว กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และเคลื่อนไหวลำบาก (ดังที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อสาเหตุของโรค) ดังนั้น อาการของโรคพาร์กินสันจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

#### สาเหตุจากภายนอกร่างกาย

ปัจจัยจากภายนอกที่เป็นสาเหตุทำให้หกล้มได้ง่าย ส่วนใหญ่เกิดจากสภาพแวดล้อมของสถานที่อยู่อาศัยที่มีลักษณะและขนาดไม่เหมาะสม ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (Lindholm, Hagell, Hansson, & Nilsson, 2014)

1. พื้นบ้าน โดยพื้นบ้านหรือบริเวณรอบๆ บ้านที่มีลักษณะไม่เรียบ มีความขรุขระ หรือพื้นบ้านที่มีลวดลายจะเป็นอุปสรรคในการเดินสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้หลกตา การกระชกของจังหวะในการก้าวเดินผิดปกติ สูญเสียการทรงตัว จนเกิดการสะดุดหกล้มได้

2. การมีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดินหรือขณะเดิน สิ่งกีดขวางทางเดินทำให้เกิดการลื่น สะดุด หรือการมีพื้นแตกเป็นร่อง ไม่สม่ำเสมอ การใช้พรมเช็ดเท้าที่ไม่เกาะพื้น รวมถึงการทำพื้นบ้านให้มีความต่างระดับ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวในการเคลื่อนไหวอยู่แล้ว (Falce, 2015)

3. ห้องน้ำ เป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกบ้านต้องมี โดยห้องน้ำที่มีขนาดและลักษณะไม่เหมาะสม เช่น ห้องน้ำที่ไม่มีราวให้ยึดเกาะ ส่วนที่มีลักษณะไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ ส่วนที่เป็นแบบนั่งยองๆ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยต้องนั่งขับถ่ายนานๆ อาจทำให้มีอาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืน และผู้ป่วยจะลุกขึ้นยืน

ลำบากหากไม่มีราวให้ยึดเกาะขณะลุกขึ้นยืน ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่การหกล้มในห้องน้ำได้

4. แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม แสงสลัวหรือแสงสว่างที่จ้าเกินไปภายในบ้านหรือบริเวณรอบๆ บ้าน ทำให้กล้ามเนื้อดวงตาต้องทำงานหนักมากขึ้น และการเพ่งสายตานานๆ จะทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคพาร์กินสันซึ่งมีลักษณะอาการของโรคที่เสี่ยงต่อการหกล้มอยู่แล้ว ยิ่งเพิ่มโอกาสในการหกล้มได้ง่ายขึ้น

5. การจัดวางอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ โดยเฉพาะการวางสิ่งของกีดขวางบริเวณทางเดินในบ้านหรือรอบบ้าน จะเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้ผู้ป่วยเดินสะดุด หกล้มได้ง่าย นอกจากนี้ เครื่องใช้บางอย่างที่ไม่พอดีกับสภาพผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เช่น ระดับความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ หรือเตียงนอนที่สูงเกินไป อีกทั้งเครื่องใช้บางอย่างที่มีลักษณะไม่เหมาะสม เช่น โต๊ะแบบล้อเลื่อน เครื่องใช้ต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย

6. เครื่องแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ กางเกงหรือกระโปรงที่ยาวเกินไป อาจทำให้เหยียบ สะดุด และหกล้มได้ นอกจากนี้ รองเท้าที่ไม่พอดีกับเท้าทำให้เดินไม่ถนัด ประกอบกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันซึ่งมีลักษณะการเดินที่ไม่ปกติและการทรงตัวไม่ดีอยู่แล้ว จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยหกล้มได้ง่ายขึ้น

#### อันตรายจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ผู้สูงอายุทุกคนมีความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มอยู่แล้ว เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายทุกระบบ โดยเฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งระบบต่างๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่ได้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น สำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ก็จะมีความเสี่ยงในการหกล้มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวและการเคลื่อนไหว จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่หกล้มและมีกระดูกหักแล้ว ส่วนใหญ่จะไม่สามารถกลับมาเดินได้เหมือนเดิม

บางรายต้องใช้รถเข็นหรือนอนติดเตียงไปตลอดชีวิต และผู้ที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนหรือมีเลือดออกในสมอง การทำงานของสมองจะเสื่อมลงหรือช้าลงกว่าปกติอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนอาจนำไปสู่ความพิการในที่สุด ผลจากการหกล้มทำให้เกิดความเครียดทั้งต่อผู้ป่วยญาติหรือบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ย่อมมีความวิตกกังวลและรู้สึกซึมเศร้า ที่ตนเองไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนเดิมและต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การหกล้มมาแล้วมักมีความกลัวและความวิตกกังวลว่าจะหกล้มซ้ำ ทำให้ไม่กล้าใช้ชีวิตตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน โดยญาติหรือบุคคลในครอบครัวต้องสละเวลาในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้านของการดำเนินชีวิต บางครอบครัวต้องจ้างผู้ดูแลมาคอยช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านตลอดเวลา โดยพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของการเกิดอุบัติเหตุหกล้มจะนำไปสู่การบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) และการหกล้มยังเป็นสาเหตุที่สำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การบาดเจ็บจากการหกล้มยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน (McCabe, Roberts, & Firth, 2008)

ปัญหาการหกล้มเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย จะยิ่งเป็นอันตรายมากขึ้น เพราะเมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บมักทำให้มีเลือดออกในสมองได้ ซึ่งการมีเลือดออกในสมองเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ หรืออาจทำให้อาการของโรคพาร์กินสันรุนแรงขึ้น บางรายต้องนอนติดเตียง ไม่สามารถเดินหรือช่วยเหลือตนเองได้ เกิดเป็นภาระของผู้ดูแลในการช่วยเหลือหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพังได้ (Falce, 2015) ทั้งนี้ อันตรายที่ร้ายแรงของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเมื่อเกิดการหกล้มคือ การบาดเจ็บจากการมีกระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพกซึ่งพบได้บ่อย

ทำให้ผู้ป่วยเดินไม่ได้หรือเกิดความพิการได้ค่อนข้างสูง และเมื่อสมองได้รับบาดเจ็บร่วมด้วยย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสมองพิการได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้พบมากขึ้นในปัจจุบัน โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงเป็นอันดับสองรองจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (Health MThai Team, 2558) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มยังมีแนวโน้มที่จะเกิดการหกล้มซ้ำได้อีก 2-3 เท่า (Health MThai Team, 2558) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความกลัวและความวิตกกังวลมากจนไม่กล้าเดิน เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงเป็นภาระของผู้ดูแลตลอดเวลา

### การป้องกันอุบัติเหตุหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

จากอันตรายของการเกิดอุบัติเหตุหกล้มดังกล่าวข้างต้น การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้หากผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลให้ความสนใจ เอาใจใส่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติหรือบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลต้องมีการบริหารจัดการทั้งปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย โดยการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบๆ บ้านให้มีความปลอดภัย เพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งสามารถทำได้ดังนี้ (Tuite et al., 2009)

1. การจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสามารถช่วยลดอุบัติเหตุ การเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ จากการศึกษาของ Sattin, Rodriguez, DeVito, and Wingo (2000) พบว่า สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมภายในบ้านเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการหกล้มได้ถึงร้อยละ 50 และส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุที่เกิดในห้องน้ำ การใช้บันได รวมทั้งการจัดแสงสว่างที่ไม่เหมาะสมของที่อยู่อาศัย ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมภายในและบริเวณรอบๆ บ้านให้มีความปลอดภัย จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสำหรับบุคคลที่อาศัยอยู่ได้ โดยทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้

- 1.1 แสงสว่าง ควรจัดให้มีแสงสว่างในบ้านและรอบๆ บ้านอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดิน

โดยแสงไฟที่ใช้ต้องไม่เป็นแสงจ้าและไม่สลับ บริเวณทางเดินไม่ควรมีแสงสะท้อนจากบริเวณอื่นส่องมาถึง เช่น กระຈกที่ทຳให้แสงสะท้อนเข้าตา นอกจากนี้ สวิตช์ปิด-เปิดไฟควรอยู่ในบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจน และผู้ป่วยสามารถเปิด-ปิดได้โดยไม่ต้องเอื้อมมือไปเปิด-ปิด

1.2 พื้นทางเดินภายในบ้านหรือรอบบ้าน พื้นบ้านควรเรียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง ไม่ลื่น ไม่ขัดมัน ไม่มีสายไฟหรือสะพานไฟที่เชื่อมต่อสายไฟไว้วางเกะกะ ควรหลีกเลี่ยงการปูพรมหรือปูเสื่อน้ำมันที่พื้นบ้าน เพราะจะทำให้ลื่นไถ้ง่ายเมื่อเปียกนຳ และควรทຳเครื่องหมายบริเวณพื้นที่มีความต่างระดับให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการสะดุด นอกจากนี้พื้นบ้านควรแห้งอยู่เสมอ หรือเมื่อเปียกต้องเช็ดให้แห้ง

1.3 ห้องนຳ เป็นบริเวณที่เกิดเหตุการณ์หกล้มได้บ่อยที่สุดของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ดังนั้นพื้นห้องนຳควรปูฝຳยงกันลื่น ภายในห้องนຳต้องมีราวสำหรับให้ยึดเกาะ โดยเฉพาะบริเวณตำแหน่งที่นั่งขับถ่ายและที่อาบນຳ ส่วนที่ใช้ควรเป็นแบบชักโครก มีความสูงพอเหมาะโดยให้ทຳให้เหยียบบนพื้นได้พอดีและมั่นคง ประตูควรมีที่เปิดจากด้านนอกได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้เอง และห้องนຳไม่ควรอยู่ไกลจากบริเวณที่พักอาศัย

1.4 เครื่องเรือนที่ใช้ภายในบ้าน ควรมีลักษณะและขนาดที่เหมาะสม โดยเป็นเครื่องใช้ที่ทຳจากวัสดุที่มีความมั่นคง โต๊ะและเก้าอี้ไม่ควรใช้แบบล้อเลื่อน หากเป็นแบบล้อเลื่อนจะต้องมีที่สำหรับล็อกล้อ มีความสูงเหมาะสมเมื่อนั่งแล้วสามารถวางเท้าได้พอดี เบาะรองนั่งไม่ควรยุบตัวเตียงนอนควรมีความสูงไม่เกิน 2 ฟุต ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและยืนได้สะดวก ที่นอนต้องไม่ยุบตัวเมื่อนอน ชั้่นวางสิ่งของต้องมีความสูงที่ผู้ป่วยสามารถหยิบสิ่งของได้สะดวกโดยไม่ต้องเอื้อม นอกจากนี้ควรมีการซ่อมแซมเครื่องเรือนที่ชำรุด เพื่อป้องกันการสะดุดและหกล้ม (Centers for Disease Control and Prevention, 2010)

1.5 บันได ต้องมีราวสำหรับให้ยึดเกาะทั้งสองด้าน คือ ด้านซ้ายและขวา บริเวณบันไดต้องมีแสงสว่างเพียงพอ บริเวณทางเดินบันไดไม่ควรวางสิ่งของต่างๆ และไม่ควรมีพรมเช็ดเท้า โดยสิ่งที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับ

ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันคือ หากที่พักอาศัยมีมากกว่า 1 ชั้่น ควรให้ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ชั้นล่าง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มจากการขึ้น-ลงบันได

2. การจัดการวางแผนเกี่ยวกับเครื่องใช้ต่างๆ สำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

2.1 เสื้อฝຳ ควรมีความพอดี สวมใส่ได้สบาย ไม่ยาวหรือรຸ່มรຳม ลักษณะฝຳไม่หนาหรือบางเกินไป รูปทรงการตัดเย็บต้องงຳต่อการสวมใส่ สามารถสวมใส่เองได้โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เสื้อฝຳที่ยาวหรือรຸ່มรຳมอาจทຳให้ผู้ป่วยเดินสะดุด เหยียบ ทຳให้หกล้มได้

2.2 รองเท้า ควรมีขนาดพอดี ไม่แน่นหรือหลวมเกินไป ควรเป็นรองเท้าหຳนຳกว้าง ส้นเตี้ย และขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยางเพื่อยึดเกาะพื้นในขณะเดิน ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่ควรสวมถุงเท้าเดิน เพราะจะทຳให้เท้ายึดเกาะพื้นได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการลื่นล้มได้ง่าย

2.3 อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เป็นสิ่งจຳเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินมีหลายชนิด ได้แก่ โครงเหล็กช่วยพยุงเดิน (walker) ไม้เท้า (cane) ซึ่งสิ่งสำคัญในการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินคือ ควรสอนและแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินให้ถูกวิธี เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวช่วยเพิ่มความมั่นคงในการเดินหรือการเคลื่อนไหว เพิ่มฐานรองรับน้ำหนักของร่างกายให้กว้างขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเดินหรือการเคลื่อนไหวมากขึ้น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันบางรายใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินไม่ถูกต้อง ทຳให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้เสมอ ดังนั้นการฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินให้ถูกวิธีจึงสามารถช่วยป้องกันการหกล้มและลดอุบัติเหตุการหกล้มได้ (Falce, 2015)

### 3. การประเมินสถานที่อยู่อาศัย

สถานที่อยู่อาศัยในที่นี้หมายถึงบ้าน ผู้ดูแลควรมีการประเมินสภาพบ้านโดยการสำรวจภายในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้านอยู่เสมอว่ามีบริเวณใดเกิดการชำรุดขึ้นหรือไม่ โดยมีการสำรวจอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพบว่ามีกรชำรุด ควรจัดการซ่อมแซมบริเวณที่ชำรุดนั้นให้เรียบร้อยและมีความปลอดภัยอยู่เสมอ รวมทั้งควรมีการกำหนดแนวทางหรือวางแผนในการปรับเปลี่ยนสภาพ

บ้าน เพื่อเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุที่บ้าน ซึ่งการประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านเป็นการช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและสามารถลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยได้ (Thomas & Sweetnam, 2002)

#### 4. ตัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรให้ความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เพื่อประโยชน์ในการช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยชะลอความรุนแรงของโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาการหกล้มได้นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีการสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการแทรกซ้อนจากโรคอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการทรงตัว ท่าทางการเดิน การเปลี่ยนท่า และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ อาการสับสน หลงลืม การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้ช้าลง ความผิดปกติในการมองเห็น อาการตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัดเจน และควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาบางชนิดที่อาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น ยากล่อมประสาท ยาที่ทำให้ง่วงซึม

สำหรับบทบาทของผู้ดูแลในการส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันอุบัติเหตุหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนั้น ผู้ดูแลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่พอช่วยเหลือตนเองได้ ให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ อีกทั้งผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลควรช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ และช่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกายโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย เช่น การบริหารโดยการยืดเหยียดแขนขา การพุงให้ลูกนั่ง การพาเดิน เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังทางใจ และช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรง จะยังมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้น นอกจากอาการของโรคจะเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายแล้ว ปัจจัยภายนอก ร่างกาย เช่น สภาพแวดล้อมในบ้านหรือบริเวณรอบๆ บ้านที่ไม่เหมาะสม แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย ดังนั้น การป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสามารถทำได้ง่ายๆ โดยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน และบริเวณรอบๆ บ้านให้มีความเหมาะสม เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นคงและความปลอดภัยในการเดินสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการเลือกใช้รองเท้า เสื้อผ้า หรือเครื่องใช้อื่นๆ ที่เหมาะสม ย่อมสามารถช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้มได้นอกจากนี้ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ ก็เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น อันเป็นการช่วยฟื้นฟูสุขภาพและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้เป็นอย่างดี

#### เอกสารอ้างอิง

- ปวันรัตน์ ศรีคำ. (2557). *ปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2559). *พาร์กินสัน เทรนด์โรคใหม่ของวัยทำงาน* วิทย “ไม่ว่าเลเซอร์” ช่วยการเดินทาง. สืบค้น วันที่ 25 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.thairath.co.th/content/613032>
- สกลิต ศิริอุดมภาส. (2559). *โรคพาร์กินสัน*. สืบค้น วันที่ 25 ตุลาคม 2560, จาก <http://haamor.com/th/พาร์กินสัน/>

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ผู้แต่ง.*
- Allen, N. E., Schwarzel, A. K., & Canning, C. G. (2013). Recurrent falls in Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinson's disease*. Retrieved July 25, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23533953>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Guideline for preventing falls. Web-based preventing falls*. Retrieved November 15, 2017, from <https://orthoinfo.aaos.org/falls/>
- Falce, A. (2015). *Keeping step with Parkinson's: Balance, posture and gait*. Retrieved July 25, 2017, from <https://www.michaeljfox.org/foundation/news-detail.php?podcast-keeping-step-with-parkinson-balance-posture-and-gait>
- Fortinsky, R. H., et al. (2004). Fall-risk assessment and management in clinical practice: Views from healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1522-1526.
- Hardy, J. (2008). Multiple system atrophy: Pathophysiology, treatment and nursing care. *Nursing Standard*, 22(22), 50-56. Retrieved July 25, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18333558>
- Health MThai Team. (2558). *ผู้สูงอายุตื่นล้ม นำไปสู่ พิกการเสียชีวิต ความเสี่ยงอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุ ท้องถนน*. Retrieved July 25, 2017, from <https://health.mthai.com/howto/health-care/10882.html>
- Lindholm, B., Hagell, P., Hansson, O., & Nilsson, M. H. (2014). Factors associated with fear of falling in people with Parkinson's disease. *BMC Neurology*, 14, 19. Retrieved July 25, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24456482>
- McCabe, M. P., Roberts, C., & Firth, L. (2008). Work and recreational changes among people with neurological illness and their caregivers. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 30(8), 600-610. Retrieved July 25, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852325>
- Michałowska, M., Fiszer, U., Krygowska-Wajs, A., & Owczarek, K. (2005). Fall in Parkinson's disease. Cause and impact on patients' quality of life. *Functional Neurology*, 20(4), 163-168.
- Playfer, J. R. (2001). Falls and Parkinson's disease. *Age and Ageing*, 30, 3-4.
- Sattin, R. W., Rodriguez, J. G., DeVito, C. A., & Wingo, P. A. (2000). Home environmental hazards and the risk of fall injury events among community-dwelling older persons. Study to assess falls among the elderly (SAFE) group. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(6), 669-676.
- Thomas, S., & Sweetnam, C. (2002). Parkinson's disease caring for the carers. *Primary Health Care*, 12(4), 27-31.
- Tuite, P., Thomas, C., Ruekert, L., & Fernandez, H. (2009). *Parkinson's disease: A guide to patient Care*. New York: Springer Publishing Company.

## วัยรุ่นไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร Thai Adolescent with Early Sexual Intercourse

ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) \*

Pankarin Hoyrat, M.P.H. (Public Health) \*

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, พ.ด. (ประชากรศาสตร์) \*\*

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography) \*\*

วัยรุ่นเป็นวัยที่ก้าวผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 12-20 ปี โดยเพศหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชายประมาณ 1-2 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ, และนิตา ลิ้มสุวรรณ, 2555) วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งวัยรุ่นต้องปรับตัวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป มีอารมณ์อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้ อยากรลอง สับสน ในบทบาทตัวเองระหว่างการเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ และเพื่อน มีอิทธิพลสูงต่อความคิด นอกจากนี้ วัยนี้ยังให้ความสนใจในเรื่องเพศเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์จากอิทธิพลการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ต่อมใต้สมอง (pituitary gland) และต่อมเพศ (gonad) ทำให้ผู้หญิงมีลักษณะของความเป็นเพศหญิงและผู้ชายมีลักษณะของความเป็นเพศชาย ผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงทางเพศทำให้วัยรุ่นมีความเป็นหนุ่มสาว กล่าวคือ เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยต่อมเพศจะมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และเทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองนี้ทำให้ร่างกายเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและมีอิทธิพลเป็นแรงขับทางเพศ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากธรรมชาติของวัยรุ่นที่มีแรงขับทางเพศในตนเอง จึงทำให้วัยรุ่นเริ่มมีความต้องการทางเพศ สนใจเพศตรงข้าม และมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศ เช่น มองหาผู้ที่ตนสนใจเพื่อสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิด จับมือถือแขน นัดหมายเพื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง ซึ่งทำให้เกิดความพอใจระหว่างกัน จากเหตุที่กล่าวมาถือเป็นจุดเริ่มต้นอันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ในขณะเดียวกัน สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมที่เปิดรับค่านิยมจากวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาในชีวิตประจำวัน เช่น การแต่งกายที่ล่อแหลมมากขึ้น การยอมรับการทักทายแบบโอบกอด เป็นผลให้ค่านิยมการรักษาวลสงวนตัวแบบวัฒนธรรมไทยลดลง ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยยังก้าวสู่ยุคโลกาภิวัตน์ มีเทคโนโลยีทันสมัย เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ เกิดเป็นสังคมโลกออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ทำให้การสื่อสารมีความง่ายและสะดวกในการนัดพบ พูดคุยระหว่างวัยรุ่นด้วยกัน อีกทั้งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่สำคัญคือ สื่อทางเพศต่างๆ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สามารถเข้าถึงง่าย และวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ซึ่งมีการแสดงทางอารมณ์ที่หวั่นไหวแปรปรวน วามขาดการยับยั้งทางความคิดเมื่อมีแรงขับทางเพศร่วมด้วย การจัดการอารมณ์ทางเพศ

\* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

จึงขาดความเหมาะสม ยิ่งหากมีการพูดคุยกับวัยรุ่นที่ตนพอใจ หรือมีการถูกเนื้อต้องตัวกัน สุดท้ายอาจถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของ วัยรุ่นไทย ถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในปัจจุบัน เนื่องจาก วัยรุ่นเป็นอนาคตของชาติ หากเขาเหล่านั้นมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควรก็อาจเกิดผลกระทบตามมา เช่น การตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ (unwanted pregnancy) การเกิดโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) ซึ่งล้วน เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของ เยาวชนไทยและการพัฒนาประเทศในอนาคต

จากข้อมูลข้างต้น บทความนี้จึงขอเสนอ สารสำคัญเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของ วัยรุ่นในบริบทประเทศไทย ซึ่งการให้คำนิยาม “การมี เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร” ได้ประยุกต์จากข้อเขียนของ สัจจา ทาโต (2550) โดยในบทความนี้หมายถึง การกระทำ ที่สอดไส่อวัยวะเพศชายเข้าสู่ช่องคลอดหรือทวารหนัก เพื่อมุ่งสู่การสำเร็จความใคร่ ทั้งที่เป็นคู่ร่วมนอนต่างเพศ หรือเพศเดียวกัน เป็นการกระทำตามอารมณ์ทางเพศ อันนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์หรือการติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เป็นการกระทำของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาเล่าเรียนโดยยังไม่ได้แต่งงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งขาดความพร้อมในด้าน เศรษฐฐานะ วุฒิภาวะ และความรับผิดชอบต่อสังคม

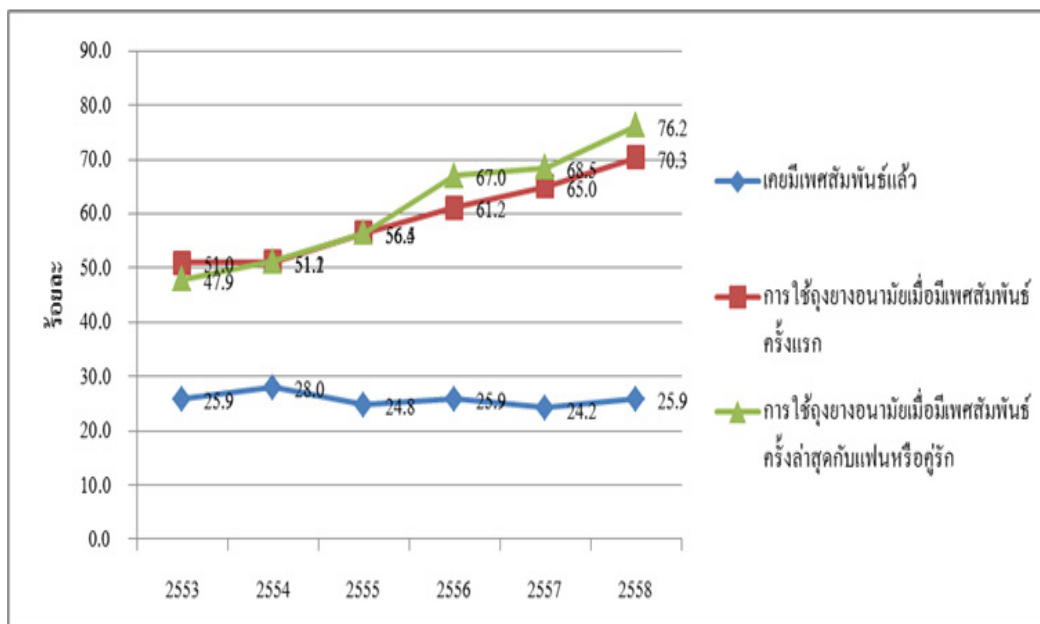
### สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในปัจจุบัน หลายประเทศ ให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ยังไม่ควรเกิดขึ้น เพราะวัยรุ่นยังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน หากเกิดพฤติกรรม ดังกล่าวจะส่งผลกระทบตามมา เช่น การตั้งครรภ์ระหว่าง เรียน การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ผลการเรียนตกต่ำ และเป็น ภาระของภาครัฐในการให้ความช่วยเหลือดูแล นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อความลำบากในการพัฒนาประเทศในอนาคต

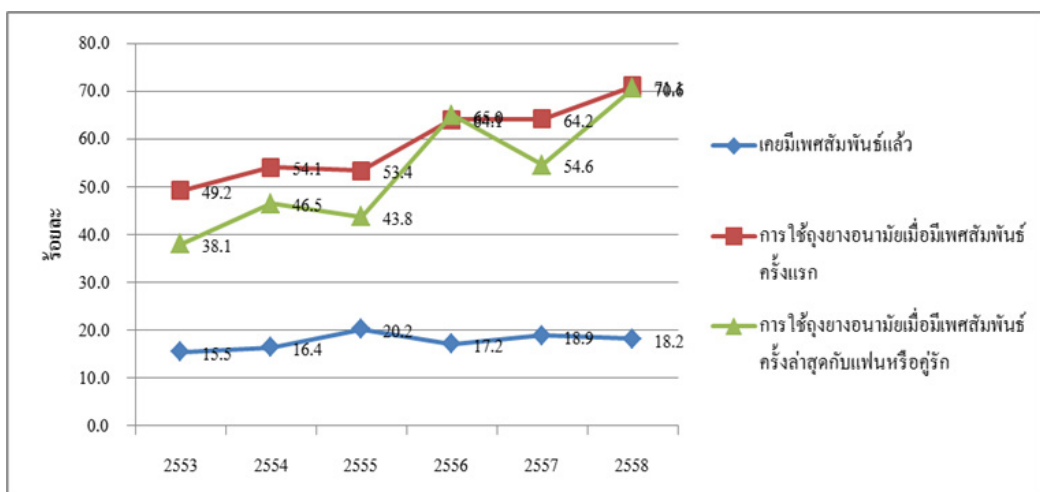
ประเทศต่าง ๆ จึงมีความตระหนักถึงสถานการณ์การมี เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ซึ่งมีการรายงานพอสรุปได้ดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2013 ประมาณร้อยละ 47 ของนักเรียนโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว เมื่อพิจารณาตามสัดส่วน ของนักเรียนในแต่ละปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 พบว่านักเรียน ระดับมัธยมศึกษาเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วถึงร้อยละ 54 จากนั้นถึงปี ค.ศ. 2001 พบว่ามีจำนวนลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 46 และก็คงที่ไปจนถึงปี ค.ศ. 2013 (Forum on Child and Family Statistics, 2015) ส่วนใน แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี ค.ศ. 1994 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี เพศชายร้อยละ 26.10 และเพศหญิงร้อยละ 10.20 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 35.50 ในเพศชาย และ ร้อยละ 28.70 ในเพศหญิง จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2013 (Aquino, 2014)

สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้สำรวจพฤติกรรม ทางเพศของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่านักเรียนชายเคยมีเพศ สัมพันธ์แล้วร้อยละ 25.90 ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2554 จากนั้นจึงลดลงและมีแนวโน้มคงที่จนถึงปี พ.ศ. 2558 โดยอยู่ในช่วงร้อยละ 24.80-25.90 ในด้านการใช้ถุงยาง อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และด้านการใช้ถุงยาง อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรัก พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ส่วนนักเรียนหญิง พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 15.50 ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.20 ในปี พ.ศ. 2555 จากนั้น จึงลดลงและมีแนวโน้มคงที่จนถึงปี พ.ศ. 2558 โดยอยู่ใน ช่วงร้อยละ 17.20-18.20 ในด้านการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และด้านการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรัก พบว่ามี แนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



**แผนภูมิที่ 1** ร้อยละของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558  
(ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



**แผนภูมิที่ 2** ร้อยละของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558  
(ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากข้อมูลข้างต้น การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น โดยรวมในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน พบว่าสำหรับประเทศไทย มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ไปจนถึงปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีลักษณะไปในทิศทางเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ยังคงมีอยู่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเช่นนั้น

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

ในปัจจุบันมีปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหลายปัจจัย ซึ่งแบ่งตามแบบจำลองการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) อันประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ (Green & Kreuter, 2005) เพื่อให้เข้าใจในพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของบุคคลที่ติดตัวมาแต่เดิม โดยทั่วไปวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ผู้ชายเริ่มมีเสียงแตกห้าว มีหนวด มีเครา ผู้หญิงเริ่มมีสโวกผาย หน้าอกขยายใหญ่ มีความเป็นเอกลักษณ์ทางเพศ เริ่มสนใจในรูปร่าง หน้าตา รักสวยรักงาม ซึ่งการมีรูปร่างหน้าตาดีจะก่อให้เกิดแรงดึงดูดและเป็นที่พอใจระหว่างเพศ (ธนินทร์ รัตนโอฬาร, 2556) และวัยรุ่นยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยเริ่มมีความสนใจอยากรู้อยากลองในกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนเพศที่เพิ่มขึ้น (อาภาพร เฟอร์วัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2555) ทั้งนี้พบว่าเหตุจูงใจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่มาจากความสนใจอยากรู้อยากลอง ร้อยละ 51 จากรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนในสถานศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร (ยุพา เสงจำรัส, กุลธิดา เจริญฉลาด, ชลัช ภิรมย์, ศิริลักษณ์ จันทรกุล, พัชรา เลิศประเสริฐศิริ, และกัตติวาลย์ แยมอุบล, 2556) และผลการศึกษานี้ด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าหากวัยรุ่นหญิงรับรู้ว่ามีเพื่อนส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ ก็มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์สูงเป็นสองเท่าของวัยรุ่นที่รับรู้ว่ามีเพื่อน

มีเพศสัมพันธ์น้อย (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2557) ในขณะเดียวกัน เพศ อายุ และระดับชั้นที่ศึกษา ก็มีผลทำให้วัยรุ่นสนใจต่อการมีพฤติกรรมทางเพศอีกด้วย ซึ่งพบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายจะมีภาวะกล้าเสี่ยง กล้าลอง และชอบความท้าทายมากกว่าเพศหญิง อีกทั้งในสังคมและวัฒนธรรมไทย ผู้ชายจะมีความเป็นอิสระ ผู้ปกครองไม่เคร่งครัดในเรื่องการปฏิบัติตัวต่อเพศตรงข้าม เนื่องจากถือว่าเพศชายเป็นฝ่ายที่ไม่เสียหาย ในขณะที่เพศหญิงยังต้องยึดถือในการรักษานวลสงวนตัว ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าเพศชายมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากเป็น 2.50 เท่าของเพศหญิง (กฤษฎา เหล็กเพชร, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ภูติธ เทชาดิวัฒน์, และสำราญ มีแจ้ง, 2558) ส่วนอายุและระดับชั้นที่ศึกษา พบว่าเป็นไปในทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับชั้นที่ศึกษาก็สูงขึ้น โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก็มากขึ้น เนื่องจากการที่อายุมากขึ้น พัฒนาการด้านร่างกายก็มีความเป็นหนุ่มสาวมากขึ้น และมีการหลั่งฮอร์โมนเพศสูง จึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกทางเพศได้มาก นอกจากนี้ อายุที่มากขึ้นยังทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ สามารถดูแลตนเองได้ มีความเป็นอิสระจากผู้ปกครอง สามารถพบเจอเพศตรงข้ามได้มากมาย จึงทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศง่ายขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่านักเรียนที่มีอายุ 17-19 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทางเพศมากกว่านักเรียนที่มีอายุ 14-16 ปี ถึง 2.80 เท่า (ลัษณา ฉายศรี, จรวยพร สุภาพ, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, และปรารธนา สติธยวิภาวี, 2553) นอกจากนี้ หากวัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนก็จะรักตนเองและไม่ทำให้ตนเสื่อมเสีย แต่หากวัยรุ่นไม่เห็นคุณค่าในตน ก็จะแสดงพฤติกรรมตามใจตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศเมื่อถูกกระตุ้นหรือถูกหว่านล้อม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (สมบุญ คิลปัฐกรรม, 2559)

2. ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งพบว่าครอบครัวที่มีการทะเลาะกันของบิดามารดาบ่อยครั้ง จะทำให้นุตรวัยรุ่นขาดความสุข ไม่มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ บางครั้งวัยรุ่นเองมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อครอบครัว เช่น มีการทะเลาะกับผู้ปกครองเนื่องจากครอบครัวปฏิเสธ ในความคิดความต้องการของตน จึงมองว่าครอบครัวไม่ให้ความสนใจและพยายามหาทางออกโดยขอการยอมรับจากแฟนหรือคู่ที่ตนสนใจ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่านักเรียนที่มีสัมพันธภาพของครอบครัวไม่ดี มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากเป็น 5.70 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีสัมพันธภาพของครอบครัวดี (นิยม จันทน์วล, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, พลากร สืบสำราญ, และสุบรรณ สิงห์โต, 2557) นอกจากนี้ การขาดความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยบิดามารดาไม่มีเวลาให้บุตร ไม่แนะนำว่าสิ่งใดถูกหรือผิด รวมทั้งไม่เป็นแบบอย่างที่ดี เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน เพียงแต่ให้เงินบุตรใช้จ่ายเพื่อดูแลตนเอง จึงทำให้นุตรขาดความอบอุ่นและไม่ได้รับคำแนะนำสั่งสอนในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม นุตรวัยรุ่นจึงแสวงหาที่พึ่งและความอบอุ่นจากเพื่อนและแฟน (นภัสชญา โพธิะยุร, พัชรภรณ์ เกษะประกร, และมัลลิกา ผลอนันต์, 2557) ยิ่งหากผู้ปกครองไม่มีศักยภาพในการสอนหรือพูดคุยเรื่องเพศ ก็อาจทำให้นุตรมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น และขาดความรู้ที่จะดูแลตนเองให้พ้นจากปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมทางเพศ (พรฤดี นิธิรัตน์, 2551) ในขณะเดียวกัน เพื่อนก็มีอิทธิพลอย่างมาก เนื่องจากวัยรุ่นใช้เวลาและความสนใจใกล้ชิด ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น ทำงานในห้องเรียน พูดคุยปรึกษาผ่านสื่อออนไลน์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้อายุรุ่นเกิดความไว้วางใจกันจนทำให้เพื่อนมีอิทธิพลต่อความคิด โดยเพื่อนบางกลุ่มอาจมีการชักจูงหรือยั่วยุให้สนใจเพศตรงข้ามจนกลายเป็นแฟนกัน ซึ่งแฟนจะให้ความสนใจดูแล ให้คำปรึกษา และพูดคุยกันเป็นพิเศษ เพื่อทำให้รู้สึกอบอุ่น เมื่ออยู่ห่างกันจึงเกิดความคิดถึงซึ่งกันและกัน

บางครั้งมีการนัดพบเพื่ออยู่ด้วยกันสองต่อสอง โดยทั้งชายและหญิงจะให้ความไว้วางใจกัน จับมือถือแขน ปลอมเนื้อปลอมตัว โอบกอดกัน และหากอยู่ในสถานที่ลับตาคนก็อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ จากรายงานพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดพิษณุโลก พบว่าร้อยละ 66.50 เพื่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือ แฟนตนเอง ร้อยละ 64.90 (วงเดือน สุวรรณศิริ, นันทนา น้ำฝน, และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2551)

3. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นคุณลักษณะทางสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม หรือทรัพยากรที่ช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรม พบว่าสถานการณ์ที่อยู่ตามลำพังสองต่อสองมีโอกาสมากที่วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์สูง เนื่องจากอยู่ในสถานที่ลับตาคน ไม่มีใครรู้เห็น จากการสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นไทยพบว่าเหตุจูงใจในการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศมากที่สุดคือการอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ร้อยละ 32.20 (วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิชานัน หนูวงศ์, รัชนี ลักขิตานนท์, และเบญญา ยมสาร, 2556) นอกจากนี้ วัฒนธรรมของต่างชาติโดยเฉพาะชาติตะวันตก ได้แผ่เข้ามาสู่สังคมไทยอย่างเปิดเผย (สัจจา ทาโต, 2550) จนทำให้อายุรุ่นไทยเกิดความคุ้นเคยและเลียนแบบ เช่น การแต่งกายที่ล่อแหลม สวมเสื้อสายเดี่ยวหรือเกะออก สิ่งเหล่านี้จะล่อให้ฝ่ายชายมีความต้องการทางเพศมากยิ่งขึ้น และการได้รับวัฒนธรรมการโอบกอดระหว่างฝ่ายชายกับฝ่ายหญิงเมื่อพบกัน มีการจูบปากแสดงความรัก จนวัยรุ่นมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาและเลียนแบบ ในขณะเดียวกัน สื่อก็มีอิทธิพลอย่างมากต่อสังคมไทย เพราะสื่อเป็นสิ่งที่วัยรุ่นบริโภคจำนวนมาก เช่น อินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นสื่อออนไลน์ที่มีสารพัดสิ่งที่น่าสนใจ แม้กระทั่งคลิปโป๊ เปลือย วัยรุ่นก็สามารถดาวน์โหลดได้ นอกจากนี้ โทรศัพท์มือถือก็มีอินเทอร์เน็ตในตัว วัยรุ่นสามารถค้นหาภาพโป๊ เปลือย หรือเว็บไซต์ที่ล่อแหลม อนาจาร มาบริโภคอย่างง่ายดายและสะดวกในการเข้าถึง เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัวสูง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศเป็นอย่างดี ซึ่งการศึกษา

ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อนุชิต วรรกา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ต้นสกุล, และนิรัตน์ อิมามิ, 2558) อีกทั้งแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเนื่องจากเมื่อบริโภคหรือเสพเข้าไปจะขาดสติสัมปชัญญะขาดการควบคุมตนเอง กล่าวในสิ่งที่ไม่ควรทำซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ และส่วนใหญ่มักไม่มีการป้องกันหรือคุมกำเนิดที่เหมาะสม อันนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้ วัยรุ่นบางกลุ่มเชื่อว่าการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดบางชนิดช่วยเพิ่มความสุขมากขึ้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (จูติพร อิงถาวรวงศ์, สุริยพร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, และญาวนี จรูญศักดิ์, 2550; Lee, Cintron, & Kocher, 2014)

จากปัจจัยข้างต้นถือเป็นสิ่งที่ทุกหน่วยงานต้องให้ความตระหนัก เนื่องจากหากละเลย ไม่ใส่ใจ ก็จะทำให้วัยรุ่นเข้าใกล้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นมากขึ้นทุกที อันนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศจนถึงขั้นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และหากวัยรุ่นไม่ได้ป้องกันหรือป้องกันไม่ถูกวิธีไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะนำไปสู่ผลกระทบที่เป็นปัญหาตามมาในอนาคต

### ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์บางครั้งขาดความพร้อม ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี ก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556)

1. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพของมารดาที่เป็นวัยเจริญเติบโตและอาจมีสุขภาพของทารกในครรภ์ร่วมด้วย ทั้งนี้ มารดาวัยรุ่นยังมีภาวะอารมณ์ที่ไม่มั่นคงจากการปกปิดไม่ให้ผู้ปกครอง ครู และเพื่อนทราบ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการทำแท้ง รวมถึงการฆ่าตัวตาย

เมื่อมีการตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะโลหิตจางหรือครรภ์เป็นพิษ และหากดำรงครรภ์จนกระทั่งคลอดจะเสี่ยงต่อการตกเลือด และทารกก็มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด รวมถึงอาจเสียชีวิตหลังคลอด โดยแนวโน้มการตั้งครรภ์คลอดของวัยรุ่นไทย อายุ 15-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2555 มีอัตราสูงขึ้นจาก 31.10 ต่อพันประชากร เป็น 53.40 ต่อพันประชากร จากนั้นจนถึงปีพ.ศ. 2558 อัตราการตั้งครรภ์คลอดลดลงเหลือ 44.80 ต่อพันประชากร (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ก)

2. การทำแท้ง (abortion) เป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนที่จะได้จะดำรงอยู่ได้นอกครรภ์มารดา โดยวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มักขาดความพร้อมในการดูแลบุตร จึงตัดสินใจทำแท้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งตามคลินิกที่ผิดกฎหมาย สิ่งที่มาคือ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด ติดเชื้อในโพรงมดลูก เกิดภาวะช็อก ซึ่งล้วนเป็นปัญหาในการดูแลรักษาของโรงพยาบาลที่ต้องทำการรักษาด้วยหัตถการที่ซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ ในด้านศีลธรรมและจารีตประเพณียังถือว่าการทำแท้งเป็นการทำลายชีวิตอันเป็นตราบาปให้กับตน ทั้งนี้พบว่าวัยรุ่นไทย อายุ 15-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 มีแนวโน้มการทำแท้งอันมีเหตุผลด้านภาวะเศรษฐกิจสังคม และครอบครัว ลดลงจากร้อยละ 35.50 เหลือร้อยละ 24.80 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ข)

3. การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง นำไปสู่การติดเชื้อต่างๆ เช่น เชื้อเอชไอวี เชื้อที่ทำให้เกิดโรคหนองใน ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และเริม ซึ่งล้วนเป็นปัญหาสุขภาพ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตนเอง โดยเฉพาะหากติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดผลเสียอย่างมาก อาจต้องสูญเสียอนาคตในการเรียน ทั้งนี้พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทย อายุ 15-24 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558 มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 80.80 ต่อแสนประชากร เป็น 127 ต่อแสนประชากร (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ก)

4. การขาดโอกาสทางการศึกษา ผลกระทบต่อวัยรุ่นจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในขณะเรียน พบว่ามีโอกาสสูงที่วัยรุ่นตั้งครรภ์จะหยุดเรียนกลางคัน เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะเรียนยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม และถูกมองว่าเป็นเรื่องน่าอับอายทำให้เกิดภาวะบีบคั้นจนต้องออกจากโรงเรียน หรือลาออกไปแต่งงาน หากวัยรุ่นหญิงและชายเกิดการติดเชื้อเอชไอวีก็อาจต้องหยุดเรียน เนื่องจากเป็นอุปสรรคต่อการเรียน และสังคมยอมรับในการเข้าร่วมสังคมได้ยาก

5. การพึ่งพิงครอบครัว หากวัยรุ่นหญิงมีการตั้งครรภ์ในขณะเรียน ผู้ปกครองบางคนเลือกที่จะให้ออกจากโรงเรียนมาแต่งงานเพื่อแก้ไขปัญหาละเลยละทิ้งของวงศ์ตระกูล ซึ่งชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นมักประสบปัญหาความไม่พร้อมทั้งในการดำเนินชีวิตทั่วไป เศรษฐฐานะ และวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตร โดยผู้ปกครองต้องเข้ามาช่วยเหลือทั้งการดูแลบุตรหลานและสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆ (ยุพเยาว์ วิศพรณ์ และสมจิต ยาใจ, 2559)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อวัยรุ่นและครอบครัว รวมถึงส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาหากวัยรุ่นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และที่สำคัญคือ ประเทศชาติอาจสูญเสียบุคลากรที่มีค่าในการช่วยพัฒนาประเทศต่อไป ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงควรให้ความร่วมมือในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นไทย

### การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

เนื่องจากผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรนำไปสู่ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น และเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลบุตรหลาน รวมถึงภาครัฐที่จะต้องให้บริการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงควรมีส่วนร่วมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งการป้องกันควรเน้นให้วัยรุ่นลดการเข้าถึงปัจจัยสาเหตุหรือมีภูมิความคิดเท่าทันต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ดังนี้

1. การป้องกันด้านปัจจัยนำ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้มากกว่าเพศหญิง และเมื่อมีอายุ

มากขึ้น ระดับชั้นที่ศึกษาสูงขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก็มากขึ้น ยิ่งแฟนหรือคู่อภิเษกมีรูปร่างหน้าตาดีและตนมีความสนใจใฝ่อยากลองในการมีเพศสัมพันธ์ โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรก็มากขึ้น ดังนั้นจึงควรเน้นการเฝ้าระวังในเพศชายที่มีอายุในช่วงวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย โดยสถานศึกษาควรให้ครู อาจารย์มีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียนเช่นเดียวกับผู้ปกครอง สร้างให้นักเรียนเกิดการรับรู้และตระหนัก เพื่อให้มีแนวคิดในเรื่องเพศที่ถูกต้อง รู้จักการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับบทบาทนักเรียน โดยจัดโครงการอบรมเรื่องเพศศึกษา เช่น การจัดกิจกรรมเข้าค่ายเพศศึกษา ซึ่งทางโรงเรียนสามารถขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม (วรภรณ์ บุญเชียง, 2558) โดยสอนเรื่องเพศศึกษา ให้คำปรึกษาเรื่องเพศเป็นรายกลุ่ม โดยเฉพาะการรู้จักใช้ทักษะปฏิเสธ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญและดำเนินกิจกรรมเพื่อเอื้อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น ร่วมหาทางป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สร้างให้นักเรียนมีทักษะชีวิต รู้จักคิด รู้จักฟัง รู้จักแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และรู้จักเบี่ยงเบนความสนใจโดยการเล่นกีฬา หางานอดิเรกทำ พร้อมทั้งกระตุ้นให้นักเรียนเห็นคุณค่าในตน รักอนาคตตนเอง โดยสร้างแรงบันดาลใจให้วัยรุ่นมุ่งมั่นกระทำตามอนาคตที่วาดฝันไว้ให้เป็นจริง (สัจจา ทาโต, 2550; ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, ลาวัลย์ รัตนเสถียร, ภารดี ประเสริฐวงษ์, วันเพ็ญ รัชชปวงชน, อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์, และวิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, 2550; อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2555) ในขณะเดียวกันจะต้องอบรมเพื่อแนะนำการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยควบคู่กันไป เนื่องจากในปัจจุบันมีปัจจัยกระตุ้นพฤติกรรมทางเพศอยู่รอบตัวที่จะทำให้วัยรุ่นขาดการยับยั้งชั่งใจได้ตลอดเวลา

2. การป้องกันด้านปัจจัยเสริม หากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี ผู้ปกครองขาดการดูแลเอาใจใส่บุตรวัยรุ่น บุตรก็อาจมีเพื่อนและแฟนเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หากพบเพื่อนและแฟนที่ไม่หวังดี เพื่อนก็อาจล่อลวงให้มึนเมา หรือแฟนก็อาจโน้มน้าวให้มีพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้น การจะทำให้บุตรมีภูมิคุ้มกันต่อพฤติกรรมทางเพศจึงต้องเริ่มจาก

สถาบันครอบครัว จากการเลี้ยงดูบุตรแบบให้เวลาในการดูแล และสร้างความอบอุ่น มีการรับประทานอาหารอย่างพร้อมหน้า หาเวลาทำกิจกรรมครอบครัวให้บ่อยครั้ง และส่งเสริมให้บุตรรักในอนาคตและมองตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเอง และครอบครัว ในขณะเดียวกัน ผู้ปกครองต้องพร้อมรับฟัง ปัญหา มีท่าทีด้านบวกด้วยการแสดงความรักให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจเมื่อบุตรมีปัญหา หลีกเลี่ยงการตราหน้า และการใช้วาจาที่ลดคุณค่าบุตร พยายามเรียนรู้ ยอมรับ และสร้างความรู้จักกับเพื่อนของบุตร เพื่อเรียนรู้เรื่องราว หรือสถานการณ์ที่บุตรเผชิญอยู่ พร้อมกับให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวแก่บุตรและเพื่อนของบุตร โดยให้มุ่งหวัง ในอนาคตที่ดี และถามถึงการคบเพื่อนต่างเพศของบุตร เพื่อผู้ปกครองจะได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำในการวางตน ให้เหมาะสมกับบทบาทนักเรียนและการปฏิบัติทางเพศ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551; สุกุณา บุญนารากร, 2554) และหากผู้ปกครองคิดว่าตนยังขาดความรู้หรือมีความรู้ ไม่เพียงพอในการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น ทั้งด้านกาย จิต สังคม และพฤติกรรมทางเพศ สามารถขอคำแนะนำหรือปรึกษา แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้

3. การป้องกันด้านปัจจัยเอื้อ การอยู่ตามลำพัง ในสถานที่ลับตาคนของวัยรุ่นที่เป็นแฟนกันจะมีความสะดวก และเกิดความกล้าในการจับมือถือแขน จูบ และโอบกอดกัน นอกจากนี้ วัฒนธรรมต่างชาติโดยเฉพาะชาติตะวันตก สื่อลามก แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ก็มีผลเอื้อต่อการมี พฤติกรรมทางเพศจนอาจถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้น ควรสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของวัยรุ่นตาม แบบประเพณีและวัฒนธรรมไทย โดยทำสื่อโฆษณาทาง โทรทัศน์หรือสื่อธรรมะที่เน้นให้วัยรุ่นหญิงรักนวลสงวนตัว ไม่ซิงสุกก่อนหาม ในขณะเดียวกัน ภาครัฐต้องควบคุม และปิดกั้นการเข้าถึงเว็บไซต์ที่มีสื่อลามก และมุ่งสร้าง ภูมิคุ้มกันการติดสื่อลามกผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยออกแบบการเรียนการสอนและการอบรมให้สอดคล้อง กับสภาวะนักเรียน (ดำรง อ่อนเจริญ, 2558) ส่วนเรื่อง แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ทุกภาคส่วนควรเข้ามาดูแล เช่น ตำรวจควรควบคุมร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างเคร่งครัด และตรวจตรา เฝ้าระวังการค้าสิ่งเสพติด

ในชุมชนและโรงเรียน ส่วนโรงเรียนก็จัดทำโครงการสถานศึกษา สีขาว ปลอดภัยเสพติดและอบายมุข โดยขอความร่วมมือ จากตำรวจให้มีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ พร้อมกับ ให้การดูแลในระยะยาว (สำนักส่งเสริมกิจการการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ศูนย์อำนวยการ พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กระทรวงศึกษาธิการ, ม.ป.ป.)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีพัฒนาการ ทางเพศเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ทำให้วัยรุ่นเริ่มสนใจด้านเพศ ในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้วัยรุ่น มีพฤติกรรมทางเพศจนถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อ ตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นอุปสรรคต่อการสร้าง คุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต ดังนั้น การป้องกันการมี เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรทั้งด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมุ่งเน้น การเฝ้าระวังและควบคุมพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น เพื่อช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรให้ได้ มากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา เหล็กเพชร, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ภูติท เตชาดิวัฒน์, และสำราญ มีแจ้ง. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ*, 8(1), 163-174.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, ลาวัลย์ รัตนเสถียร, ภารดี ประเสริฐวงศ์, วันเพ็ญ รักษ์ปวงชน, อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์, และวิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์. (2550). ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และแนวทาง ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเกศศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ*, 2(2), 151-158.

- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์, สุรีย์พร กฤษณเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, และณาวนี จริญญาศักดิ์. (2550). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(6), 511-520.
- คำรัส อ่อนเจริญ. (2558). ภัยจากสื่อลามกที่มากับเทคโนโลยีสารสนเทศ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*, 9(20), 87-98.
- ชนินทร์ รัตนโอฬาร. (2556). เหตุปัจจัยของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*, 12(1), 64-72.
- นภัชญา โพประยูร, พัชรภรณ์ เกษะประกร, และมัลลิกา ผลอนันต์. (2557). รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 6(1), 235-250.
- นิยม จันทน์นวล, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, พลากร สืบสำราญ, และสุพรรณ สิงห์โต. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 56-65.
- พรฤดี นิธิรัตน์. (2551). สถานการณ์การสื่อสารเรื่องเพศศึกษาระหว่างพ่อแม่กับลูกวัยรุ่นในครอบครัวไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 19(1), 43-57.
- มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ, และนิตา ลิ้มสุวรรณ. (บ.ก.). (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ยุพา เสงจำรัส, กุลธิดา เสงฉลาด, ชลัช ภิรมย์, ศิริลักษณ์ จันทรกุล, พัชรา เลิศประเสริฐศิริ, และฉัตรดาวัลย์ เข้มอุบล. (2556). การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา*, 5(3), 1-16.
- ยุพเยาว์ วิศพรรณ, และสมจิต ยาใจ. (2559). ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(เพิ่มเติม 1), 1-16.
- รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2557). การสื่อสารของบุตรสาวกับมารดาเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศและปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 33-44.
- ลัษณา ฉายศรี, จรวัยพร สุภาพ, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, และปรารถนา สติชัยวิภาวี. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(2), 161-174.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, นันทนา น้ำฝน, และวรรณวิทย์วารีรัมย์. (2551). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษา จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 16(2), 147-155.
- วรภรณ์ บุญเสียง. (2558). *อนามัยโรงเรียน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิษานัน หนูวงศ์, รัชนี ลักขิตานนท์, และเบ็ญจา ยมสาร. (2556). สำนวนความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 979-987.
- สกุณา บุญนรากร. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สมบุญ ศิลป์รุ่งธรรม. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนิสิตปริญญาตรี สาขาพลศึกษา และสุศึกษา คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(1), 104-119.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- สัจจา ทาโต. (2550). การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ของวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัย นครสวรรค์*, 1(2), 19-30.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ปรี้นติ้ง.
- สำนักส่งเสริมกิจการการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง ศึกษาธิการ ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะ ยาเสพติด กระทรวงศึกษาธิการ. (ม.ป.ป.). *คู่มือ แนวทางการดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดยาเสพติดและอบายมุข*. สืบค้น วันที่ 2 ธันวาคม 2559, จาก <http://pycat.ac.th/document/tex/k2.pdf>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการจัดการอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ศูนย์สื่อ และสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และเยาวชน ปี 2558*. สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2559, จาก [http://rh.anamai.moph.go.th/download/all\\_file/index/CRH2558\\_Newupdate.pdf](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/CRH2558_Newupdate.pdf)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560 ก). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560 ข). *รายงานเฝ้าระวังการแท้ง ประเทศไทย พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อนุชิต วรกา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, และนิรัตน์ อิมามี. (2558). ทักษะชีวิตกับพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดกาญจนบุรี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ สุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 เรื่อง บทบาทประชาชน กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. หน้า 65-81. วันที่ 14-16 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท จังหวัดชลบุรี.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาคัตย์ชื้อ. (2555). *การสร้าง สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์ แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- Aquino, T. (2014). *1 in 3 Filipino youth aged 15-24 has engaged in premarital sex-Survey*. Retrieved December 1, 2016, from <https://ph.newshub.org/1-3-filipino-youth-aged-15-24-has-engaged-premarital-sex-survey-331341.html>
- Forum on Child and Family Statistics. (2015). *America's children: Key national indicators of well-being*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lee, Y. M., Cintron, A., & Kocher, S. (2014). Factors related to risky sexual behaviors and effective STI/HIV and pregnancy intervention programs for African American Adolescents. *Public Health Nursing*, 31(5), 414-427.

## การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล Social Media Use in Nursing Education

ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, ปส.ด. (การพยาบาล) \*

Paveenapat Nithitantiwat, Ph.D. (Nursing) \*

สุรีย์ จินเรือง, ปส.ด. (การพยาบาล) \*\*

วิภาศิริ นราพงษ์, ปส.ด. (การพยาบาล) \*\*\*

Suree Jinruang, Ph.D. (Nursing) \*\*

Wipasiri Naraphong, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ได้เข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากสถิติการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั่วโลก พบว่ามีผู้ลงทะเบียนใช้สื่อสังคมออนไลน์มากถึง 1,870 ล้านคน (Allen, 2017) สื่อสังคมออนไลน์ได้ถูกให้คำนิยามว่า กลุ่มเครื่องมือที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้ใช้เชื่อมต่อการทำงานร่วมกัน และสื่อสารกับผู้อื่นได้แบบทันที (real time) (Ressler & Glazer, 2010) สื่อสังคมออนไลน์กำลังเปลี่ยนแปลงกระบวนการติดต่อสื่อสารจากรูปแบบการเห็นหน้ากันตามปกติมาเป็นการใช้ความหลากหลายของแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมต่างๆ บนเว็บ (web-based social media applications) ด้วยแนวคิดของ Web 2.0 แอปพลิเคชันสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงเว็บไซต์เครือข่ายทางสังคม เช่น Facebook<sup>®</sup> Twitter<sup>™</sup> เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายการเชื่อมต่อโดยการสื่อสารยังคงเป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเป็นกลไกในการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล ดังนั้น สื่อสังคมออนไลน์จึงเปลี่ยนแปลงวิถีการติดต่อสื่อสารของผู้ใช้ทั่วไป รวมถึงนักศึกษาพยาบาล (Schaffner, 2010) และหนึ่งในสามของผู้สอนในสถาบันอุดมศึกษารายงานว่ามีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อติดต่อสื่อสารกับนักศึกษา (Fusch, 2010)

ในประเทศไทย สื่อสังคมออนไลน์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ เช่น ระบบเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การคมนาคม รวมถึงการศึกษา ดังเช่น แผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2579) มีเป้าหมายมุ่งพัฒนาผู้เรียนทุกคนให้มีคุณลักษณะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และการรู้เท่าทันสื่อ (communications, information and media literacy) และทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (computing and ICT literacy) (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ทั้งนี้ การจัดการศึกษาพยาบาลก็ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเช่นกัน ในสภาพการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ นักศึกษาพยาบาลในศตวรรษนี้จึงมีความแตกต่างจากนักศึกษา พยาบาลในสมัยที่ผ่านมา โดยสิ้นเชิง เนื่องจากเป็นยุคที่มีการใช้คอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา นักศึกษาพยาบาลจะมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี การเรียนรู้จะถูกเปลี่ยนจากการบอกเล่าและการสอนเพียงอย่างเดียวไปสู่การแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจากการเรียนรู้ที่มีอยู่ทุกหนทุกแห่ง โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นสิ่งสนับสนุน (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2558) ดังนั้น ผู้สอนจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี

การสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน (Peck, 2014) บทความ  
วิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสำคัญของ  
การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในศาสตร์การสอน (pedagogy)  
และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ได้จาก  
การทบทวนวรรณกรรม พร้อมด้วยตัวอย่าง เพื่อช่วยให้  
ผู้สอนที่อาจกำลังใช้หรือกำลังพิจารณาได้ประยุกต์ใช้  
โดยปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม  
กับนักศึกษาพยาบาล

### การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล

แม้ว่าการจัดการศึกษาพยาบาลที่ผ่านมามุ่งเน้น  
ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student-center) โดยมีกระบวนการ  
เรียนรู้ที่ผู้สอนได้จัดหรือดำเนินการให้สอดคล้องกับ  
ผู้เรียนตามความแตกต่างระหว่างบุคคลและความสามารถ  
ทางปัญญา มีวิธีการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมใน  
การปฏิบัติจริง และแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่า  
มีการนำวิธีการสอนรูปแบบต่างๆ มาใช้ในการจัดการเรียน  
การสอน (นวัตน์ ไชยมภู และชัยรัตน์ จุสปาโล, 2560)  
อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนการสอนควรให้มีการติดต่อ  
สื่อสารสองทาง (two-way communication) ได้ตลอดเวลา  
การสอนที่บูรณาการหรือรวมการใช้สื่อสังคมออนไลน์  
เข้าด้วยกันจึงมีความจำเป็นสำหรับการส่งเสริมการเรียนรู้  
ด้วยตนเองของผู้เรียนยุคปัจจุบัน

การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้เรียน  
มีความรู้ ความเข้าใจได้รวดเร็วขึ้น สะดวกต่อการติดต่อ  
สื่อสาร สามารถสร้างสรรค์การเรียนการสอนได้หลายรูปแบบ  
ผู้เรียนจะได้รับทั้งความรู้และข้อมูลต่างๆ ได้ง่ายขึ้น  
มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งแบบรายบุคคลและ  
แบบรายกลุ่ม (Schmitt, Sims-Giddens, & Booth,  
2012) อีกทั้งยังเป็นการประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจเรื่อง  
พฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนที่มีความสนใจ ค้นคว้า  
และมีความสามารถในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ มาผนวก  
เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่ก่อเกิด  
ประโยชน์สูงสุดแก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งการจัดการเรียน  
การสอนโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถผสมผสานกับ  
การจัดการเรียนการสอนในรูปแบบหรือวิธีการเรียนรู้อื่นๆ

โดยจะช่วยผู้เรียนในการเข้าถึงและทำความเข้าใจเนื้อหา  
ได้ด้วยตนเอง ส่งเสริมและกระตุ้นการตอบโต้ทางความคิด  
กับผู้สอน เป็นการพัฒนาทักษะทางปัญญาตามผลลัพธ์  
การเรียนรู้โดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้สอนกับผู้เรียน  
สามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้ทุกที่ ทุกเวลา เป็นการพัฒนา  
และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอนทางการพยาบาล  
ให้เหมาะสมกับผู้เรียนที่ต้องการการเรียนรู้อย่างอิสระ  
และผู้สอนที่ต้องการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้เรียน  
เป็นศูนย์กลาง (Kakushi & Évora, 2016)

### การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อพัฒนาคุณลักษณะของผู้เรียน ในศตวรรษที่ 21

การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับนักศึกษา  
พยาบาลยุคศตวรรษที่ 21 เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้สอน  
เพราะว่านักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันเป็นผู้ที่เกิดในช่วง  
ปี พ.ศ. 2524-2543 ที่เรียกกันว่า “why generation”  
หรือ “generation Y” มีอายุระหว่าง 18-21 ปี มีบุคลิกลักษณะ  
ที่เรียนรู้เทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว ใช้ชีวิตส่วนใหญ่  
ในโลกออนไลน์ มีวิถีชีวิตที่ทันสมัย (เยาวลักษณ์ โพธิธรา,  
2554) สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ  
ในปี พ.ศ. 2559 ที่พบว่ากลุ่มอายุที่มีการใช้อินเทอร์เน็ต  
สูงสุดคือ อายุ 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.90 (สำนักงาน  
สถิติแห่งชาติ, 2559) และผลการศึกษาพบว่านักศึกษา  
ระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมการใช้งานจาก facebook  
มากที่สุด โดยใช้งานที่หอพักวันละ 4 ชั่วโมง ในช่วงเวลา  
ตั้งแต่ 16.00 น. ถึง 22.00 น. คิดเป็นจำนวนวันและ  
เวลาที่ใช้มากกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามข่าวสาร  
ด้านความบันเทิง แฟชั่นต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนทันสมัย  
ค้นหาข้อมูลที่หลากหลาย และสร้างกลุ่มหรือเครือข่าย  
ในเรื่องที่สนใจเหมือนกันได้มากยิ่งขึ้น (จิรภัทร เริ่มศรี,  
2556) สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล  
ของสุภัททิยา ขารสินธุ์ และเจนรบ พลเดช (2559)  
ที่พบว่าแอปพลิเคชันที่นักศึกษาทุกคนใช้งานเป็นสื่อสังคม  
ออนไลน์น้อยที่สุดคือ facebook โดยร้อยละ 41.33 ใช้งาน  
วันละ 1 ชั่วโมงขึ้นไป ในระหว่างนั่งรถและอยู่ในห้องพัก  
โดยใช้ในช่วงเย็นมากที่สุด และส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ต

บนโทรศัพท์มือถือเพื่อสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ สร้างพื้นที่ส่วนตัวได้ตามความต้องการของแต่ละคน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทันที ทุกเวลา (จเรวัฒน์ เทวรัตน์, 2557) ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวมีผลต่อการจัดการศึกษาพยาบาล ดังนั้นจึงต้องมีการออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้เรียนในปัจจุบันที่เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการจัดการเรียนการสอนจะต้องคำนึงถึงความสนใจของผู้เรียน โดยผู้สอนเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกช่วยเหลือให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่เน้นให้ผู้เรียนคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาได้ ซึ่งกิจกรรมการเรียนรู้ต้องเป็นที่น่าสนใจและตามความถนัดของผู้เรียน ตลอดจนผู้เรียนต้องเกิดผลลัพธ์จากการเรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education: TQF: HED) (วิภาดา คุณาวิกตกุล, 2558; นวรัตน์ ไวมภู และสุจิตรา จรจิตร, 2560) ในขณะเดียวกัน สถาบันการศึกษาต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น จัดให้มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตแบบเครือข่ายไร้สายที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ (ดวงฤดี ลาสุขะ, 2556)

จากข้อมูลข้างต้น การเตรียมเยาวชนในยุคศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพเยาวชนยุคใหม่ให้เติบโตในยุคดิจิทัล การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเชื่อมโยงทฤษฎีผ่านสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นการพัฒนาความคิดของผู้เรียน พัฒนาทักษะการเรียนรู้ การสืบเสาะ แสวงหา และการสร้างความรู้ด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพ (กิตติพงษ์ พุ่มพวง, 2558) นอกจากนี้ เอกนถุน บางท่าไม้ (2560) ยังได้สรุปผลการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนผ่านระบบเครือข่ายสังคมออนไลน์ไว้เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้สอนวางแผนการเรียนรู้และปฐมนิเทศการเรียน
2. ผู้สอนสร้างแรงจูงใจในการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์

3. ผู้สอนสนับสนุนให้ผู้เรียนกำหนดเป้าหมายการเรียนและการประเมินตนเอง

4. ผู้เรียนนำเสนอแนวทางของตนเอง

5. ผู้เรียนนำเสนอกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์

6. ผู้สอนสนับสนุนการสืบเสาะหาความรู้

7. ผู้เรียนนำเสนอผลงานจากตัวอย่างที่กำหนด

8. ผู้สอนประเมินผลในลักษณะสังคมมิติ

9. ผู้สอนสรุปคุณลักษณะการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์

การจัดการเรียนการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้เรียนใช้สื่อเป็นอย่างเดียว แต่ยังช่วยพัฒนาทักษะในการสืบค้น วิเคราะห์ และประเมินค่า เสริมสร้างความตระหนักในสิทธิของบุคคลและความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมีจริยธรรม โดยใช้ความคิดอย่างสร้างสรรค์ในการสื่อสาร (กิตติพงษ์ พุ่มพวง, 2558)

## สื่อสังคมออนไลน์ที่สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล

ปัจจุบันมีแอปพลิเคชันสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงเว็บไซต์เครือข่ายทางสังคมทั่วไป ซึ่งควรที่จะเริ่มต้นการบูรณาการสื่อสังคมออนไลน์เข้ามาอยู่ในหลักสูตรการศึกษานพยาบาล ทั้งนี้ ตัวอย่างสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ที่ถูกคัดเลือกมานำเสนอในบทความวิชาการนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมสื่อสังคมออนไลน์ทั้งหมด โดยแบ่งประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ตามจุดมุ่งหมายในการใช้งาน ดังนี้

1. สื่อสังคมออนไลน์ในการสร้างสังคมเครือข่าย (social network sites) มีดังนี้

- 1.1 Google เป็นโปรแกรมค้นหาข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (search engine) ที่นักศึกษาพยาบาลไทยใช้ในการสืบค้นมากที่สุด (จเรวัฒน์ เทวรัตน์, 2557) เป็นเว็บท่า (web portal) ขนาดใหญ่ที่รวบรวมความรู้ทุกศาสตร์ ทุกสาขา รวมทั้งข้อมูล ข่าวสาร และเหตุการณ์ต่างๆ ไว้มากมายและหลากหลายภาษา มี Google Plus<sup>®</sup>

เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้เพื่อสร้างกลุ่มสำหรับความร่วมมือและการสื่อสารทางไกล โดย Google Hangout<sup>®</sup> ที่อยู่ใน Google Plus<sup>®</sup> ยอมให้สามารถใช้การสนทนากลุ่มทางวิดีโอ (video chat)

1.2 LinkedIn<sup>®</sup> เป็นฟรีเครือข่ายสังคมด้านอาชีพ ซึ่งผู้ใช้สามารถแสดงโปรไฟล์อย่างมืออาชีพ ประวัติการทำงาน และคุณสมบัติต่างๆ ระหว่างผู้ใช้ที่เป็นเครือข่ายกันทั่วโลก สามารถใช้กระดานสนทนาและส่งข้อความต่างๆ

1.3 Facebook เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นที่รู้จักและนิยมของคนทั่วโลกมากที่สุด ปัจจุบันคนทั่วโลกมีการใช้ facebook ประมาณ 20 ล้านคน (Internet World Stats, 2017) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีก่อนๆ ถึงสองเท่า โปรแกรมประยุกต์ facebook ช่วยให้ผู้ใช้สามารถพิมพ์ข้อความ ส่งภาพ เสียง และมีสัญลักษณ์ที่ใช้แทนอารมณ์ (emoji) ที่ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมในเรื่องราว เหตุการณ์ สามารถนำเสนอความคิดหรือเรื่องราวของตนเอง สื่อสารและส่งต่อออกไปสู่สาธารณชนหรือเฉพาะกลุ่มหรือกลุ่มปิดได้ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูล และความรู้ เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในชั้นเรียนและผู้สอนแบบการตอบสนองทันที และสามารถบันทึกไว้ได้อย่างง่ายดายและทันสมัย

ทั้งนี้ สื่อสังคมออนไลน์ข้างต้นยังสามารถทำให้ทราบถึงวัน เวลา สถานที่ และเจ้าของเรื่องผู้โพสต์ รวมทั้งยังง่ายต่อการใช้งาน ไม่ว่าจะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมอบหมายงาน การส่งงาน หรือการส่งข้อความถึงกันได้ทุกคน ซึ่งการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ต่างๆ เหล่านี้จะช่วยพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ให้กับผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ตลอดจนช่วยพัฒนาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้เรียนกับคนอื่น ๆ ได้

2. สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ในการนำเสนอ (presentation software) มีดังนี้

2.1 Prezi<sup>®</sup> เป็นฟรีโปรแกรมสำหรับการนำเสนอ การจัดทำแผนที่ความคิด (mind mapping)

2.2 SlideRocket<sup>®</sup> เป็นฟรีโปรแกรมที่สามารถสร้างงานนำเสนอเก็บไว้บนอินเทอร์เน็ต เพิ่มพื้นที่จัดเก็บ และเพิ่มความพร้อมในการใช้งาน

2.3 YouTube<sup>®</sup> เป็นโปรแกรมประยุกต์ที่เป็นที่นิยมในบุคคลทุกเพศ ทุกวัย สามารถสร้างภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว และส่งต่อเพื่อเผยแพร่ (upload) ได้อย่างง่ายดายและสะดวก รวมทั้งสามารถดูสื่อต่างๆ จากทั่วโลกที่มีการส่งข้อมูลและความรู้ทุกประเภท

2.4 Vimeo<sup>®</sup> เป็นโปรแกรมที่มีลักษณะคล้ายกับ YouTube<sup>®</sup> โดยโปรแกรมนี้ยอมให้ผู้ใช้สร้างบัญชีและอัปโหลดวิดีโองานนำเสนอต่างๆ มีรุ่นฟรี (free version) ที่สามารถเข้าใช้ได้

3. สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ในการจัดทำแฟ้มสะสมผลงานอิเล็กทรอนิกส์ (e-portfolio creation) มีดังนี้

3.1 Google Googlios<sup>®</sup> เป็นฟรีไซต์สร้างเว็บเพจ หรือแฟ้มสะสมผลงานอิเล็กทรอนิกส์ โดยสามารถตั้งค่าต่างๆ เพื่อความเป็นส่วนตัวในการแบ่งปันเนื้อหาที่ถูกพัฒนาขึ้น

3.2 Wordpress<sup>®</sup> เป็นฟรีบล็อก (blogging site) สามารถตั้งค่าสำหรับการเขียนงานมอบหมายต่างๆ แฟ้มสะสมผลงานอิเล็กทรอนิกส์ และบล็อก หน้าเว็บสามารถป้องกันได้ด้วยรหัสผ่าน

สื่อสังคมออนไลน์แต่ละประเภทมีคุณสมบัติที่น่าสังเกตเฉพาะตัว ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ถือเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ไปแล้ว โดยสื่อสังคมออนไลน์เป็นเครื่องมือที่ให้ผลทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลด้านบวก เช่น การใช้ facebook ซึ่งเป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เป็นที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน ทำให้ง่ายสะดวก และเหมาะสมกับความสนใจของผู้เรียนโดยตรง เพราะมีชีวิตชีวา สามารถแบ่งปันข้อมูลต่างๆ ทั้งเรื่องวิชาการและเรื่องส่วนตัว ใส่ภาพถ่ายและวิดีโอที่ชอบเข้าไปในเว็บไซต์ได้ ทำให้ไม่น่าเบื่อ จึงสามารถช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างน่าสนใจ ข้อมูลเข้าถึงทุกคนได้ (แอนณา อิมจำลอง และวิไลวรรณ จงวิไลเกษม, 2556; สุกัญญา ชารสินธุ์ และเจนรบ พลเดช, 2559) ในทางตรงกันข้าม หากผู้ใช้หมกมุ่นในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสร้าง

ความบันเทิงส่วนตัว อาจทำให้สูญเสียเวลา การใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะปัญหาด้านสายตาจากการเพ่งมองเป็นเวลานาน และทำให้เกิดอาการปวดและเมื่อยล้าแขนขา เพราะนั่งในท่าเดียวเป็นเวลานาน รวมถึงเกิดพฤติกรรม การแยกตัวจากสังคม หงุดหงิดง่าย ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เพราะมีเพื่อนแต่ในโลกออนไลน์เท่านั้น (จเรวัฒน์ เทวรัตน์, 2557; สุกัญญา ชารสินธุ์ และเจนรบ พลเดช, 2559)

โดยสรุป สื่อสังคมออนไลน์จึงหมายถึง ช่องทางเว็บไซต์ที่สามารถติดต่อสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยผู้ใช้จะสื่อสารได้ทั้งเรื่องราว รูปภาพ วิดีโอ การส่งข้อความ อีเมล และอื่นๆ ที่มีทั้งภาพและเสียง ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนนั้น ผู้สอนควรนำมาปรับใช้ในวิธีการสอนและพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน ให้ได้รับประโยชน์ทางการเรียน จนเกิดความคุ้นเคยและความสามารถในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล อันเป็นคุณลักษณะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21

### การนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา

การพัฒนาการเรียนการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ถือเป็นวิธีการเรียนการสอนที่มีบทบาทสำคัญวิธีหนึ่ง ในยุคปัจจุบันที่ช่วยให้ผู้สอนกับผู้เรียนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ทันสมัย และสอดคล้องกับความสนใจของผู้เรียน ในยุคปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเรียนการสอนในหลายสาขาวิชา รวมถึงการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

กัญจน์ ผลภายี (2554) ได้ศึกษาแนวทางการนำเทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ (facebook) มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่เรียนวิชาคอมพิวเตอร์ การวิจัยจะเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้เรียน ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับครู พบว่า

นักศึกษามีความสนใจและใส่ใจในเนื้อหาการเรียนการสอนมากขึ้น กิจกรรมการเรียนการสอนทุกอย่างจะผ่านทางออนไลน์ทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เรียนกับครู

แอนณา อิมจำลอง และวิไลวรรณ จงวิไลเกษม (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ facebook เป็นช่องทางในการสื่อสารการเรียนการสอนด้านนิเทศศาสตร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากผู้เรียนและผู้สอน พบว่าผู้เรียนและผู้สอนมีความพึงพอใจต่อการใช้ facebook ในการโพสต์ การแชร์ และการแสดงความคิดเห็นต่างๆ โดยในการโพสต์นั้น ผู้สอนจะแจ้งให้ผู้เรียนทราบถึงข้อกำหนดต่างๆ ในการเรียนการสอน รวมทั้งแจกเอกสารการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ประเด็นนี้ นอกจากนี้ยังแบ่งปันรูปภาพและวิดีโอที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนการสอน และวิธีการสอนแบบนี้ยังช่วยกระชับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนได้เป็นอย่างดี

บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมการได้รับประโยชน์และผลกระทบของการใช้ facebook ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสถานศึกษาของภาครัฐและภาคเอกชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ facebook ทุกวัน ถึงร้อยละ 70.10 โดยใช้เมื่อมีเวลาว่างนานมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน และนิยมใช้ผ่านโทรศัพท์มือถือ เหตุผลในการใช้สื่อสังคมออนไลน์คือ ต้องการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนในทุกๆ โอกาส เช่น การแสดงความคิดเห็น การกดไลค์ การแชร์ การอัปโหลดภาพและวิดีโอต่างๆ การติดตามข่าวสารประจำวัน ส่วนผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ประเด็นนี้คือ การทะเลาะ ได้เถียงหรือขัดแย้งกันในเรื่องต่างๆ ส่วนผลกระทบด้านการเรียนทำให้ส่งการบ้านไม่ทัน และได้รับอุบัติเหตุเพราะเดินชนกับผู้อื่นขณะก้มหน้าเล่น facebook บนโทรศัพท์มือถือ

หรรษา เศรษฐบุปผา, สมบัติ สฤพลรัตน์ และสุวิท อินทอง (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (integrated e-learning course) สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา

กลุ่มที่เรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบแทนที่ทั้งหมด มีค่าสูงกว่านักศึกษาที่เรียนแบบประกอบกัน ซึ่งมีความแตกต่างกัน เพราะการเรียนรู้แบบแทนที่ทั้งหมดจะเพิ่มการสนทนาออนไลน์ตามกำหนดเวลาที่สะดวกระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสารผ่านทางสื่อออนไลน์

Pittenger, Westberg, Rowan, and Schweiss (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครือข่ายทางสังคมที่เรียกว่า “Ning” เพื่อพัฒนาทักษะการร่วมมือกันระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์กับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีความเป็นไปได้ (feasibility) และมีประสิทธิภาพของการบูรณาการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional education) และนักศึกษาส่วนใหญ่แสดงความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากมุมมองต่างๆ ของทั้งสองสาขาวิชาชีพ เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมที่สุด และยังนำไปสู่ความเข้าใจที่ดีขึ้นในบทบาทวิชาชีพของตนเองและอีกวิชาชีพหนึ่ง

Ferguson, DiGiacomo, Gholizadeh, Ferguson, and Hickman (2017) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการและการประเมินผลการใช้สื่อสังคมออนไลน์มาช่วยในการอ่านวารสารทางการแพทย์ (journal club) เพื่อเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้การปฏิบัติการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งในการพัฒนาทักษะต่างๆ ในการประเมินผลงานวิจัย

## แนวทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการเรียนการสอน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ที่หลากหลาย ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพควรปฏิบัติดังนี้ (Duffy, 2008)

1. กำหนดปฏิทินกิจกรรมการเรียนการสอน การมอบหมายงาน และแหล่งการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนให้ชัดเจน

2. ระบุข้อมูลการติดต่อสื่อสารที่สะดวกให้กับผู้เรียน และสอนวิธีการหรือขั้นตอนการส่งคำตอบของกิจกรรมการมอบหมายงานต่างๆ

3. ผู้สอนจะต้องสนับสนุนและกระตุ้นผู้เรียนให้มีส่วนร่วมในการตอบกลับอย่างสม่ำเสมอ และให้ข้อมูลย้อนกลับทุกครั้ง เพื่อให้ผู้เรียนนำข้อแนะนำต่างๆ ไปปรับปรุงผลงานของตนเอง

4. ผู้สอนจะต้องใช้เวลาแก่ผู้เรียนอย่างเพียงพอในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งให้เวลาอย่างเพียงพอในการสื่อสารตอบกลับ ไม่ว่าจะเป็นการเขียนอีเมล อินบ็อกใน facebook และต้องเข้าใจว่าอาจมีเหตุขัดข้องในการเชื่อมต่อของอินเทอร์เน็ตที่เป็นเหตุให้ผู้เรียนมีการตอบสนองกลับช้า

5. ในบทเรียนที่มีการสร้างวิดีโอ ผู้สอนจะต้องระมัดระวังในการใช้สื่อที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะต้องเรียนระยะเวลาของวิดีโอควรเหมาะสม รวมทั้งการเลือกภาพต่างๆ ต้องเสมือนจริง เพื่อการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ กิตติพงษ์ พุ่มพวง (2558) ยังได้สรุปแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาเด็กในยุคดิจิทัลให้มุ่งเน้นการคิดวิเคราะห์และเข้าใจทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้สอนต้องอธิบายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ให้แก่ผู้เรียน โดยมีการวางแผนร่วมกัน เชื่อมโยงและติดต่อสื่อสารกันตลอดเวลาผ่านสื่อออนไลน์

2. ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกำหนดเป้าหมายและจัดกิจกรรมการเรียนการสอนผ่านสื่อ ให้ผู้เรียนตอบคำถามหรือสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์

3. ผู้เรียนนำเสนอกิจกรรมที่ดีๆ สร้างสรรค์สังคมโดยใช้การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์

4. ผู้เรียนดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนดตามกำหนดเวลา และส่งผลงานครบถ้วนผ่านสื่อออนไลน์

5. ผู้เรียนนำเสนอผลงานที่กำหนด โดยสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์

6. ประเมินผล สรุปการดำเนินการเรียนการสอน  
อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขในการจัดการเรียน  
การสอนครั้งต่อไป

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล  
มีความเหมาะสมในยุคปัจจุบัน เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เรียน  
เข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้อย่างง่ายดาย รวดเร็ว และ  
สะดวกมากยิ่งขึ้น โดยสื่อสังคมออนไลน์ได้เข้ามามีบทบาท  
ในชีวิตประจำวันอย่างมาก และกระตุ้นความสนใจ  
ในการเรียนของผู้เรียนได้ดีกว่าการเรียนในอดีต รวมทั้ง  
ผู้เรียนยังสามารถสืบค้นข้อมูลจากทั่วโลกได้อย่างมากมาย  
สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ซึ่งกันและกัน โดยมี  
ปฏิสัมพันธ์กันผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่างๆ ทั้งนี้  
ในการจัดการเรียนการสอนนั้น ผู้สอนต้องอำนวยความสะดวก  
ในการเข้าถึงวิธีการใช้สื่ออย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้เรียน  
สามารถเข้าใจและให้ความร่วมมือในการสื่อสารกลับ  
และถึงแม้ว่าการเรียนการสอนโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์  
นี้จะมีประโยชน์มาก แต่ก็ยังมีผลกระทบหลายอย่างต่อ  
การจัดการเรียนการสอน ดังนั้น ผู้สอนจึงควรตระหนัก  
และคำนึงถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสม พร้อมทั้ง  
แนะนำการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างถูกต้องแก่ผู้เรียน

#### เอกสารอ้างอิง

- กัญจน์ ผลภาษี. (2554). *แนวทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook) ในการเรียนการสอน* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยดุสิตธานี. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก [http://www.tnrr.in.th/2558/?page=result\\_search&record\\_id=10233129](http://www.tnrr.in.th/2558/?page=result_search&record_id=10233129)
- กิตติพงษ์ พุ่มพวง. (2558). การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ ด้วยทฤษฎีเชื่อมโยงความรู้ (Connectivism) ผ่านสื่อสังคมออนไลน์. *วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์*, 10(19), 1-13.

จเรวัฒน์ เทวรัตน์. (2557). *การพัฒนาเครือข่ายสังคมออนไลน์ของศูนย์วิทยพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัย* *ธรรมาราช นครศรีธรรมราช สำหรับนักศึกษา* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช นครศรีธรรมราช.

จิรภัทร เริ่มศรี. (2556). *การใช้สื่อบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <http://fmsresearch.snru.ac.th/rs/file/jr.pdf>

ดวงฤดี ลาสุขะ. (2556). ทักษะแห่งอนาคต การเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 การพัฒนาทักษะ 7 Cs นักศึกษา พยาบาล มข. ข่าวสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 27(6), 13.

นารัตน์ ไชยมภู, และชัยรัตน์ จุสปาโล. (2560). ความท้าทาย ของอาจารย์พยาบาล: การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning). *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย* *อีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(1), 15-29. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/viewFile/74345/68142>

นารัตน์ ไชยมภู, และสุจิตรา จรจิตร. (2560). การเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ของอาจารย์พยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัย* *พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 265-279. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/74890>

บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ. (2557). *พฤติกรรมการใช้เฟสบุ๊ค (Facebook) ของนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <http://oknation.nationtv.tv/blog/boonyou/2014/08/21/entry-1>

- เขาวลัษณ์ โพธิ์ดารา. (2554). การจัดการศึกษาทางการพยาบาล: สำหรับนักศึกษา Generation Y. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 61-69. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/761-Article%20Text-1341-1-10-20120308%20(2).pdf
- วิภาดา คุณาวิฑิตกุล. (2558). การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ในยุคศตวรรษที่ 21. *พยาบาลสาร*, 42(2), 152-156. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/39439>
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579*. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1540-file.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *สรุปผลที่สำคัญ สำรองการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2559*. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh59.pdf>
- สุกัญญา ชารสินธุ์ และเจนรบ พลเดช. (2559). พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์สังกัดเอกชนในจังหวัดอุดรธานี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 “สร้างเสริมสหวิทยาการผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC”*. หน้า 25-36. วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 ณ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี.
- หรรษา เศรษฐบุปผา, สมบัติ สกฤตพรณ์, และสุวิท อินทอง. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Integrated e-learning course) สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 18(3), 1-11.
- เอกนถน บางท่าไม้. (2560). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนบนเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมการใช้อินเทอร์เน็ตเชิงสร้างสรรค์สำหรับผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปกร ฉบับภาษาไทย สาขาสังคมศาสตร์มนุษยศาสตร์และศิลปะ*, 37(1), 93-117.
- แอนณา อิมจำลอง, และวิไลวรรณ จงวิไลเกษม. (2556). การใช้แฟลชบุ๊กเป็นช่องทางการสื่อสารการเรียนการสอนทางด้านนิเทศศาสตร์. *วารสารนิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิต*, 7(1), 75-93. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2560, จาก <http://www.dpu.ac.th/commarts/journal/upload/issue/t4X8ZoN6xw.pdf>
- Allen, R. (2017). *Global social media statistics summary 2017*. Retrieved November 19, 2017, from <https://www.smartinsights.com/social-media-marketing/social-media-strategy/new-global-social-media-research/>
- Duffy, P. (2008). Engaging the YouTube google-eyed generation: Strategies for using web 2.0 in teaching and learning. *The Electronic Journal of e-Learning*, 6(2), 119-130. Retrieved September 24, 2017, from [www.ejel.org](http://www.ejel.org)
- Ferguson, C., DiGiacomo, M., Gholizadeh, L., Ferguson, L. E., & Hickman, L. D. (2017). The integration and evaluation of a social-media facilitated journal club to enhance the student learning experience of evidence-based practice: A case study. *Nurse Education Today*, 48, 123-128. doi:10.1016/j.nedt.2016.10.002
- Fuchs, C. (2010). Social networking sites and complex technology assessment. *International Journal of E-Politics*, 1(3), 19-38.

- Internet World Stats. (2017). *Facebook users in the world*. Retrieved September 24, 2017, from <http://www.internetworldstats.com/facebook.htm>
- Kakushi, L. E., & Évora, Y. D. (2016). Social networking in nursing education: Integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2709. doi:10.1590/1518-8345.1055.2709
- Peck, J. L. (2014). Social media in nursing education: Responsible integration for meaningful use. *Journal of Nursing Education*, 53(3), 164-169. doi:10.3928/01484834-20140219-03
- Pittenger, A. L., Westberg, S., Rowan, M., & Schweiss, S. (2013). An interprofessional diabetes experience to improve pharmacy and nursing students' competency in collaborative practice. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(9), 197. doi:10.5688/ajpe779197
- Ressler, P. K., & Glazer, G. (2010). Legislative: Nursing's engagement in health policy and healthcare through social media. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 11. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01LegCol01
- Schaffner, M. (2010). Networking or not working?. *Gastroenterology Nursing*, 33(5), 379-380. doi:10.1097/SGA.0b013e3181f5059f
- Schmitt, T. L., Sims-Giddens, S. S., & Booth, R. G. (2012). Social media use in nursing education. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(3), 2. Retrieved September 24, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23036058>
-

### การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดในการใช้ยาพ่นสูด: หลักการและแนวปฏิบัติ

## Nursing Care for Asthmatic Children Using Inhalants: Principles and Guidelines

กัญพัทธ์ นิยมวิทย์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) \*

Kanyapat Niyomwit, M.N.S. (Nursing Administration) \*

โรคหืดเป็นโรคระบบหายใจที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ร่วมกับมีภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ แล้วทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ เช่น แน่นหน้าอก ไอ หายใจมีเสียงหวีด หายใจลำบาก มีเสมหะในคอมาก โรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป ประเทศไทยมีประชากรอายุระหว่าง 5-21 ปี ประมาณ 15,192,000 คน และมีความชุกของโรคหืดร้อยละ 10 กล่าวคือ มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดประมาณ 1.52 ล้านคน โดยมีค่าใช้จ่ายจากรักษาโรคหืดประมาณ 6,500 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้น ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจึงมีมากถึงปีละ 9,880 ล้านบาท ซึ่งถือเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างยิ่ง (สุวรรณเบญจพลพิทักษ์, 2555)

เป้าหมายของการรักษาโรคหืดในเด็กคือ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ สามารถร่วมกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงการออกกำลังกาย มีสมรรถภาพการทำงานของปอดปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยา และป้องกันการเสียชีวิตจากโรค (อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555) ทั้งนี้ การใช้ยาที่ถูกต้องถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของปัญหาการดูแลรักษาโรคหืดคือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาพ่นสูดรักษา

ในแบบต่างๆ เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล บางรายมีความรุนแรง เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้ขาดออกซิเจน เกิดภาวะหายใจล้มเหลว และมีโอกาสเสียชีวิตได้ ในการใช้ยาพ่นสูดรักษาที่ไม่ถูกต้องนั้น เด็กมักพ่นสูดยาไม่ถูกวิธี ใช้อุปกรณ์ในการพ่นสูดยาไม่ถูกต้อง ทำให้ยาไม่สามารถไปถึงทางเดินหายใจส่วนปลายและถุงลมได้โดยตรง ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจึงควรได้รับคำแนะนำและการสอนถึงวิธีการพ่นสูดยาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ทั้งนี้ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเข้าใจถึงวิธีการควบคุมโรคหืด และฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการใช้ยาพ่นสูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ และเป็นการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่เป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล บทความวิชาการนี้จึงนำเสนอสาระเกี่ยวกับหลักการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืด เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด การประเมินความรุนแรงของโรคหืด ยาพ่นสูดที่ใช้ในการรักษาโรคหืด และวิธีการใช้ยาพ่นสูดในผู้ป่วยเด็กโรคหืด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดต่อไป

\* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

## หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผลของการรักษาจึงอาจแตกต่างกัน หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำมาซึ่งความร่วมมือในการรักษาระหว่างแพทย์/พยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว 2) การประเมินและการจัดชั้นความรุนแรงของโรคด้วยอาการของโรคและการทำงานของปอด 3) การหลีกเลี่ยงและการควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการของโรค 4) การวางแผนและจัดการรักษาทางยาที่เหมาะสมในการรักษาระยะยาว 5) การวางแผนการรักษาภาวะหืดเฉียบพลัน และ 6) การติดตามการรักษาผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ (ปกติ วิษยานนท์, 2555)

สำหรับหลักการดูแลรักษาเด็กโรคหืดในระยะยาวในปัจจุบันเน้นการรักษาตามความเหมาะสมในแต่ละราย โดยมีการประเมินผลการรักษาในเรื่องต่างๆ ได้แก่ 1) อาการของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน 2) ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคหืด 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) สมรรถภาพของปอด ทั้งนี้ ระยะเวลาในการตอบสนองอย่างเต็มที่ต่อยาที่ใช้ในการควบคุมอาการของโรคหืดคือ 3-4 เดือน หรืออาจนานกว่านั้นในกรณีที่มีอาการรุนแรง จึงต้องมีการนัดติดตามอาการของผู้ป่วยหลังเริ่มการรักษาไปแล้ว 1-3 เดือน หากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบน้อยที่สุด จะปรับการรักษาโดยลดขนาดของยาสเตียรอยด์พ่นสูดลง ร้อยละ 25-50 หรือหยุดยาที่ใช้ในการควบคุมอาการชนิดอื่นก่อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ โดยให้ยาในขนาดน้อยที่สุดที่จะทำให้สามารถควบคุมอาการได้ และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ดีเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จึงจะพิจารณาให้หยุดยาที่ใช้รักษา (อรพรรณ โพชนุกูล, 2559)

## เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

องค์การอนามัยโลก ร่วมกับ National Heart, Lung and Blood Institute และ National Institutes of Health ได้จัดตั้งองค์กรเพื่อสร้างแนวทางการดูแลรักษา

ผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ The Global Initiative for Asthma (GINA) ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้นำแนวทางของ GINA มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด โดยเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดมีดังนี้ (อภิชาติ คณิศทรัพย์ และ มุกดา หวังวีรวงศ์, 2555; อรพรรณ โพชนุกูล, 2558)

1. สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ (asthma control) ได้แก่ ไม่มีอาการในช่วงกลางวัน หรือมีอาการแต่ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์
2. สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับคนปกติ โดยไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะการออกกำลังกาย
3. มีสมรรถภาพการทำงานของปอดปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ
4. สามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้โดยไม่ต้องใช้ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ หรือใช้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์
5. หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และผลข้างเคียงต่างๆ จากยารักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด
6. ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหืด

## การประเมินความรุนแรงของโรคหืด

การประเมินความรุนแรงของโรคหืด มีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนเลือกยาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ GINA ได้แนะนำให้ประเมินความรุนแรงตามระดับการควบคุมอาการของโรคหืด 3 ระดับ ได้แก่ ระดับควบคุมได้ (controlled) ระดับควบคุมได้บ้าง (partly controlled) และระดับควบคุมไม่ได้ (uncontrolled) โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงอายุ ดังนี้ (สมบุญ จันทรสกุลพร, 2556; อรพรรณ โพชนุกูล, 2558)

1. การประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีดังนี้

- 1.1 ระดับควบคุมได้ ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังนี้ 1) อาการตอนกลางวัน ได้แก่ ไอ หายใจลำบาก และเสียงหวีด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ไม่มีการจำกัดกิจกรรม 3) ไม่มีอาการตอนกลางคืน

หรือต้องตื่นเพราะโรคหืด และ 4) มีการใช้ยาขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์สั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

1.2 ระดับควบคุมได้บ้าง ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ ข้างต้นอย่างน้อย 1 ข้อ

1.3 ระดับควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ ข้างต้นมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ

2. การประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก อายุ 5 ปีขึ้นไป มีดังนี้

2.1 ระดับควบคุมได้ ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ครบ ทุกข้อ ดังนี้ 1) อาการตอนกลางวัน ได้แก่ ไอ หายใจลำบาก และเสียงหวีด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ไม่มีการจำกัดกิจกรรม 3) ไม่มีอาการตอนกลางคืน หรือต้องตื่นเพราะโรคหืด 4) มีการใช้ยาขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์สั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 5) สมรรถภาพปอดปกติ

2.2 ระดับควบคุมได้บ้าง ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ ข้างต้นอย่างน้อย 1 ข้อ และมีสมรรถภาพปอดน้อยกว่า ร้อยละ 80

2.3 ระดับควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ ข้างต้นมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ

### ยาพ่นสูดที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

โรคหืดเกิดจากกลไกการอักเสบของหลอดลม ยาพ่นสูดที่ใช้เป็นหลักในการรักษาโรคหืดคือ ยาพ่นสูดต้าน การอักเสบ ส่วนยาพ่นสูดที่ใช้ในการขยายหลอดลมนั้น จะใช้เมื่อมีการตีบของหลอดลมจากการหดเกร็งของ กล้ามเนื้อเรียบในหลอดลม ทำให้อาการหอบเกิดขึ้น ดังนั้น ยาพ่นสูดที่ใช้ในการรักษาโรคหืดจึงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555; อรรถพรณ โปชนุกูล, 2558; รัฐพล อุปลา, 2559)

ประเภทที่ 1 ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (controller medications) เป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดการบวม ของผนังหลอดลม ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ชนิดกดสูด (inhaled corticosteroids: ICS) ยาประเภทนี้จำเป็นต้องใช้ทุกวันอย่างสม่ำเสมอแม้ไม่มีอาการ โดยยาจะสามารถควบคุมอาการได้เต็มที่ภายในเวลา 3-4 เดือน หลังการรักษา ผลข้างเคียงของยาแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ

คือ ผลข้างเคียงต่อระบบ (systemic side effects) ที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อราในปาก เสียงแหบ และอาการไอขณะ หายใจเข้า ซึ่งอาการไอเกิดจากการระคายเคืองของยา โดยสามารถลดอาการไอได้ด้วยการใช้ยาขยายหลอดลม แบบกดสูด (metered dose inhaler: MDI) ร่วมกับ กระบอกกักเก็บยา (spacer) ส่วนการติดเชื้อราในปาก ขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ใช้ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปาก หรือกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลังการใช้ยาทุกครั้ง ตัวอย่าง ยาคือ beclomethasone dipropionate, budesonide ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ยาที่ใช้ในการรักษาระยะยาว เป็นยาที่ใช้ รักษาอาการอักเสบของเยื่อหลอดลม และป้องกันไม่ให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลม ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาพ่น corticosteroids, cromolyn sodium ยาพ่นที่กระตุ้น ตัวรับ  $\beta_2$  ชนิดออกฤทธิ์นาน (long acting  $\beta_2$ -agonists: LABA) และยาในกลุ่ม methylxanthines

1.2 ยาที่ใช้บรรเทาอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน จะใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบจากการหดเกร็งของหลอดลม ยาในกลุ่มนี้คือ ยาพ่นที่กระตุ้นตัวรับ  $\beta_2$  ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting  $\beta_2$ -agonists: SABA) และยาที่มีฤทธิ์ ด้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drugs) โดยปกติ ยาพ่นชนิด short acting  $\beta_2$ -agonists มักใช้เป็นยาหลัก ในการบรรเทาอาการหอบทุกระดับความรุนแรง หากผู้ป่วย มีความต้องการยาในกลุ่มนี้สูงสุดเพียง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็สามารถควบคุมอาการหอบได้โดยไม่ต้องได้รับ ยาตัวอื่น แต่หากต้องใช้ยาในกลุ่มนี้ทุกวันหรือแทบทุกวัน ควรได้รับยาในกลุ่ม corticosteroid ชนิดกดสูดในขนาดต่ำๆ ร่วมด้วย เช่น budesonide 200 mcg. และหากยังมี อาการของหืดอยู่มาก อาจเพิ่มขนาดของ corticosteroid ชนิดกดสูด เช่น budesonide 800-1600 mcg. หรือเปลี่ยน เป็น long acting  $\beta_2$ -agonists หรือเพิ่มยา theophylline ชนิดออกฤทธิ์นาน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของการรักษา ในผู้ป่วยแต่ละราย

ประเภทที่ 2 ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (reliever medications) เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการ หลอดลมหดเกร็ง โดยไม่มีผลต่อการอักเสบที่ผนังหลอดลม ยาประเภทนี้ใช้รักษาอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน หรืออาจ

ใช้ในการป้องกันอาการหืดจากการออกกำลังกาย โดยยาที่นิยมใช้และได้ผลดีที่สุดคือ ยากลุ่มขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting  $\beta_2$ -agonists: RABA) เพื่อแก้การหืดกำเริบเฉียบพลัน ทั้งนี้ต้องให้ผู้ป่วยพกติดตัวไว้ใช้ได้ตลอดเวลา แต่เป้าหมายหลักของการรักษานั้น ควรให้การรักษายาที่ใช้ในการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอัตราการใช้ยา  $\beta_2$ -agonists น้อยที่สุดหรือไม่ต้องใช้เลย ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ยากลุ่มขยายหลอดลมที่กระตุ้นตัวรับ  $\beta_2$  ( $\beta_2$ -agonists) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับ  $\beta_2$  ที่อยู่บนกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมต่อมได้ชั้นเมือก เนื้อเยื่อปอดที่มีเซลล์ขน และเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ มีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมที่หดเกร็งมีการคลายตัว ออกฤทธิ์จำเพาะต่อหลอดลมภายในเวลา 5 นาที เมื่อใช้ในรูปแบบของยาพ่น และสามารถกำจัดเชื้อโรคหรือสารกระตุ้นออกจากร่างกายได้ง่ายขึ้น รูปแบบของยาที่มีทั้งยาพ่นแบบฝอยละออง (nebulizer) และยาขยายหลอดลมแบบกดสูด (MDI) หรือแบบกดสูดร่วมกับกระบอกกักเก็บยา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

2.1.1 กลุ่มที่มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น โดยมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 4-6 ชั่วโมง ตัวอย่างยาคือ salbutamol or albuterol (ventolin) ซึ่งขนาดของยา salbutamol ชนิดพ่นที่ใช้คือ 2.50-5 มิลลิกรัม ให้ทุก 20 นาที จากนั้นทุก 1-4 ชั่วโมง หรือขนาด 0.50-1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากเป็น salbutamol ชนิดกดสูด ให้กด 4-8 puffs ทุก 20 นาที จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นทุก 1-4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน ผลข้างเคียงเมื่อได้รับยาในขนาดสูงคือ อาการมือสั่น คลื่นไส้ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ทำให้ใจสั่น

2.1.2 กลุ่มที่มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน โดยมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง ตัวอย่างยาคือ salmeterol, fenoterol และ formoterol ซึ่งการที่ยามีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานขึ้นทำให้ไม่ต้องการยาบ่อย แต่มีข้อด้อยคือ ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์

ช้ากว่ายาในกลุ่มแรก จึงไม่นำมาใช้ในการรักษาภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งยาจะเห็นผลภายในเวลา 30-60 นาที ทั้งนี้อาจเนื่องจากคุณสมบัติในการละลายในไขมันได้ดี ทำให้ยาสะสมในเยื่อหุ้มเซลล์ แล้วค่อยๆ ถูกปลดปล่อยออกมา

2.2 ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก เป็นยาที่ยับยั้งการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ของเส้นประสาท vagus โดยการออกฤทธิ์ต่อต้านสารอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท ถูกสร้างขึ้นภายในสมอง มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผนังหลอดลม ทำให้กล้ามเนื้อผนังหลอดลมขยายตัว ยาในกลุ่มนี้ที่นำมาใช้รักษาโรคหืดคือ ipratropium bromide ซึ่งยาจะออกฤทธิ์เฉพาะที่และออกฤทธิ์ช้า ระดับยาสูงสุดอยู่ในช่วง 60-90 นาที แต่ประสิทธิภาพในการขยายหลอดลมน้อยกว่ายากลุ่มขยายหลอดลมที่กระตุ้นตัวรับ  $\beta_2$  หากต้องการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหืดกำเริบรุนแรง ควรให้ควบคู่กับยาพ่น short acting  $\beta_2$ -agonists

### วิธีการใช้ยาพ่นสูดในผู้ป่วยเด็กโรคหืด

การใช้ยาพ่นสูดแต่ละชนิดในผู้ป่วยเด็กโรคหืดแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมในเด็กแต่ละราย โดยทั่วไปจะพิจารณาจากอายุของเด็ก ความรุนแรงของโรคหืด ประสิทธิภาพของยา ความสะดวกในการพกพา ความสะดวกในการทำความสะอาดอุปกรณ์การพ่นยา และความทนทานของอุปกรณ์ ซึ่งในแต่ละรูปแบบของการบริหารยาพ่นสูด พยาบาลจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยให้บริหารยาได้เอง หากเป็นเด็กเล็กต้องสอนครอบครัวให้สามารถบริหารยาได้ โดยรูปแบบการบริหารยาพ่นสูดที่เหมาะสมตามอายุคือ เด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ควรใช้แบบกดสูดร่วมกับกระบอกกักเก็บยา หรือการพ่นยาแบบฝอยละอองกับหน้ากากครอบปากและจมูก (face mask) ส่วนเด็กอายุ 4-6 ปี ควรใช้แบบกดสูดร่วมกับกระบอกกักเก็บยาที่มีช่องสอดทางปาก (mouthpiece) สำหรับเด็กอายุมากกว่า 6 ปี ควรใช้ยาพ่นสูดแบบผงแห้ง (dry powder inhaler: DPI) หรือแบบกดสูดร่วมกับกระบอกกักเก็บยาที่มีช่องสอดทางปาก (ปกติ วิชาชนนท์, 2555; สมบูรณ์

จันทร์สกุลพร, 2556) ทั้งนี้ รูปแบบการบริหารยาพ่นสูดในผู้ป่วยเด็กโรคหืดแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

### 1. การพ่นยาแบบฝอยละออง

การพ่นยาแบบฝอยละออง (aerosol therapy) เป็นการพ่นยารักษาโรคหืดขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยการให้ฝอยละอองเข้าไปในทางเดินหายใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและออกซิเจนในทางเดินหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกลไกการโบกพัดในชั้นเยื่อเมือก ซึ่งจะสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนปลายและถุงลมได้โดยตรง ทำให้อาาออกฤทธิ์ได้ทันที ในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับวิธีการให้ยาทางหลอดเลือดดำ และวิธีการรับประทาน ทั้งนี้ ยาที่บริหารด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่เป็นยาขยายหลอดลมชนิดน้ำ (liquid solution) เช่น salbutamol, terbutaline โดยมีหลักการคือ ยาจะผ่านก๊าซที่มีแรงดันสูงแล้วไหลผ่านท่อเล็กๆ ในกระเปาะใส่ยา ทำให้เกิดแรงดูดและปล่อยออกมาเป็นฝอยละอองแขวนลอยในก๊าซ โดยแผ่นกั้นจะกั้นฝอยละอองขนาดใหญ่ให้ตกลงในกระเปาะ ทั้งนี้ กระเปาะใส่ยาแบบฝอยละอองมักเป็นชนิด small volume ซึ่งจะมีสารน้ำตกค้างในกระเปาะ (dead volume) ประมาณ 0.50-1 มิลลิลิตร ในการพ่นยาควรเปิดอัตราการไหลของก๊าซประมาณ 6-8 ลิตรต่อนาที ซึ่งจะได้อัตราการพ่นยาที่ส่งผลในการรักษา คือ อนุภาคยาที่มีขนาด 1-5 ไมครอน โดยปลายท่อจะตั้งของเหลวที่อยู่รอบๆ ท่อขึ้นมา ซึ่งของเหลวที่ถูกดึงขึ้นมาจะปะทะกับก๊าซแรงดันสูงนั้น ทำให้แตกกระจายใหม่ ผู้ป่วยจะสูดฝอยละอองที่มีอนุภาคขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมครอน เข้าสู่ถุงลมปอด (ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย, 2553) ทั้งนี้ ยาที่มีขนาดอนุภาคแตกต่างกันจะตกลงบนตำแหน่งของทางเดินหายใจแตกต่างกัน หากอนุภาคยาที่มีขนาดน้อยกว่า 1 ไมครอน จะล่องลอย ไม่ยึดเกาะกับส่วนใดของทางเดินหายใจ และออกมากับลมหายใจออก ขนาด 1-2 ไมครอน จะตกลงที่ถุงลมปอด เป็นขนาดที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 2-5 ไมครอน จะตกลงที่หลอดลมและหลอดลมฝอย เป็นขนาดที่เหมาะสมเมื่อต้องการให้อาาออกฤทธิ์ที่ทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้ป่วย

ที่หายใจเองได้ ขนาด 5-100 ไมครอน จะตกลงที่ปากจมูก และทางเดินหายใจส่วนบน และขนาดใหญ่กว่า 100 ไมครอน จะไม่เข้าไปในทางเดินหายใจ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พรรณิภา สืบสุข, และธนัญญา สมัย, 2554)

อุปกรณ์ในการพ่นยาแบบฝอยละออง มีดังนี้ (พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ, 2558)

1. ชุดพ่นยา small volume nebulizer 1 ชุด ประกอบด้วยกระเปาะใส่ยา สายออกซิเจน หน้ากากพ่นยา (aerosol face mask) ที่มีขนาดพอเหมาะและกระชับกับใบหน้าของผู้ป่วย และตัวควบคุมปริมาณออกซิเจน (flow meter) 1 ชุด

2. ยาพ่นขยายหลอดลมชนิด short acting  $\beta_2$ -agonists ได้แก่ salbutamol จำนวน 1 nebule ชนิดพ่น ที่ใช้คือ ขนาด 0.50-1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง โดยผสมกับน้ำเกลือไอโซโทนิก (normal saline solution) ให้ได้ปริมาตร 2.50-4 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษา

3. น้ำเกลือไอโซโทนิก ขนาด 5 มิลลิลิตร จำนวน 1 nebule

4. syringe ขนาด 2.50 มิลลิลิตร และ 5 มิลลิลิตร อย่างละ 1 อัน

5. เข็มฉีดยาเบอร์ 18 จำนวน 1 อัน  
ขั้นตอนการปฏิบัติในการพ่นยาแบบฝอยละออง มีดังนี้ (พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ, 2558)

1. ตรวจร่างกายเด็กก่อนการพ่นยา โดยนับอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ สังเกตลักษณะการหายใจ ประเมินสภาพปอดโดยการฟังเสียงลมหายใจ เข้า-ออก ฟังเสียงหวีด และเสียงเสมหะอื่นๆ

2. ต่อตัวควบคุมปริมาณออกซิเจนเข้ากับท่อจ่ายกลาง (oxygen pipe line)

3. ล้างมือให้สะอาด ก่อนเตรียมอุปกรณ์ในการพ่นยา

4. ประกอบกระเปาะพ่นยาให้ถูกต้อง

5. ใช้ syringe ต่อกับเข็มฉีดยา ฉีดยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษาใส่ในกระเปาะ ผสมกับน้ำเกลือไอโซโทนิกให้ได้ปริมาตรรวม 2.50-4 มิลลิลิตร

แล้วหมุนกระเปาะบิดตามเกลียวให้แน่น

6. ต่อกระเปาะพ่นยาเข้ากับหน้ากาก

7. ต่อสายพ่นยาด้านหนึ่งเข้ากับกระเปาะพ่นยา ส่วนปลายสายอีกด้านหนึ่งต่อเข้ากับตัวควบคุมปริมาณออกซิเจน

8. เปิดอัตราการไหลของก๊าซประมาณ 6-8 ลิตรต่อนาที

9. ครอบหน้ากากให้กระชับกับใบหน้าของผู้ป่วย

10. ในเด็กเล็ก จัดให้นั่งบนตักมารดาหรือผู้ดูแล ส่วนเด็กโต จัดให้นั่งหรือนอนศีรษะสูง 30 องศา ขณะพ่นยาควรปล่อยให้น้ำดีกลับ ไหลเพราะการร้องไห้ทำให้ยาเข้าสู่ทางเดินหายใจได้น้อยลง

11. ขณะพ่นยา ควรเคาะกระเปาะพ่นยาเป็นระยะๆ เพื่อให้ยาตกลงสู่ด้านล่างของกระเปาะให้มากที่สุด

12. พ่นยาต่อจนกระทั่งยาหมด ไม่เห็นฝอยละออง โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

13. ประเมินการตอบสนองต่อยาพ่นยาขยายหลอดลมหลังพ่นยา โดยนับอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงลมเข้าปอด และฟังเสียงหวีดว่าลดลงหรือไม่ รวมถึงสังเกตผลข้างเคียงจากการได้รับยาในขนาดสูงคือ อาการมือสั่น คลื่นไส้ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ทำให้ใจสั่น

การพ่นยาแบบฝอยละอองในเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่เป็นตัวของตัวเอง ชอบความอิสระ มีจินตนาการสูง และเกิดความกลัวตามจินตนาการนั้น ทำให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยการพ่นยาแบบฝอยละออง เนื่องจากเด็กจะสร้างภาพในใจว่าการพ่นยาดังกล่าวเป็นสิ่งคุกคาม เนื่องจากเด็กมักกลัวอุปกรณ์การพ่นยาที่ครอบหน้า ทำให้รู้สึกอึดอัด กลัวการหายใจไม่ออก หรือกลัวละอองยาที่พ่นออกมาในลักษณะคล้ายควันไฟ จากการศึกษาของวิมลลา ชูศรีจันทร์ (2557) พบว่า การให้ข้อมูลก่อนการพ่นยาแบบฝอยละออง โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น การใช้ภาพยนตร์การ์ตูนภาพเคลื่อนไหวที่มีชีวิตชีวา น่าสนใจ การใช้ภาษาที่ง่าย

ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพ่นยา และการให้เด็กวัยก่อนเรียนดูภาพยนตร์การ์ตูนภาพเคลื่อนไหวตลอดระยะเวลาของการพ่นยา ทำให้เด็กมีความกลัวลดลง และให้ความร่วมมือมากขึ้น นอกจากนี้ ทศนีย์ ไทยนรินทร์ประเสริฐ, สมพร สุนทราภา, ศศิธร จันทรทิน, และฤดีมาศ อัยวรรณ (2558) ยังพบว่าหนังสือการ์ตูนสามารถช่วยลดความกลัวในการได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองในผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนได้ โดยให้เด็กดูหนังสือก่อนพ่นยา 30 นาที ก่อนที่จะเล่าเรื่องตามเนื้อหาการ์ตูนให้เด็กฟัง และให้เด็กดูหนังสือในขณะที่พ่นยาไปด้วย

## 2. การใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูด

การใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูด (MDI) ต้องอาศัยแรงอัดอากาศด้วยความดันสูง เพื่อไล่สารที่บรรจุอยู่ออกจากภาชนะ การพ่นยาขยายหลอดลมแบบกดสูดอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ยาไปที่ปอดมากที่สุดนั้น ผู้ป่วยควรหายใจเข้าด้วยความเร็วประมาณ 30 ลิตรต่อนาที (สมชาย สวัสดิ์ และธีระพล ศรีชนะ, 2556) ซึ่งการใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูดนั้น ผู้ป่วยต้องใช้น้ำเมื่ออยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องสาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวดู และมีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูดโดยไม่ใช้กระบอกกักเก็บยา และการใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูดร่วมกับกระบอกกักเก็บยา

2.1 การใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูดโดยไม่ใช้กระบอกกักเก็บยา มีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 อุ่นหลอดยาในฝ่ามือก่อนเสมอ หากหลอดยาเย็นอาจเกิดการหยุดหายใจชั่วคราวได้ ซึ่งเกิดจากอนุภาคของยาที่เย็นและขมกระทบที่เพดานปาก เรียกว่า “cold-freon effect”

2.1.2 しゃหลอดยาในแนวตั้งแรงๆ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ตัวยาสวมกันก่อนกดสูด

2.1.3 เปิดฝ่าครอบออกจากปากหลอดยา โดยจับฝ่าครอบด้านข้างแล้วบีบเล็กน้อย จากนั้นขยับและดึงฝ่าครอบออกมา

2.1.4 ถี้อหลอดยาในแนวตั้ง โดยให้ปากหลอดยาอยู่ด้านล่าง

2.1.5 ให้ผู้ป่วยหายใจออกตามปกติ แล้วกลืนหายใจไว้

2.1.6 ให้ผู้ป่วยอมปากหลอดยาแล้วปิดริมฝีปากให้สนิท โดยให้ปากหลอดยาอยู่ระหว่างฟัน (closed mouth technique) หรืออ้าปากและถี้อหลอดยาให้ปากหลอดยาห่างประมาณ 2 นิ้ว หรือ 4 เซนติเมตร (opened mouth technique) และเงยปากหลอดยาขึ้นเพื่อให้ยาตกลงไปที่เพดานอ่อน ซึ่งทั้งสองวิธีนี้ได้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน

2.1.7 ให้ผู้ป่วยหายใจออกตามปกติ ในกรณีที่ใช้วิธีอมปากหลอดยา ให้ผู้ป่วยหายใจออกแล้วค่อยกลืนหลอดยา ส่วนในกรณีที่ใช้วิธีอ้าปาก ให้ผู้ป่วยอ้าปากแล้วกลืนหลอดยา พร้อมกับสูดหายใจเข้าทางปากช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้เวลา 3-5 วินาที

2.1.8 นำหลอดยาออกจากปาก กลืนหายใจนาน 10 วินาที

2.1.9 ให้ผู้ป่วยหายใจออกช้า ๆ ทางจมูก

2.1.10 หากต้องการใช้ยามากกว่า 1 ครั้ง ให้เว้นระยะนาน 30-60 วินาที เพื่อให้ยาในหลอดเข้าไปบรรจุนเต็ม และเกิดความสมดุลของอุณหภูมิก่อน

2.1.11 กรณีที่ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังการใช้ยา เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก

ทั้งนี้ การใช้ยาในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี มักพบปัญหาในการกลืนยา เช่น การกลืนไม่สัมพันธ์กับการหายใจ จึงต้องมีอุปกรณ์เสริมเพื่อใช้ในการกักเก็บยาไว้ได้แก่ กระบอกกักเก็บยา ซึ่งจะช่วยให้เด็กสูดยาได้อย่างเต็มที่ หากให้เด็กสูดยาจากหลอดยาเหมือนผู้ใหญ่ จะทำให้เด็กไม่ได้รับยาในปริมาณที่สามารถรักษาอาการของโรคหืดได้ โดยกระบอกกักเก็บยาควรมีปริมาตร 100 มิลลิลิตร ความยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ซึ่งเด็กอายุ 2-3 ปี ควรใช้ชนิดที่มีปริมาตรน้อย ทั้งนี้ ในเด็กที่สามารถหายใจทางปากได้และให้ความร่วมมือในการกลืนยาดี ควรเลือกวิธีการให้ยาแบบกดหลอดร่วมกับกระบอกกักเก็บยา ซึ่งจะ

ทำให้ปริมาณยาเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้ดี และลดการตกค้างของฝอยละอองยาในจมูก

2.2 การใช้ยาขยายหลอดลมแบบกดหลอดร่วมกับกระบอกกักเก็บยา มีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 พยายามหลอดยาในแนวตั้งแรง ๆ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ตัวยาคสมกันก่อนสูดดม

2.2.2 เปิดฝาครอบออกจากปากหลอดยา โดยจับฝาครอบด้านข้างแล้วบีบเล็กน้อย จากนั้นขยับและดึงฝาครอบออกมา

2.2.3 ถี้อหลอดยาในแนวตั้ง โดยให้ปากหลอดยาอยู่ด้านล่าง

2.2.4 ต่อหลอดยาเข้ากับกระบอกกักเก็บยาให้ตรง โดยให้หลอดยาอยู่ในแนวตั้งและปากหลอดยาอยู่ด้านล่าง ในกรณีใช้กระบอกกักเก็บยาครั้งแรก ให้กดยา 2-4 ครั้ง เพื่อเคลือบกระบอกกักเก็บยา สำหรับการใช้ครั้งต่อไป ไม่จำเป็นต้องกดยาเพื่อเคลือบกระบอกกักเก็บยาอีก

2.2.5 ครอบหน้ากากของกระบอกกักเก็บยาเข้ากับจมูกและปากของผู้ป่วย แล้วกลืนหลอดยา 1 ครั้ง จนมีละอองยาเข้าไปในกระบอกกักเก็บยา

2.2.6 ให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกตามปกติ 5-10 ครั้ง โดยไม่จำเป็นต้องกลืนหายใจ จากนั้นนำหน้ากากของกระบอกกักเก็บยาออกจากจมูกและปากของผู้ป่วย

2.2.7 หากต้องการใช้ยามากกว่า 1 ครั้ง ให้เว้นช่วงในการกดยาแต่ละครั้งนาน 30-60 วินาที

2.2.8 กรณีที่ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังการใช้ยา เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก หากใช้หน้ากากของกระบอกกักเก็บยา ควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า โดยเฉพาะบริเวณจมูกและปาก ทุกครั้งหลังการใช้ยา

2.2.9 ทำความสะอาดด้านในของกระบอกกักเก็บยา โดยล้างด้วยน้ำยาล้างจานที่เจือจางหรือสบู่อ่อน แล้วปล่อยให้แห้งโดยไม่ต้องล้างด้วยน้ำสะอาดซ้ำ ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้ใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดข้างใน เพราะจะทำให้เกิดประจุไฟฟ้าสถิต

### 3. การใช้ยาพ่นสูดแบบผงแห้ง

ยาพ่นสูดแบบผงแห้ง (DPI) เป็นยาสำหรับควบคุมอาการของโรคหืด การใช้ยาอาจไม่จำเป็นต้องพ่นสูดให้สัมพันธ์กับการหายใจเหมือนรูปแบบ MDI ยาที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่มีแรงหายใจและผู้ที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างมาก ทั้งนี้ ความชื้นของอากาศมีผลต่อปริมาณยาที่ได้รับ เพราะความชื้นทำให้ผงยาเกาะกันเป็นก้อน ข้อสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ห้ามทำความสะอาดเครื่องพ่นสูดชนิดนี้ด้วยน้ำ เพราะอาจทำให้ผงยาภายในเครื่องได้รับความชื้น ควรทำความสะอาดโดยใช้ผ้าแห้งเช็ดเท่านั้น ทั้งนี้ พยาบาลจะต้องสาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวดู และมีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (ทนินชัย บุญบุรพวงศ์, 2556; สมชาย สวัสดิ์ และธีระพล ศรีชนะ, 2556; โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2559) การใช้ยาพ่นสูดแบบผงแห้งที่นิยมใช้มี 2 รูปแบบ ดังนี้ (อรพรรณ โพชนุกูล, 2556; อรพรรณ โพชนุกูล, 2558; วันชัย ตริยะประเสริฐ, 2558; ประภาศรี กุลาลิศ, 2559)

#### 3.1 รูปแบบเทอร์บูเฮเลอร์ (turbuhaler) มีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 จับกระบอกยาในแนวตั้ง แล้วหมุนฝาครอบเพื่อเปิดกระบอกยา

3.1.2 ในการเปิดใช้ครั้งแรก ให้หมุนฐานกระบอกยา 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 หมุนฐานกระบอกยาไปทางซ้ายสุด จนได้ยินเสียงคลิก ครั้งที่ 2 หมุนฐานกระบอกยาไปทางขวาสุด แล้วกลับไปทางซ้ายสุด จนได้ยินเสียงคลิก และครั้งที่ 3 หมุนฐานกระบอกยาไปและกลับจนได้ยินเสียงคลิก ส่วนในการเปิดใช้ครั้งต่อไป ให้จับกระบอกยาในแนวตั้ง หมุนฐานกระบอกยาไปทางขวาสุด แล้วหมุนกลับมาทางซ้ายสุด จนได้ยินเสียงคลิกเพียง 1 ครั้ง

3.1.3 จับฐานกระบอกยาให้ห่างจากปาก เพื่อป้องกันลมเข้าไปในกระบอกยา ให้ผู้ป่วยหายใจออกจนสุด แล้วใช้ปากอมปากกระบอกยาให้สนิท

3.1.4 ให้ผู้ป่วยสูดยา โดยหายใจเข้าอย่างเร็วแรง และลึก เพื่อให้ผงยาที่อาจเกาะกลุ่มหลุดออกจากกัน

ทำให้ยาเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนลึกได้ จากนั้นนำปากกระบอกยาออกจากปาก กลั้นหายใจประมาณ 10 วินาที แล้วหายใจออกทางจมูกอย่างช้า ๆ

3.1.5 หากต้องการสูดยาอีกครั้ง ให้ทำซ้ำตามข้อ 3.1.3 และ 3.1.4 โดยเว้นระยะห่างจากครั้งแรก 1-2 นาที

3.1.6 เมื่อใช้เสร็จแล้ว ให้ทำความสะอาดปากกระบอกยาด้วยผ้าหรือกระดาษทิชชู แล้วปิดฝาให้สนิท

3.1.7 กรณีที่ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังการใช้ยา เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก

3.2 รูปแบบแอคคูเฮเลอร์ (accuhaler) มีขั้นตอนดังนี้

3.2.1 เปิดอุปกรณ์บรรจุยาโดยหิ้วมือข้างหนึ่งจับตัวอุปกรณ์ด้านนอก และใช้นิ้วหัวแม่มืออีกข้างหนึ่งวางบนร่องของอุปกรณ์ แล้วดันแกนเลื่อนออกไปจนสุดจนได้ยินเสียงคลิก

3.2.2 ถืออุปกรณ์บรรจุยาในแนวนอน โดยหันปากอุปกรณ์เข้าหาตัวผู้ใช้ และให้อุปกรณ์ห่างจากปากเพื่อป้องกันลมเข้าไปในอุปกรณ์

3.2.3 ให้ผู้ป่วยหายใจออกทางปากให้มากที่สุด โดยระวังไม่ให้ลมหายใจเข้าไปในอุปกรณ์ แล้วให้ผู้ป่วยอมปากอุปกรณ์ให้สนิท

3.2.4 ให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าทางปากอย่างรวดเร็ว และลึก เพื่อให้ผงยาที่อาจเกาะกลุ่มหลุดออกจากกัน ทำให้ยาเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนลึกได้ จากนั้นให้ผู้ป่วยนำอุปกรณ์ออกจากปาก กลั้นหายใจประมาณ 10 วินาที แล้วหายใจออกทางจมูกอย่างช้า ๆ

3.2.5 หากต้องการสูดยาอีกครั้ง ให้ทำซ้ำตามข้อ 3.2.3 และ 3.2.4 โดยเว้นระยะห่างจากครั้งแรก 1-2 นาที

3.2.6 เมื่อใช้เสร็จแล้ว ให้ทำความสะอาดปากอุปกรณ์ด้วยผ้าหรือกระดาษทิชชู แล้วปิดอุปกรณ์บรรจุยาโดยวางนิ้วหัวแม่มือบนร่องของอุปกรณ์ แล้วดันแกนเลื่อนกลับมาจนสุด จนได้ยินเสียงคลิก

3.2.7 กรณีที่ไข้จากกลุ่มสเตียรอยด์ให้วันปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังการให้ยา เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก

สำหรับการใช้ยาพ่นสูดในเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่เรียนรู้ในการเป็นตัวของตัวเอง คิดเป็นเหตุเป็นผลถึงขั้นรูปธรรม ทำอะไรได้เอง และมีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอย่างง่าย ๆ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้เด็กมีการพึ่งพาตนเองในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จากการศึกษาของธูราภิรักษ์ ลำน้อย (2551) พบว่าการให้คำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูงในการให้ความรู้ ร่วมกับการให้สัญลักษณ์ผ่านสื่อคู่มือการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคหืด ซึ่งประกอบด้วยการประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง และการมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม ทำให้เด็กวัยเรียนสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น

ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และมีสมรรถภาพการทำงานของปอดที่ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ การที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัญหาสำคัญที่พบในการดูแลคือ ผู้ป่วยหรือครอบครัวใช้ยาพ่นสูดตามแผนการรักษาได้ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน ส่งผลกระทบทันทีต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสอนวิธีการพ่นสูดยาในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในทุกขั้นตอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

## เอกสารอ้างอิง

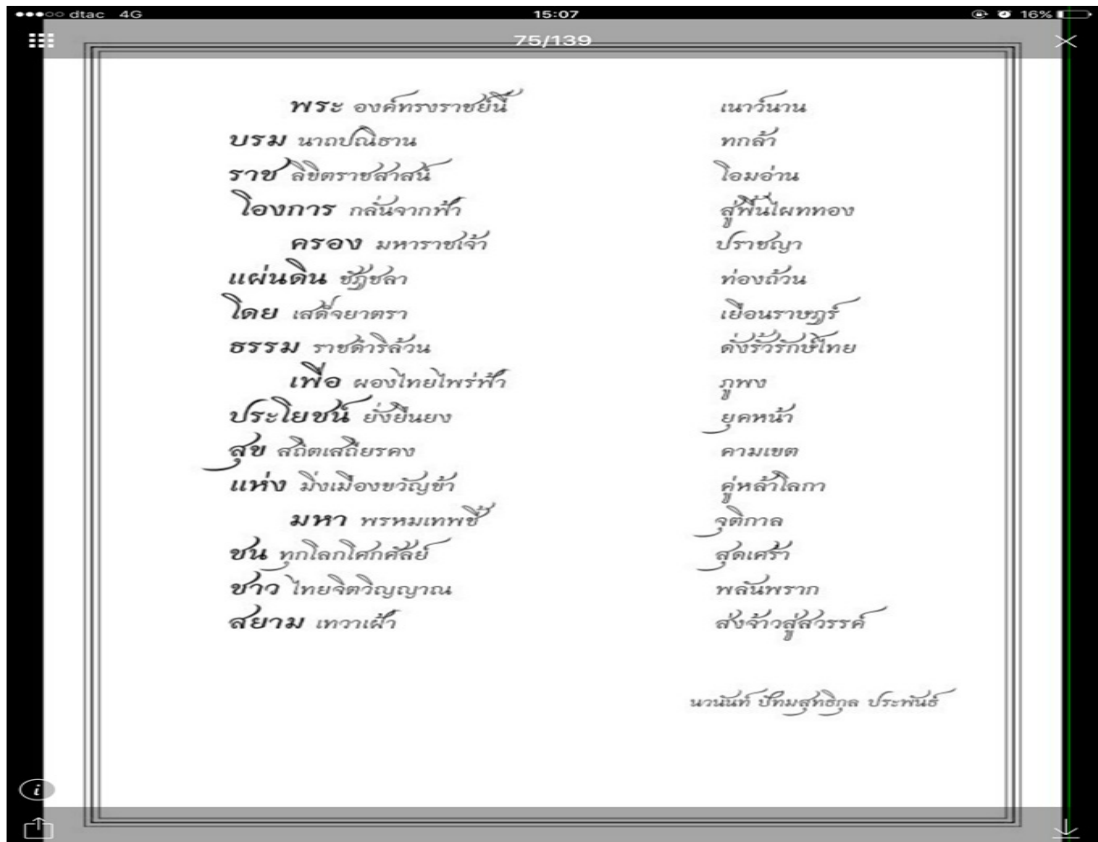
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2559). *เพ็ญรู้! พ่นยาโรคหืดในเด็กถูกวิธีเป็นแบบนี้*. สืบค้น วันที่ 18 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.hitap.net/166604>
- ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางการบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พรรณิภา สืบสุข, และธนัญญา สมัย. (2554). *การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (bronchodilators)*. สืบค้น วันที่ 18 สิงหาคม 2560, จาก [http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/doc/km54/การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม\(bronchodilators\).pdf](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/doc/km54/การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม(bronchodilators).pdf)
- ทัศนีย์ ไทยนรินทร์ประเสริฐ, สมพร สุนทรภา, ศศิธร จันทรทิณ, และฤติมาศ อัยวรรณ. (2558). *ผลของการใช้หนังสือการดูแลต่อความกลัวการได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน*. สืบค้น วันที่ 16 ธันวาคม 2560, จาก <http://www.thaichildhealth.com/wp-content/upload/2017/08/ผลของการใช้หนังสือการดูแลต่อความกลัวยาพ่นแบบฝอยละอองในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน.pdf>
- ทนันชัย บุญบุรพงศ์. (2556). *การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ช่อระกาการพิมพ์.
- ปกิต วิชยานนท์. (2555). *แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 16 ธันวาคม 2560, จาก <http://www.thaipediatrics.org/attachfile/AsthmaGuiline.pdf>
- ประภาศรี ฤาเลิศ. (2559). *โรคหืดในเด็ก*. ใน สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, ชวลักษณ์ ธรรมเกษร, ศรียา ประจักษ์ธรรม, พรทิพา อิงกุล, พรรณพัชร พิริยะนนท์, และประภาศรี ฤาเลิศ. (บ.ก.). *Textbook of pediatrics ตำรากุมารเวชศาสตร์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1*. หน้า 491-522. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

- พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ. (2558). การพ่นยาแบบฝอยละอองแบบก๊าซผ่านผิวหนัง (Jet nebulizer หรือ small volume nebulizer). ใน ภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย. (บ.ก.). หน้า 39-46. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัฐพล อุปลา. (2559). Asthma: Management in acute setting. ใน อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์, พนิดา ศรีสันต์, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, และสนิตรา ศิริขางกุล. (บ.ก.). *Common pediatric respiratory diseases 2016*. หน้า 82-91. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วันชัย ตริยะประเสริฐ. (2558). Checklist วิธีการใช้ยาสูดชนิดต่าง ๆ. สืบค้น วันที่ 24 ธันวาคม 2560, จาก [http://www.asthma.or.th/update58-08-28/03\\_1.pdf](http://www.asthma.or.th/update58-08-28/03_1.pdf)
- วิมล ชูศรีจันทร์. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการพ่นยาแบบฝอยละอองต่อการอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร. (2556). การรักษาโรคหืดระยะยาวในเด็ก. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล, และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (บ.ก.). *ตำราโรคหืด*. หน้า 119-142. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สมชาย สวัสดิ์, และธีระพล ศรีชนะ. (2556). ยาแอสโตรและระบบหายใจ. สงขลา: พีซี โปรสเปก.
- สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. (2555). รายงานการวิจัยผลลัพธ์ทางคลินิก ทางคุณภาพชีวิต และทางเศรษฐศาสตร์ ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย. สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2560, จาก [http://www.damus.in.th/damus/files/83\\_20120903171730\\_final%20report%20Asthma%20\\_may2012.pdf](http://www.damus.in.th/damus/files/83_20120903171730_final%20report%20Asthma%20_may2012.pdf)
- อภิชาติ คณิตทรัพย์, และมุกดา หวังวีรวงศ์. (บ.ก.). (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุตราไวโอเร็ด. สืบค้น วันที่ 21 สิงหาคม 2560, จาก [http://thaichest.net/images/article/guideline/asthma\\_guideline\\_55.pdf](http://thaichest.net/images/article/guideline/asthma_guideline_55.pdf)
- อรพรรณ โพชนุกูล. (2556). การรักษาโรคหืดด้วยฝอยละออง (Aerosol therapy in asthma). ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล, และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (บ.ก.). *ตำราโรคหืด*. หน้า 270-282. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- อรพรรณ โพชนุกูล. (2558). หืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก. ใน อรพรรณ โพชนุกูล, และสมบูรณ์ จันทร์สกุลพร. *โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก*. หน้า 149-184. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินท์ติ้ง.
- อรพรรณ โพชนุกูล. (2559). Astma: Long-term management. ใน อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์, พนิดา ศรีสันต์, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, และสนิตรา ศิริขางกุล. (บ.ก.). *Common pediatric respiratory diseases 2016*. หน้า 92-102. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อรุรักษ์ ถ่าน้อย. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## แรงบันดาลใจแห่งรักและศรัทธา: พลังชีวิตที่ท้าทาย

นวนันท์ ปัทมสุทธีกุล \*

Nawanant Pattamasutthikun \*



60 สัปดาห์ ที่ผ่านมา พวกเราต้องพบกับการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในการเสด็จสวรรคต ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ผู้ทรงเป็นที่รัก บูชาของชาวไทยและชาวต่างชาติทั่วโลก มีการสื่อสารเทิดพระเกียรติ หวนระลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ และพระอัจฉริยภาพของ

พระองค์นานัปการ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

ทางด้านสาธารณสุข พระองค์ทรงอุทิศพระวรกาย พระสติปัญญา และพระราชทรัพย์ เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของพสกนิกรชาวไทยทั่วทุกพื้นที่ โดยไม่ทรงเลือกปฏิบัติ ดังพระปฐมบรมราชโองการในพระราชพิธี

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (นอกประจำการ) วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บรมราชาภิเษกขึ้นครองราชย์สมบัติ “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” ผู้เขียนในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขอเป็นส่วนหนึ่งในการน้อมรำลึกถึงพระราชปณิธานของพระองค์ โดยศึกษา “ศาสตร์พระราชา” และขอแทนคุณแผ่นดินด้วยการปฏิบัติบูชาตามแนวพระราชดำริที่ทรงวางรากฐานไว้ และก้าวเดินตามรอยพระยุคลบาทเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนสืบไป

ผู้เขียนได้รับการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ จากแม่และพ่อที่อยู่ใต้พระบรมโพธิสมภาร ตลอดสี่ถึงห้าแผ่นดิน รวมทั้งครูบาอาจารย์ที่พร่ำสอนตั้งแต่วัยเด็กจนซึมซับ ยิ่งเพิ่มพลังในการสร้างแรงบันดาลใจให้ตนเอง เพื่อแสวงหาวิธีการสื่อสารให้ชนรุ่นหลังตระหนักถึงคุณค่าในอารยธรรมไทยที่ไม่สามารถประเมินค่าได้ แต่ภายใต้สังคมที่เปลี่ยนไป ผู้คนสนใจการเรียนรู้สื่อสารผ่านเทคโนโลยีสมัยใหม่ จนสนใจคนรอบข้างน้อยลง มีผู้กล่าวว่า รุ่นเบบี้บูม (เกิด ปี พ.ศ. 2490-2510) เป็นรุ่นสุดท้ายที่ฟังผู้ใหญ่ และเป็นรุ่นแรกที่ต้องฟังรุ่นเจเนอเรชัน ทศวรรษส่วนตัวคิดว่าไม่ใช่ทั้งหมด แม้ว่ายุคนี้ไม่ค่อยมีใครสละเวลาที่จะฟังใครนัก แต่บุคลากรด้านสุขภาพได้รับการปลูกฝังให้รับฟังผู้รับบริการ แม้ว่าเขาจะอยู่ในภาวะถูกพรากความรู้สึก (sensory deprivation) แล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม ควรยึดหลักธรรมหัวใจนักปราชญ์ คือ สุ.จิ.ป.ล. (ฟัง- คิด- ถาม- เขียน) และใช้หนทางแห่งความสำเร็จ คือ อิทธิบาท 4 ซึ่งประกอบด้วยฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา (ความพอใจ ความเพียร ตั้งจิตรับรู้ ความไตร่ตรอง) ดังนั้น การเขียนจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการบอกความในใจ ความคิด ความรู้สึก ที่อาจฝังอยู่ภายใต้จิตสำนึก แต่ขาดโอกาสในการสื่อสารโดยวิธีอื่นๆ

นักเขียนผู้หนึ่งได้เสนอแนวคิดที่น่าสนใจ คือ นักเขียนต้องเป็นนักสะสมรายละเอียด มองสิ่งต่างๆ รอบตัวให้เป็นปรัชญา คิดแบบเชื่อมโยง แล้วจดบันทึกเป็นวลีสั้นๆ กันลืม เมื่อมีโอกาสก็จะสามารถสร้างจินตนาการต่อยอดตกผลึก ดังนั้น การใช้สำนวนโวหาร คำคล้องจอง จะช่วยให้เราสามารถจดจำสิ่งต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ผู้เขียนจึงเกิด

แรงบันดาลใจที่จะเผยแพร่เรื่องราวของในหลวง รัชกาลที่ 9 โดยการสรุปประเด็นสำคัญให้อยู่ในรูปแบบสั้นๆ และน้อมนำพระปฐมบรมราชโองการของพระองค์มาตั้งเป็นกระพู่ของโคลงสี่สุภาพ ซึ่งผู้เขียนใช้เวลามากกว่า 1 เดือนคือ เริ่มตั้งแต่การทบทวนฉันทลักษณ์ การสรรหาคำกรู้ในแนวตั้ง และหาคำอธิบายต่อในแนวนอน การเรียบเรียงคำการใช้โวหาร โดยเฉพาะราชาศัพท์ และคำโบราณ ซึ่งต้องตีความ แปลความหมาย นับว่าเป็นประโยชน์คือ ได้เล่าเรื่องในรูปแบบที่จำกัด มีสุนทรียในชีวิตร มีทักษะทางปัญญาเพิ่มขึ้น ได้คิดใคร่ครวญ หรือตรึกตรอง เช่น ในหนึ่งคำมีหลายความหมาย ในหนึ่งความหมายใช้ได้หลายคำ ดังแสดงในเนื้อหาของโคลงสี่สุภาพ ที่หวังว่าจะเป็นแรงบันดาลใจส่วนหนึ่งในการน้อมรำลึกถึงพระองค์ท่าน และผู้เขียนได้ทบทวนเรื่องแรงบันดาลใจพอสังเขปดังนี้

แรงบันดาลใจ (inspiration) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า spirare หมายถึง ลมหายใจ โดยรากศัพท์จึงแปลว่า “การผ่านลมหายใจ หรือผ่านจิตใจของคนหนึ่งเข้าไปในอีกคนหนึ่ง” เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับนั้นดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทำให้ผู้ที่ได้รับแรงบันดาลใจคิดและทำตามอย่างด้วยความศรัทธา ด้วยความมานะพยายาม (ภูเบศร สมุทรจักร, 2009) นับเป็นปัจจัยเสริมความรู้สึกรักที่เป็นแรงกระตุ้นทางอารมณ์หรือจิตใจ ที่ทำให้บุคคลลงมือทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเริ่มทำสิ่งใหม่ (ละเอียต แจ่มจันทร์, จินตนา อาจสันเทียะ, และสุภาวดี สมจิตต์, ม.ป.ป.) สอดคล้องกับที่ทาลัญ วรพัทธ (2015) กล่าวว่าแรงบันดาลใจที่มีพลังนั้นสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกจินตนาการขึ้น และถ่ายทอดความรู้สึกนั้นออกมาเป็นผลงานความคิดสร้างสรรค์ ที่ล้วนสามารถกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจต่อไปได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ แรงบันดาลใจยังก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดที่อาจเกิดขึ้นจากความทรงจำ และการฝังใจบางสิ่งบางอย่างในวัยเด็ก ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้สร้างสรรค์เอง ซึ่งแปลเปลี่ยนเป็นจินตนาการ และถ่ายทอดจินตนาการที่มีนั้นออกมาเป็นผลงานในที่สุด ดังที่ปัทมโรจน์ มากสุวิวงศ์ กล่าวว่าไว้ว่า แรงบันดาลใจจะเป็นลมใต้ปีก ส่งทะยานขึ้นไปสู่ปลายฟ้า ทุกเรื่องที่คิด ทุกกิจที่ทำ ทุกคำที่พูด ทุกครั้งที่เคลื่อนไหว จะเต็ม

ความตั้งใจให้เต็มร้อย ดังเช่น ตัวอย่างของบรรดาของ  
ทางการศึกษาที่มีผู้เขียนไว้ว่า

ครูธรรมดา ๆ เพียงแค่เล่าให้ฟัง

ครูที่ดี จะอธิบายให้กระจ่าง

ครูที่เยี่ยม ย่อมสาธิตให้ดู

ครูที่ยิ่งใหญ่ จะสร้างแรงบันดาลใจ

ขออนุโมทนากับศรัทธาอันแรงกล้าของคุณ บอดี้สแลม  
ในโครงการ ก้าวคนละก้าว ขำวุดังที่ถูกันทักไว้แล้วว่า  
เป็นคนแรกของประเทศไทยที่วิ่งพิชิตระยะทางจากใต้  
จรดเหนือได้สำเร็จ บรรลุเกินเป้าหมาย เพราะคุณค่าที่  
เพิ่มขึ้นนั้นไม่สามารถตีราคาได้ เขากลายเป็นนักสร้าง  
แรงบันดาลใจได้อย่างมหัศจรรย์ มีตัวอย่างคำกล่าวที่น่า  
ประทับใจ คือ “ผมไม่ใช่ฮีโร่ โดยฮีโร่ตัวจริงใส่ชุดสีขาว

ที่ทำงานหนักทั่วประเทศ ซึ่งหลังจากโรงพยาบาลได้เงิน  
ตรงนี้แล้ว ผลประโยชน์ทุกอย่างก็จะกลับมาตกอยู่ที่คนไทย  
ทุกคน” และคำกล่าวของท่าน ว.วชิรเมธี ที่ต้องอยู่ใน  
ความทรงจำตลอดกาล คือ “อยู่เพื่อตัวเอง อยู่แค่สันใจ  
อยู่เพื่อคนทั่วไป อยู่ชั่วฟ้าดินสลาย” จึงนับว่าเป็นบุญ  
ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่โครงการนี้ประสบผลสำเร็จ  
ได้เกินผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้เขียนผ่านการทำหน้าที่เป็นพยาบาลและอาจารย์  
พยาบาลที่ต้องสอนผู้ป่วย ญาติ และนักเรียนนับหมื่นคน  
แต่ไม่สามารถประเมินได้ว่าได้ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ  
ได้แค่ไหน จึงขอใช้เวลาที่เหลืออยู่ ด้วยความหวังที่จะ  
สร้างแรงบันดาลใจด้วยตนเองต่อไป

## คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

### สาขาของเรื่องที่ได้รับลงตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ
2. บทความวิชาการในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ รวมทั้งบทความแปลด้านวิชาการ
3. บทความพิเศษที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งประเด็นที่น่าสนใจด้านการพยาบาลและด้านอื่น ๆ

### เงื่อนไขการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 2 คน ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้กองบรรณาธิการภายใน 15 วัน
4. ความคิดเห็นของผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับใด ๆ กับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

### การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก พิมพ์โดยใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง 4 ด้าน ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาวประมาณ 10-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการมีความยาวประมาณ 6-10 หน้า ส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail : kanisorn2514@gmail.com)
2. บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมกันไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ถ้ามีภาพ ตาราง หรือแผนภาพ เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ ตาราง หรือแผนภาพ ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนทางด้านขวามือ ยกเว้นหน้าแรก
5. การใช้ภาษา คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในครั้งแรก ส่วนศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้เขียนทับศัพท์ สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนคำจริง ๆ ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คูเดอร์-ริชาร์ดสัน ครอนบาค

## รูปแบบของการเขียนต้นฉบับ

1. รายงานการวิจัย มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

1.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเรียงไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

1.4 บทคัดย่อ พิมพ์โดยไม่ต้องใส่กรอบ ประกอบด้วย 3 ย่อหน้า (ย่อหน้าแรก เริ่มเขียนจากรูปแบบการวิจัย ย่อหน้าที่ 2 เขียนผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย ส่วนย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้) และระบุคำสำคัญจำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อ ส่วนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (พิมพ์คำว่า Abstract แทน) ระบุ Keywords จำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อเช่นกัน

1.5 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนเป็นแผนภูมิแสดงตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีคำบรรยายนำมาก่อน ให้บรรยายอย่างกระชับและเข้าใจง่าย

1.7 วิธีดำเนินการวิจัย มีส่วนประกอบดังนี้

1.7.1 ประเภทของการวิจัยและการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.7.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง เขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อน ตามด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือแต่ละชิ้น ระบุเกี่ยวกับที่มา จำนวนข้อลักษณะคำตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน และเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ใช้ชื่อว่า การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อๆ ตามขั้นตอน

1.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนเกี่ยวกับข้อมูลและระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1.8 ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง ในตาราง จัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า  $t$ ,  $z$ ,  $r$ ,  $\beta$  และ  $p$  ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง สำหรับค่า  $p$  ให้ใส่ค่าจริง (ถ้าเป็น .000 ให้ใส่ว่า < .001) โดยไม่ต้องใส่ \* กำกับที่ตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องระบุ \* ที่ใต้ตาราง

1.9 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร ถ้าใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัย การใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุแล้วว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด ให้เขียนต่อจากปี (ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ) ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ถ้ามีมากกว่า 1 ประเด็น ให้เขียนเป็นข้อๆ

1.11 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

หมายเหตุ : การวิจัยแบบทดลอง ให้เขียนโดยนำกลุ่มทดลองขึ้นก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ถ้ามีมากกว่า 1 กลุ่ม)

2. บทความวิชาการ มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

2.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยขีดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

2.4 ส่วนบทนำ ไม่ต้องเขียนคำว่า บทนำ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

2.5 ส่วนเนื้อหา

2.6 ส่วนสรุป ไม่ต้องเขียนคำว่า สรุป ความยาวไม่ควรเกิน ½ หน้ากระดาษ

2.7 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) version 6.0 ดังนี้

#### 1. การเขียนอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง

ใช้ระบบนาม ปี ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้ระบุชื่อ นามสกุล กันด้วย , ตามด้วยปี ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อสกุลเท่านั้น กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค ( , ) ตามด้วยปี ในการเขียนมีหลักการดังนี้

1.1 การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “and” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ

1.2 การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “&” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียน

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.)

ส่วนการเรียงรายการอ้างอิงที่มีมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงจากปีที่เก่ากว่าไปยังปีที่ใหม่กว่า ถ้าเป็นปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อ โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

## 2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

ให้มีเฉพาะรายชื่อเอกสารที่ได้อ้างอิงในเนื้อเรื่องเท่านั้น โดยมีหลักการเขียนเช่นเดียวกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องที่เป็นการเขียนครั้งแรก สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อ สกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ( , ) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และ . แล้วตามด้วยชื่อกลาง และ .

## 3. การเรียงลำดับเอกสาร

3.1 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

3.2 เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ

3.3 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล

3.4 ถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรตัวถัดไปเรื่อยๆ

3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

## 4. รูปแบบการเขียน

4.1 วารสาร เขียนตามรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. (ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ของวารสาร (ฉบับที่), หน้า.

### ตัวอย่าง

ประสิทธิ์ จิตติวัฒนพงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 33(1), 67-74.

4.2 หนังสือ

4.2.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเรียงตามลำดับดังนี้

4.2.1.1 ชื่อผู้แต่ง ถ้ามากกว่า 1 คน คั่นด้วย , คนสุดท้ายนำด้วย , คำว่า และจบด้วย .

4.2.1.2 ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ. เขียนอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ จบด้วย .

4.2.1.3 ชื่อหนังสือ ใช้ตัวเอียง จบด้วย .

4.2.1.4 ครั้งที่พิมพ์ อยู่ในวงเล็บ และต่อจากชื่อหนังสือ จบด้วย .

4.2.1.5 ชื่อเมืองที่พิมพ์ ตามด้วย : (พิมพ์ให้ชิดกับชื่อเมือง)

4.2.1.6 ชื่อสำนักพิมพ์ จบด้วย .

4.2.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เขียนเรียงตามลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย แต่แตกต่างกันในการเขียน

ชื่อผู้แต่ง ดังนี้

4.2.2.1 ใช้ชื่อสกุลขึ้นต้น ตามด้วย , อักษรย่อชื่อต้น ตามด้วย . และอักษรย่อชื่อกลาง ตามด้วย .

4.2.2.2 ผู้แต่งแต่ละคนคั่นด้วย ,

4.2.2.3 ผู้แต่งคนสุดท้าย นำด้วย , & และจบด้วย .

4.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ให้หลักการเช่นเดียวกับหนังสือที่มีผู้แต่งคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน แต่มีข้อแตกต่าง ดังนี้

4.3.1 หนังสือภาษาไทย เดิม (บ.ก.) จบด้วย . ตามหลังชื่อบรรณาธิการคนสุดท้าย

4.3.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เดิม (Ed.) กรณีที่มีบรรณาธิการคนเดียว หรือเดิม (Eds.) กรณีที่มีบรรณาธิการมากกว่า 1 คน จบด้วย .

#### 4.4 วิทยานิพนธ์

##### ตัวอย่าง

ลักขณา เทศเปี่ยม. (2552). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพ็ชระอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

#### 4.5 ข้อความจากเว็บไซต์

##### ตัวอย่าง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า*. สืบค้น วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thaitgri.org/>

Salinsky, E., & Scott, W. (2003). *Obesity in America: A growing threat*. Retrieved February 20, 2006, from [http://www.nhpf.org/pdfs\\_bp/BP\\_Obesity\\_7-03.pdf](http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_Obesity_7-03.pdf)