



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๙ Vol. 3 No. 1 January-June 2016 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม
- † การศึกษาความล้มเหลวระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่ที่สำเร็จการศึกษา จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม
- † การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจาง : กรณีโรงพยาบาลกระทุ่มແບນในจังหวัดสมุทรสาคร
- † คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
- † ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลติดภูมิ แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร

บทความวิชาการ

- † ผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือหลักฐานที่เป็นสำคัญของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล
- † โรคอ้วนในเด็กไทย : ปัญหาระดับโลกที่ผู้ป่วยครองมองข้าม
- † แนวทางการดูแลคนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจ
- † ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ตามแบบอย่างพระเยซูคริสต์
- † การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๙ Vol.3 No.1 January - June 2016 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา	หนูเจริญกุล
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์	วงศ์ชุมทอง
อาจารย์ ดร. เสาโนร์	ทิญชีระนันทน์
อาจารย์ ดร. เสาร์พงษ์	กานต์เดชารักษ์
อาจารย์ ดร. พฤทธิพงษ์	กวินสุพร

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัวพันธ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจា	ภู่เพบูล์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณวิภิติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดิลก	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง	โน้ในยองค์	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินกร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล	นิมิตรอันันท์	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย

วัตถุประสงค์

1. เพย়แพร่บथความวิจัย พยาบาลศาสตร์
2. เพย়แพร่บথความวิชาการ พยาบาลศาสตร์

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) ในสาขพยาบาลศาสตร์ บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์วารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา

กำหนดการออกวารสาร : ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(นางชัญญารัตน์ หวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลหนองนา อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 0-3438-8555 ต่อ 3101-04 โทรสาร 0-3427-4500

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|--|---------------|-----------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา | ประจุคลป | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต | แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี | ครีมรากต | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ | กัญญาภากลุ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหนิง ยุพิน | อังสุโรจน์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ | เกษมกิจวัฒนา | วิทยาลัยเช็นต์หลุยส์ |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. สุมพร กันทรดุษฎี | เตรียมชัยศรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ | กลั่นพาก | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี | อัศตรวิเศษ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา | อาจลันเทียะ | วิทยาลัยเช็นต์หลุยส์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ | จิตรมนตรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประดิษฐ์ | ເຄີຍວັງສຸພະດີ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนา | นามจันทร์ | มหาวิทยาลัยรังสิต |

บทบรรณาธิการ

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับแรกของ พ.ศ. 2559 และนับเป็นปีที่ 3 ของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กองบรรณาธิการและทีมงานมีความภาคภูมิใจในการส่งเสริมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมุ่งหวังพัฒนาวิชาการในสาขาวิชาชีพพยาบาลให้มีความก้าวหน้า โดยมีองค์ความรู้ที่หลากหลายตอบสนองความสนใจและการนำไปใช้ประโยชน์แก่พยาบาลวิชาชีพและประโยชน์สูงสุด โดยบทความที่ตีพิมพ์ในเล่มประกอบด้วย บทความวิจัย 5 เรื่อง บทความวิชาการ 5 เรื่อง

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความและสมทบภารกิจการส่าราทุกท่านที่สนับสนุนในการจัดทำวารสาร และหวังว่าสมาชิกจะมีผลงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัพันธ์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

บทความวิจัย

- ❖ พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
บัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม อรประณ บุญสม 1
Caring Behaviors Amongst the Bachelor of Nursing
Science Students at a Private University in Nakhon
Pathom Province Orapan Boonsom
- ❖ การคึกคักความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของ
พยาบาลจบใหม่ที่สำเร็จการคึกคักจากสถานบ้านการคึกคักเอกชนแห่งหนึ่ง จันทร์ญา พัวร์วิริยะพันธุ์ 16
ในจังหวัดนครปฐม Janya Puarviriyapant
- The Relationship Between the Attributes of the Organization
and Retention of New Graduate Nurses of a Private
Education Institution in Nakhon Pathom Province
- ❖ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับ
ความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง : กรณี ดร. นวพร วุฒิธรรม 27
โรงพยาบาลกระหุ่มแบนในจังหวัดสมุทรสาคร Dr. Nawaporn Wutthitham
- The Development of Family Participation Pattern
to Increase Hematocrit Concentration in Anemic
Pregnant Women : Krathum Baen Hospital in
Samutsakhon Province
- ❖ คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ดร. รพีทภร เพชรสุข 40
Quality of Life of Nursing Student at Suan Dusit Rajabhat University Dr. Raphatphorn Petchsuk
-

-
- ❖ ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลตertiaryภูมิภาคแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร
The Needs Amongst Caregivers for Children with Acute Respiratory Infection at a Tertiary level Hospital in Samutsakhon Province
- พิพัลย์ ชีรลิริโรจน์ 48
Tippawan Teerasiriroj

บทความวิชาการ

- ❖ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือหลักฐานที่เป็นสำคัญของการปฏิบัติ
วิชาชีพการพยาบาล
Nursing Outcome : Standard Evidence of Nursing Practice
- รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญากร 63
Assoc. Prof. Dr. Puangrat Boonyanurak
- ❖ โรคอ้วนในเด็กไทย : ปัญหาระดับโลกที่ผู้ปกครองมองข้าม
Obesity in Thai Children : A Global Problem, that Parents Overlook
- สุภาพร เชยชิต 74
Supaporn Chaychit
- ❖ แนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหlod เสื่อมหัวใจหลังไดร์บ
การส่วนหัวใจ
Self-Care Guidelines for Post Cardiac Catheterization of Acute Coronary Syndrome Patients
- ณัฐพร คุณโน 87
Nathaporn Kunno
- ❖ ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ตามแบบอย่างพระเยซูคริสต์
The Servant Leadership : Lead Likes Jesus Christ
- ดร.ปุณยนุช พิมใจใส 95
Dr. Punyanut Phimchaisai
- ❖ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
Teenage Pregnancy
- รุ่งอรุณ พุ่มเจริญ 108
Rungaroon Pumcharoen
-



พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

Caring Behaviors Amongst the Bachelor of Nursing Science Students
at a Private University in Nakhon Pathom Province

อรพรรณ บุญสม *

ดร. พรทิพย์ ภิวนสุพร **

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 165 คน เก็บข้อมูลในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2558 แบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นตามการเอาใจใส่ดูแลตามกรอบแนวคิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน พ.ศ. 2554 ปรับปุ่ง พ.ศ. 2555 โดยข้อคำถามแปลและปรับจากเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล (Caring behavior inventory: CBI-24) ของ วอล์ฟ (Wolf, 2010) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคำเร็วๆ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.41$,

$S.D.=.52$) ด้านการปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วยบริการ (Limit setting) มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 5.48$, $S.D. = .57$) และพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting) มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=5.24$, $S.D. = .65$) โดยในข้อคำถามอยู่ในแต่ละด้านการปกป้องความลับของผู้ป่วย มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=5.71$, $S.D. = .54$) ในขณะที่การให้ข้อมูลมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=5.12$, $S.D. = .88$) นอกจากนี้นักศึกษายังตอบว่ารับรู้/เรียนรู้พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจากการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด จากผลการวิจัยอาจารย์พยาบาลจึงควรเป็นตัวแบบและเน้นพัฒนาพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลในการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลและในการเรียนการสอนในบริบทอื่นๆ และส่งเสริมพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลข้อการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

*อาจารย์ประจำหลักสูตร Bachelor of Nursing Science (International Program) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

**คณบดีและหัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

Abstract

The objective of this descriptive research was to study caring behaviors amongst bachelor of nursing science students at a private university in Nakhon Pathom province. The samples were 165 third year nursing students. Research instruments was a questionnaires created based on college of nursing curriculum of Christian university of Thailand 2554 B.E. adjusted 2555 B.E. which the items were adapted from the Caring behavior inventory: CBI-24 (Wolf, 2010). Data was collected in the first semester, academic year 2558 and analyzed by using statistic percentages, means, and standard deviation.

The results revealed that caring behaviors for patients amongst bachelor of nursing science students were at the highest level ($\bar{x} = 5.41$, S.D. = .52).

When considered each of caring behavior component "limit setting" had the highest mean score ($\bar{x} = 5.48$, S.D. = .57) and "supporting" had the lowest mean score ($\bar{x} = 5.24$, S.D. = .65). When considered each item "protect the patient information" had the highest mean score ($\bar{x} = 5.71$, S.D. = .54) while the caring behavior "provide information to patients" had the lowest mean score ($\bar{x} = 5.12$, S.D. = .88). In addition, the students reported that they learned caring behaviors mostly from the teaching-learning in the nursing laboratory. From the results of this research, the nurse instructors should insist more on the behavior "provide information to the patient" and be a role model of caring behaviors during the teaching-learning period in nursing laboratory and other teaching-learning situations.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

คณภาพค่าสตัน มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาเอกชน สังกัด มูลนิธิแห่งสภាតริสต์จกรในประเทศไทย ที่มีภารกิจ สำคัญประการหนึ่งใน 4 ประการ คือ การผลิตบัณฑิต พยาบาล และมีนโยบายวัสดุคิติพยาบาล จากคณภาพค่าสตัน มหาวิทยาลัยคริสเตียน ต้องมีอัตลักษณ์ที่ สำคัญ คือ การมีทักษะการปฏิบัติวิชาชีพ การศึกษา ภาคปฏิบัติจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บัณฑิตเกิด อัตลักษณ์ดังกล่าว เพราะการฝึกปฏิบัติวิชาชีพ การ พยาบาลเป็นช่วงเวลาที่นักศึกษาจะต้องปฏิบัติการ พยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง เป็นเวลาที่นักศึกษาจะต้อง

ใช้ความรู้ในรายวิชาทุกชีวิৎการและทักษะการปฏิบัติการ พยาบาลจากการฝึกในห้องปฏิบัติการพยาบาลมาใช้กับ ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

การเอาใจใส่ดูแลเป็นพุทธิกรรมที่สำคัญ เกิดขึ้นควบคู่มา กับวิชาชีพการพยาบาล พยาบาล แสดงบทบาทการบำรุงเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ดูแล (Nurturing and caring) มาตั้งแต่ในอดีต การเอาใจใส่ดูแลเป็นพุทธิกรรมที่ทำให้สามารถจำแนก วิชาชีพการพยาบาลออกจากวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ และสามารถปรับปรุงคุณภาพของการให้การพยาบาล (Azizi-Fini et al, 2012) การดูแลเป็นหัวใจ สำคัญของการพยาบาลเป็นเอกลักษณ์ขององค์

ความรู้และเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Leininger, 1988) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียนได้ตระหนักรึ่งความสำคัญของพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลต่อวิชาชีพการพยาบาล จึงได้กำหนดแนวคิดการเอาใจใส่ดูแล (Caring) เป็นหัวใจของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตั้งแต่ปี 2527 จนถึงปัจจุบัน โดยได้มีการซึ่งเจงแก่นักศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกคน ตั้งแต่วันปฐมนิเทศน์นักศึกษาใหม่ และกำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนหัวข้อแนวคิดและทฤษฎีการเอาใจใส่ดูแลแก่นักศึกษา ตั้งแต่ในรายวิชาชีพวิชาแรกคือรายวิชาแนวคิดพื้นฐานศาสตร์การพยาบาล นอกจากนี้ยังได้กำหนดคุณลักษณะการเอาใจใส่ดูแลไว้ในแบบประเมินการฝึกปฏิบัติการพยาบาล หมวดคุณลักษณะความเป็นพยาบาลในรายวิชาฝึกปฏิบัติวิชาชีพทุกรายวิชา

กรอบแนวคิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้นิยาม การเอาใจใส่ดูแล ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การบำรุงรักษา (Nurturing) 2) การให้กำลังใจ ด้วยการร่วมรู้สึก (Empathizing) 3) การสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting) 4) การมีระเบียบวินัยใน การปฏิบัติวิชาชีพ (Disciplining) และ 5) การปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วยบริการ (Limit setting) (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2554 ปรับปรุง พ.ศ. 2555)

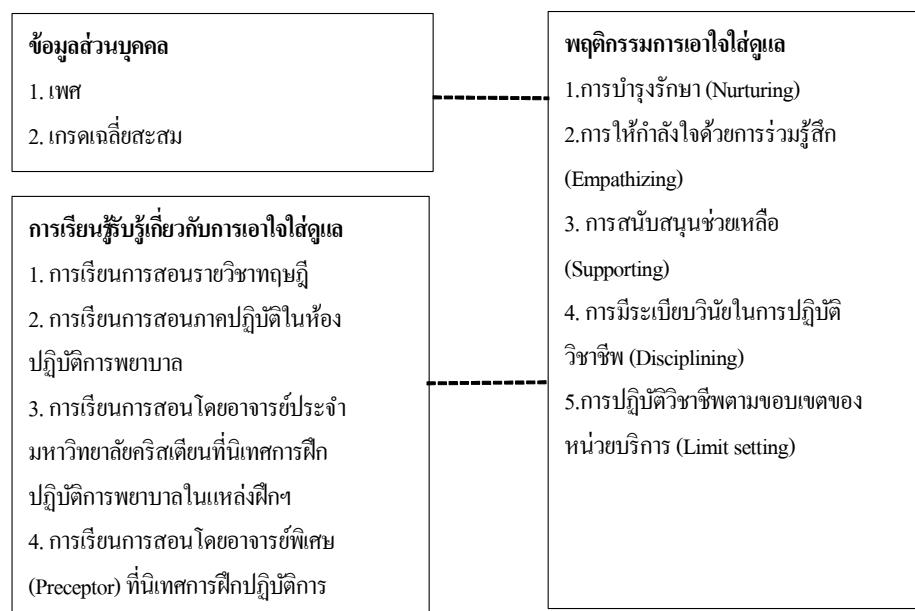
ตามแผนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จะซึ่งฝึกปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ในภาคการศึกษาฤดูร้อน เป็นครั้งแรกในรายวิชาปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาลพื้นฐาน และปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และภาคการศึกษาที่ 1 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 โดยทั้งสามรายวิชาต่าง มีจุดเน้นเรื่องการให้การบำบัดทางการพยาบาลขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยโดยเน้นการเอาใจใส่ดูแล คำนึงถึง

ความเป็นบุคคลภายนอกของกฎหมายวิชาชีพฯ และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้นเมื่อนักศึกษาสอบผ่านรายวิชาปฏิบัติทั้งสามรายวิชา ย่อมแสดงว่า นักศึกษาดังกล่าวควรมีการพัฒนาพฤติกรรมของการเอาใจใส่ดูแลได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากช่วงเวลาของการเรียนรายวิชา ทั้ง 3 รายวิชาดังกล่าวเป็นเวลา 28 สัปดาห์ นอกจากนั้น ตลอดระยะเวลาการปิดการเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นเวลา 33 ปี เมื่อ มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียน จากโครงการติดตามผู้สำเร็จการศึกษา พบร่วมกับนักศึกษาที่ต้องการเห็นว่า บัณฑิตพยาบาลคริสเตียนมีลักษณะเด่นในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งในการประเมินก่อนที่นักศึกษาจะสำเร็จการศึกษา (Focus group) นักศึกษารู้สึกว่าตนมีข้อดีในเรื่องการให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามกรอบแนวคิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2554 ปรับปรุง พ.ศ. 2555 เพื่อเป็นการศึกษาพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ตัวเองมาก่อนอย่างไร และเพื่อการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและสอดแทรกการเอาใจใส่ดูแลในรายวิชาและส่งเสริมพัฒนาระบบการเรียนการสอน ให้นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีพัฒนาการของการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นปีต่อไปและในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาพัฒนาการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กรอบแนวคิดของการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน พ.ศ. 2554 ปรับปรุง พ.ศ. 2555)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน จังหวัดนครปฐม โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 281 คน ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาล พื้นฐาน และปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในภาคการศึกษาฤดูร้อน ปีการศึกษา 2557 และ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 165 คน ทั้งนี้คำนวณจำนวน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้จัดยังคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยดำเนินสุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่มจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาลพื้นฐาน และปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในภาคการศึกษาฤดูร้อน ปีการศึกษา 2557 และ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 165 คน ทั้งนี้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973)

$$n = N/1+N(e^2)$$

$$n = \text{กลุ่มตัวอย่าง}$$

$$N = \text{จำนวนประชากรที่ทราบค่า คือ 281 คน}$$

$$e = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้}$$

(Allowance error) กำหนดความคลาดเคลื่อนน้อยละ 5

รายงานพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๘

ดังนั้น $e=0.05$

$$n = 281/1 + 281(0.05)^2$$

$$n = 165$$

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียน จังหวัดนนทบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการเอาใจดูแลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสต์ียน พ.ศ. 2554 ปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยอาศัยแนวข้อคิดจากการแบบประเมิน พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ที่มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับ องค์ประกอบการเอาใจใส่ดูแล ทั้ง 5 องค์ประกอบ ตาม กรอบแนวคิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสต์ียน โดยผู้วิจัยทำการขออนุญาต แปลเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล (Caring Behavior Inventory, CBI-24 version 2010) ต้นฉบับเป็นภาษาไทย จากนั้นได้ทำการแปล

ย้อนกลับ (Backward) โดยอาจารย์พยาบาลผู้มีทักษะ ด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 2 คน ได้ความเห็นมากกว่า ร้อยละ 80 และเพิ่มเติมข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ องค์ประกอบการเอาใจใส่ดูแล ตามกรอบแนวหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสต์ียน องค์ประกอบที่ 5

การปฏิบัติวิชาชีพ ในขอบเขตของหน่วยบริการ

แบบสอบถามพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล 5 ตัวนั้น คือ

ด้านการบำรุงรักษา (Nurturing) จำนวน

7 ข้อ

ด้านการให้กำลังใจด้วยการร่วมรู้สึก (Empathizing) จำนวน 3 ข้อ

ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting)

จำนวน 5 ข้อ

ด้านการมีระเบียบวินัยในการปฏิบัติวิชาชีพ (Disciplining) จำนวน 6 ข้อ

ด้านการปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วย บริการ (Limit setting) จำนวน 5 ข้อ
แบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถาม รวม 26 ข้อ กำหนด ค่าคะแนนคำตอบเป็นมาตราล่วงประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

2 หมายถึง ปฏิบัติห้อยครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ

5 หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง

6 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

และแปลผลจากค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 5.01–6.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 4.01–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 3.01–4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01–3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ในระดับน้อยที่สุด

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ลงให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม (Item objective congruence index: IOC) มีค่าเท่ากับ .93

ความเที่ยง (Reliability)

จากนั้นนำเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้ว มาทำการทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การหาสัมประสิทธิ์อัล法ของครอนบาก (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่จะให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้นักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยได้มีผลประโยชน์ใดๆ ทั้งนี้นักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัย ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลขอ 09/2558

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือ เพื่อการอนุญาต เก็บข้อมูลถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

คริสเตียน เมื่อได้รับอนุญาตจะได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เพื่อขอเข้าพบนักศึกษา ซึ่งเจกวัตถุประสงค์ นิยาม และขอบเขตการศึกษา และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลในวันประเมินผลรายวิชา เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติรายวิชา และประสานงานกับหัวหน้านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เพื่อประสานงานในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถามล่งคืนผู้วิจัยตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ การเรียนรู้/รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง คำนวนทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาเรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 โดยรวมและรายด้าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n=165$)

เพศ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชาย		3	1.80
หญิง		162	98.20
เกรดเฉลี่ยสะสม			
2.00-2.99		144	87.30
3.00-3.99		21	12.70

จากตารางที่ 1 พบร่วงนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 98.2 และเกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.00-2.99 คิดเป็นร้อยละ 87.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเรียนรู้/รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล

การเรียนรู้/รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. การเรียนการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล	47	28.50
2. จากการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎี	46	27.90
3. การเรียนการสอนโดยอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่นิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแหล่งฝึกฯ	38	23.00
4. การเรียนการสอนโดยอาจารย์พิเศษ (Preceptor) ที่นิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแหล่งฝึกฯ	32	19.40
5. อื่นๆ	2	1.20

จากตารางที่ 2 พบร่วงนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 เรียนรู้/รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลจากการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.5 ลำดับถัดมาดังนี้คือรายวิชาทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 27.9 การเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 23.0 การเรียนการสอนโดยอาจารย์พิเศษ (Preceptor) ที่นิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแหล่งฝึกฯ คิดเป็นร้อยละ 19.40 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.20

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลค่าสตรีบัณฑิต ชั้นปีที่ 3

1. พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลค่าสตรีบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 โดยรวม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล โดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วยบริการ (Limit setting)	5.48	.57	มากที่สุด
ด้านการมีระเบียบวินัยในการปฏิบัติวิชาชีพ (Disciplining)	5.45	.52	มากที่สุด
ด้านการให้กำลังใจด้วยการร่วมรู้สึก (Empathizing)	5.44	.65	มากที่สุด
ด้านการบำรุงรักษา (Nurturing)	5.43	.79	มากที่สุด
ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting)	5.24	.65	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	5.41	.52	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลค่าสตรีบัณฑิตมีพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลรวมทุกด้าน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 5.41 ซึ่งมากกว่า 5.00 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และอยู่ในระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลค่าสตรีบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การเอาใจใส่ด้านการปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วยบริการ (Limit setting) มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย สูงที่สุดเท่ากับ 5.48 ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting) มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 5.24 แต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด

2. พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลค่าสตรีบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รายข้อ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลตามกรอบแนวคิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียนจำแนกตามรายข้อ

พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลตามกรอบแนวคิด หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ปกป้องความลับของผู้ป่วย	5.71	.54	มากที่สุด
ติดตามดูผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ	5.68	.56	มากที่สุด
ให้การพยาบาลตามขอบเขตของหน่วยบริการที่ตนเองสังกัด	5.60	.60	มากที่สุด
รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ	5.57	.68	มากที่สุด
แสดงความเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย	5.55	.69	มากที่สุด
มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย	5.55	.69	มากที่สุด
รักษาระยะห่างของขอบเขตระหว่างตนและกับผู้ป่วย	5.54	.68	มากที่สุด
แสดงความสนใจผู้ป่วย	5.51	.66	มากที่สุด
เต็มใจตอบสนองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว	5.48	.68	มากที่สุด
ปฏิบัตitechnicการพยาบาลหรือหัตถการต่างๆทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง	5.47	.64	มากที่สุด
ให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ	5.44	.69	มากที่สุด
ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล	5.44	.83	มากที่สุด
ยอมรับการระบายน้ำรู้สึกเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย	5.39	.75	มากที่สุด
สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม	5.38	.71	มากที่สุด
มีความอดทนหรือเมื่อรู้สึกเหนื่อยล้ากับผู้ป่วย	5.38	.72	มากที่สุด
อธิบายวัตถุประสงค์การดูแลรวมทั้งบทบาทพยาบาลและบทบาทผู้ป่วย	5.37	.79	มากที่สุด
แจ้งระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพและสื้นสุดสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วย	5.33	.79	มากที่สุด
ดูแลและจัดการอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน	5.30	.69	มากที่สุด
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งที่ผู้ป่วยบอกและไม่บอก	5.29	.73	มากที่สุด
ช่วยบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย	5.28	.71	มากที่สุด
ให้ยาและการพยาบาลแก่ผู้ป่วยตรงเวลา	5.27	.66	มากที่สุด
ให้เวลาแก่ผู้ป่วย	5.24	.78	มากที่สุด
มีความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย	5.15	.83	มากที่สุด
ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของตน	5.14	.94	มากที่สุด
ช่วยให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการในการจัดการด้วยตนเอง	5.13	.85	มากที่สุด
ให้ข้อมูลที่จำเป็น	5.12	.88	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณารายข้อของ พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลรายข้อ พ布ว่า พฤติกรรม ปกป้องความลับของผู้ป่วย มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 5.71 การให้ข้อมูลที่จำเป็น มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 5.12 แต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.20 เป็น เพศหญิง เกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.30 อยู่ในช่วง 2.00-2.99 การเรียนรู้/รับรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 28.50 มาจากการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ พยาบาล

พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม ทั้ง 5 ด้าน มีค่าระดับเฉลี่ยมากกว่า 5.00 จาก 6 ระดับ อยู่ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.41$, S.D. = .52) ด้านการ ปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วยบริการ (Limit setting) มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 5.48$, S.D.= .57) และพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting) มีค่า ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 5.24$, S.D. = .65) โดยในข้อคำถามย่อยในแต่ละด้าน การปักป้องความ ลับของผู้ป่วย มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 5.71$, S.D. = .54) และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย มีค่าระดับ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 5.12$, S.D. = .88)

อภิปรายผล

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นลักษณะปกติ เนื่อง จากเพศหญิงจะเลือกเรียนพยาบาลมากกว่าเพศชาย มี รายงานการศึกษาของประเทศไทยปี ปัจจุบัน พ布ว่า ในวิชาชีพ

พยาบาล มีผู้หญิงจำนวนมากประกอบวิชาชีพพยาบาล มีพยาบาลชายจำนวนหนึ่ง (Brandi and Naito, 2006) เช่นเดียวกับภาษาทิพย์ ตั้งตระจักร และประชาติ เมืองขوا (2555) ที่ศึกษาพฤติกรรมความเชื่อของอาจารย์พยาบาล ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตาม การรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครพนม ที่พบว่านักศึกษา พยาบาลเป็นเพศหญิงมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 93.4) และเป็นเพศชายมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.6) เกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 2.00-2.99 ซึ่งอยู่ใน โควงปกติ

การเรียนรู้/รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม มาจาก การเรียนการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ พยาบาล และรายวิชาทฤษฎี มีค่าร้อยละรวมสูงที่สุด เนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎี ในหมวดวิชาชีพของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตเตียน นั้นมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในห้องปฏิบัติการพยาบาลควบคู่ไปด้วยในรายวิชาชีพส่วนใหญ่ และมีการจัดสัดส่วน อาจารย์ต่อนักศึกษาในสัดส่วนที่ต่ำ คือ 1: 8-10 ทำให้ การเรียนการสอนมีความใกล้ชิด อาจารย์มีโอกาสในการ สอนนักศึกษาเป็นรายบุคคล มีโอกาสในการพูดคุยแนะนำ และเป็นตัวแบบในการแสดงพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลให้นักศึกษาได้เห็น รวมทั้งอาจารย์ยังมีโอกาส ในการทวนสอบพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลของนักศึกษาตลอดเวลา ทั้งจากการสังเกตและการประเมิน จากใบประเมินการสอบ ในทุกเทคนิคการพยาบาล และ ทุกวิชา ทำให้นักศึกษามีโอกาสที่จะได้รับการเป็นตัวแบบ และการปลูกฝังพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ในทุกชั้นปี ควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้อง ผู้ป่วย ส่วนการเรียนรู้/รับรู้พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล ผู้ป่วย อาจารย์นิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ใน

แหล่งฝึกฯ ทั้งที่เป็นอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัย คริสเตียน และอาจารย์พิเศษ (Preceptor) ซึ่งมีค่าร้อยละในลำดับรองลงมา แต่อยู่ในค่าร้อยละที่สูง เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของโซโคล่า (Sokola, 2013) ที่สรุปว่าพฤติกรรมการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากนี้การศึกษาการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติมากเป็นอันดับหนึ่ง และประทับใจในพฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่นักศึกษาเรียนรู้และรับรู้ได้ หากนักศึกษารับรู้ว่าอาจารย์ไม่ให้การดูแล เอาใจใส่ นักศึกษาจะเกิดความไม่มั่นใจ ไม่อยากเรียน และขาดความนับถือในตัวอาจารย์ ดังนั้นาอาจารย์พยาบาลควรตระหนักรถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล และในแหล่งฝึกปฏิบัติวิชาชีพแก่นักศึกษาทุกชั้นปี

พฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม อุழิในระดับมากที่สุด ทั้ง 5 ด้าน พฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติวิชาชีพตามขอบเขตของหน่วยบริการ (Limit setting) ที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เช่น ให้การพยาบาลตามขอบเขตของหน่วยบริการที่ตนเองสังกัด รักษาภาระอย่างทั่วของขอบเขตระหว่างตนเอง กับผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์การดูแลรวมทั้งบทบาทพยาบาลและบทบาทผู้ป่วย เนื่องมาจากนักศึกษาได้ศึกษาหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ และได้รับการปฐมนิเทศก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย

ในเรื่องการรักษาสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์การดูแลที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และวิรดา อรรถเมธกุล (2547), บุญตาสุขดี (2551), และฤทธาพร ลิริสม (2551) ศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากนี้การศึกษาการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติมากเป็นอันดับหนึ่ง แต่ในส่วนการแจ้งระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพและลิ้นสูด สัมพันธภาพแก่ผู้ป่วย นักศึกษาตอบว่าตนมีพฤติกรรมในข้อนี้ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เนื่องจากนักศึกษาอาจไม่กล้าที่จะบอกผู้ป่วยว่าจะมาให้การดูแลถึงวันใด ในบางครั้งพยาบาลจะกระทำการที่ห่อผู้ป่วย แจ้งว่าผู้ป่วยถูกนักศึกษาในวันที่นักศึกษาไม่ได้มามาฝึกปฏิบัติ ดังนั้นอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติฯ จึงควรเน้นย้ำในการปฐมนิเทศรายวิชา เรื่องจากแจ้งระยะเวลาของสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่แน่นอน และให้นักศึกษาแจ้งผู้ป่วยก่อนที่จะลิ้นสูด การฝึกปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์

พฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติวิชาชีพ (Disciplining) โดยเฉพาะข้อการปกป้องความลับของผู้ป่วย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อคำานึงทั้ง 26 ข้อ แสดงว่านักศึกษามีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ในการจะไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาเผยแพร่ นอกเหนือนี้อาจมีผลจากการที่หลักสูตรกำหนดให้ทุกรายวิชาชีพ มีการอภิปรายประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาล ทำให้นักศึกษามีความตระหนักระมัดระวังพฤติกรรมในประเด็นนี้มากที่สุด

พฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องการสอนภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติวิชาชีพ ที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นอันดับ 3 ด้านการให้กำลังใจด้วยการร่วมรู้สึก (Empathizing) เช่น แสดงความเข้าใจและ

ยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นข้อพฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้ สอดคล้องกับ แครอล พอตเตอร์ คอร์เทสเวซีนา และ ฟิตแพทริก (Carol, Porter, Cortese, Vezina, & Fitzpatrick, 2014) ที่คึกขานพฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลของพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลหมวดที่มีค่าเฉลี่ยมากไปหน่อย ได้แก่ การให้เวลา กับผู้ป่วย การติดตาม ดูผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ การแสดงความสนใจผู้ป่วย การให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล และการให้ข้อมูลที่จำเป็น ตามลำดับ พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลด้านที่มีค่าระดับค่าเฉลี่ยเป็นอันดับ 4 ได้แก่ ด้านการบำรุงรักษา (Nurturing) ข้อคำาม เช่น การติดตามดูผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ และแสดงความสนใจผู้ป่วยรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ มีค่าระดับค่าเฉลี่ยสูง พฤติกรรมนี้แสดงให้เห็นถึงการอาใจใส่ดูแล ที่เป็นลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการคึกขานของปรียาริดา เฮิดซูเกียรติสกุล และคณะ (2553) และการคึกขานของพิมพรรณ รัตนโภ哥ล และมนฑาทิพย์ สุรินทร์อ华กรณ์ (2553) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี ชั้นนำที่ มีพฤติกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มใจ ไม่ว่างเกียจ และการเห็นประযุชน์ของผู้อื่นและเมตตา เพื่อนมนุษย์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แต่แตกต่างจากการคึกขานการอาใจใส่ดูแลของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ของศิริราตน์ ลุลีธาร และคณะ (2544) ที่พบว่า พฤติกรรมความเห็นอกเห็นใจมีค่าเฉลี่ยไม่สูงนักพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในด้านนี้ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของตน มีความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ให้เวลา กับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากการบริมกิจกรรมที่นักศึกษาต้องปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่มีมาก รวมกับความเป็นมือใหม่ ของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติเป็นครั้งแรก ทำให้ต้องใช้เวลา

ในการปฏิบัติแต่ละเทคนิคนานกว่า ทำให้มีเวลาให้ผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีเวลาวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ บัคโค (Bucco, 2015) ได้ทำการคึกขานความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลของพยาบาล กับพฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลตามการรับรู้ของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน พบว่า พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลที่มีค่าระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การให้คำแนะนำ การให้เวลา กับผู้ป่วย การมีความอดทนหรือไม่รู้สึกเหนื่อยล้า กับผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของตน

พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลด้านที่มีค่าระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด จาก 5 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ (Supporting) ในพฤติกรรมย่อย การให้ข้อมูลที่จำเป็น มีค่าระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ในด้านนี้และต่ำที่สุดในจำนวนข้อคำามทั้ง 26 ข้อ ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่นักศึกษาเพิ่งคึกขานรายวิชาชีพหมวดทฤษฎี ถึงรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 อาจทำให้นักศึกษาไม่มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องเวลาและปริมาณกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติบันหอผู้ป่วยในขณะที่นักศึกษาจัดว่าเป็นมือใหม่ (Novice) ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลแต่ละเทคนิคทำได้ช้ากว่า สอดคล้องกับ บัคโค (Bucco, 2015) ได้ทำการคึกขานความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลของพยาบาล กับพฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลตามการรับรู้ของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน พบว่า พฤติกรรมการอาใจใส่ดูแลที่มีค่าระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การให้คำแนะนำ การให้เวลา กับผู้ป่วย การมีความอดทนหรือไม่รู้สึกเหนื่อยล้า กับผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของตน โดยพยาบาลระบุว่าสาเหตุมาจากการ

การที่พากษาต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและสอดคล้องกับ แครอล พอตเตอร์ คอร์เทสเวชีนา และ พิตแพทริก (Carol, Porter, Cortese, Vezina, & Fitzpatrick, 2014) ที่ศึกษาพฤติกรรม การเอาใจใส่ดูแลของพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแล หมวดที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากไปทางด้าน ได้แก่ การให้เวลา กับผู้ป่วย การติดตามดูผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ การแสดงความสนใจผู้ป่วย การให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล และการให้ข้อมูลที่จำเป็นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ทั่วหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรติดตามพัฒนาการการการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลทุกปีจนสำเร็จการศึกษา และปฏิบัติงาน

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาพัฒนาระบบการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลในหมู่มองต่างๆ เช่น ตามการรับรู้ของผู้ป่วย อาจารย์ประจำห้องผู้ป่วย อาจารย์นิเทศก์ หรือพยาบาลที่เลี้ยง และนำผลการวิจัย พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลที่มีการปฏิบัติน้อยหรือมีค่าเฉลี่ยต่ำ มาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลดังกล่าวให้มีการปฏิบัติมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ เก็บดูแลสีผม กับพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่างชั้นปี
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่างชั้นปี

บรรณานุกรม

- กฤษดาพร สีริสม พนัสยา วรรณวิไล และอรทัย แก้วมหาภพ. (2551). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษา พยาบาลและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสิงขลา.
สังชลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสิงขลา.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตீียน. (2555). หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสตீียน พ.ศ. 2554 ปรับปรุง พ.ศ. 2555. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสตீียน.
- นาภิพย์ ตั้งตระจักร และประชาติ เมืองขوا. (2555). "พัฒนาระบบความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลใน การเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม". วารสารมนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 31(3) : 60-75.

- บุญตา สุขดี. (2551). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช. ราชบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช.
- ปรียะธิดา เชิดซูเกียรติสกุล พุทธวรรณ เชิดซู และเทวกานุจัน รุ่งโรจน์. (2553). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลนักศึกษาของอาจารย์พยาบาล ในการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของ อาจารย์และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2558 จาก <http://www.research-system.siam.edu/2013-12-20-03-57-52/192-2013-12-20-05-58-85>.
- พิมพรวณ รัตนโภกมล และมณฑาทิพย์ ลุรินทร์อภารณ์. (2553). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแล อย่างเอื้ออาทร ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริรัตน์ ลุลีธร และคณะ. (2544). "การดูแลเอาใจใส่ในกระบวนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของอาจารย์ พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล". วารสาร สภากาชาดไทย. 16(4) : 28-40.
- ศุภารัตน์ แหลมแจ้ง และวิรดา อรรถเมธากุล. (2547). "พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ราชบุรี". วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุขวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 2. 1(2): 11-21.
- Azizi-Fini, Musavi, Mazroui-Sabdani, and Adib-Hajbaghery. (2012). "Correlation between nurses' Caring behaviors and patients' satisfaction". *Nurse Midwifery Stud.* 1(1) : 36-40. DOL: 10.5812/nms.7901.
- Brandi, C.L. & Naito, A. (2006). "Hospital nurse administrators in Japan: a feminist dimensional analysis." *International Nursing Review.* 53(1) : 59-65. Retrieved on 1 September, 2016 from <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00442.x>.
- Bucco, T. (2015). *The relationships between patients' perceptions of nurse caring behaviors, nurses' perceptions of nurse caring behaviors and patient satisfaction in the emergency department.* Dissertations and Theses (ETDs). Paper 2048. Seton Hall University.
- Carol A., Porter, A.C., Cortese, M., Vezina, M., & Fitzpatrick, J. (2014). "Nurse caring behaviors following implementation of a relationship centered care professional practice model". *International Journal of Caring Sciences.* 7(3) : 818-822.

- Leininger, M. (1988). "Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality". *Nursing Science and Quarterly*. 1(4) : 152–160. DOI: 10.1177/089431848800100408.
- Sokola, M.K. (2013). "The Relationship between caring ability and competency with caring behaviors of nursing students." *International of human caring*. 17(1): 45–55. [Online]. Retrieved on 1 September, 2016 from <http://connection.ebscohost.com/c/articles/87457789/relationship-between-caring-ability-competency-caring-behaviors-nursing-students>.
- Wolf, R.Z. (2010). *CBI-24 version 2010*. (personal communication, May 5, 2015).
- Yamane, T. (1973). *Statistics : an introductory analysis*. New York : Harper & Row.
<http://plan.eng.cmu.ac.th/website/wp-content/uploads/2015/07/sampling.pdf>.



การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่ ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

The Relationship Between the Attributes of the Organization and Retention of New Graduate Nurses of a Private Education Institution in Nakhon Pathom Province

จันทร์ญา พัววิริยะพันธ์*
ลัดดาวรรณ เลียงอ่อน*
ยุวดี ศิริคุณธิร์**
ณัฐพร คุณโนน*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่ที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 275 คน ที่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ พยาบาลจบใหม่จำนวน 177 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนคือ ปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะขององค์กร และ การคงอยู่ในโรงพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์เฉลี่ยวครองบากได้ค่าเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับอายุ รายได้ต่อเดือน ภาระครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ($r = .364, .293, -.349$ และ -270 ตามลำดับ, $p < .01$) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับภูมิลำเนา แผนกที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มี

ความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ($r = .076, .065$ และ $.057$ ตามลำดับ, $p < .01$)
2) คุณลักษณะขององค์กร ด้านค่าตอบแทน และด้านวัฒนธรรมและค่านิยมขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อายุน้อยลำดับใหญ่ทางสถิติ ($r = .603$ และ $.571$ ตามลำดับ, $p < 0.01$) ด้านสวัสดิการ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อายุน้อยลำดับใหญ่ทางสถิติ ($r = .252, .250$ และ $.167$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อายุน้อยลำดับใหญ่ทางสถิติ ($r = -.381, p < 0.01$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อายุน้อยลำดับใหญ่ทางสถิติ ($r = -.183, p < 0.05$) ผู้บริหารโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการคงอยู่ของพยาบาลใหม่ และหาแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับคุณลักษณะขององค์กรในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านวัฒนธรรมและค่านิยมขององค์กร และด้านค่าตอบแทน คำสำคัญ: คุณลักษณะขององค์กร การคงอยู่

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน

Abstract

This descriptive research was aimed at examining the relationship between the attributes of the organization and retention of 275 new registered nurses (RNs) graduated from a College of Nursing of one private university working in either public or private hospitals for not exceeding one year. There were 177 new RNs selected by using simple random sampling method. The instruments employed in this research consisted of 3 questionnaires: 1) Personal factors, 2) Characteristics of the organization, and 3) Retention of new RNs. The content validity of the research instruments were reviewed by a panel of experts. Reliability was examined using Cronbach alpha coefficients with the score of .80. Frequencies, Percentage, Mean, Standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were used for data analysis.

Findings of the results included: 1) Personal factors, including age, monthly income, family burden, and economic status had relationship at low level to the retention of new RNs, with a statistical significance ($r=.364,.293,-.34$ and -270 respectively, $p<.01$) ; hometown, workingdivision, and duration of workinghad no relationship

to the retention of new RNs ($r = .076, .065$ and $.057$ respectively, $p<.01$); 2) Attributes of the organization: reimbursement, culture and values of the organization had positive relationship at moderate level to the retention of new RNs with a statistical significance ($r=.603$ and $.571$ respectively, $p< 0.01$); the welfare, the support of the supervisors, and the continuity and stability in working had a positive relationship at low level to the retention of new RNs with a statistical significance ($r= .252, .250$ and $.167$ respectively, $p< 0.05$); responsibility and autonomy in working had negative relationship at low level to the retention of new RNs with a statistical significance ($r=-.381$, $p< 0.01$); and relations between colleagues had level negative relationship at low level to the retention of new RNs with a statistical significance ($r=-.183$, $p< 0.05$).

Based on these findings, the administrators of a hospital and of the nursing department should recognize the retention situation of new RNs and reconsider all attributes of the organization, especially reimbursement, culture and values of the organization.

Keyword: The Attributes of the Organization, Retention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

จากข้อมูลสถิติของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ศึกษาสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพระหว่างปี 2548-2553 จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ

48.68 ลาออกในปีแรกที่เริ่มทำงาน และลาออกในปีที่สอง ร้อยละ 25.57 และในปีที่ห้าແທปีไม่มีพยาบาลอยู่ในระบบ (วิจิตร คีรีสุวรรณ และกฤณา แสงดี, 2555) สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ และการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ

ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน ปี พ.ศ. 2553 มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง 138,710 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1:458 (คณะกรรมการสติ๊ติสาขาวุฒิภาพ และคณะทำงานสติ๊ติสาขาวุฒิภาพ, 2557)

คณะพยาบาลศาสตร์จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม มีการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตและหลักสูตร Bachelor of Nursing Science (International Program) เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สภากម្មทางปัจจุบันพบว่าบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาไปเป็นพยาบาลจบใหม่ใน ช่วง 1 ปีแรกนั้น มีจำนวนไม่น้อยที่ลาออกจากอุปกรณ์เวลาอันสมควร ทำให้โรงพยาบาลต้องประสบปัญหาขาดบุคลากรอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 ปีแรกของการรับพยาบาลจบใหม่เข้าทำงานอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องปรับตัวเองให้เข้ากับบริบทขององค์กร สภาพการทำงานใหม่ เกิดภาวะกลัวเครียด วิตกกังวล หนีอยหน่ายห้อแท้อยากลาออกจากปัญหาที่ต้องเผชิญ อาทิเช่น บริโภคงานที่ล้นเมื่อ ความไม่เข้าใจในระบบงาน การทำงานท่ามกลางความคาดหวังสูงจากผู้ร่วมงาน ความต้องการการเรียนรู้ทางคลินิกที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และการทำงานท่ามกลางความขัดแย้ง เป็นต้น (ปริญญา แร่ทอง และคณะ, 2555) นอกจากนี้ พยาบาลจบใหม่อาจยังไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีเท่าที่ควร และประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้อื่นยังไม่เพียงพอ (สุดจิต ไตรประคอง และคณะ, 2551) หากมีปัจจัยเกี่ยวกับองค์กรที่มีคุณลักษณะองค์กรไม่อื้ออำนวยต่อการทำงาน แม้มีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อีก มาซูม และคณะ (Masum et al., 2016) ได้ศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาล ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้บังคับบัญชา และ

เพื่อนร่วมงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ บังกาพร ตั้งฉัตรชัย และคณะ (2554) พบว่าคุณลักษณะขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมั่นคงสำคัญทางสถิติ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ถ้าเกิดขึ้นับพยาบาลยอมรับผลเสียต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, 2543) ด้วยเหตุนี้ระบบการปรับตัวใน 1 ปีแรกของพยาบาลที่จบใหม่จึงเป็นช่วงวิกฤตของชีวิตการทำงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคุณลักษณะขององค์กรของพยาบาลจบใหม่ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการเตรียมนักศึกษาพยาบาลเพื่อเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ใน การปฏิบัติงานและสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

2. ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ วัฒนธรรมและค่านิยมขององค์กร ความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง สวัสดิการ ค่าตอบแทน ความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบแนวคิดของ Mathis และ Jackson (2004) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กร 2 ปัจจัยหลัก คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตเดียน

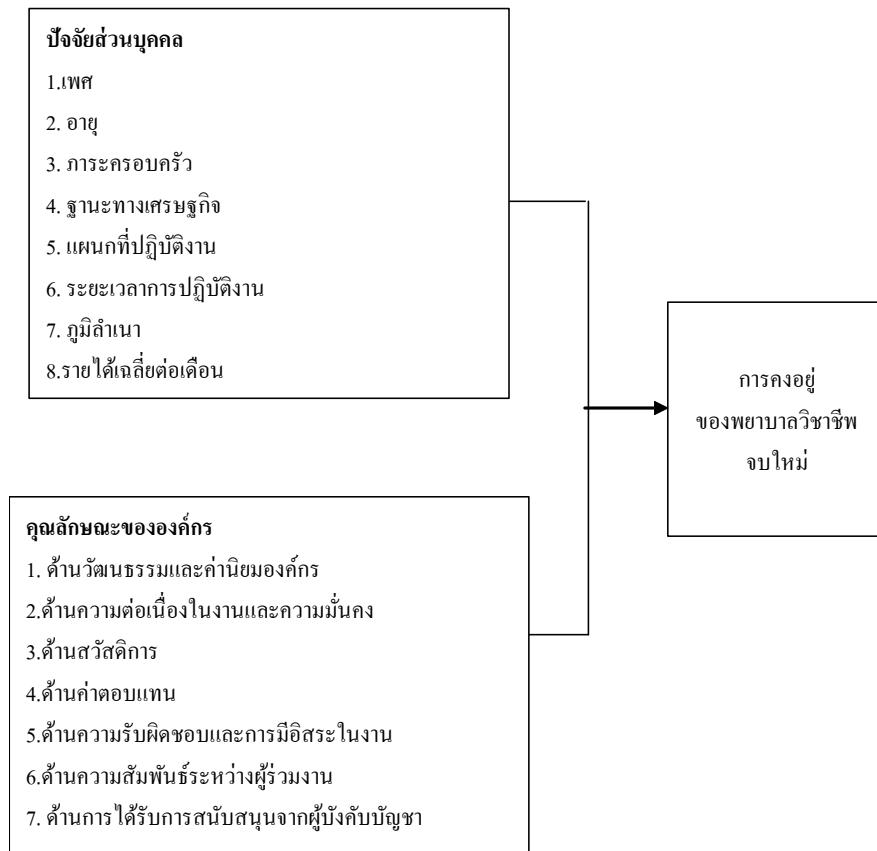
ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๘

อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

2. ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ประกอบไปด้วย ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการ ด้านค่าตอบแทน ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยทั้ง 2 ประการ

อาจมีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่ ซึ่งถ้าสามารถทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ ได้สามารถนำไปวางแผนในการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ก่อนเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลได้ และยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ตระหนักรึส่าเหตุของการคงอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางป้องกันการลาออก ต่อไป



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดประยุกต์จากแนวคิดของ Mathis และ Jackson (2004)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

2. คุณลักษณะขององค์กร ด้านวัฒนธรรม และค่านิยมขององค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการ ด้านค่าตอบแทน ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่ ที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม ปีการศึกษา 2557 และเริ่มปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม 2558 – 30 มิถุนายน 2558 (ระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี หลังสำเร็จการศึกษา) จำนวนทั้งสิ้น 275 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ใช้สูตรของการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน คำนวณได้ตามสูตร จากนั้นสุ่มเลือก ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random assignment) โดยการจับฉลาก (Polit and Beck, 2012) จากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายที่ตกลงทำสัญญาความร่วมมือ (Memorandum of Understanding : MOU) กับมหาวิทยาลัยเอกชน

แห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 54 แห่ง จันได จำนวนพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ (ระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีหลังสำเร็จการศึกษา) จำนวน 177 คน และทำการเก็บข้อมูลต่อไปเรื่อยๆ จนครบตามจำนวนที่สุ่มเลือกไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของพยาบาลจบใหม่ ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีข้อคำถามทั้งหมด รวม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะขององค์กร ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยตัดแปลงมาจากการสอบถามการวิจัยของ จิรัชยา เจียวกิ๊ก (2556) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมคุณลักษณะขององค์กรทั้ง 7 ด้าน สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุด้านองค์กรที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของ Mathis และ Jackson (2004) ซึ่งสอบถามข้อมูลสาเหตุด้านองค์กรที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ในองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่

ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมขององค์กร จำนวน 6 ข้อ

ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง จำนวน 5 ข้อ

ด้านสวัสดิการ จำนวน 5 ข้อ

ด้านค่าตอบแทน จำนวน 5 ข้อ

ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน จำนวน 5 ข้อ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน จำนวน 5 ข้อ

การสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตเดียน

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๘

ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร
จำนวน 5 ข้อ

ข้อความมีทั้งหมดรวม 36 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำถาม
ให้เลือก 3 ระดับ คือ

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความ
นั้น ทั้งหมด

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับ
ข้อความนั้น เป็นบางส่วน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับ
ข้อความนั้น ทั้งหมด

การให้ค่าคะแนนการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่
มีดังนี้

เห็นด้วย มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
สำหรับเกณฑ์การให้ค่าน้ำหนักคะแนน และอธิบายความ
หมายได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.01-3.00 หมายถึง เห็นด้วย
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.01-2.00 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.00-1.00 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
ส่วนที่ 3 ระดับความมั่นใจที่จะคงอยู่ในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความมั่นใจ
ที่จะคงอยู่ในโรงพยาบาล ว่าอยู่ระดับใดบ้าง โดยแบ่ง
เป็น 7 ระดับ คือ มีความมั่นใจอย่างยิ่ง มีความมั่นใจ
ค่อนข้างมีความมั่นใจ เฉยๆ/ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่มี
ความมั่นใจ ไม่มีความมั่นใจ และไม่มีความมั่นใจอย่าง
ยิ่ง กำหนดคะแนนเป็น 7, 6, 5, 4, 3, 2 และ 1 ตาม
ลำดับ แล้วทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ด้าน ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่ของพยาบาล
วิชาชีพจบใหม่ สำหรับเกณฑ์การให้ค่าน้ำหนักคะแนน
และอธิบายความหมายได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 6.01-7.00 หมายถึง มีความ
มั่นใจอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 5.01-6.00 หมายถึง มีความ
มั่นใจ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.01-5.00 หมายถึง ค่อนข้าง
มีความมั่นใจ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01-4.00 หมายถึง เฉยๆ/
ไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.01-3.00 หมายถึง ค่อนข้าง
ไม่มีความมั่นใจ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.01-2.00 หมายถึง ไม่มีความ
มั่นใจ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.00-1.00 หมายถึง ไม่มีความ
มั่นใจอย่างยิ่ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้
ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
คนของมหาวิทยาลัยคริสต์ยิน กลุ่มตัวอย่างได้รับการ
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม
การวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็น
ความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยเอกชน
แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม และได้รับเอกสารรับรอง
โครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 16/2555

2. ผู้วิจัยประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล/รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ตาม
จำนวนพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ไม่แต่ละโรงพยาบาลตาม
ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้แล้ว จำนวน 275 ฉบับ พร้อมกับ
กล่องพัสดุติดแสตมป์ ที่จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัย ไปยังกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยแบบสอบถามแต่ละชุดผู้วิจัยได้จัดเตรียม
ช่องเปล่า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและ
ปิดผนึกสิ่งคืนมา'yังผู้วิจัย

4. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยใช้ค่าความถี่ (*f*- frequencies) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการ ด้านค่าตอบแทน ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความล้มเหลวที่ระหว่างผู้ร่วมงาน และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

จากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 177 คน ทำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามด้านคุณลักษณะขององค์กร และ 3) ระดับความมั่นใจที่จะคงอยู่ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 64.36 พぶว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็น

เพศหญิง ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 96.00 มีภาระครอบครัวปานกลาง ร้อยละ 49.20 ฐานะเศรษฐกิจมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 39.00 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกค้ายกรรวมกระดูกและข้อ ร้อยละ 42.40 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำผู้ป่วย มาเป็นเวลา 1-3 เดือน ร้อยละ 31.10 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 34.00 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 52.50 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุด้านองค์กรที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในโรงพยาบาล จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 177 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 64.36 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ พบร่วมพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับการคงอยู่ของวิชาชีพ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความล้มเหลวที่ระหว่างผู้ร่วมงาน (*Mean*=2.95) ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน (*Mean*=2.88) ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง (*Mean*=2.65) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา (*Mean*=2.63) ด้านสวัสดิการ (*Mean*=2.59) ด้านค่าตอบแทน (*Mean*=2.50) และด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร (*Mean*=2.40) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความมั่นใจที่จะคงอยู่ในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 คน ค่อนข้างมีความมั่นใจที่จะคงอยู่ในโรงพยาบาล (*Mean*=4.46 และ *S.D.*=0.85) พบร่วมอายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* < 0.01) โดยอายุ รายได้ต่อเดือน ภาระครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพใหม่อยู่ในระดับต่ำ (*r*=.364, .293, -.349 และ -.270 ตามลำดับ) สำหรับภูมิลำเนา แผนกที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ (*r*=.076, .065 และ.057 ตามลำดับ)

คุณลักษณะขององค์กรโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.533$, $p< 0.01$)

เมื่อพิจารณารายด้านมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ดังนี้

คุณลักษณะขององค์กร	การคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ	
	r	p-value
ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร	.571**	.000
ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง	.167*	.027
ด้านสวัสดิการ	.252**	.001
ด้านค่าตอบแทน	.603**	.000
ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน	-.381**	.000
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน	-.183*	.015
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.250**	.001
คุณลักษณะองค์กรภาพรวม	.533**	.000

*p-value < 0.05 ** p-value < 0.01

ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.381$, $p< 0.01$) ด้านสวัสดิการ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง และ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.252$, $.250$, $.167$ และ $-.183$ ตามลำดับ, $p< 0.05$) ด้านค่าตอบแทน ด้านวัฒนธรรม และค่านิยมองค์กร มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.603$ และ $.571$ ตามลำดับ, $p< 0.01$) ด้านสวัสดิการ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.252$, $.250$ และ $.167$ ตามลำดับ, $p< 0.05$)

ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.381$, $p< 0.01$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.183$, $p< 0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยอายุ รายได้ต่อเดือน ภาระครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อยู่ในระดับต่ำ ($r=.364, .293, -.349$ และ -270 และตามลำดับ) สอดคล้องกับ สุรีย์ ท้าวคำลือ และพนิดา ตามพงศ์ (2550) ที่ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ กับการตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานไม่สอดคล้องกับ ปิยะ พิยะวรรณศิริกุล (2553) และวรรณี วิริยะกังสานันท์ (2556) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ เพาะรายเมื่ออายุมากขึ้นจะตั้งใจคงอยู่ในวิชาชีพมากขึ้น และจากการศึกษาของกรณีการก่อการร้ายในประเทศไทย รายงานของศูนย์เฝ้าระวังอาชญากรรมและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ประเทศไทย (2555) พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย แต่ต้องมีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตาม พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย แต่ต้องมีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศอื่นๆ

สำหรับภูมิลำเนา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ($r=.076, .065$ และ $.057$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับสุรีย์ ท้าวคำลือ และพนิดา ตามพงศ์ (2550) ที่พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลไม่สอดคล้องกับอรุณรัตน์ คันธा และคณะ (2556) ที่พบว่าการย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ร้อยละ 62.31 อย่างย้ายกลับภูมิลำเนาของตนเอง

จากการศึกษาครั้นนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับอายุ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ และเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และภูมิลำเนา ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ และไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 คุณลักษณะขององค์กร ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการ ด้านค่าตอบแทน ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

ความสัมพันธ์คุณลักษณะขององค์กรโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.533, p < 0.01$)

เมื่อพิจารณารายด้านมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ดังนี้

ด้านค่าตอบแทน ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.603$ และ $.571$ ตามลำดับ, $p < 0.01$)

ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.381, p < 0.01$)

ด้านสวัสดิการ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.252, .250, .167$ และ $-.183$ ตามลำดับ, $p < 0.05$)

ด้านค่าตอบแทน และด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.603$ และ $.571$ ตามลำดับ, $p < 0.01$)

ด้านสวัสดิการ และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.252, .250$ และ $.167$ ตามลำดับ, $p < 0.05$)

ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ จบใหม่ ระดับต่ำ อายุร่วมัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.381$, $p < .01$)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ระดับต่ำ อายุร่วมัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.183$, $p < .05$)

สอดคล้องกับจริยธรรม เจียวกก และคณะ (2558) ที่พบว่าด้านวัฒนธรรมและค่านิยมของค์กร และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เป็นสาเหตุที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลา มีการคงอยู่ในงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ บุณณะ (2550) ที่พบว่าการตั้งเป้าหมายเรื่องรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงาน ซึ่งอาจจะมีปัจจัยเกี่ยวกับรายได้อื่นๆ ที่มีมากกว่าเงินเดือน เช่น ค่าวิชาชีพ ค่าเวรป้าย ตึก ค่าเฉลพะทาง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ภาระงานที่หนัก นโยบายโรงพยาบาลที่ไม่ตอบสนองความต้องการของพยาบาลวิชาชีพทั้งทางด้านร่างกายและจิต ใจก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจากการศึกษาของ โคเอน แวน เดน ไฮด์ และคณะ (Koen Van den Heede, et.al., 2013) พบว่าสภาพสิ่งแวดล้อม ในการทำงานของพยาบาล มีผลต่อการคงอยู่และลาออกจากงานของพยาบาล เช่นกัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณลักษณะขององค์กร ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมของค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการ ด้านค่าตอบแทน ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ และเป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล ควรศึกษาถึงสาเหตุการคงอยู่ และหาแนวทางแก้ไข เกี่ยวกับคุณลักษณะองค์กร ในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านวัฒนธรรมและค่านิยมของค์กร และด้านค่าตอบแทน ซึ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

นำเสนอผลการศึกษาให้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาทราบ เพื่อหาแนวทางการปลูกฝังการยึดมั่น ผูกพันต่อองค์กรของนักศึกษาพยาบาล เพื่อการคงอยู่ในองค์กร และวิชาชีพต่อไป

3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่นๆ เช่น รูปแบบการบริหารงานของโรงพยาบาลภายใต้การกำกับดูแล ของมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างจากสถาบันการศึกษาที่มีความหลากหลาย มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาอาชญากรรมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ ฤลเกียรติชัย, วงศ์คณา จันทร์คง และช่อพิพิญ บรรณธนรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการคงอยู่ของหันตแพทย์ในวิทยาลัยการสาธารณสุขลิรินธร. การประชุมเสนอผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2559, จาก http://www.stou.ac.th/grad_stdy/Masters/.
- คณะอนุกรรมการสติติสาขาวุฒิภาพ และคณะทำงานสติติสาขาวุฒิภาพ. (2557). แผนพัฒนาสติติสาขาวุฒิภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2558. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2558, จาก http://osthailand.nic.go.th/files/social_sector/SDP_health291057-new6.pdf.
- จริยธรรม เจียวกก และคณะ. (2558). "การคงอยู่ และความตั้งใจลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดสงขลา". วารสารพัฒนาบริหาร, 55(3): 7-15.

- บงกชพร ตั้งฉัตรชัย และคณะ. (2554). "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล คุณภาพมาตรฐานของเด็กหนุ่ม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข". วารสารสภากาชาดไทย 26(4) : 43-54.
- ปิยะ พิยะวรรณศิริกุล. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงทันการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเพทบัญญา. การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริญญา แร่ทอง และคณะ. (2555). "ประสบการณ์การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ". วารสารสภากาชาดไทย 27(2) : 51-62.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี. (2555). "ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย". วารสารสภากาชาดไทย 27(1) : 1-12.
- วรรณี วิริยะกังสานนท์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสตเตียน。
- วรรัตน์ บุณณเลส. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล ใหม่กับการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล และความผูกพันต่อเป้าหมาย : กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. งานวิจัยส่วนบุคคล. ปริญญาคิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร คณะคิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรีย์ ท้าวคำเมือง และพนิดา ตามาพงศ์. (2550). "ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร". วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 1(1) : 92-105.
- สิริรัตน์ ฉัตรวัชสุข. (2543). "ความวิตกกังวลและการเผชิญปัญหาในพยาบาลจบใหม่". วารสารสภากาชาดไทย 15(1) : 14-23.
- สุดจิต ไตรประคง และคณะ. (2551). "ผลของการบูรณาการพยาบาลที่เลี้ยงต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงและความพึงพอใจของพยาบาลที่เลี้ยงผ่านบริการพยาบาลโรงพยาบาลลงพยาบาลลงชานครินทร์". สงขลานครินทร์ราชภัฏ. 26(2) : 164.
- อรุณรัตน์ คันธा และคณะ. (2556). "การย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพ". วารสารสภากาชาดไทย 28(3) : 19-31.
- Koen Van den Heede, et. al. (2013). "Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study". *International Journal of Nursing Studies.* (50) : 185-194.
- Masum et al. (2016). *Job satisfaction and intention to quit : An empirical analysis of nurses in Turkey.* Peer J, DOI 10.7717/peerj.1896.
- Mathis, R. L., and Jackson, J. H. (2004). *Human resource management.* 10thed. Singapore : Seng Lee Press.
- Yamane, Taro. (1985). *Statistics : An Introductory Analysis.* 3rded. Newyork : Harper and Row Publication.



**การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของ
เลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง : กรณีโรงพยาบาลกระทุ่มแบน
ในจังหวัดสมุทรสาคร**

**The Development of Family Participation Pattern to Increase Hematocrit
Concentration in Anemic Pregnant Women : Krathum Baen Hospital
in Samutsakhon Province**

ดร.นวพร วุฒิธรรม*

ดร.พรทิพย์ กวนสุพร**

เกษรวี ละม้ายสกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ Green & Kreuter และกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของ Kemmis & McTaggart ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและสมาชิกครอบครัว จำนวน 30 คนคัดเลือกแบบเจาะจงและแบบบอกต่อ เก็บข้อมูลด้วยการประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึก ด้วยเครื่องมือชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยการคิดวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุการสร้างวิสัยทัคค์ "สุขภาพดีตามวิถีครอบครัว" ด้วยรักและห่วงใย การสร้างแผน การดำเนินตามแผน และการประเมินผล ประกอบด้วยเพื่อนสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพ สื่อสารสุขภาพ พึงพาณแองด์วิญญาณ ฟื้นฟื้น กิจกรรมสุขภาพดี วิถีครอบครัว พลังใจในครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพ และยาเพิ่มเลือด เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของครอบครัวส่งผลให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น

*ผู้ช่วยคณบดีคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

**คณบดีคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ผู้วิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพและทีมครอบครัวหนักถึงคุณค่าของพลังสมานซิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลที่สำคัญสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนการป้องกันและแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางที่สอดคล้องกับวิถีของแต่ละครอบครัว

Abstract

The purpose of this participatory action research was to develop family participatory pattern to increasing hematocrit concentration in anemic pregnant women. Health behavior modification theory developed by Green & Kreuter and the participatory action process developed by Kemmis & McTaggart were applied as a theoretical framework. Thirty participants were selected by using purposive and snowball sampling techniques. Data was collected by focus groups, interview, observation, and field-notes. Content validity of semi-structure open-ended questions (Matrix), interview form, observational guidelines and field notes were examined by the experts. Data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed that, by going through problem analysis

process, the anemic pregnant women and family members could create their vision of "health by way of family" based on love and care. The problem-solving processes were operational plan building, implement activities, and evaluation of context-based. The pattern context-based on learning for health consists of healthy friends, health network, health communication, self by folk wisdom, healthy by way of family, power in family, health learning and drug to increased hematocrit that were relevant to their lifestyle and context. It improved to increase hematocrit concentration in anemic pregnant women.

The researcher recommends that community nurse and team should concern about family member power and important care. They could help and encourage prevention and problem solving to congruent to the way of family.

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะโลหิตจางหรือภาวะซึ่ดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในระบบสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศไทย ซึ่งเกิดขึ้นในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วและประเทศไทยที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จากสถิติพบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อมาตราตัวตนได้แก่ การตกเลือดระหว่างคลอด หลังคลอด ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อ ผลเสียต่อทารก ได้แก่ ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะพร่องออกซิเจนในการก

แรกเกิด ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและสมองลดลง สาเหตุดังกล่าวข้างต้นเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ จากการวิเคราะห์ภาวะโลหิตจางเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาตาลีออด ร้อยละ 20 ซึ่งส่งผลต่อชีวิตของมารดาคลอด (WHO, 2013) ทำให้มารดาเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Preeclampsia) (Amburgey et al, 2009) มีความสัมพันธ์กับثارกน้ำหนักน้อย (Goudarzi et al, 2008) และคลอดก่อนกำหนด (American College of Obstetricians

and Gynecologists: ACOG, 2008)

ภาวะโลหิตจางเกิดจากความพร่องของธาตุเหล็ก (Iron deficiency: ID) เป็นส่วนใหญ่ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ความพร่องธาตุเหล็กจากอาหาร (Nutritional Iron deficiency or true iron deficiency) เป็นความพร่องที่มีปริมาณของเหล็กสะสม (Storage iron) ลดลงอาจเกิดได้จากสาเหตุเดียวหรือเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และเกิดจากความพร่องธาตุเหล็กจากหน้าที่ (Functional iron deficiency) คือ กลุ่มภาวะพร่องเหล็กที่ไม่พบความผิดปกติของปริมาณเหล็กสะสมในร่างกาย แต่มีปริมาณเหล็กที่ถูกขับส่งไปยังไขกระดูกไม่เพียงพอ หรือมีการรับภาระการใช้เหล็กภายในไขกระดูก ส่งผลให้เกิดปัญหาในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง (Labbe & Dewanjji, 2004) การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สามารถนิยมได้จากการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก การดำเนินการดังกล่าวบรรลุผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (นภาวรรณ วิริยะอุตสาหกุล และคณะ, 2556)

สถานการณ์ในประเทศไทยภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากผลการดำเนินงานในปี 2553 – ปี 2557 พบร่วม มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 17.2-18.4 ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ในปี 2557 กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ร่วม

กันค้นหาแนวทางและดำเนินการจัดทำแผนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย การดูแลสุขภาพกลุ่มตัวตั้งครรภ์และเด็ก 0-5 ปี เป็นแผนที่สำคัญแผนหนึ่ง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการฝึกครรภ์คุณภาพ คือ "ฝึกห้องไว คลอดปลอดภัย เด็กติดโถ พัฒนาการสมวัย" โดยการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงของการตั้งครรภ์รายบุคคล การส่งต่อ การให้ยาเริมธาตุเหล็กและโพลิก ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว (สราชวุฒิ บุญสุข และคณะ, 2557) นอกจากนี้สำนักโภชนาการ กรมอนามัยได้จัดทำคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย การเริมยาธาตุเหล็ก การเริมยาธาตุเหล็กในแผ่นที่ประชานนีym รับประทาน และการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก การดำเนินการดังกล่าวบรรลุผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (นภาวรรณ วิริยะอุตสาหกุล และคณะ, 2556)

จังหวัดสมุทรสาคร พบรภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2556-2558 พบร้อยละ 19.52, 20.53 และ 18.91 จากการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝึกครรภ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพฯ แบบ จังหวัดสมุทรสาคร มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในปี 2556-2558 ร้อยละ 16.14, 18.14 และ 10.7 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2557) จังหวัดสมุทรสาคร เป็นเขตใกล้เคียงและเป็นรอยเชื่อมตอกับมหาวิทยาลัยคริสต์เดียน จังหวัดครปฐม การบริการวิชาการทางสังคมเป็นหนึ่งในการกิจกรรมของสถาบันอุดมศึกษาฯ ที่ให้บริการทางวิชาการแก่ชุมชน สังคม ในฐานะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยวิทยาลัยคริสต์เดียน ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวทางหนึ่งในการลดโอกาส การเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ กองประกับกรอบบุคลาศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2554-2558 มีแนวคิดในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมโรค การประเมินผลการ

30 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง : การนิรongoxyabalaกระทุ่มแบบในจังหวัดสมุทรสาคร

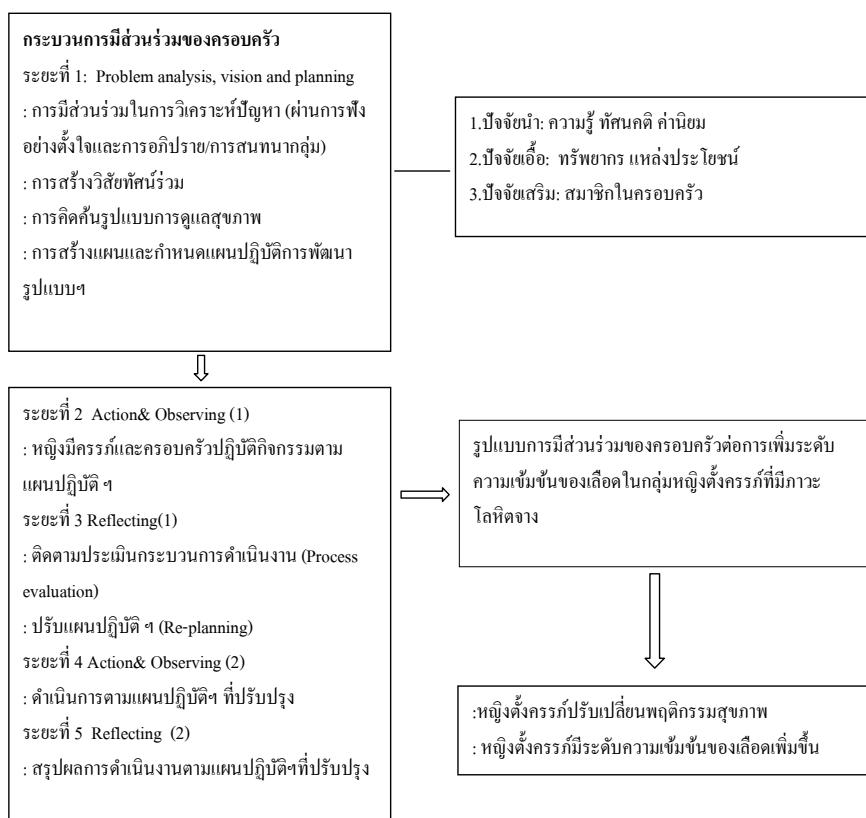
พัฒนาสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2554) สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) คือ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบท วิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวและชุมชน (สุวนันธิวิริยะพงษ์สุกิจ และคณะ, 2556) ผู้วัยจัดมีความสนใจศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะโลหิตจางโรงพยาบาลกระทุ่มแบบในจังหวัดสมุทรสาครโดยมุ่งหวังให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถนำไปใช้ในครอบครัว อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในอนาคตสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและเพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและระดับความเข้มข้นของเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & McTaggart, 2000) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 2005)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง และสมานาธิครอบครัว รวม 30 คน โดยการคัดเลือกคุณสมบัติแบบเจาะจง (Purposive sampling) และแบบบอกต่อ (Snowball sampling) (สุกังค์ จันทวนิช, 2557) ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิต จางที่มีสาเหตุจากการขาดสารอาหารเป็นครรภ์แรก มีอายุครรภ์เมื่อเริ่มทำการศึกษาระหว่าง 16-28 สัปดาห์ มีบุคคลในครอบครัวที่ทุบตันตั้งครรภ์บุตรสาวเป็นผู้ดูแล อายุตั้งแต่ 1 คน ขณะตั้งครรภ์ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัวและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดผู้ร่วมวิจัยออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบ้าหวาน เลือดออกทางช่องคลอด ราก負けต่ำ ครรภ์แฝดฯลฯ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2559 มีระยะเวลาศึกษา 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา (Problem analysis) การสร้างวิสัยทัศน์ (Vision) และการวางแผน (Planning) ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1 วัน ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา โดยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง สมานาธิในครอบครัว การทำกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ ในประเด็นของภาวะโลหิต จาง ผลกระทบที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ของมารดา และทารก การแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะการกระทำ พฤติกรรมลุขภาพด้านต่างๆ เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ขั้นที่ 2 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม จากการสนทนากลุ่ม ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบของภาวะโลหิตจาง นำไปสู่ตั้งครรภ์ ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันหารแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยสร้างวิสัยทัศน์ร่วม เพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หลังจากนั้นผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเลือกวิสัยทัศน์ที่มีโอกาสเป็นไปได้ และเป็นมติข้อตกลงของกลุ่ม

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสร้างแผนปฏิบัติการและกำหนดแผนปฏิบัติการ เมื่อผู้ร่วมวิจัยกำหนดวิสัยทัศน์ได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจะทำการกราฟตุนผู้ร่วมวิจัยในการกำหนดแผนปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรมหรือแนวทางที่จะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติการ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และสมานาธิในครอบครัว

ในระยะที่ 1 ขั้นที่ 1-3 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การสร้างวิสัยทัศน์ และการสร้างแผนปฏิบัติการ โดยการใช้คำตามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง การสังเกต และการจดบันทึก

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติ (Action 1) และการสังเกต (Observing 1) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมตามแผนระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และสมานาธิในครอบครัว

ระยะที่ 3 การสะท้อนคิด (Reflecting 1) และการปรับแผนปฏิบัติการ (Re-planning) ผู้วิจัยสัมภาษณ์รายครอบครัว ในประเด็นของการติดตามการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และประเมินผลกระทบ การที่ดำเนินการโดยการวิเคราะห์การพูดคุย ซักถาม การสังเกต และการจดบันทึกตามแบบบันทึกพัฒนาการของแต่ละครอบครัว ร่วมกับการสะท้อนคิดแผนปฏิบัติการที่ผ่านมา ในระยะนี้ผู้วิจัยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอดแทรกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม ให้กำลังใจ และร่วมกับปัจจัยการปฏิบัติการ ผู้วิจัยทำการรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล และแบบบันทึกพัฒนาการ ระยะเวลา 1 วัน

ระยะที่ 4 การนำแผนที่ปรับปรุงฯ ไปปฏิบัติ (Action 2) และการสังเกต (Observing 2) คือผู้ร่วม

วิจัยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฯ ที่ปรับปรุงในระยะที่ 3 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมระยะเวลา 6 สัปดาห์

ระยะที่ 5 การสะท้อนคิด (Reflecting 2) คือ สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ทำการวิเคราะห์ตามแบบบันทึกพฤติกรรม เป็นการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1 วัน โดยการคืนข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัย นำภาพผ่านในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 มาบททวนวัตถุประสงค์ ข้อเสนอแนะและสรุปร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมฯ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยการใช้คำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง การสังเกต การจดบันทึกพฤติกรรม และการเจาะหาประเด็นความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 รวมระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เมื่อได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มคนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานบุคคล 2 กลุ่มและแบบประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มหงุดหงิดที่มีภาวะโลหิตจางได้แก่ น้ำหนัก และระดับความเข้มข้นของเลือด

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) แบบสัมภาษณ์รายบุคคล แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมและแบบบันทึก

ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การทำวิจัยในมนุษย์เพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยโดยการจำกัดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด กระบวนการขอความยินยอม การรับ��ความลับ การขออนุญาตการจดบันทึก การบันทึกเสียง การขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวิชา การลงนามในการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม การขอยุติการเข้าร่วมวิจัย ตามมติการอนุมัติจากคณะกรรมการการจัดธุรกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ.04/2558 วันที่ 16 พฤษภาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มคน 2 กลุ่ม และข้อมูลสภาวะสุขภาพด้วยจำนวนนับ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 1) การประเมินข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การจัดแฟ้ม (Establishing file) เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ 3) การจัดระบบข้อมูลด้านเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ (Significant statement) และ 4) การให้รหัสข้อมูล (Data coding)

ผลการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 อายุ 20-24 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.67 รองลงมา อายุต่ำกว่า 20 ปีร้อยละ 26.67 มีการศึกษาตั้งแต่ปัจจุบัน คือ ร้อยละ 30.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.67 อาศัยพัรับจ้าง ร้อยละ 60.00

ผลการระดมสมองครั้งที่ 1

จากการวิเคราะห์ปัญหาโดยหงุดหงิดที่มีภาวะโลหิตจางเกิดจากสาเหตุหลายประการ สาเหตุส่วนใหญ่ มาจากเรื่องการบริโภคอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบถ้วน การคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์ การพร่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีมาตรฐาน และเกิดจากการไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ เป็นสาเหตุสูงสุดร่วมที่สำคัญให้เกิดโรค คือวิธีชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคคืน ซึ่งเดิมเคยทำอาหารรับประทานเองที่บ้านปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูปขายใกล้บ้าน นอกจากนี้ยังนิยมดื่ม ชา กาแฟ เมื่อดื่มแล้วทำให้รู้สึกสดชื่น ทำงานได้ตลอดวัน ลักษณะของภาวะโลหิตจางว่าเป็นโรคที่ไม่มีอาการผิดปกติหรือแสดงอาการอย่างมากให้เห็นเด่นชัด จะทราบหรือวินิจฉัยได้ต้องตรวจเลือดเบื้องต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุสูงสุด ล้อมพับว่า อำเภอกรุงเทพมหานครแหล่งอุตสาหกรรม หงุดหงิดที่มีจำนวนมากในโรงพยาบาลราชวิถี ทำงานเข้าจราจาย ทำงานในเขตชุมชนส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาล ทำให้รู้สึกอิ่มและเมื่อพลงในการทำงานดังค้างล่าว

โรคกินตามใจปาก แต่ไม่มีประ予以ชน์....เป็นซี่ชื่นใจ
ชื้อกับข้าว สำเร็จในคลาดัค กินทุกวัน
ดื่นเข้า ต้องไปทำงาน ไม่มีเวลาทำกับข้าว

(หญิงตั้งครรภ์ 1)

(หญิงตั้งครรภ์ 2)

(หญิงตั้งครรภ์ 15)

การสร้างภาพผ่านหรือกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันในการสร้างวิสัยทัศน์ว่า "สุขภาพดีตามวิถีครอบครัว" และตั้งชื่อกลุ่มผู้ร่วมวิจัยว่า "กลุ่มคนรักครอบครัว" ดังคำกล่าว

ต้องพยายามกินให้ได้ถูกใจ ได้แข็งแรง
อยากให้สุขภาพดี ทั้งทุก...ถูก
ทำกับข้าว....เน้นผัก ถั่วต้ม ไข่ต้ม

(หญิงตั้งครรภ์ 8)

(หญิงตั้งครรภ์ 9)

(ครอบครัว 10)

โดยกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ จำนวน 3 แผน ประกอบด้วย 1) แผนกินเพิ่มเลือด ได้แก่ ทำกับข้าวกินเอง กินผักให้มาก (เน้นการกินผักพื้นบ้าน) ผลไม้ ใช้เดงอย่างน้อยวันละ 2 พอง ตี่มแซ่บก่อนอาหารวันละ 2 กล่อง ตับลับดาวหาร์ล 2-3 วัน ถั่วต้มและ

เมล็ดทานตะวัน 2) แผนเลี้ยงกินของเหลว ได้แก่ แผนเลี้ยงดีมชา กาแฟ ผักใบเลี้ยวเข้ม ขมิ้น และการไม่ดื่มน้ำพร้อมอาหาร และ 3) กินยาตามหมอ ได้แก่ โดยรับประทานยา Lerimchaat หลีกตามคำสั่งแพทย์ทุกเม็ด ดังคำกล่าว

เพิ่มน้ำ ไข่แดง ให้นากกว่าเดิม
ผันจะไม่คื่นชาเขียว นำ้ เก็บสวย
จะกินยาตามหมอยา เช้า สีเขียวอย่างเดียว...สีน้ำ ตาล 1 เม็ด เช้าเย็น

(หญิงตั้งครรภ์ 10)

(หญิงตั้งครรภ์ 14)

(หญิงตั้งครรภ์ 10,11)

แต่ละแผนมีการช่วยเหลือสนับสนุนโดยสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย สามี หรือมารดาของหญิงตั้งครรภ์ดังคำกล่าว

จะ ไลน์บอกทุกวัน อย่าคื่นน้ำพร้อมกินข้าวนะ
กอยตามกัน ให้กำลังใจ เพื่อตัวเองทำให้ได้นะ
จะขัดยา ให้ทุกวัน เพื่อถูก

(ครอบครัว 5)

(ครอบครัว 7)

(ครอบครัว 6)

ผลการติดตามการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ

ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และ สมาชิกในครอบครัว ได้มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ครอบระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ระยะเวลา 1 วัน เพื่อประเมินผล

การปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการของกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยได้สอดแทรกความรู้การเพิ่มความเข้มข้นของเลือด ในแต่ละครอบครัว การให้ข้อเสนอแนะ และลงกลุ่มมีการปรับแผนปฏิบัติการเพื่อนำสู่การมีสุขภาพดีของมารดาและทารกตั้งคำกล่าว

กินผักเพิ่มขึ้น มีอีก 2 ท้าพพี ไข่คั่นกินแล่น 2 ฟอง
แต่ก่อนไม่กินตับเลย ตอนนี้กินตับ สับปะรดหั่นกระชิ้น
ตอนนี้กินข้าวชาบทุกวัน อย่างน้อย ไข่ 2 ฟอง

(หญิงตั้งครรภ์ 10)

(หญิงตั้งครรภ์ 11)

(หญิงตั้งครรภ์ 13)

ผลการระดมสมองครั้งที่ 2

การระดมสมองครั้งที่ 2 เป็นการประเมินผลหลังจากการดำเนินการตามแผนฯ ที่ปรับปรุงระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย วิทยากรจำนวน 1 คน ผู้ช่วยวิทยากร จำนวน 2 คน ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วยบุคคล จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 15 คน และสมาชิกในครอบครัว

จำนวน 15 คน ผู้ร่วมวิจัยในแบบตัวอยู มีปัจจัยดังนี้ที่ก้าข้อคิดเห็นต่างๆ ผู้ร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็น การให้ข้อเสนอแนะด้วยบรรยายกาศที่สร้างสรรค์ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสรุปรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่สอดคล้องกับวิธีชีวิตของแต่ละครอบครัวดังคำกล่าว

ปลูกผักในบ้าน กินเองอยากให้หวานเข้มแรง
ช่วยกันไลน์เตือนเพิ่มผัก ลดไขมัน
กินน้ำ ผลไม้ ผัก ปั่นทุกวัน

(ครอบครัว 4)

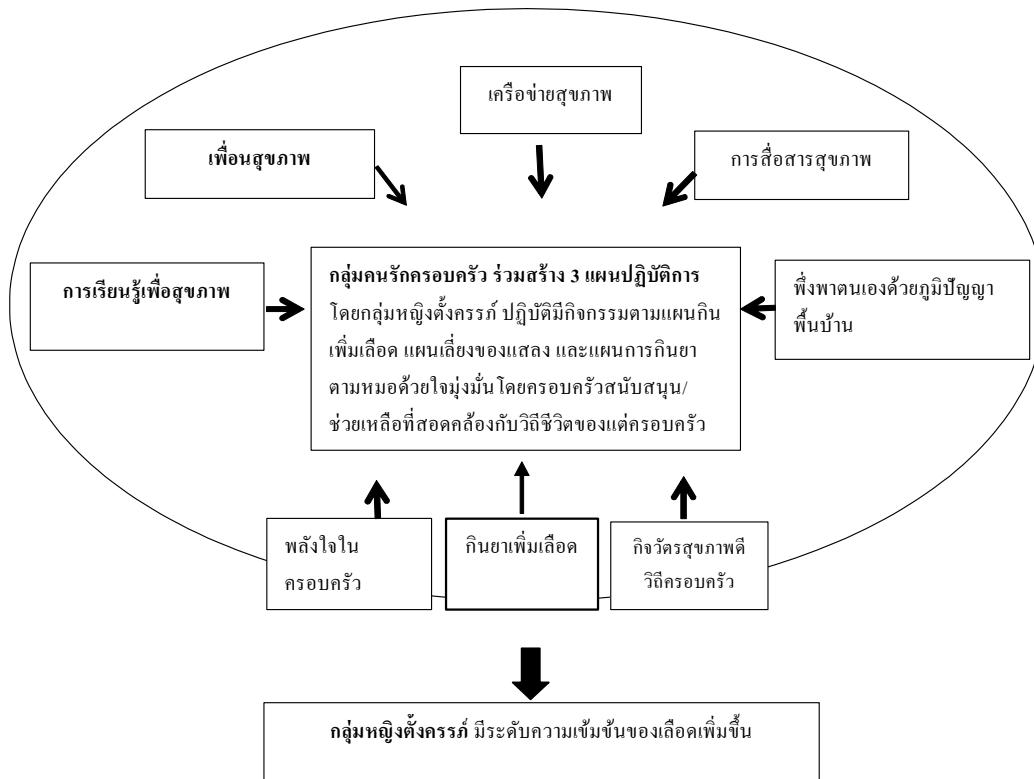
(ครอบครัว 10)

(หญิงตั้งครรภ์ 5)

กลุ่มคนรักครอบครัวหรือผู้ร่วมวิจัย ได้ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีเป้าหมาย คือ สุขภาพดีตามวิถีครอบครัว โดยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางปฏิบัติกรรมตามแผนปฏิบัติการ คือ แผนกินเพิ่มเลือด แผนเลี้ยงของแสง แสงและแผนกินยาตาม吩咐 โดยสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จนเกิด

รูปแบบการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม "สุขภาพดีตามวิถีครอบครัว" ประกอบด้วยเพื่อนสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพ สื่อสารสุขภาพ พี่พาดัน ลงด้วยกฎมีปัญญาพื้นบ้าน กิจวัตรสุขภาพดีวิถีครอบครัว พลังใจในครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพ และยาเพิ่มเลือด ได้แก่ ยาเคมีชาตุเหล็ก และโพลิกลังโกลให้อีโมโนกลบิน ในเม็ดเดือดแดงเพิ่มขึ้น

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว “สุขภาพดีตามวิถีครอบครัว”



อภิปรายผล

ผลการระดมสมองครั้งที่ 1

ผู้วิจัยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ที่บัญชาให้เกี่ยวข้องกับกลุ่มหลักทั้งครัวเรือนที่มีภาวะโลหิตจากและผลกระทบ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม และการสร้างแผนและกำหนดแผนปฏิบัติการพัฒนาฐานรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นไปตามหลักการของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) เพื่อวิเคราะห์ทำปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (Green &

Kreuter, 2005) เป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วม (อาภาพร ผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) โดยคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรม ค่านิยม สภาพแวดล้อม ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนสอดคล้องกับไพร์ด์เมน (Friedman, 2003) ได้กล่าวไว้ว่า หน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ในครอบครัวควรกระทำ เพื่อการอยู่รอดของครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่สำคัญได้แก่ หน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่ และหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ โดยผู้วิจัยสอดแทรกความรู้และให้กำลังใจทุกระยะของการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันห์ศรีวิรัตน์ (2558) การดูแลหลักทั้งครัวเรือนภาวะโลหิตจาก

จากการขาดราชุเหล็ก จังหวัดสงขลา ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จำนวน 68 คน ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดราชุเหล็กมีความรู้และระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น

ผลการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ในขั้นการปฏิบัติการ และการสังเกตในขั้นตอนนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิธีชีวิตของตนเอง ในด้านการบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่ยับยั้งหรือขัดขวางการดูดซึมราชุเหล็ก และการรับประทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยของนวพร วุฒิธรรม (2558) การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดร์มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มโรคอ้วนลงพุง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 35 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายได้ดำเนินการตามแผน และการประเมินผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม "สุขภาพดีวิถีชุมชนคนลาดโพธิ์" ที่ร่วมกันสร้างขึ้นที่สอดคล้องกับวิธีชีวิตและบริบทชุมชน ส่งผลให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

การสะท้อนคิดและการปรับแผนปฏิบัติการ เป็นการติดตามกระบวนการดำเนินงานของแต่ละคน และแต่ละกลุ่มคน ในขั้นนี้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนคิด การปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่มีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองด้านการบริโภคอาหารเพิ่มความเข้มข้นของเลือด การหลีกเลี่ยงอาหารที่ยับยั้งหรือขัดขวางการดูดซึมราชุเหล็ก และการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยการเรียนรู้จากวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวมีการปรับแผนการดำเนินชีวิต เกิดกระบวนการแก้ปัญหาโดยใช้รากภูมิปัญญาของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย ผ่านการคิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง มีการปรับแผนการปรับเปลี่ยนจากประสบการณ์

ที่ผ่านมาของตนเอง ในบทบาทของสมาชิกครอบครัว มีความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือ การเป็นตัวแทนให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การมีน้ำหนักตัว ระดับความเข้มข้นของเลือดที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นอร์รอนฮา (Noronha, 2013) คึกคักการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ตอนได้ของประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน ครอบแนวคิดที่ใช้ คือทฤษฎีความเชื่อต้านสุขภาพของโรเซนสต็อกและเบคเกอร์ (Rosenstock and Becker's Health belief model) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง การเลือกอาหารที่เพิ่มความเข้มข้นของเลือด และการรับประทานยาเสริมราชุเหล็ก ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีค่าเฉลี่ยวัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการระดมสมองครั้งที่ 2

การพัฒนาชุมชนแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ด้วยการสร้างแผนปฏิบัติการ การทดลองปฏิบัติ การปรับปรุงแผนการปฏิบัติ การแก้ไขปัญหา อุปสรรค และการประเมินผลโดยกลุ่มนักศึกษา ที่มีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเอง นอกจากนี้กลุ่มสมาชิกครอบครัว สนับสนุนทุกวิถีทางโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ได้แก่เครื่องมือการประกอบอาหาร การเลือกซื้ออาหารสำหรับครอบครัว บางครอบครัวผ่านการตั้งครรภ์และมีบุตรมาแล้วทำให้การดูแลตนเองได้ไม่ยากนัก ประกอบกับการดูแลด้วยรัก และห่วงใย สอดคล้องกับงานวิจัยของนักมีน เจนะ (2555) คึกคัก ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง

ตั้งครรภ์มุสลิม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มุสลิมกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีค่าเฉลี่ยต่อไปนี้

ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นได้แก่ การบริโภคอาหารเพิ่มความเข้มข้นของเลือด การหลีกเลี่ยงอาหารที่ยับยังหรือขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก และการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ด้วยการประเมินสภาวะสุขภาพเรื่องน้ำหนักตัว และระดับความเข้มข้นของเลือดเป็นไปตามหลักการจัดการกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล และคณะ, 2556; WHO, 2012) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุจิรา พรหมทองบุญ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพัฒนาระบบการดูแลตนเองและค่าฮีมาໂടคริติในหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การเสนอวิธีการปฏิบัติ และตกลงเลือกปฏิบัติ การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และการประเมินพัฒนาระบบการตั้งเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีค่าฮีมาໂटคริติเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

- การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ควรดำเนินถึงสมวัยในครอบครัวซึ่งเป็นเพื่อนสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นบุคคลสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มโรคต่างๆ โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล และคณะ. (2556). คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี. สำนักงานการ กرمอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- นแมสเมือง เจษไน. (2555). ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดโลหิตจางต่อพัฒนาระบบการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดปัตตานี.
- บริษัทพยาบาลศาสตร์มหาบันฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. นวพร วุฒิธรรม. (2558). "การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดร์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี". วารสารมหาวิทยาลัยคริสต์เดียน. 21(1): 110-122.

- สุจิรา พรมทองบุญ. (2556). ศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพัฒนารูปแบบการดูแลแทนเองและค่าฮีมาໂຕคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดชาตุเหล็ก ในโรงพยาบาลศูนย์เชียงภาคใต้. บริษัทวิจัยภาษาบาลศาสตร์มหาบันฑิต สาขาวิชาการผลิตครรภ์ขั้นสูง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภางค์ จันทวนนิช. (2557). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ : อุฟัลกรัตน์มหาวิทยาลัย.
- สุนั่นท์ ศรีสวัสดิ์. (2558). "การดูแลหญิงตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางจากการขาดชาตุเหล็ก". วารสารวิชาการเขต. 12(1) : 96-102.
- สราชุณิ บุญสุข. (2557). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ ปีองกันโรคปีงบประมาณ 2557 (5 Flagship Projects). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณ์ วิริยะพงษ์สุกิจ ประดิษฐ์ธิรักษ์ มั่งจิตรา และลิริซัย นามธรรมนี้ย. (2556). ระบบสุขภาพอำเภอ : District Health System ฉบับขับเคลื่อนทั่วประเทศ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : ชุมนุม ศหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2557). กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. [ออนไลน์]. ลีบคัมเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 จาก <http://skno.moph.go.th/sk/index.php>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ฉบับที่ 3 ปี 2557. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์จำกัด.
- อาภาพร เม่งวัฒนา, สุรินทร์ กลัມพาก, สุนีย์ ละกำปั่น และชาวยุ่น อำนวยลักษ์ชื่อ. (2554). การสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). (2008). *Anemia in pregnancy*. Washington (DC).
- Amburgey, O.A., Ing, E., Badger, G.J., & Bernstein, I.M. (2009). "Maternal hemoglobin concentration and its association with birth weight in newborns of mothers with preeclampsia". *Journal Maternal Fetal Neonatal Med.* 22(9) : 740-4.
- Breymann, C., Bian, X.M., Blanco-Capito, L.R., Chong, C., Mahmud, G. & Rehman, R. (2011). "Expert recommendations for the diagnosis and treatment of iron-deficiency anemia during pregnancy and the postpartum period in the Asia-Pacific region". *Journal Perinatal Med.* 39(2) : 113-21.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. & Junes, E.G. (2003). *Family nursing : Theory and Practice*. 5thed. Uppers Saddle River, NJ : Prentice. Hall.
- Goudarzi, M., Yazdan-Nik A, & Bashardoost N. (2008). "The relationship of the first/third trimester hematocrit level with the birth weight and preeclampsia". *Iran Journal Nurse.* 21(54) : 41-9.
- Green, L.W. & Krueter, M. (2005). *Health program planning : An educational and ecological Approach*. 4 ed. New York : McGraw-Hill.

- Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). "Participatory action research: Communicative action in the public sphere" in N. Denzin and Y. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. 559-603.
- Khoigani, M.G, Goli, S. & Zadeh, A.H. (2012). "The relationship of hemoglobin and hematocrit in the first and second half of pregnancy with pregnancy outcome Iran". *Journal Nurse Midwifery Research*. 17(2) Suppl1 : S165-S170.
- Labbe, R.F., & Dewanji, A. (2004). "Iron assessment tests: transferrin receptor vis-a-zinc protoporphyrin". *Clinical Biochemistry*. 37(3): 165-174.
- Noronha, J. A. et al. (2013). "Interventional study to strengthen the health promoting behaviours of pregnant women to prevent anemia in southern India". *Midwifery*. 29(7): e35-41.
- World health organization. (2012). *Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women*. Geneva 27. Switzerland.
- World health organization. (2013). *Maternal and reproductive health*. [Online]. Retrieved November 20, 2015, from http://www.who.int/gho/maternal_health/en/.



คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

Quality of Life of Nursing Student at Suan Dusit Rajabhat University

ดร. รภ. ภารสุข*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งที่ 2 วัดคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ประชารถที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 352 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) การทดสอบ

แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กร อนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยได้ค่าความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.65 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน 4 ด้าน พบร่วมกัน ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และ ด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ผลการศึกษาดังกล่าวสื่อให้ความสำคัญกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกองค์ประกอบให้แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีความพร้อมที่จะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

Abstract

The purposes of this descriptive study were to investigate the quality of life of nursing students studying in Bachelor of Nursing Science at Suan Dusit University. 352 nursing students class 1-4 studying in the academic year of 2557 were the population of this study. Instruments for data collection were questionnaire for personal factors of nursing students and Quality of life questionnaire of World Health Organization (WHOQOL-BRIEF-THAI). The WHOQOL-BRIEF-THAI consisted of 4 domains of quality of life including physical domain, psychological domain, social domain, and

environment domain. Its internal consistency (CVI) was 0.65, and reliability was 0.84.

The results indicated that overall score of quality of life were in moderate level. Considering each domain of the quality of life, the psychological domain had the highest mean score and the physical domain had the lowest mean score. These findings could be used as an important message for the nursing institutes to recognize the important of quality of life promotion in all domains for nursing students in order to prepare them to be capable healthcare personnel.

Keyword: Quality of life, Nursing student

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียน โดยมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการกำลังคนในการพัฒนาประเทศและการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาให้สอดคล้องกับระบบมาตรฐานวิชาชีพ และการประเมินคุณภาพซึ่งตอบสนองเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาค่านิยมแบบบทหน้าที่ของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะสถาบันอุดมศึกษาที่มีหน้าที่ในการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพให้กับประชาชนในชาติ การที่จะพัฒนาคักภัยภาพได้นั้นต้องมีพื้นฐานคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญกับทุกคนรวมถึงผู้ที่อยู่ในวัยเรียนด้วย ในการจัดการเรียนการสอนที่ดีนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสุขในการเรียนรู้ และต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จาก

ความสำคัญดังกล่าวจึงควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ในระดับอุดมศึกษา เป็นการมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการพัฒนาประเทศและมาตรฐานของวิชาชีพ และการที่จะพัฒนาคักภัยภาพของผู้เรียนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจึงจำเป็นจะต้องมีพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวสันนับสูนคุณภาพชีวิตที่ (วิศรุต อักษรธรรมศิริไทย, 2555) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตในการเรียนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษา และผลการศึกษาที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของนักศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยในระดับอุดมศึกษาที่มีการเรียนการสอนตามเกณฑ์มาตรฐานได้รับการรับรองสถาบันจากสภากาชาดไทย และมีระบบประกันคุณภาพการศึกษา จึงทำให้สามารถผลิตผู้เรียนที่

มีคุณภาพ และการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งมีความมากและชัดเจน การบูรณาการเรียนการสอนทางการพยาบาลต้องมีการจัดลำดับการเรียนรู้ก่อนหลัง ทั้งนี้ต้องอาศัยทักษะเชิงพาหะด้านวิชาชีพ และการที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ทางการเรียนนั้นจะเป็นไปตามที่ต้องการ แต่เนื่องด้วยปัจจัยต่างๆ ของผู้เรียนแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา สถานภาพสมรสของบุคคล ความต้องการด้านการศึกษา ภาระ เนื่องด้วยต้องเดินทางไกล จึงอาจทำให้ผู้เรียนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน (พิษมาเรียร์ สินสวัสดิ์ และเบญจวรรณ พิททาร์ด, 2557) คณะผู้วิจัยจึงเลือกเก็บรวบรวมความสำคัญของคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต จึงได้จัดทำโครงการวิจัยฉบับนี้ขึ้นมาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และนำผลจากการศึกษาเสนอผู้บริหาร เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนที่ต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกและมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนโดยเฉพาะการเรียนในสาขาวิชาพยาบาล

คำถามของการวิจัย

คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

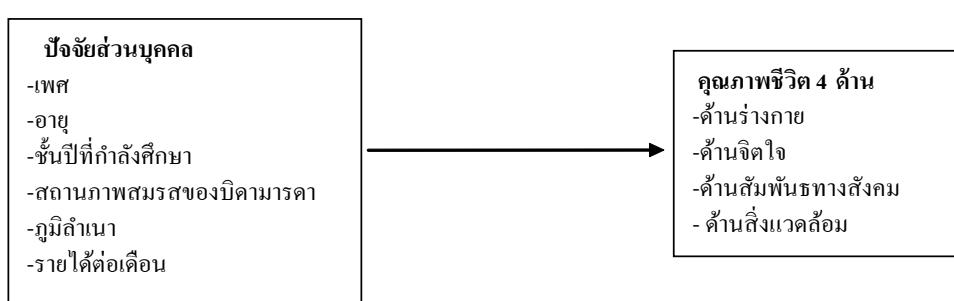
เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่ที่ศึกษา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ขอบเขตด้านประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 ขอบเขตด้านเวลา คือ ศึกษาคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ขอบเขตด้านระยะเวลา คือ ตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2558 – วันที่ 1 พฤษภาคม 2558

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาด้านคัวใจแหนวด ทฤษฎี เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก (WHO) ภาษาไทย (ฉบับย่อ) มาเป็นกรอบแนวคิด แนวคิดนี้จะประกอบด้วย ตัวแปรตัวตัว (Independent variable) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี สถานภาพสมรส (ของบิดามารดา) ภาระ เนื่องด้วยต้องเดินทางไกล จึงอาจทำให้ผู้เรียนมีความรู้สึกและมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนโดยเฉพาการเรียนในสาขาวิชาพยาบาล 4 ด้าน (Dependent variables) คือ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งตัวแปรที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ล้วน เป็นปัจจัยต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต โดยรวมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต สรุปได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 ตามสมมติฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดยุทธศาสตร์ ในการบริการ แก่นักศึกษาพยาบาลในปีต่อไป ให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
2. เพื่อเป็นแนวทางในการนำเสนอผู้บริหารในการนำไปปรับปรุงคุณภาพชีวิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ให้ดียิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างนั้น เนื่องจากประชากรในการศึกษาครั้งนี้มีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 352 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามโดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กร อนามัยโลกาศด้วย ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากการอภิปรายความคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นเจตินิสัย (Subjective) ซึ่งผังແเนื่องอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะว่า นิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.65 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.84 ค่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตนี้มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ความหมายลบ 3 ข้อ และสุขภาพโดยรวมมีลักษณะเป็นมาตรามาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย สำหรับการแปลผล

คะแนน นำผลที่ได้มาหาผลรวมคะแนนทั้งหมด และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตครั้งนี้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน

การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตัวเลือกให้ตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย ให้คะแนน 5 ถึง 1

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL

26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ โดยแบ่งคะแนนดังนี้ **กลุ่มที่ 1** ข้อความทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 ให้คะแนนแต่ละคำตอบดังนี้ ถ้าตอบไม่เลยให้คะแนน 5 เล็กน้อยให้คะแนน 4 ปานกลาง ให้คะแนน 3 มากให้คะแนน 2 มากที่สุด ให้คะแนน 1 **กลุ่มที่ 2** ข้อความทางบวก เป็นข้อคำถาม nokneio จากข้อความทางลบให้คะแนนแต่ละคำตอบดังนี้ ถ้าตอบมากที่สุดให้คะแนน 5 มากให้คะแนน 4 ปานกลางให้คะแนน 3 เล็กน้อยให้คะแนน 2 ไม่เลยให้คะแนน 1

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ องค์ประกอบด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบด้านลัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

การพิทักษ์ลิทธิ์ของนักศึกษา ขออนุญาติหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลส่งหนังสือถึงอาจารย์ประจำชั้นแต่ละชั้น เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่นักศึกษา ก่อนตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต โดยใช้การวิเคราะห์ความแตกต่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ประชากรส่วนใหญ่เป็นหญิงจำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 เป็นเพศชายจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 อายุของประชากรที่มากที่สุด คือ อายุ 21 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมา อายุ 20 ปี จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ขั้นปีที่ของประชากรที่มากที่สุด คือ ขั้นปีที่ 3 จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 รองลงมา ขั้นปีที่ 4 จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ส่วน ขั้นปีที่ 1 จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และขั้นปีที่มีประชากรน้อยที่สุด คือ ขั้นปีที่ 2 จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 สถานภาพ พ่อ-แม่ ของประชากรที่มากที่สุด คือ คู่ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมา หม้าย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ส่วนหย่า จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 และ สถานภาพที่น้อยที่สุด คือ แยกกันอยู่ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 ภูมิลำเนาของประชากรที่มากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 162 คน คิดเป็น

ร้อยละ 46.0 รองลงมา ภาคกลาง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 รายได้จากผู้ประกอบอาชีวกรรม ที่มากที่สุด อยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท/เดือน จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9 รองลงมา อยู่ระหว่าง 3,001–5,000 บาท/เดือน จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 ส่วนรายได้จากผู้ประกอบอาชีวกรรม ที่น้อยที่สุด อยู่ระหว่าง <1,500 บาท/เดือน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6

2. ผลการศึกษาปัจจัย พบร่วม ค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ของคุณภาพชีวิต รายข้อ พบร่วมที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง คือ ข้อที่ 23 ทำน้ำซึ่งก้าวชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด ($\mu = 4.19, \sigma = 0.86$) รองลงมา ข้อที่ 24 ทำน้ำสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด ($\mu = 3.96, \sigma = 0.81$) และข้อที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำสุด คือ ข้อที่ 2 การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด ($\mu = 3.25, \sigma = 0.87$)

3. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ พบร่วม คุณภาพชีวิตด้านที่ดีที่สุด คือ ด้านจิตใจ ($\mu = 2.50, \sigma = 0.53$) ล้วนคุณภาพชีวิตด้านที่ไม่ดีที่สุด คือ ด้านร่างกาย ($\mu = 1.98, \sigma = 0.34$) และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.22, \sigma = 0.45$) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตโดยรวมเปรียบเทียบกับนักศึกษาแต่ละขั้นปี

นักศึกษาแต่ละขั้นปี	ไม่ดี (จำนวน)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง (จำนวน)	ดี (จำนวน)
ขั้นปีที่ 1	0	79	8
ขั้นปีที่ 2	7	75	2
ขั้นปีที่ 3	1	85	6
ขั้นปีที่ 4	3	60	26
รวม	11	299	42

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตแต่ละด้านของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

ชั้นปี	คุณภาพชีวิต รายด้าน	ค่าเฉลี่ย (μ)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)
ชั้นปีที่ 1	ด้านร่างกาย	1.98	0.24
ชั้นปีที่ 2		1.85	0.35
ชั้นปีที่ 3		1.97	0.25
ชั้นปีที่ 4		2.12	0.44
รวม		1.98	0.34
ชั้นปีที่ 1	ด้านจิตใจ	2.50	0.50
ชั้นปีที่ 2		2.34	0.52
ชั้นปีที่ 3		2.52	0.54
ชั้นปีที่ 4		2.61	0.55
รวม		2.5	0.53
ชั้นปีที่ 1	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.42	0.54
ชั้นปีที่ 2		2.15	0.57
ชั้นปีที่ 3		2.58	0.49
ชั้นปีที่ 4		2.50	0.58
รวม		2.42	0.56
ชั้นปีที่ 1	ด้านสิ่งแวดล้อม	2.31	0.46
ชั้นปีที่ 2		2.00	0.43
ชั้นปีที่ 3		2.29	0.48
ชั้นปีที่ 4		2.49	0.56
รวม		2.27	0.51
คุณภาพชีวิตโดยรวม		2.22	0.45

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประชากร ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 อายุของประชากรที่มีมากที่สุด คือ อายุ 21 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 ชั้นปีที่ของประชากรที่มากที่สุด คือ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 รองลงมา ชั้นปีที่ 4 จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 สถานภาพ พ่อ-แม่ ของประชากรที่มาก

ที่สุด คือ สมรสอยู่ด้วยกัน จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมา หม้าย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 สถานภาพหย่าจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ภูมิลำเนาของประชากรที่มากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 และรายได้จากผู้ประกอบของประชากรที่มากที่สุดอยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท/เดือน จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9

มีการลือสารกับบุคคลภายนอกมากขึ้น ทั้งผู้ป่วย ที่พยาบาลเห็นผู้ป่วย และเพื่อนต่างสถาบัน ทำให้ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลจากการลือสารเพิ่มมากขึ้น เกิดการปรับตัวต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลได้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมของชั้นปีอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเมื่อเปรียบเทียบห้อง 4 ด้านพบว่า คุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดีที่สุด ซึ่งมีผลมาจากการมีประสบการณ์ในการรับแรงกดดันจากการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ทำให้ปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้ดี และประกอบกับใกล้จบการศึกษาเพื่อไปประกอบวิชาชีพทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ห้อง 4 ชั้นปี อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับต่ำสุด คือ ด้านสุขภาพร่างกาย จึงควร

มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายให้ดียิ่งขึ้น และรวมไปถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจให้อยู่ในระดับดีอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้นด้วย เพื่อให้มีความพร้อมในการเขียนกับสถานการณ์ต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ด้านสัมพันธภาพของนักศึกษาบุคคลอื่น ได้แก่ ผู้ปกครอง อาจารย์ เพื่อน เป็นต้น ด้านลักษณะบุคลิกภาพทางการเรียน การปรับตัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตนักศึกษา โดยจำแนกตามผลลัพธ์ที่ทางการเรียนด้วย
3. ควรศึกษาปัจจัยความลัมพันธ์เชิงสาเหตุ คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา วัฒนาณัท. (2551). ปัจจัยจูงใจในการทำงานกับคุณภาพชีวิต การทำงานของพนักงานการไฟฟ้า ส่วนภูมิภาค อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏ ลำปาง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ความหมายคุณภาพชีวิตของ WHO. [ออนไลน์]. สืบค้น เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2557 . จาก <http://www.dmh.go.th/>.
- จันทร์ อัญเชิญ. (2556). "คุณภาพชีวิตของนักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์". วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. 7 (ฉบับพิเศษ): 141-148.
- ชนิดา เรืองเดช. 2539. คุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์ ในคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปริญญานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต.บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา ชีรัตน์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตมหาวิทยาลัยคริสต์วิโรฒ องครักษ์ . ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย.

- ทิพย์อรุณ สังกุ. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การศึกษาสมาชิกมารมณ์สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมนุษย์วิทยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ครีสตินราภร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : บริษัทฯแอนด์โอล อินเตอร์มีเดีย.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2554). การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.
- พิชณาย์วีร์ สินสวัสดิ์ และเบญจวรรณ พิทักษ์. (2557). “คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีราชบูรี.” วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 7(1) : 97-108.
- ภัทรพล มหาดันนี. (2554). การศึกษาคุณภาพชีวิตนักศึกษาดับเบิลยูญาติ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.ejournal.su.ac.th/upload/200.pdf>.
- วินิทรา นวลลัสวงศ์. (2555). “ปัจจัยที่สมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1”. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 5(2) : 225-234.
- วิศรุต อักษรวงศ์วิทยา. (2555). การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาดับเบิลยูญาติวิภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีต่อหลักสูตร. คณะศรีษะราชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีณา ชัยมงคล. (2533). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วิทยานิพนธ์สังคมส่งเสริมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพรรณิการ์ มาศยด. (2554). คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2558, จาก <http://libdcms.nida.ac.th/thesis6/2554/b171728.pdf>.
- สรัชัย แก้วพิกุล. (2552). คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลตำราจ. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาบริหารและนโยบายสังคมดิจิทัล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวภา ไซโ祐ติชั่ง. (2550). คุณภาพชีวิตของนักศึกษาบริเวณที่พักอาศัยรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2558 , จาก <http://www.research.dusit.ac.th/menu/abstract/social/41.pdf>.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. พระราชนูญญาติการศึกษาแห่งชาติ. (2553). กรุงเทพฯ. บริษัทวนกราฟฟิค.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). นิยามของคุณภาพชีวิต. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://services.nic.go.th>.
- Zhan, L. (1992). "Quality of Life : Conceptual and Measurement Issues". *Journal of Advanced Nursing*. (17) : 795-800.



ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลตertiaryภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร

The Needs Amongst Caregivers for Children with Acute Respiratory Infection at a Tertiary level Hospital in Samutsakhon Province

พิพัลย์ ชีราริโรจน์**

สุภาพร เชยชิด**

ภณิชา จงสุกังคกุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลกับความต้องการของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันใน ระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่ได้รับ การรักษาในหอผู้ป่วยภูมิการเวชกรรม ในโรงพยาบาล ตertiaryภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 64 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และความต้อง การของผู้ดูแลด้านการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ในระบบทางเดินหายใจ ที่ผู้ดูแลได้พัฒนาขึ้น ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณและ เชิงอนุमาน ผลการวิจัยพบว่า ข้อค้นพบการวิจัยสรุป ว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความแตกต่างของอายุ เพศ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ และความล้มเหลวของ

ผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็ก มีความต้องการในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) โดยพบว่าความต้องการของผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 2.26 ($S.D. = 0.42$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบร่วมกันการติดเชื้อในเด็ก โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด คือ 2.72 ($S.D. = 0.56$) รองลงมาคือ ความต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแลเรื่องการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 2.66 ($S.D. = 0.59$) พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ เป็นแนวทางในการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแล ให้กับผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

* ได้รับทุนสนับสนุนจากการทางการวิสเตรียน

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้เรียน สาขาวิชาพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the characteristics of caregivers and needs of caregivers about caring for children with acute respiratory infection. The sample included 64 caregivers of the children with acute respiratory infection being treated in the pediatric ward at tertiary hospital in Samutsakhon Province. Questionnaire for general information and needs of caregivers in taking caring of children with acute respiratory infection was developed by the researchers. Content validity of the questionnaire was reviewed by the experts. Data were analyzed by using descriptive and inferential statistics were examined for data analysis. The result revealed that among caregivers with different gender, age, educational background, occupation, income, and

relationship with the children had no statistical difference (p -value > 0.05) of needs about caring for children with acute respiratory infection. Their overall needs were in a high level with the overall Mean score of 2.26 (S.D. = 0.42). The highest score of needs of caregivers was need to know the method of infectious prevention for children having acute respiratory infections with the Mean score of 2.72 (S.D.=0.56), and second highest score was need to know the method of taking care of children in taking medications and having side effects with the Mean score of 2.72 (S.D.=0.59). Nurses could use the research findings as a guideline in generating health education and skill training for caregivers in taking care of the children with acute respiratory infection, appropriately and accurately.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ได้แก่ โรคหวัด คออักเสบ หูอักเสบ หลอดลมใหญ่อักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบ และโรคที่รุนแรง และมีปัญหามากถูกต้องที่ต้องรับประวัติเป็นพิเศษ คือ "โรคปอดบวม" ซึ่งเป็นสาเหตุของการเลี้ยงชีวิตในเด็กเล็กทั่วโลกเฉียบพลัน 2 ล้านคน ทุกๆ นาทีจะมีเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย死มากขององค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ออกมาผลักดันให้ทั่วโลกมีการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคปอดบวมอย่างจริงจังเพื่อลดอัตราการเลี้ยงชีวิตของเด็กทั่วโลกลง 2 ใน 3 ภายในปี 2558 (World Health Organization, 2015)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ เป็นความเจ็บป่วยของเด็กที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลก ทำให้ต้องมีการใช้บริการสาธารณสุขมากที่สุด อัตราป่วยของ

โรคนี้ในประเทศไทยหรือกำลังพัฒนาจะสูง เท่าๆ กัน แต่อัตราตายในประเทศไทยกำลังพัฒนาจะสูงถึง 20-50 เท่า ของประเทศพัฒนาแล้ว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) นอกจากนั้นโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข พบร่วมเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กต้องมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสูงถึงร้อยละ 40-60 เช่นรับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยในร้อยละ 10-20 และมีอัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจเท่ากับ 1.56 ต่อแสนราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากการศึกษาของชาติอุรุวิ บุญธนาวงศ์, นلينรัตน์ ชัยกิจไวย ศุภวัฒนา สุวรรณแสง (2550) ซึ่งได้รูปแบบในการดูแลเด็กและความสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็ก พบร่วม มีเด็กจำนวน 64 และ 30 ราย จากครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

1.23 และ 1.46 ครั้งตามลำดับ และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) ซึ่งหมายความว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็ก

วินเกท - แลดเคย์ (Wingate & Lackey, 1989 อ้างใน รสศุคนธ์ เจ้ออุปถัมภ์, 2553) ได้ทำการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้าน พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความต้องการมากน้อยในแต่ละด้านที่แตกต่างกันแต่ ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังพบว่าความต้องการของผู้ดูแลสามารถจำแนก เป็น 7 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการเลี้มสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการเงิน และด้านการพักผ่อน

การดูแลช่วยเหลือรวมทั้งการตอบสนองต่อ ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการช่วย ส่งเสริมกระบวนการทาง心理หรือลดภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วย ตลอดทั้งช่วยในการปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย และผู้ดูแล (พนิดา จิตรัมย์ และคณะ, 2556) ดัง ทฤษฎีการดูแลของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งได้กล่าว ว่า การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องการ ดูแล และยังรวมถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแลมีปัจจัยที่หลัก (Basic conditioning factors: BCFs) ที่แตกต่างกัน พบร่วมกับปัจจัยที่มีผลต่อความ ต้องการของผู้ดูแลนั้นแตกต่างตาม อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความแตกต่างกันใน การดูแล ซึ่งผู้ดูแลก็มีความต้องการเช่นกัน โดยความ ต้องการ Maslow กล่าวว่าความปรารถนาของมนุษย์ นั้นติดตัวมาแต่กำเนิดและความปรารถนาเหล่านี้จะเรียง ลำดับขึ้นของความปรารถนา ตั้งแต่ขั้นแรกไปสู่ความ ปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ ลำดับขึ้นความต้องการ ของมนุษย์ (The Need-Hierarchy Conception of Human Motivation) ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของกรณี อนุสันธิ (กรณี อนุสันธิ, 2555) ศึกษา พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุนและ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วย โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจวัย 1-5 ปี พบร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติด เชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r=0.135, p=0.045$)

จากการมารับรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคติด เชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยในกุฏิราษฎร์ โรงพยาบาลติดเชื้อ จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนเดือนละ 34-64 ราย (หอ ผู้ป่วยในกุฏิราษฎร์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์กร มหาชน, 2558) และจากการศึกษาความต้องการในการดูแลจำนวน 15 ราย ขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลในวันแรกของการนอนพักรักษา โดยการ ซักถามเรื่องความต้องการเรื่องการดูแลผู้ป่วยได้ข้อมูล ว่าส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ข้อมูล ว่าส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาล การดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะ ศึกษาและสำรวจความต้องการของผู้ดูแลในเรื่องของ การดูแลเด็ก โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แก่เด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดภาระการดูแลที่หนักและยากขึ้นให้กับผู้ดูแล สามารถดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ในหอผู้ป่วยในกุฏิราษฎร์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

2. คึกข่ายเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ของผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

สมมติฐานของการวิจัย

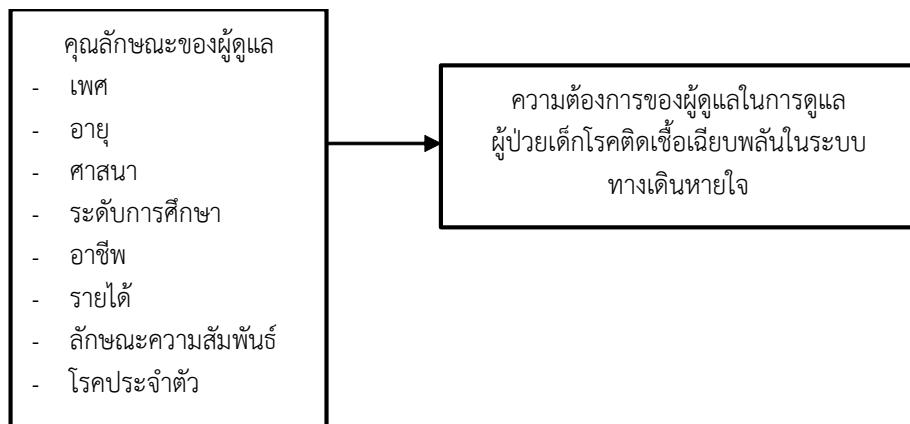
ผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่มีคุณลักษณะทั่วไปที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะความสัมพันธ์ และโรคประจำตัว มีความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาด้านค่าวาระนักกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล พบร่วมหาณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่สำคัญ คือ ทฤษฎีการดูแลของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งได้กล่าวว่า การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเอง

ได้ ยอมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้พยายามสามารถให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยการทำแท่น หรือ การชี้แนะการสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นต้น จากทฤษฎีและการคึกข่ายเรื่องความต้องการของแต่ละบุคคลแตกต่างกันพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลนั้นแตกต่างตาม อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

แนวคิดของวิงเกท - เลคเคอร์ (Wingate & Lackey, 1989 อ้างใน รสศุคนธ์ เจืออุปถัมภ์, 2553) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้าน พบร่วมหาณฑ์ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการมากน้อยในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน แต่ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงล้มเหลว (Correlational Descriptive Research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลติดภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากร

จากสถิติการมารักษาของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลติดภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนเดือนละ 34-64 ราย (หอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์กรมหาชน, 2558)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งจากสถิติการมารักษาของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์กรมหาชน จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนเดือนละ 34-64 ราย (หอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์กรมหาชน, 2558) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงเลือกเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม จำนวน 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือการวิจัยเรื่องความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ที่โรงพยาบาลราชวิถีภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร ของพิพัลย์ ชีรสิริโรจน์

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชัน}} = 1$$

(สุภาพร เชษฐิด และภานิชชา จงสุภางค์กุล, 2556) แบ่งเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ลักษณะคำถาม เป็นลักษณะปลายเปิด (Close-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions or Opened form) จำนวน 8 ข้อ

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะคำถาม เป็นลักษณะปลายเปิด (Close-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions or Opened form) จำนวน 3 ข้อ

3. แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล จำนวน 27 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีความต้องการ ให้ 0 คะแนน

มีความต้องการน้อย ให้ 1 คะแนน

มีความต้องการปานกลาง ให้ 2 คะแนน

มีความต้องการมาก ให้ 3 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ด้วยการจัดระดับคะแนนออกเป็น 4 กลุ่ม นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 0-3 ระดับ ตามเกณฑ์ การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977:14) ดังนี้

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้ มากำหนดค่าค่าคะแนน โดยจัดระดับสัมพันธภาพได้ดังนี้

ค่าค่าคะแนนเฉลี่ย	0	หมายถึง	ระดับไม่มีความต้องการ
ค่าค่าคะแนนเฉลี่ย	0.99 – 1	หมายถึง	ระดับมีความต้องการน้อย
ค่าค่าคะแนนเฉลี่ย	1.01 – 2	หมายถึง	ระดับมีความต้องการปานกลาง
ค่าค่าคะแนนเฉลี่ย	2.01 – 3	หมายถึง	ระดับมีความต้องการมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม 2559–สิงหาคม 2559 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเองโดยขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอทำวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน สลงถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
4. ขณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะเสนอเป็นทางวิชาการ และแสดงเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนำออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
5. ในขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัย ผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อสามารถตอบคำถามหรือให้คำอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถามบางข้อ หลังตอบคำถามเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตอบคำถามบางข้อหรือตอบไปไม่ตรงคำถามผู้วิจัยสอบถามและอธิบายแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน
6. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมายังเคราะห์ทางค่าสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนตรวจสอบความสมบูรณ์และ การจัดระเบียบทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Stat) ได้แก่ t-test และ F-test (ANOVA)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความล้มเหลวนี้ของคุณลักษณะของผู้ดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ ที่ได้รับการรักษาในหอพักรักษาในห้องพักรักษาในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 64 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม–สิงหาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการรวมที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอ รายละเอียดด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 3 ความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 4 ความเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลโดยจำแนกตามเพศ กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีบลันในระบบทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะที่ว่าไปของผู้ดูแลโดยจำแนกตามอายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัว กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลที่ว่าไปของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ

การแจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลที่ว่าไปของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ และข้อมูลนี้ความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 64 คน ซึ่งข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลที่ว่าไปของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	26.6
	หญิง	47	73.4
อายุ (ปี)			
	15 - 25 ปี	21	32.8
	26 - 35 ปี	26	40.6
	36 - 55 ปี	15	23.4
	มากกว่า 55 ปี	2	3.1
ศาสนา			
	พุทธ	64	100.0
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	2	3.1
	ประถมศึกษา	16	25.0
	มัธยมศึกษา	22	34.4
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	9	14.0
	อนุปริญญา	2	3.1
	ปริญญาตรี	10	15.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	4.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	15.6
เกษตรกรรม	7	10.9
รับจ้าง	22	34.4
ค้าขาย	10	15.6
รับราชการ	3	4.7
ธุรกิจส่วนตัว	7	10.9
อื่นๆ	5	7.8
รายได้		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	8	12.5
5,001 – 10,000 บาท	23	35.9
10,001 – 15,000 บาท	14	21.9
15,001 – 20,000 บาท	9	14.1
20,001 – 25,000 บาท	3	4.7
มากกว่า 25,000 ขึ้นไป	7	10.9
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ		
บิดา	12	11.6
มารดา	44	63.6
พี่/น้อง	5	2.6
ญาติใกล้ชิด	3	14.9
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ปฏิเสธโรคประจำตัว	64	100.0

จากตารางที่ 1 พบร่วมกันว่า การแจกแจงความถี่จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบร่วมกันว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 26–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.4 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 34.4 และส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001–10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 63.6 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้น ในระบบทางเดินหายใจ

การแจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูล ทั่วไปของเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจและข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วนจำนวน 64 คน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	36	56.2
	หญิง	28	43.8
อายุ	แรกเกิด – 1 ปี	30	46.9
	2 - 4 ปี	19	29.7
	5 - 10 ปี	14	21.7
	11 – 14 ปี	1	1.6
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	34	53.1
	อนุบาล	16	25.0
	ประถมศึกษา	10	15.6
	มัธยมศึกษา	4	6.3

จากตารางที่ 2 พบร้า การแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบร้า กลุ่ม ตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.2 กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาเมื่ออายุ 2-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.7 และ จะเห็นได้ว่าเด็กยังมีอายุน้อยเลี้ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ เอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจได้มากขึ้น กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือเนื่องจากไม่ถึง เกณฑ์การเรียน คิดเป็นร้อยละ 53.1

ส่วนที่ 3 ความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการ แปลผลความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติด เชื้อเอชพลั้นในระบบทางเดินหายใจ และข้อมูลมีความ สมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 64 คน ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรค ติดเชื้อเรียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$)

ความต้องการ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม	2.26	0.42	มาก
ความต้องการของผู้ดูแล			
การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	2.52	0.71	มาก
และภาวะแทรกซ้อน			
การดูแลเรื่องการรับประทาน	2.61	0.60	มาก
อาหาร			
การดูแลเรื่องการรับประทาน	2.66	0.59	มาก
ยาและผลข้างเคียงของยา			
การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน	2.28	0.84	มาก
และออกกำลังกาย			
การดูแลเรื่องพัฒนาการและ	2.59	0.63	มาก
การเจริญเติบโต			
การดูแลเรื่องการป้องกัน	2.72	0.57	มาก
การติดเชื้อ			
แพทาย และพยาบาลเบ็ดโอลักษณะใน	2.55	0.61	มาก
การซักถามและตอบข้อสงสัย			
มีเวลาเพื่อดูแลตนเอง	2.19	0.81	มาก
คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ	2.19	0.81	มาก
ของตนเองให้แข็งแรง			
มีเวลาในการออกกำลังกาย	2.02	0.74	มาก
ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	2.53	0.68	มาก
ได้รับการดูแลรักษาเมื่อ	2.44	0.75	มาก
ตนเองเจ็บป่วย			
ให้เด็กรู้ว่าท่านรักและเอาใจใส่	2.64	0.74	มาก
เด็กรู้คุณค่าของท่าน	2.16	0.91	มาก
มีที่พิงทางใจเมื่อท่านเกิด	2.23	0.81	มาก
อาการท้อแท้			
มีเวลาเพื่อไปปฏิบัติกิจกรรมทาง	1.73	0.72	ปานกลาง
ศาสนา เช่น สรวมมนต์ ฯลฯ			
มีเวลาเพื่อไปเข้าร่วมกิจกรรมทาง	2.05	0.72	มาก
ศาสนา เช่น เข้าโบสถ์ เข้าวัด ฯลฯ			

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรค ติดเชื้อเอียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$) ต่อ

ความต้องการ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความต้องการของผู้ดูแล			
มีสมาธิกในครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้ หากท่านไม่สามารถดูแลได้	2.33	0.81	มาก
มีสมาธิกในครอบครัวพำเพย์หากท่านไม่สามารถไปพบแพทย์ได้	2.33	0.83	มาก
มีสมาธิกในครอบครัวจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็ก	2.33	0.75	มาก
มีสมาธิกในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระดูแลทำงานบ้าน	2.19	0.83	มาก
ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็ก	2.25	0.90	มาก
ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่าน	1.89	1.04	ปานกลาง
เวลาเพื่อจะพบรอบเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน	1.64	0.88	ปานกลาง
เวลาเพื่อจะไปเที่ยวพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด	1.92	0.98	ปานกลาง
ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	1.97	0.79	ปานกลาง
มีเวลาพักผ่อนนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเครียด และความเมื่อยล้า	2.28	0.70	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอียบพลันในระบบทางเดินหายใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.26$, S.D. = 0.42) โดยมีความต้องการค่าเฉลี่ยการลังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 0.71) การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 2.61$, S.D. = 0.60) และการดูแลเรื่องรับประทานยาและ

ผลข้างเคียงของยา ($\bar{X} = 2.66$, S.D. = 0.59) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยต้องการเวลาเพื่อจะพบรอบเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านมีค่าต่ำสุดและมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.64$, S.D. = 1.88) โดยมีค่าเฉลี่ยต้องการได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัว ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 1.04) และมีเวลาเพื่อจะไปเที่ยวพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 1.92$, S.D. = 0.98) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล โดยจำแนกตามเพศกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

เนื่องจากการกระจายของค่าคะแนนตัวแปรที่

ตารางที่ 4 แสดงตัวแปร \bar{X} , S.D., t และ p ของการทดสอบความแตกต่างความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเมื่อจำแนกตามเพศ ($n=64$)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	t	p - value
เพศ				
ชาย	2.07	0.50	0.446	0.389
หญิง	2.17	0.31		

จากตารางที่ 4 ไม่พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเมื่อเปรียบเทียบโดยจำแนกตามเพศ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล โดยจำแนกตามอายุ ค่าสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัว กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

ตารางที่ 5 แสดงตัวแปร \bar{X} , S.D., F และ p ของการทดสอบความแตกต่างความต้องการของผู้ดูแลซึ่งจำแนกตามปัจจัยบุคคลด้านอายุ ค่าสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัว กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	F	p - value
อายุ				
15 - 25 ปี	1.96	0.49	1.036	0.459
26 - 35 ปี	2.05	0.52		
36 - 55 ปี	2.05	0.48		
มากกว่า 55 ปี	2.05	0.63		

คึกคักเป็นโคงปกติ การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ โดยจำแนกตามเพศจึงใช้ t-test ดังตารางที่ 4

เนื่องจากการกระจายของค่าคะแนนตัวแปรที่คึกคักเป็นโคงปกติ การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจโดยจำแนกตามอายุ ค่าสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัวจึงใช้ F-test (ANOVA) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงตัวแปร \bar{X} , S.D., F และ p ของการทดสอบความแตกต่างความต้องการของผู้ดูแลซึ่งจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความล้มพ้นธุรกิจของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัว กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$) (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	F	p - value
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2.23	0.71	0.715	0.822
ประถมศึกษา	1.98	0.58		
มัธยมศึกษา	1.99	0.46		
ปวช.	1.83	0.52		
ปวส.	1.98	0.38		
อนุปริญญา	2.07	0.05		
ปริญญาตรี	2.17	0.54		
สูงกว่าปริญญาตรี	2.39	0.44		
อื่นๆ	2.65	-		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.12	0.60	1.021	0.475
เกษตรกรรม	2.01	0.55		
รับจ้าง	2.03	0.45		
ค้าขาย	1.89	0.56		
รับราชการ	2.31	0.64		
ธุรกิจส่วนตัว	1.83	0.54		
อื่นๆ	1.90	0.49		
รายได้				
< 5,000 บาท	2.15	0.59	0.572	0.937
5,001 – 10,000 บาท	2.02	0.49		
10,001 – 15,000 บาท	1.98	0.60		
15,001 – 20,000 บาท	2.00	0.44		
20,001 – 25,000 บาท	2.02	0.55		
มากกว่า 25,000 บาท	2.02	0.65		

ตารางที่ 5 แสดงตัวแปร \bar{X} , S.D., F และ p ของการทดสอบความแตกต่างความต้องการของผู้ดูแลซึ่งจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัว กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ ($n=64$) (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	F	p - value
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ				
ปิตา	2.11	0.51	1.135	0.360
มารดา	2.00	0.52		
พี่/น้อง	2.16	0.45		
ญาติใกล้ชิด	1.95	0.58		
อื่นๆ	2.26	0.60		

จากตารางที่ 5 ไม่พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ เมื่อเปรียบเทียบโดยจำแนกตามอายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ และโรคประจำตัว

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ ในโรงพยาบาล ตัดยุ่มแหน่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้ระเบียบวิจัย (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษารูปแบบการวิเคราะห์สมการเพื่อทดสอบความสอดคล้องของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอลิเมร์ (Orem 1991) กับข้อมูลความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ พบว่า เด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดจึงต้องมีผู้ดูแล ซึ่งการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยส่งเสริมกระบวนการหายหรือลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ตลอดทั้งช่วยในการการปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล (พนิดา จริตรัมย์ และคณะ, 2556) ดังทฤษฎีการดูแลของโอลิเมร์ (Orem, 1991) ซึ่งได้กล่าวว่า การรักษาไวรัสซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น

บุคคลต้องการดูแล และยังรวมถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors: BCFs) ที่แตกต่างกัน พบร่วมปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลนั้นแตกต่างตาม อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความแตกต่างกันในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลก็มีต้องการเช่นกัน แต่จากการวิจัยพบว่า ไม่พบความแตกต่างความต้องการ เมื่อเปรียบเทียบโดยจำแนกตามอายุชาย และหญิง พบร่วมกันไม่แตกต่าง ($p\text{-value}=0.360$) อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ พบร่วมกันไม่แตกต่าง ($p\text{-value}=0.360$) จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลที่มีความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไปมีความต้องการในการดูแลเหมือนกัน ซึ่งไม่ตรงกับทฤษฎีของโอลิเมร์ เนื่องจากจำนวนของประชากรอาจมีจำนวนน้อยจึงไม่ตรงกับทฤษฎี

ข้อเสนอแนะ

- ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเอชพีวีในระบบทางเดินหายใจ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโดยนำมาเป็นแนวทางการส่งเสริมในการให้ความรู้ และส่งเสริมทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อ

เฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ได้อย่างเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการวิจัย ในการทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถนำข้อมูลความต้องการของผู้ดูแลจากการทำวิจัยในครั้งนี้ไปทำเป็นโปรแกรมวางแผนการจ้างน่าอยู่ป่วยในหอผู้ป่วยในกุฏิารเวชกรรมต่อไปได้

บรรณานุกรม

กัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กเป็นโรคหอบหืด.

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ชาติวุฒิ บุญธรรมวงศ์ นลินรัตน์ ชัยกิจไทย ศุภวัฒนา สุวรรณแสง. (2550). รูปแบบในการดูแลเด็กและ ความสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็ก. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559, จาก [www.med.nu.ac.th/chem/New%20Folder%20\(2\)/.../ARIC.doc](http://www.med.nu.ac.th/chem/New%20Folder%20(2)/.../ARIC.doc).

ภรณี อันสันธี. (2555). ศึกษาพฤติกรรมแสวงหากาражดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุนและการสนับสนุนทางลังคอม ของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจวัย 1-5 ปี.

สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

พนิดา จริตรัมย์ และคณะ. (2556). ความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหlodot เลือดสมองขณะพัก รักษาตัวที่บ้าน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรงนารี.

รสศุคันธ์ เจืออุปถัมย์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหlodot เลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.

หอผู้ป่วยในกุฏิารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์กรมหาชน. (2558). สถิติการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ในกุฏิารเวชกรรม. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร.

Orem, DE. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th ed. St. Louis : Mosby-Year Book.

World health organization. (2009). Asthma. Retrieved July 3, 2013, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.

World health organization. (2015). Asthma. Retrieved July 3, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.



ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
คือหลักฐานที่เป็นสากลของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล
Nursing Outcome : Standard Evidence of Nursing Practice

ดร.พวงรัตน์ บุญญาณรักษ์

บทคัดย่อ

ความเป็นสากลของวิชาชีพการพยาบาล ปรากฏชัดเจนทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลทั่วโลกใช้กระบวนการพยาบาลใน การปฏิบัติการบริการการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพ มาแล้วอย่างยาวนาน วัตถุประสงค์ของบทความนี้ คือ การอภิปรายความสำคัญของกระบวนการพยาบาลที่ใช้ความรู้เฉพาะของวิชาชีพการพยาบาลผ่านทางกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล การคิดวิจารณญาณ และความคิดสร้างสรรค์ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการรายบุคคลได้ ผู้ปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องแสดงออกให้ปรากฏอย่างเด่นชัดได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระสามารถสร้างเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในทุกระดับของความเจ็บป่วยสำหรับ

ผู้ใช้บริการสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัจจุบันมีการกำหนดเป็นภาษาสากลของวิชาชีพการพยาบาลและการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของแต่ละปัญหาสุขภาพ และมีหลายประเทศได้แปลเป็นภาษาของตนเองเพื่อใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล ในตอนท้ายของบทความนี้เขียนนำเสนอนโยบาย การใช้ผลลัพธ์และหลักฐานทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในทุกเวรทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการบริการการพยาบาลของตน การเน้นที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลถือเป็นกุญแจสำคัญของการพัฒนางานวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

Abstract

Internationalized professional nursing has been explicitly visible in both academic and practice dimensions. Nursing process has long time been globally applied in nursing service for health care consumers. The objective of this article is to discuss about the importance of nursing process using

specific knowledge-based through reasoned thinking, critical thinking and creative thinking in solving health problems for each individual consumer. The obligation of professional nurses to be autonomous in nursing knowledge application is argued as to indicating their independent role in generating nursing

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

outcomes for all levels of health problems of an individual client, family and community. Currently, nursing language and its classifications showing the linkages of nursing diagnoses, nursing interventions and nursing outcomes for each specific health problem has been used universally and translated into many local languages. Moreover, the author proposes the

guideline of using nursing outcomes and evidence that could be applied for nursing practice in each shift as to encourage professional nurses in enhancing their quality of nursing practice. Focusing on nursing outcomes is considered a milestone for continuing professional nursing development.

ความนำ

วิชาชีพการพยาบาลในระดับสากลได้ใช้ความพยาบาลมาอย่างยาวนานที่จะสร้างฐานความรู้ของวิชาชีพที่สามารถรองรับการปฏิบัติเชิงวิชาชีพและต้องพัฒนาคุณภาพของการดูแลที่ปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ ในทุกระดับและทุกกลุ่มของ การบริการการพยาบาล ตามระดับของความมีสุขภาพดี ความเจ็บป่วยและการเข้าสู่ภาวะของการตายของมนุษย์ ความต้องการดังที่กล่าวมานี้นำไปที่ความต้องการสิ่งที่จะเป็นตัวแทนและการจำแนกฐานความรู้ของการพยาบาล สิ่งนี้เป็นประเด็นของวิชาชีพการพยาบาลในทุกๆ ประเทศมาอย่างต่อเนื่อง (Kautz, Kuper, Pesut & Williams, 2006) ที่จะต้องแสดงออกให้เป็นที่ประจักษ์ด้วยการใช้กระบวนการ การพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่อธิบายได้ด้วยองค์ความรู้ของวิชาชีพการพยาบาล และสิ่งที่เป็นหลักของฐานความรู้อันสำคัญยิ่ง คือ ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ผลลัพธ์ที่ผู้ใช้บริการการพยาบาล (Patient outcome) และ การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) (Lavin, Meyers & Ellis, 2007) ในเรื่องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ทัศนะของ Abdellah (1969) ซึ่งเป็นที่ยอมรับมานานกว่า 50 ปี อภิปรายได้ว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นฐานของวิทยาศาสตร์ของการพยาบาล จึงเป็นความต้องการอันสูงยิ่งของวิชาชีพการพยาบาลที่จะต้องมีภาษาของวิชาชีพโดยเฉพาะ อย่างมีระบบ และเป็นสากล (Standardized

Nursing Languages : SNL) การวิพากษ์ เรื่อง ความต้องการภาษาของวิชาชีพการพยาบาลที่มีมาอย่างต่อเนื่องมากกว่าสามทศวรรษที่ผ่านมา (Mass, 1985 ; Gebbies & Levin, 1975; Jones, 1997; Hunt, Sproat, & Kitzmiller, 2004; Bakken & Currie, 2011) ในที่สุดก็ได้มีข้อสรุปแล้วในเวลานี้ที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนในโลกใบนี้ที่สามารถใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพ ของตนเองได้เป็นประจำ คือระบบที่เชื่อมโยงสามเรื่องเข้าไว้ด้วยกัน คือ ข้อวินิจฉัย ผลลัพธ์ และการปฏิบัติทางการพยาบาล (Marion, Moorhead, Bulechek, Butcher, Mass, & Swanson, 2012) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพของทุกประเทศจึงควรได้ศึกษาและนำไปใช้ในชีวิตการทำงานจริงที่ปฏิบัติอยู่ประจำวันอย่างชัดเจนถึงภาษาของวิชาชีพการพยาบาลโดยอธิบายฐานความรู้ได้อย่างมีเหตุผลและชื่อถือได้ บทความนี้มุ่งที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลบนฐานความรู้เฉพาะ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์อันจะส่งผลไปที่คุณค่าของ การปฏิบัติวิชาชีพที่ผู้ใช้บริการสุขภาพและที่มีสุขภาพรับรู้ได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแสดงความเป็นวิชาชีพ

ศูนย์การจำแนกการพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยไอโวอา (The Center for Nursing Classification) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้สร้างภาษาของวิชาชีพการ

พยาบาลด้วยการวิจัยมาเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี และได้พัฒนาให้ 3 ภาษาที่สำคัญสำหรับกระบวนการพยาบาล ให้มีความเชื่อมโยงกัน คือ ระบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA-I = North American Nursing Diagnosis Association-International, 2005) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification = NOC) (Moorhead, Mass, & Johnson, 2004) และการปฏิบัติทางการพยาบาล (Nursing Intervention Classification) (Dochterman, & Bulechek, 2004) ซึ่งทั้งสามส่วนของกระบวนการพยาบาลที่ก่อตัวมาในฝีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนด้วยการใช้ภาษาเดียวกันของวิชาชีพการพยาบาลที่มาจากการคุ้มครองความรู้เฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล ระบบการจำแนกดังกล่าวข้างต้น ได้มีการเผยแพร่มาแล้วเป็นลำดับ ซึ่งวิชาชีพการพยาบาลของทุกประเทศสามารถนำไปใช้ด้วยภาษาของตนเองและได้มีการแปลไปแล้วมากกว่า 15 ภาษา ได้ใช้กันแล้วมากกว่า 30 ประเทศ (Johnson et al., 2012) แต่ยังไม่มีการแปลเป็นภาษาไทย อย่างไรก็ตามพยาบาลไทยสามารถใช้ชุดบันทึกนับที่เป็นภาษาอังกฤษที่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่แล้วอย่างกว้างขวางและค้นหาได้ในห้องสมุดของสถานศึกษาพยาบาล ผู้เขียนมีความเห็นว่าประเทศไทยน่าจะต้องถือเป็นเรื่องเร่งด่วนในการพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับระบบที่เป็นสากลของวิชาชีพการพยาบาล เพื่อที่จะแสดงออกให้ชุมชนได้เห็นถึงผลของการปฏิบัติงาน วิชาชีพการพยาบาลที่ปราฏฐานที่ผู้ให้การบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยเดียว จะแสดงได้อย่างชัดเจนถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพกำหนดให้มีการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ในเวรหนึ่งๆ มีผู้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาลไว้ดังนี้ คือ "สภาวะ พฤติกรรม หรือการรับรู้ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในแต่ละระยะของความมีสุขภาพดีและการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ได้ โดยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล" (Moorhead et al., 2008, p. 30) ซึ่งในการปฏิบัติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีผลไปที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นอาจมาจาก 1) การปฏิบัติที่มาจากบุคลากร

ในที่มีสุขภาพที่ได้ร่วมปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ หรือ 2) พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยบริการโดยตรงแล้วส่งผลที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หรือ 3) การปฏิบัติต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้การปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นนั้นต้องมาจากฐานความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลที่ปรากฏอย่างเด่นชัด โดยที่พยาบาลเป็นผู้กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังที่กล่าวมานี้แล้ว

ผู้เขียนขอนำเสนอกรณีตัวอย่างที่แสดงว่าพยาบาลได้ใช้ความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลอย่างอิสระ ผู้ป่วยชายเจ้ามม อายุ 47 ปี แต่งงานและมีบุตรแล้ว มีตำแหน่งหน้าที่ด้านการบริหารระดับสูง เป็นผู้ที่เอาใจใส่ต่อความสุขของคนของรักของตนของสูงมาก แพทย์กำหนดแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลมากกับรูปรับลักษณ์และอื่นๆ ที่จะตามมาหลังการผ่าตัด สิ่งที่พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพจะสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ คือ "การรับรู้ต่อความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง (Low self-worth)" ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะเช่นกรณีนี้มาแล้วจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงสามารถนำมาปฏิบัติกับผู้ป่วยนี้ได้ โดยต้องพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงและส่งผลถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สร้างเสริมการเพิ่มคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยกรณีนี้ ซึ่งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยรายนี้ทำได้ดังต่อไปนี้ คือตั้งแต่ระยะก่อนรับเข้าในโรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัด คือตั้งแต่ที่หน่วยผู้ป่วยของที่เจ้าเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบผู้ป่วยคนนี้อย่างต่อเนื่อง และส่งต่อเมื่อปฏิบัติต่อไปที่ห้องผู้ป่วยในจังหวะที่ผู้ป่วยกลับบ้าน นี้คือการแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพการพยาบาลที่มีความเป็นอิสระ (Professional nursing autonomy) คือสามารถคิดและวิเคราะห์ด้วยความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแล้วกำหนดเป็น "ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล" เป็นการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้ผลลัพธ์เกิดขึ้นได้จริงในช่วงเวลาหนึ่งหรือในเวรหนึ่งๆ ดังนั้นพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องทำงานร่วมกันโดยคำนึงหาว่าคุณค่าในตนเองคืออะไร ทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร ผู้ป่วยจะมีความเข้มแข็งด้านจิต

อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม ในขณะที่กระบวนการรักษาดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง และการพยาบาลต่อปัญหาและความต้องการที่มีผลมาจากการผ่าตัด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับการผ่าตัด การสร้างความมีคุณค่าในตนเอง ให้กับผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไปอีกร้อนๆ กับการได้รับการพยาบาลอื่นๆ หลังการผ่าตัด

ความเจ็บปวด เป็นอาการที่ปรากฏชัดในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด และผลลัพธ์ทางการพยาบาลมักมุ่งไปที่การแสดงความเจ็บปวดโดยนำหลักการรักษาของแพทย์มาชี้นำและใช้เป็นการปฏิบัติการพยาบาล (Medication management) ซึ่งไม่ถือว่าเป็นบทบาทหรือส่วนของการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปแล้วพยาบาลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับเรื่องยาเป็นการปฏิบัติการพยาบาลลำดับแรก ส่วนการปฏิบัติที่มาจากฐานความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลจะได้รับการพิจารณาให้ความสำคัญในระดับที่ต่ำที่สุด ไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการปฏิบัติเฉพาะผู้ป่วยรายบุคคล เช่น การจัดท่า (Positioning) สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีอาการปวดแผลผ่าตัด หากพยาบาลไม่ได้กำหนดวิธีการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยคนหนึ่งๆ วิธีการนั้นก็ไม่ถือว่าสอดคล้องกับการปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่ต้องตอบสนองความต้องการและความเป็นบุคคลเฉพาะ ทำให้มีความสามารถให้การยืนยันได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลไปที่การลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยคนนั้นๆ และหากพยาบาลเน้นการใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้กำหนดทำให้การกำหนดผลลัพธ์ของการปฏิบัติการนั้นๆ ไม่แสดงความเป็นวิชาชีพของพยาบาล ข้อเสนอที่มีชื่อความเป็นวิชาชีพในการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น "ผู้ป่วยสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้" นั้น พยาบาลสามารถพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้หลักหลาย เช่น การใช้ดนตรี (Music therapy) การลีฟาร์ม ให้มีการนอนหลับ (Sleep enhancement) การผ่อนคลายเชิงการบำบัด (Relaxation therapy) เป็นต้น (Johnson et al., 2012) การปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลเป็นผู้คิด ค้นคว้า และควบคุมการปฏิบัติบนฐานของความรู้ของวิชาชีพ ซึ่งสามารถทำการวิจัยรองรับผลลัพธ์ให้เป็นที่ประจักษ์ ทั้งนี้เพื่อให้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลจึงแสดงออกได้ว่าพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติการพยาบาลบนฐานของความรู้ที่ปรากฏในวิชาชีพการพยาบาลที่มีความเป็นอิสระ และสามารถรับรองผลของการปฏิบัติการพยาบาลได้ (Professional nursing accountability) ทั้งนี้ก็กรรมการปฏิบัติของบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ ก็ปฏิบัติไปด้วยพร้อมๆ กัน เช่น ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามที่มีคำสั่งการรักษาโดยมีพยาบาลเป็นผู้กำกับ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลด้วยวิธีการปฏิบัติการที่พยาบาลเป็นผู้คิด ค้นคว้า และพัฒนาบนฐานของความรู้ของวิชาชีพ และบทบาทอิสระของวิชาชีพ กลุ่ม ชุมชน หรือสมาคมพยาบาลเฉพาะสาขาด้วยการสนับสนุนขององค์กรวิชาชีพ จึงได้พัฒนาหลักสูตรเฉพาะต่างๆ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (Oncological nursing) ที่จัดเป็นหลักสูตรระยะสั้น 4-6 เดือน ที่ได้รับการรับรองจากสถาการพยาบาลว่าเป็นหลักสูตรที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่แสดงว่ามีความรู้เฉพาะในเรื่องการพยาบาลเฉพาะทางของการพยาบาลที่มีเนื้อหาเชิงแนวคิดและทฤษฎีที่พยาบาลวิชาชีพต้องเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากหลักสูตรพื้นฐานระดับปริญญาตรี และสามารถศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลสาขาต่างๆ ของการพยาบาลในระดับปริญญาโทได้ต่อไปด้วย สิ่งนี้ชี้นำไปสู่การใช้งานคุณวุฒิในระดับที่สูงขึ้นต่อไปในการตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลให้ได้อย่างมีคุณภาพสูงยิ่งขึ้นไปอีกด้วย ดังนั้นวิชาชีพการพยาบาลของประเทศไทยได้รับการยอมรับอย่างเป็นสากลว่าระดับของวิชาชีพการพยาบาลอยู่ในชั้นสูงเช่นเดียว ประเทศไทยมีหลักฐานเพียงพอที่จะพิจารณาตนเองว่าเป็นเช่นนี้แล้วหรือไม่

ประเทศไทยได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาลมากกว่า 50 ปี ซึ่งก้าวไปพร้อมๆ กับวิวัฒนาการของกระบวนการพยาบาลในระดับสากล อันสืบเนื่องมาจาก การที่พยาบาลไทยจำนวนหนึ่งได้รับทุนการศึกษาทางการพยาบาลในระดับปริญญาโทและเอกจากประเทศสหราชอาณาจักร และผู้นำทางการพยาบาลของประเทศไทยทุกชุดทุกสมัยได้มีส่วนในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพยาบาล จึงได้รับการพัฒนามาเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดกล่าวร่วมกันในการใช้

กระบวนการพยาบาล จากประวัติของวิชาชีพการพยาบาลโดยสากลได้มีความพยายามในการพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลมานานกว่า 30 ปี เช่น ในสหราชอาณาจักร อังกฤษ ได้มีความชัดเจนแล้ว ด้วยการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็น 8 หมวด คือ สภาวะทางสรีระวิทยา สภาวะทางจิตใจและความคิด สภาวะทางสังคมและบทบาท สภาวะการทำงานของร่างกาย สภาวะความปลอดภัย สภาพของผู้ป่วยและในครอบครัว เจตนาคติ ความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพ และการรับรู้ความมีสุขภาพดี (Johnson, Mass, & Moorhead, 2000)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความสำเร็จของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพคือผู้รับผิดชอบหลักในการตัดสินใจกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย คนหนึ่งๆ ที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่กำหนดให้อยู่ในขอบเขตของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุไว้ในแผนการพยาบาล ในการกำหนดคัดพื้นที่และการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนั้นได้เริ่มใช้กันในวิชาชีพการพยาบาลประมาณปี ค.ศ. 1987 ร่วมกับการทำการวิจัยอย่างต่อเนื่องที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยไอโวอา สหราชอาณาจักร อังกฤษ ซึ่งทำให้เกิดระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานขึ้น (McCloskey & Bulecheck, 1992) จุดมุ่งที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ที่พัฒนาการพยาบาล หรือการกระทำของพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ จึงได้กำหนดเป็นคำจำกัดความของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติเชิงการบำบัดที่มาจากการตัดสินใจทางคลินิกที่พยาบาลเป็นผู้กระทำเพื่อให้ได้ผลตามผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ การปฏิบัติการพยาบาล จึงรวมการดูแลโดยตรงและการดูแลโดยอ้อมที่กระทำต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เริ่มโดยพยาบาลโดยผู้รักษา และผู้อื่นที่ทำหน้าที่ด้านการรักษาร่วมกัน (Bulecheck, Butcher, & Dochterman, 2008) ในการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นนี้เป็นการจัดไว้เป็นชุดของกิจกรรมที่อาจมีการกระทำได้อย่างหลากหลายขึ้นอยู่กับความเฉพาะของผู้ป่วย

คนหนึ่งๆ พยาบาลวิชาชีพสามารถกำหนดการกระทำได้ด้วยตนเองให้สอดคล้องกับผู้ป่วยและในเวลาหนึ่งๆ ดังนั้นในการกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องหนึ่งอาจมีการกระทำได้มากกว่า 30 การกระทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการคิดเชิงวิเคราะห์ของพยาบาลวิชาชีพบนฐานของความรู้ทางการพยาบาลที่สามารถกำหนดการกระทำได้ด้วยตนเองที่ต้องสอดคล้องกับคำจำกัดความของแต่ละการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มีการจำแนกไว้ คณะกรรมการกำหนดการพยาบาลค่าตอบแทน มหาวิทยาลัยไอโวอา สหราชอาณาจักร จึงได้รับรวมการกระทำหรือพฤติกรรมการพยาบาลแล้วพิมพ์เป็นหนังสือมาแล้วอย่างต่อเนื่องและยังคงต้องทำต่อไป เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จัดระบบการจำแนกไว้นั้นสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภทในทุกกลุ่มอายุและในทุกสถานภาพของความเจ็บป่วยและของผู้ป่วย (Marion, Moorhead, Bulecheck, Butcher, Mass, & Swanson, 2012) จึงต้องติดตามผลการวิจัยและการตีพิมพ์ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติวิชาชีพ การพยาบาลและจากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาลที่ผู้วิจัยร่วมทำกับนักศึกษาปริญญาโทนานกว่า 10 ปี ผู้เขียนนำกำหนดความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ 7 ประการดังนี้

1. เป็นการแสดงออกถึงการปฏิบัติเชิงวิชาชีพอย่างมีหลักฐาน การที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลสามารถกำหนดได้わ่องไว คือผลของการปฏิบัติของตนนั้นย่อมเป็นที่แน่นอนว่าจะต้องผ่านกระบวนการเชิงการคิดวิเคราะห์ด้วยแนวคิดและทฤษฎีของวิชาชีพการพยาบาล การเรียนรู้และประสบการณ์ในคลินิกที่ลั่งสมมา เพื่อการตัดสินใจกำหนดแผนการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถกำหนดการปฏิบัติที่เกิดผลดีต่อผู้ป่วยได้เป็นเบื้องต้นและสำคัญยิ่ง ทั้งยังเป็นการแสดงออกถึงระบบการบริหารการพยาบาลที่ส่งเสริมการสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้วย ทั้งนี้ต้องมีสิ่งที่ปรากฏให้เห็นจริงได้ และสามารถวัดผลลัพธ์ได้ เช่น มีการบันทึกอย่างเป็นทางการที่มีระบบชัดเจน และสามารถอ้างอิงเป็นหลักฐานได้ในระบบสากล

2. เป็นการแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพรายบุคคล พยาบาลวิชาชีพมักจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลจะที่ต้องมีการวางแผนการพยาบาลด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้องทุกขั้นตอน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ มีการใช้การตัดสินใจในแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาลด้วยการใช้ความรู้ของวิชาชีพ การพยาบาลเป็นฐานในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติการพยาบาลที่แน่นชัดและมีเป้าหมาย คือ สามารถสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่กำหนดอย่างมีเหตุผลทางวิชาการ และพยาบาลได้ใช้ความพยายามที่จะให้ผลของ การปฏิบัติเกิดขึ้นได้จริง ดังนั้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลงานของตนเอง ให้ปรากฏจริงอย่างมีหลักฐานที่เป็นทางการ

3. เป็นการสร้างคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถแสดงออกได้เป็นประจำ จากการที่พยาบาลวิชาชีพได้พยายามที่จะสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เกิดกับผู้ป่วย พร้อมกับได้มีการจัดระบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ล่วงเริ่มให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมกับได้มีการจัดระบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล หากหันสามเเรื่องนี้เกิดขึ้นได้จริงหันหมดย้อม เป็นสิ่งที่ยืนยันคุณภาพการพยาบาลได้ หรืออย่างน้อย ที่สุดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรู้ได้ว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพ จึงกล่าวได้ว่าหากพยาบาลวิชาชีพใช้ความพยายามในการสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เกิดขึ้นได้จริงในทุกๆ เวลาต่อเนื่องกันทุกๆ วัน ผลการปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างคุณภาพการพยาบาลย่อมเกิดขึ้นได้จริงอย่างมีหลักฐานที่ยืนยันได้

4. เป็นการแสดงถึงความเป็นอิสระของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล ใน การสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาล พร้อมกับต้องมีกระบวนการปฏิบัติเชิงการบริหารที่ปฏิบัติโดยผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับในแนวทางของการสนับสนุนส่งเสริมให้ผลลัพธ์เกิดความสำเร็จได้ กิจกรรมทั้งหมดนี้เกิดขึ้นได้ด้วยความรู้ ความสามารถ และการตัดสินใจของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และพยาบาลผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้ด้วย

เหล่านี้แสดงถึงความเป็นอิสระในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล (Professional nursing autonomy) โดยเฉพาะการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีความมุ่งมั่นให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยในเวลาที่กำหนด และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเอง ในเวลานี้จึงมีการกำหนดระบบการจำแนกซึ่งแล้ว มีการแบ่งแล้วอย่างน้อย 15 ภาษา และมีผู้เข้าเด็กมากกว่า 30 ประเทศ ซึ่งหมายความว่าพยาบาลวิชาชีพได้ใช้ภาษาของตนเองตามระบบการจำแนกตั้งกล่าวโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล ถือว่าเป็นความเป็นอิสระของวิชาชีพการพยาบาล (Johnson et al, 2012)

5. เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติวิชาชีพ การที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้แสดงออกถึงความพยายามที่จะรับรองว่าได้ปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดต่อผู้รับบริการการพยาบาลโดยสามารถอธิบายเหตุผลของการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Professional nursing accountability) เป็นการแสดงว่าผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้ด้นหาผลของการปฏิบัติการพยาบาล คือผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นเอง พร้อมกับค้นหาสิ่งที่ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดผลตามที่คาดหวังอย่างดีที่สุด ทั้งนี้จะต้องมีแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายเชิงเหตุผลได้ และจะตีที่สุดหากมีผลการวิจัยรองรับด้วย ดังนั้นหากมีการปฏิบัติวิชาชีพดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีสุด

6. เป็นการแสดงถึงการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นสากล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้มีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับ ปัจจุบันมีระบบการจำแนกผลลัพธ์และการปฏิบัติทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับชื่อวิภัคัยทางการพยาบาล (NOC and NIC Linkages to NANDA-I) ที่มีการใช้อย่างกว้างขวางแล้วที่ปรากฏอยู่ในชุมชนวิชาชีพการพยาบาลทั่วโลก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในทุกๆ ประเทศสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพได้อย่างอิสระจากหนังสือที่ได้เผยแพร่แล้วเป็นภาษาอังกฤษ (Johnson et al, 2012) ดังนั้นหากประเทศใดได้มีการใช้ระบบการจำแนกผลลัพธ์ การปฏิบัติการพยาบาลและชื่อวิภัคัยทางการพยาบาลตามแนวทางสากลย่อมเป็นการแสดงถึงความเป็นสากลของ การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลของประเทศนั้นๆ

7. เป็นการแสดงถึงจุดเน้นของการบริการการพยาบาลในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement process) เนื่องด้วยการปฏิบัติที่จะสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้นั้นจะต้องมีกระบวนการที่ที่เป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลที่จะต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกๆ เวลา และ ทุกๆ วันที่ให้การบริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยได้ใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ผ่านการวิเคราะห์และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลทางวิชาการที่มีคุณภาพสูงอย่างชัดเจน และวัดผลลัพธ์ได้ด้วยข้อมูลที่เป็นจริง ดังนั้นหากได้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลแล้วย่อมเป็นการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลอย่างชัดเจน

วิวัฒนาการของการนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาใช้ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ยุค คือ ยุคแรกเริ่มจากคริสต์ศักราช 1970 จนถึงปัจจุบัน ใช้เวลาประมาณ 15 ปี เป็นยุคที่มุ่งการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลลีขั้นตอนคือการรวมข้อมูล การวางแผนการปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลของการปฏิบัติ (Pesut & Herman, 1998) ยุคที่สอง ใช้เวลาอีกประมาณ 15 ปี ที่ได้เพิ่มขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการพยาบาลขึ้น ทำให้กระบวนการพยาบาลมี 5 ขั้น อย่างไรก็ตามการที่จะระบุถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลยังไม่ปรากฏชัดเจนเนื่องจากไปรวมอยู่ที่เป้าหมายและการประเมินผลที่จะต้องตอบตามที่ได้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ และในบันทึกทางการพยาบาลไม่ใช้ภาษาในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความหมายตรงกัน ยุคที่สาม เป็นการนำเสนองานให้กระบวนการพยาบาลที่มุ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่รวดเร็วในระดับหนึ่งๆ (OPT: Outcome-Present State-Test) โดยที่สามารถอธิบายเหตุผลทางคลินิกได้ด้วยความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลที่ได้ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลและอย่างสร้างสรรค์ (Pesut & Herman, 1999) โดยที่ใช้เวลาที่ใกล้เคียงกันนี้ได้มีความพยายามให้เกิดภาษาของวิชาชีพ การพยาบาลด้วยการกำหนดระบบการจำแนกข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและ การปฏิบัติการพยาบาลของคณะกรรมการศาสตร์

มหาวิทยาลัยไอโววา สหรัฐอเมริกา (Johnson et al. 2012) ทั้งนี้ได้มีการเผยแพร่ว่าในวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้มาเป็นระยะๆ โดยได้พิมพ์หนังสือการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลครั้งแรกในปี ค.ศ. 1997 (Johnson & Mass, 1997) และต่อมาในปี ค.ศ. 2012 ก็ได้พิมพ์หนังสือที่รวมทั้งการจำแนกข้อมูลนิจฉัย ผลลัพธ์ และการปฏิบัติการพยาบาล ไว้ด้วยกัน ทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวอย่างของผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่กำหนดได้จากข้อมูลนิจฉัยทางการพยาบาล "ความร้อนในร่างกายสูงกว่าระดับปกติ" (Hyperthermia) ที่สามารถกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้คือ "ควบคุมระดับความร้อนในร่างกายให้อยู่ในระดับปกติตลอดเวลา" มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหลายแนวทาง เช่น รักษาภาวะไข้ (Fever treatment) ควบคุมอุณหภูมิ (Temperature regulation) จัดการเกี่ยวกับน้ำ (Fluid management) เป็นต้น (Johnson et al, 2012) ปัญหาของผู้ป่วยเรื่องไข้สูงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้บ่อย ซึ่งพยาบาลมักจะปฏิบัติกันด้วยการปฏิบัติเพื่อลดไข้ด้วยการใช้ยาเบ็นหลักโดยไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงไม่อาจลงผลไปที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างชัดเจน ทั้งยังไม่มีหลักฐานของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลปราภ្យอย่างชัดเจนด้วย จึงมีความจำเป็นสูงมากที่พยาบาลจะต้องเรียนรู้เพิ่มเติมในการใช้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูลนิจฉัยทางการพยาบาล

การใช้ผลลัพธ์และหลักฐานทางการพยาบาลเพื่อพัฒนางานวิชาชีพการพยาบาล

การใช้ภาษาของวิชาชีพการพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำวันนั้นเป็นจุดสำคัญสูงสุดของการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบัน จึงได้มีความพยายามลดมาในการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้รวมการใช้กระบวนการพยาบาลไว้อย่างครบถ้วน จวบจนถึงปัจจุบันคือปี พ.ศ. 2559 ก็ดูเหมือนว่ายังมีจุดอ่อนที่ต้องการการพัฒนาต่อไปอีก ยังเนื่องจากข้อสังเกตจากบุคลากรร่วมที่มีสุขภาพที่ไม่เข้าใจถึงการสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ที่มีพยาบาลวิชาชีพ

เป็นผู้คิด ตัดสินใจ เลือก และนำมาปฏิบัติตามวิธีการของวิชาชีพการพยาบาลอย่างแท้จริง คือ ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยความรู้ที่เป็นของวิชาชีพการพยาบาลและด้วยขั้นตอนของการคิดของวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งมีผลให้การปฏิบัติของวิชาชีพการพยาบาลขาดหลักฐานที่ชี้ความสำเร็จของการปฏิบัติงาน วิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้ฯ และไม่สามารถแสดงหลักฐานที่การบันทึกทางการพยาบาลได้ การใช้ระบบการจำแนกข้อวินิจฉัย ผลลัพธ์ และการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความเชื่อมโยงกันและสามารถทดสอบได้ในทุกเครื่องที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน เป็นคำอุปทานึ่งของ การสร้างหลักฐานทางการพยาบาลเพื่อพัฒนางานวิชาชีพการพยาบาล

การกำหนดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามผลงานของการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนในแต่ละเวร ที่สอดคล้องไปกับแผนการดูแลสุขภาพของพยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมกันไปด้วยถือว่าเป็นความจำเป็นสูงสุดที่ผู้บริหารทางการพยาบาล จำเป็นต้องทำให้เห็นชัดเจน เพื่อคุณภาพการบริการ การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ มีหลักฐานที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในรอบ 24 ชั่วโมง โดยที่ผลลัพธ์นี้ต้องสามารถอธิบายด้วยองค์ความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลที่จะต้องรวมถึงงานวิจัย และนวัตกรรมทางการพยาบาลด้วย ทั้งนี้ต้องมีระบบกลไก และกระบวนการการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ นำโดยหัวหน้าตีก หรือหัวหน้าเวรทุกๆ เวลา

ข้อเสนอในทางปฏิบัติคือการนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพรายบุคคลในทุกๆ เวลา เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนสามารถแสดงความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยจนเกิดผลที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนในแต่ละเวร มีการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ในเรื่องนี้ฯ ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพจะต้องวางแผนการทำงานคือการจัดลำดับของ การปฏิบัติงานในเรื่องนี้ฯ ให้สอดคล้องกับเวลาของ การปฏิบัติงานและปริมาณความต้องการเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยคนหนึ่งฯ ที่จะต้องได้รับจากพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร ซึ่งพยาบาลแต่ละคนยอมพิจารณาได้ว่าจะต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร

และอย่างไรบ้างเพื่อที่จะแสดงหลักฐานของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เกิดผลที่ผู้ป่วยทุกครั้งที่เข้ามาปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นช่วงเวลาใดของวัน ข้อเสนอในทางปฏิบัติคือ

1. รับทราบการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยในวันที่ปฏิบัติงาน และศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มของผู้ป่วยรายบุคคลอย่างลับ แล้วไปพบผู้ป่วยที่รับผิดชอบในทันทีเพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและรับรวมข้อมูลสำคัญที่เป็นปัจจัยบัน្តอย่างគุรวมแล้วบันทึกไว้ในสมุดโน๊ตส่วนตัวขนาดเล็ก บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญสูงสุดในวันที่ปฏิบัติงานไว้เท่าที่พิจารณาได้เป็นเบื้องต้น

2. รับฟังรายงานการส่งเรว บันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบเพิ่มเติม พร้อมกับพิจารณาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญสูงสุดในวันนี้ประมาณ 1-3 ข้อวินิจฉัย

3. ร่วมทำ Nursing rounds ในการส่งเรว รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ พร้อมกับบททวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ก่อนครั้งหนึ่ง แล้วกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้กับผู้ป่วยได้ในเวลาของเวร เช่นโดยพิจารณาเกี่ยวกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างเฉพาะด้วย

4. ร่วมทำ Pre-conference กับหัวหน้าห้องผู้ป่วย หรือ หัวหน้าทีม เพื่อปรึกษาถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการปฏิบัติทางการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ให้ความสำคัญไว้สูงสุด แล้วบันทึกไว้ในสมุดส่วนตัว

5. บันทึกแผนการพยาบาลในแบบบันทึกของผู้ป่วยรายบุคคล (ถ้ามีเวลา) หรือบันทึกเมื่อมีเวลาว่างก่อนเวลาอาหารกลางวัน ทั้งนี้ต้องพิจารณาใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างที่ต้องเกิดจริงกับผู้ป่วย

6. ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคลที่ได้รับมอบหมายตามที่วางแผนไว้และตามเวลาที่จะต้องมีกิจกรรมการพยาบาล และบันทึกช่วงเวลาการปฏิบัติตามจริงด้วย

7. สามารถขอให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) ในปัจจุบันของผู้ป่วยที่ไม่มั่นใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลจะสามารถช่วย

แก้ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ได้

8. รวมรวมข้อมูลที่ผู้ป่วยทั้ง 2 (Re-assessment) ในผู้ป่วยที่ต้นเองได้รับมอบหมายทุกคน บันทึกไว้ในสมุดบันทึก

9. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่ตั้งไว้สำหรับการอธิบายความลำาร์เจของผลลัพธ์ทางการพยาบาลทุกข้อ

10. ร่วมทำ Nursing rounds เพื่อการส่งเรยว โดยเสนอข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้นเองรับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาล

11. เขียนในบันทึกทางการพยาบาลที่แสดงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นในเวرنี้โดยต้องแสดงว่ามีผลลำาร์เจเพียงใดด้วย

ในการปฏิบัติงานในเวรบ่ายและเวรดึกพยาบาลจำเป็นต้องนำไปใช้ด้วยเช่นกัน โดยปรับแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับการบริหารงานในแต่ละเวร

การปฏิบัติของพยาบาลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนี้พยาบาลต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และจะต้องคิดและตัดสินใจต่อไปว่าจะช่วยให้เกิดผลอะไรกับผู้ป่วยได้บ้างเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาที่ได้วินิจฉัยไว้ (Project a desired outcome) แล้วตามต่อไปด้วยการเลือกการปฏิบัติการพยาบาลที่จะทำให้ผลลัพธ์เป็นจริงได้ ซึ่งต้องการความรู้เฉพาะและผลการวิจัยของวิชาชีพการพยาบาลมาเป็นเหตุผลในการเลือกทั้งผลลัพธ์และการปฏิบัติการพยาบาล หนังสือที่สอนระบบการจำแนกและความเชื่อมโยงของขั้นวินิจฉัย ผลลัพธ์ และการปฏิบัติการพยาบาล จึงให้เพียงแนวทางการปฏิบัติเท่านั้น เท่ากับเป็นการทำให้พยาบาลมองเห็นทิศทางในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล ส่วนพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ได้ใช้เหตุผลทางวิชาการร่วมกับหลักฐานจากการวิจัย และ

ตัดสินใจพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายนั้น

บทสรุป

ข้อเสนอในทางปฏิบัติข้างต้นนี้อาจต้องการการดัดแปลงให้สอดคล้องกับแต่ละหอผู้ป่วยที่มีความเฉพาะได้แต่จะต้องมุ่งที่การสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลในแต่ละเรื่องเพื่อให้ผู้ป่วยตัวตนเองได้ทำให้เกิดผลที่ดีกับผู้ป่วยแล้วคืออะไร ทำไม่เจิงเกิดขึ้นได้ และอธิบายด้วยความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลได้ พร้อมกับแสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลของตนเองที่มีหลักฐานให้ผู้อื่นรับรู้ได้ ซึ่งพยาบาลสามารถลั่งสมเป็นความเชี่ยวชาญที่สูงขึ้นได้ต่อไป ดังนั้นหากได้มีการปฏิบัติเช่นนี้เป็นการประจำในทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานไม่ว่าเป็นเวรใดๆ การเพิ่มพูนความรู้ย่อมเกิดขึ้นไปด้วยอย่างเป็นธรรมชาติและโดยมีหลักฐาน

แนวทางปฏิบัติข้างต้นจะนำไปสู่การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพรายบุคคลในหลายฯ ด้าน ทั้งด้านการจัดการให้เกิดผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยที่ผ่านความพยาภรณ์ในการดูแลวิธีการต่างๆ เข้ามาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นได้จริงภายในเวลาที่กำหนด ผ่านการแสวงหาความรู้และดันหาผลการวิจัยที่สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างผลลัพธ์ตามที่กำหนดได้ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าทีมการพยาบาลก็ต้องมีความเข้าใจถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นอย่างดีด้วยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในบทบาทของผู้ดูแลศึกษาปฏิบัติงานของพยาบาล จึงจะสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยสามารถสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดได้ในแนวทางที่ทำให้ตนเองได้มีความก้าวหน้างานวิชาชีพการพยาบาลด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Abdellah, F. G. (1960). "The nature of nursing science". *Nursing Research*. (18): 390–393.
- Bakken, S. & Currie, I.M. (2011). "Standardized Terminologies and integrated information systems: Building blocks for transforming data into nursing knowledge", in P.S. Cowen and S. Moorhead (Eds.), *Current Issues in Nursing*. 8thed. St. Louis, Mosby Elsevier.
- Bulechek, G.M., Butcher, H., & Docterman, I. M. (Eds.) (2008). *Nursing intervention classification (NIC)*. 5thed. St Louis : Mosby Elsevier.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G.M. (Editors). (2004). *Nursing intervention classification (NIC)*. 4th ed. St. Louis : Mosby.
- Hunt, E.C., Sproat, S.A., & Kitzmiller, R.R. (2004). *The nursing Informatics Implementation guide*. New York : Springer.
- Jones, D.L. (1997). "Building the information infrastructure required for managed care". *Image : Journal of Nursing Scholarship*. 29(4): 377–382.
- Johnson, M. & Mass, M. (Editors). (1997). *Nursing outcome classification*. St. Louis : Mosby.
- Johnson, M., Mass, M., & Moorhead, S. (Editors). (2000). *Nursing outcome classification (NOC)*. 2nd ed. St. Louis : Mosby.
- Kautz, D.D., Kuiper, R., Pesut, D.L. & Williams, R.L. (2006). "Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State Test (OPT) Model". *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 17(3) : 129–138.
- Lavin, M.A., Meyers, G.A., & Ellis, P. (2007). "A dialogue on the future of nursing practice". *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18(3) : 74–83.
- Marion, J., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Mass, M., & Swanson, E. (2012). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions*. 3rd ed. St. Louis : ELSEVIER Mosby.
- Mass, M.L. (1985). "Nursing diagnosis : A leadership strategy for nursing administration". *Journal of Nursing Administration*. 1(6) : 39–42.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (Editors). (1992). *Nursing intervention classification (NIC)*. 1st ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Moorhead, S., Johnson, M.,& Mass, M. (Editors). (2004). *Nursing outcomes classification (NOC)*. 3rd ed. St. Louis : Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M., & Swanson, E. (Editors). (2008). *Nursing outcome classification (NOC)*. 4th ed. St. Louis : Mosby Elsevier.

- Pesut, D.L. & Herman, J. (1998). "OPT : Transformation of nursing process for contemporary practice". *Nursing Outlook*. 46(1) : 29-36.
- Pesut, D. J. & Herman, J. (1999). *Clinical Nursing : The art and science of critical thinking and creative thinking*. Albany : New York : Delmar.



โรคอ้วนในเด็กไทย : ปัญหาระดับโลกที่ผู้ปกครองมองข้าม

Obesity in Thai Children : A Global Problem, that Parents Overlook

สุภาพร เชยชิด*

บทคัดย่อ

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับอีกหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ และสังคมของเด็กที่มีอิทธิพลต่อตัวเด็กอย่างมาก ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นประชากรที่ไม่มีศักยภาพของประเทศ สาเหตุสำคัญในการเกิดโรคอ้วนในเด็กเกิดมาจากการเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคอ้วน จึงควรมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย อย่างจริงจัง โดยควรได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากหลายฝ่าย หลายองค์กร จึงจะประสบผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อไป

Abstract

Countries worldwide considers obesity as a major health problem specifically among children. Thailand is not exempted from this global problem. Psychosocial effects of being obese hinders the child from enjoying and achieving quality way of life and, may result

for not being a productive member of the society. Programs of changing child 's behavior in terms of food consumption and exercise requires serious participation of family members and cooperation from different organizations.

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตเดียน

บทนำ

ปัจจุบันโรคอ้วนกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญและพบมากขึ้นทั่วโลก จนกระทั่งปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลกแล้ว โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเร่งด่วนที่ต้องการแก้ไขทั่วโลก เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มการมีภาวะน้ำหนักเกินของเด็กตั้งแต่เกินเกณฑ์มาตรฐานจนถึงเป็นโรคอ้วนมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นและมีการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว โดยโรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีความซุกทั่วโลก เพิ่มขึ้น 3 เท่าภายในระยะเวลา 20-30 ปีที่ผ่านมา ทั้งประเทศไทยที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กพัฒนาไปกลุ่มคนในประเทศแบบตะวันตกและปัจจุบันพบมากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ (World Health Organization [WHO], 2011) เช่น สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่ามีเด็กมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10.5 เป็น 17.4 (พีญารุ๊ฟ แปลย์แท๊ฟ, บุญยุง เรืองการต้า, และลิน พันธุ์พินิจ, 2553)

ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้รับการยกย่องในเวทีโลกให้เป็นตัวอย่างของการขัดปัญหาขาดสารอาหารรุนแรง (ระดับ 3) แต่ประเทศไทยกลับประสบปัญหาใหม่ คือเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนรุนแรงขึ้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบรดีกปัญหามีน้ำหนักเกินร้อยละ 3.9 เป็นโรคอ้วนร้อยละ 4.6 ส่วน ในเด็กวัยเรียนความซุกของภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ใน พ.ศ. 2539-2540 เป็นร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2544 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2547) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบรดีกวัยเรียนไทยมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นอีก มีน้ำหนักเกินร้อยละ 5.2 เป็นโรคอ้วนร้อยละ 3.5 และเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีน้ำหนักเกินร้อยละ 4.7 เป็นโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 7.2 ความซุกภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในเขตเมืองสูงร้อยละ 16.1

ในปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2548 และร้อยละ 11.8 ในปี พ.ศ. 2552 (สำนักงานพัฒนาชื่อมูลระบบข่าวสารสุขภาพ, 2553)

ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อด้านร่างกาย คือ เสียงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม และโรคเบาหวาน ส่วนผลกระทบโดยอ้อม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น ขาดความมั่นใจในตนเอง เครียด และซึมเศร้า (พัชราภรณ์ อาศิรย์, สุวารัตน์ วงศ์คุณ, และศรีพรรณ กันธวงศ์, 2550) ซึ่งสาเหตุของปัญหาดังกล่าวมาจากการปัจจัยที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ เช่น เทคนิคโนโลยีที่ทันสมัย มีการใช้โทรศัพท์มือถือ ดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ รวมทั้งสื่อโซเชียลต่างๆ ที่ไม่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้บริโภค สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่มีความเจริญและสะดวกสบายมากขึ้น และสังคมที่เร่งรีบ โดยเฉพาะสาเหตุที่เกิดจากวิธีการเลี้ยงดูของครอบครัว การขาดการดูแลที่ดีจากผู้ปกครองของเด็ก หรือเกิดจากความไม่รู้ของผู้ปกครองของเด็กซึ่งเข้าใจผิดว่าเด็กอ้วนเป็นเด็กน่ารักมีสุขภาพที่ดี ทำให้เด็กเลี้ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ได้รับการซัก堪ทำให้เหมาะสม

ดังนั้นควรได้รับความร่วมมือในการป้องกันจาก ครู อาจารย์ สถาบันการศึกษา ผู้ประกอบการ เกี่ยวกับสื่อโซเชียล บุคลากรทางการแพทย์ รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรที่สำคัญที่สุดของเด็กคือผู้ปกครองให้ความสนใจและใส่ใจในการดูแลแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุตรหลานก่อนปั่งถูกต้องและต่อเนื่อง อันจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจ เจริญเติบโตอย่างสมวัย เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็ก

เด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเด็กที่อายุเท่ากัน อาจเป็นเด็กอ้วน (Obesity) เด็กที่มีน้ำหนักเกิน (Overweight)

หรือเด็กสูงแต่ไม่อ้วน การตรวจวัดให้ทราบแน่ชัดว่า น้ำหนักที่เกินนั้นเป็นจากไขมันส่วนเกิน (Overfat) กระทำได้หลายวิธี แต่จะมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือ และกลุ่มที่ต้องการวัด ในทางปฏิบัติ แนะนำให้ใช้ชนิดการวัดลักษณะของร่างกาย (anthropometric indices) เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กมีดังนี้

1. **น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight-for-height)** เป็นดัชนีที่มีเกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย องค์การอนามัยโลกกำหนดให้จุดตัด (cut-point) สำหรับวินิจฉัยน้ำหนักเกิน (Overweight) คือ $>+2SD$ และจุดตัดสำหรับวินิจฉัยโรคอ้วน (Obese) คือ $>+3SD$ ในทางคลินิกมักนิยมใช้เกณฑ์เบ่งระดับ ความรุนแรงโดยคิดเป็นร้อยละของค่ามัธยฐาน โดยวินิจฉัยว่าอ้วนเมื่อน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 120 ของค่ามัธยฐานน้ำหนักของเด็กเพศเดียวกันที่มีส่วนสูงเท่ากัน แต่มีข้อจำกัดที่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานก้าวขึ้นในวัยรุ่น และค่าน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 120 ของค่ามัธยฐานจาก เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย ตรงกับค่า $+2SD$ ซึ่ง เป็นจุดตัดสำหรับวินิจฉัยน้ำหนักเกินไม่ใช่จุดตัดสำหรับ วินิจฉัยโรคอ้วน ส่วนค่า $+3SD$ ตรงกับร้อยละ 140-150 ของค่ามัธยฐานจากเกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย ในทางปฏิบัติเด็กที่มีน้ำหนักเป็นสองเท่าของค่ามัธยฐาน ของเด็กเพศเดียวกันที่มีส่วนสูงเท่ากันจัดว่าเป็นเด็กที่ อ้วนมาก (Morbid obesity) และมีภาวะแทรกซ้อนสูง

2. **ตัวนีมวลกาย (Body mass index, BMI)** คำนวณจาก น้ำหนัก (กก.)/ส่วนสูง (ม.)² เป็นดัชนีที่ใช้วินิจฉัยภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับการวัดไขมันโดยตรงและเชื่อมโยงกับ Obesity-related co-morbidities เพื่อให้การวัด adiposity ต่อนေ့ตลอดช่วงชีวิต จึงมีข้อแนะนำให้ใช้ BMI วินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กด้วย แต่ BMI 评测อายุ เพศ เชื้อชาติ และ pubertal stage จึงไม่สามารถใช้ค่า ค่าเดียวนำการวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กได้ ในระหว่างที่ยังไม่มี BMI centile curves ของเด็กและวัยรุ่นไทย อาจใช้กราฟ BMI ของนานาชาติ

ที่มีอยู่ 2 ชุด ชุดแรกของ International Obesity Task Force (IOTF) ซึ่งใช้ข้อมูลรวม (Pooled data) ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 2-18 ปี จาก 6 ประเทศ (บรัสเซล ลังกอก ห่องกง เนเธอร์แลนด์ สิงคโปร์ และสหราชอาณาจักร) พัฒนา BMI centile curves โดยอิง cut-points ของผู้ใหญ่คือ BMI 25 กก./ม.² และ 30 กก./ม.² ที่อายุ 18 ปี ชุดที่สองขององค์การอนามัยโลกซึ่งใช้ฐานข้อมูล National Center for Health Statistics (NCHS)/WHO growth reference (อายุ 1-24 ปี) ค.ศ. 1977 ที่ปรับช่วงรอยต่อให้กึ่งกับข้อมูลรวม (Pooled data) ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จาก 6 อย่างไรก็ตามควรศึกษา ความเหมาะสมในการนำเกณฑ์อ้างอิงหรือมาตรฐานการเติบโตของต่างประเทศนี้มาใช้ประเมินเด็กไทย

3. **เส้นรอบเอว** สะท้อนไขมันที่สะสมในช่องท้อง เป็นดัชนีที่พยากรณ์ Obesity-related co-morbidities ได้ดีหลายประเทศมีเกณฑ์อ้างอิง ของเด็กและวัยรุ่นแล้วแต่ยังไม่มีเกณฑ์อ้างอิงรอบเอว ของเด็กไทย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กมีด้วยกันอยู่ หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความเหมาะสมในการใช้ที่ต่างกัน ไปตามวัตถุประสงค์ เมื่อวินิจฉัยโรคอ้วนได้แล้วยังต้อง ทราบสาเหตุในการเกิด ซึ่งแบ่งชนิดของโรคอ้วนไปตาม สาเหตุดังนี้

สาเหตุของโรคอ้วนในเด็ก

1. พันธุกรรม

พันธุกรรมมีส่วนทำให้อ้วนได้ ดังเช่นประวัติ อ้วนในครอบครัวพบว่าเด็กที่มีบิดาหรือมารดาคนใด คนหนึ่งมีน้ำหนักเกินจะมีโอกาสเป็นเด็กอ้วนเพิ่มขึ้น 4-5 เท่าเทียบกับเด็กปกติแต่จะเพิ่มขึ้นเป็น 13 เท่า ถ้าทั้งบิดาและมารดา มีน้ำหนักเกิน (นริสร้า พี.โพธิ์สุข, 2552) และมีการศึกษาทางพันธุกรรมในฝ่าແผลบว่า ฝ่าແผลชนิดไข่คันลงใน พบว่ามียีน (Gene) ที่เกี่ยว ข้องกับการเกิดโรคอ้วนในคนเชื่อว่ากรรมพันธุ์ ร่วมกับสาเหตุที่สำคัญ คือ การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อม

2. การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม

การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บริโภค พลังงานเพิ่มขึ้นแต่มีกิจกรรมทางกายลดลง ปัจจัยที่ สำคัญคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ข้อมูลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน ถึง 12 ปี โดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2555 พบร่างเด็กไทยวัยละ 20 หรือประมาณ 2 ล้านคน มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเข้าข่ายโรคอ้วน จากพฤติกรรม การบริโภคและได้รับสารอาหารไม่ถูกต้องตามหลัก โภชนาการ (<http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx>) ซึ่งในปัจจุบันผู้ปกครองมักตาม ใจเด็ก ประกอบกับการเร่งรีบในการดำเนินชีวิต ทำให้ เด็กบริโภคอาหาร ขบเคี้ยวเร็วซึ่งเป็นสาเหตุ ของการพัฒนาสมองที่ไม่พัฒนาสูง อุดมไปด้วยไขมันและน้ำตาล จากการศึกษาของ พญ อารยา ตั้งวิชูรย์ พบร่างเด็กเรียนรู้และประเมินค่าปีที่ 6 มีพฤติกรรมการบริโภคขนมซองที่มีแป้งและไขมัน ปริมาณมาก โดยบริโภคเฉลี่ยวันละ 3-4 ครั้ง และ เครื่องดื่มที่นิยมบริโภคมากที่สุดคือ น้ำอัดลม โดยเฉลี่ย เด็กได้รับพลังงานจากขนมและอาหารว่างประมาณ 495 กิโลแคลอรี่ หรือเทียบเท่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ ต้องการต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณมาตรฐานที่ราช วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดไว้ ซึ่งจะส่ง ผลให้ร่างกายเปลี่ยนพลังงานส่วนเกินนี้เป็นไขมันได้ (<http://www.rdh.psu.ac.th>)

นอกจากนี้เวลาของเด็กส่วนใหญ่อยู่กับการ เรียน เวลาที่เหลือจะใช้เวลาในการเล่นคอมพิวเตอร์หรือ ดูโทรทัศน์ โดยพบว่าทั้งในและต่างประเทศพบว่าเด็ก ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ต่อสัปดาห์ประมาณ 15-30 ชั่วโมง เด็กที่ดูโทรทัศน์มากกว่าสัปดาห์ละ 35 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดโรคอ้วนมากกว่าเด็กที่ดูโทรทัศน์ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 14 ชั่วโมงถึง 4-6 เท่า (<http://www.clinicdekk.com/index.php>) เพราะการนั่งหรือ นอนดูโทรทัศน์เป็นเวลานานๆ นอกจากจะทำให้เด็กลด การทำกิจกรรมอื่นที่ช่วยในการเผาผลาญพลังงานออก ไปแล้ว เด็กมักจะรับประทานอาหารและขนมขบเคี้ยว ที่โฆษณาในโทรทัศน์ซึ่งมักจะให้พลังงานสูง

ในขณะที่ปัจจัยแวดล้อมในโรงเรียนก็ไม่ได้ส่งเสริม ให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพ ยังมีการจำหน่ายน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ ไม่ส่งเสริมการรับประทานผักและ ผลไม้ และมีชั่วโมงในการออกกำลังกายไม่เพียงพอ นอกจานนี้วิธีที่ควรที่จะสังบทายเข้า เช่น การเขียนนิพ็อต หรือบันไดเลื่อนแทนการเดินขึ้นบันได การเขียนรถยนต์ แทนการปั่นจักรยานหรือเดิน เป็นต้น ทำให้มีการใช้ พลังงานน้อยลงส่งผลให้โรคอ้วนระบาดมากขึ้น ในเด็ก 3. อื่นๆ เช่นโรคทางพันธุกรรมหรือเป็นแต่กำเนิด โรค ของต่อมไร้ท่อและการได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ (Steroid)

โรคอ้วนในเด็กนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม จากโรคทางกาย และการรักษาด้วยยาหรืออาจจะเกิดจากการขาดอาหาร ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งไม่ว่าโรคอ้วนในเด็ก จะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบและภาวะ แทรกซ้อนต่อสุขภาพของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมตามมา

ผลกระทบของโรคอ้วนในเด็ก

โรคอ้วนในเด็กทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลาย ระบบ อาการที่พบบ่อย คืออาการแสดงทางผิวหนัง อาการผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการของระบบ หายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และปัญหาทางด้าน จิตใจ

- ความผิดปกติของผิวหนัง** เด็กที่อ้วนมัก จะมีเม็ดสีออกมาก เกิดความอับชื้นของผิวหนัง โดยเฉพาะตามซอกคอ ซอกขา และข้อพับต่างๆ ทำให้เกิด การติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผิวหนังบริเวณที่มีการเลี้ยด ลีดจะมีร่องรอยการอักเสบได้บ่อย ความ ผิดปกติของผิวหนังที่พบบ่อยในเด็กที่อ้วนมากๆ คือ Acanthosis nigricans จะพบว่าผิวหนังด้านหลัง คอ รักแร้ ขาหนีบ และบริเวณรอยพับของผิวหนัง (Skin crease) จะหนาเป็นปืนคำด้า (Hypertrophic hyperpigmentation) ซึ่งเกิดจากภาวะฮอร์โมน อินซูลินในเลือดสูง สีคัลล์ดูคล้ายชี้เกล ไม่สามารถทำให้ จำได้ด้วยการขัดถู แต่จะคงลงเมื่อลดน้ำหนัก ผิวหนัง

ลักษณะดังกล่าวหนึ่งเป็นลัญญาณเตือนว่าถ้าไม่ลดน้ำหนักจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานสูง (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2553)

2. โรคหรือความผิดปกติของกระดูกและข้อ
น้ำหนักตัวที่มากเกินวัยกดลงบนกระดูกอ่อนและ growth plate ทำให้เกิดความผิดปกติของข้อที่รับน้ำหนัก ที่พบบ่อยที่สุด คือ ความผิดปกติของข้อเข่า ทำให้เกิดผิดรูปได้หักขาโง่ (Bow leg) พับบ่ออยู่ในเด็กเล็ก (Blount's disease) และเข่าชิดกัน (Knock knee) ที่พบในเด็กโตมากกว่าน้ำหนักที่กดลงบน Growth plate ที่ยังไม่เชื่อมสนิทกับกระดูก ทำให้เกิดอันตรายต่อหัวของกระดูก Femur เกิดภาวะ Slipped capital femoral epiphysis ขาหัก 2 ข้างยาวไม่เท่ากัน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2553)

3. หยุดหายใจขณะนอนหลับ ในมันที่สะสมอยู่ในผนังช่องอก ในช่องท้องและกระบังลม ทำให้ผนังช่องอกขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้ในมันที่สะสมในเนื้อเยื่อรอบทางเดินหายใจทำให้คนอ้วนมีปัญหาด้านการหายใจแบบ Obstructive การศึกษาเด็กนักเรียนในเขตเทศบาลครหาดใหญ่พบ เด็กอ้วนร้อยละ 8.5 มีอาการกรนและร้อยละ 0.7 หยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive sleep apnea) ในรายที่รุนแรงจะมีระดับอิมตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90 เด็กที่อ้วนมากจะมี Hypoventilation และนั่งหลับกลางวันได้ ส่งผลกระทบต่อการเรียนในที่สุด (Anuntaseree, & et.al. 2001)

4. ระดับไขมันในเลือดสูง เด็กอ้วนมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเด็กที่ไม่อ้วน ผลการศึกษาเด็กนักเรียนในเขตเทศบาลครหาดใหญ่และกรุงเทพฯ พบว่าเด็กอ้วนมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่าและ HDL-cholesterol ต่ำกว่าเด็กอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sirikulchayanonta, & et.al. 2006) ทั้งนี้ความ

ผิดปกติของไขมันในเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (Mo-Suwan, & Lebel 1996)

5. โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีรายงานพบ fatty streak, fibrous plaque ที่ผนังหลอดเลือดหัวใจของเด็กได้ตั้งแต่อายุ 2 ขวบ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดัชนีมวลกาย (Berenson, & et.al., 1998) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ไม่อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หัวใจอ้วนและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

6. โรคผื่นในถุงน้ำดี น้ำดีของคนอ้วนมีระดับコレสเตอรอลสูงขึ้นโดยกรณีเดียวและฟอสฟอไลบิตไม่ได้เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกัน ประกอบกับถุงน้ำดี มีการบีบตัวน้อย ทำให้คนอ้วนมีผื่นในถุงน้ำดีได้ง่าย วัยรุ่นหญิงอ้วนจะเสี่ยงต่อการเกิดผื่นในถุงน้ำดี นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณร้อยละ 40-50 ของเด็กที่อ้วนมาก มีระดับ liver enzyme สูงขึ้นจาก Steatohepatitis (Baker, & et.al., 2005)

7. Metabolic syndrome ประกอบด้วยภาวะดื้ออินซูลิน ความดันโลหิตสูง dyslipidemia และเบาหวานชนิดที่ 2 พบร้อยละมากในวัยรุ่นอ้วน ขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะอ้วนและคำจำกัดความที่ใช้ จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยอ้วนของหน่วยโภชนาการเด็ก ภาควิชาภูมิเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยใช้เกณฑ์ของ International Diabetes Federation (Zimmet, & et.al., 2007) พบร้อยละ 22 มีปัญหา metabolic syndrome ร่วมด้วย เด็กอ้วนมีภาวะดื้ออินซูลินทำให้มีระดับอินซูลินสูงกว่าเด็กปกติถึง 1.5 เท่า (Mo-Suwan L, et.al. 1999) ภาวะผิดปกติของอินซูลินนี้นำไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบความซุกเพิ่มขึ้นมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (Likmaskul & et.al., 2003)

8. ปัญหาด้านเจตใจ ภาวะอ้วนสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ต่ำและภาพลักษณ์ลบต่อร่างกายของเด็กวัยรุ่น เนื่องจากเด็กไม่สามารถทำกิจกรรมบางชนิดได้ เช่น เล่นกีฬาได้ไม่คล่องตัวและถูกกล้อเลียน ทำให้เด็กไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง หาเพื่อนยาก และขาดความสุขในการเข้าสังคมกับเพื่อนบ้านเดียวกัน ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ ทำให้แยกตัว และในบางคนอาจวิตกกังวลมากเกิดอาการซึมเศร้า ความรู้สึกด้านลบก็มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ จากการศึกษาผลการเรียนของเด็กนักเรียนชั้นอนุประถมศึกษาในเขตเทศบาลอำเภอหาดใหญ่ พบร่วมกับนักวิชาภาษาไทยและวิชาคณิตศาสตร์ ต่ำ เมื่อติดตามไป 2 ปี พบร่วมกับนักเรียนชั้นอนุประถมศึกษาในเขตเทศบาลอำเภอหาดใหญ่ 0.48 จุด (Mo-Suwan, & et.al., 1999)

ผลกระทบของโรคอ้วนในเด็กทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหล่ำระบบ ตั้งแต่ส่งผลไม่รุนแรงจนถึงขั้นรุนแรง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตติดอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ดังนั้นการป้องกันโรคอ้วนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับความร่วมมือจากทั้งบุคคลและองค์กรต่างๆ ดังนี้

การป้องกันโรคอ้วนในเด็ก

จากอุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กที่เพิ่มสูงขึ้นและประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ใหญ่ที่อ้วนเป็นผลจากโรคอ้วนในวัยเด็ก ผลกระทบของโรคอ้วนมีมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ การรักษาโรคอ้วนในผู้ใหญ่ไม่ประสบผลสำเร็จและทำได้ยาก ดังนั้นการป้องกันไม่ใช้เกิดโรคอ้วนในเด็กจะช่วยแก้ไขปัญหาระบบอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยแนวทางดังนี้

1. ให้มีการติดตามการเจริญเติบโตในเด็กเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ:

1.1 ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทุกครั้งที่มารับการตรวจสุขภาพเด็กตามวัย และดูอัตราการเพิ่มน้ำหนักในแต่ละช่วงอายุว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ จะช่วยให้เห็นแนวโน้มว่าเด็กจะเป็นโรคอ้วนหรือไม่แต่เน้นๆ โดยอัตราการเจริญเติบโตในเด็กวัยทารกคือ น้ำหนักจะเป็น 2,3,4 เท่าของน้ำหนักแรกเกิด เมื่ออายุ 5,15,24 เดือน ตามลำดับ ส่วนในเด็กวัยก่อเรียนเรียนน้ำหนักจะเพิ่มไป 2-2.5 กิโลกรัม เด็กวัยเรียนน้ำหนักเพิ่มไป 3.5-4 กิโลกรัม

1.2 ในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคอ้วน คือบิดาหรือมารดาเป็นโรคอ้วน ควรมีการติดตามใกล้ชิดและให้ความรู้แก่บิดามารดาเกี่ยวกับโรคอ้วนและผลกระทบซ้อน การเลือกอาหารที่เหมาะสมรวมทั้งการออกกำลังกายที่ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และร่วมมือกันทั้งครอบครัวเพื่อให้ได้ประโยชน์เต็มที่

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง

ค่านิยมของสังคมไทยที่ว่า "เด็กอ้วนดี เด็กอ้วนน่ารัก" ทำให้ผู้ปกครองพยายามบังคับให้ลูกรับประทานให้มาก และด้วยความเชื่อที่ว่า "เมื่อเด็กโตขึ้น ก็จะหายอ้วนเอง" ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจที่จะแก้ปัญหาระบบอ้วนในเด็ก ดังที่ทราบแล้วว่าเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ที่เป็นโรคอ้วนและมีบิดาหรือมารดาอ้วนจะมีโอกาสโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน และถ้าหลังอายุ 6 ปีแล้วยังคงเป็นโรคอ้วนอยู่โอกาสที่จะโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนแม้มากถึง 50% (<http://www.clinicdex.com/index.php/>) เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้ความร่วมมือในการฝึกบริโภคนิสัยที่ถูกต้องในเด็กดังนี้

2.1 ให้แนะนำอาหารที่สุดอย่างน้อย 6 เดือน หรืออาหารเสริมในปริมาณที่เหมาะสมเมื่อเวลาเด็กทิว

เท่านั้น อย่าให้รับประทานพร้าเพรื่อ เพื่อป้องกันการเกิดนิสัยรับประทานจุบจิบให้กับเด็ก ปฏิบัติตามตารางคนเข้าใจผิดให้บุตรต่ำกว่า 5 ปีกินน้ำนมมากๆ เพื่อต้องการให้ได้แคลเซียมมากๆ เพื่อเร่งส่วนสูงให้บุตร การให้ดื่มน้ำนมเกินไปไม่ทำให้เด็กสูงมากขึ้น แต่กลับเป็นสาเหตุของโรคอ้วนได้ เด็กที่มีอายุเกิน 1 ปี ควรให้เลิกนมมื้อเด็กและเลิกดูดนมจากชุด ควรเปลี่ยนให้ดื่มน้ำวาร์สจีดจากแก้วหรือดูดจากกล่อง และควรดื่มน้ำวันละ 2-3 มื้อเสริมจากอาหารมื้อหลัก

2.2 สอนให้เด็กมีวินัยในการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ตักอาหารพอดี ที่จะรับประทาน ถ้าเด็กไม่ทิโว่ายังดับ ให้รับประทานให้หมดตามปริมาณที่เตรียมไว้ให้ เพราะเด็กแต่ละคนมีความต้องการอาหารไม่เท่ากัน ไม่ควรเตรียมอาหารมากเกินไป เพราะจะทำให้เด็กรับประทานอาหารโดยที่ไม่มีการควบคุมปริมาณที่เหมาะสม สอนให้เคี้ยวอย่างละเอียดอย่างน้อย 30 ครั้ง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

2.3 ไม่สอนให้เด็กรับประทานอาหารสจัด ไม่ปรุงรสอาหารด้วยน้ำตาลทราย น้ำปลาและพริก เพราะจะทำให้เด็กติดอาหารสจัดซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน อ้วน และความดันโลหิตสูง

2.4 สอนให้หลีกเลี่ยงอาหารหวาน ขนมเบเกอรี่ ไอศกรีม รวมทั้งลูกอม ทอฟฟี่ และชอกโกแลต เป็นประจำ

2.5 สอนให้ดื่มน้ำเปล่าจนเป็นนิสัย หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่ประกอบด้วยน้ำตาลสูง

2.6 ไม่ใช้อาหารหรือขนมหวานมาเป็นรางวัล ในการทำกิจกรรมต่างๆ

2.7 สอนให้เด็กรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และจำกัดอาหารมันและทอดไม่ให้มากกว่า 35% ของพลังงานทั้งหมด พยายามปรุงเองจากอาหารสด หลีกเลี่ยงอาหารกล่อง อาหารกระป๋องและอาหารสำเร็จรูป รับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัดแทนขนม และของว่างซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่อุดมไปด้วย

วิตามิน และเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย นอกจากนั้นยังมีอาหารที่ทำให้รู้สึกอิ่มนานและมีประโยชน์ต่อสุขภาพด้วย การรับประทานผักมักจะเป็นอุปสรรคของผู้ปักครองในการดูแลให้อาหารเด็ก ดังนั้นผู้ปักครองควรดูแลให้เด็กได้รับประทานผักโดยเริ่มจากผักที่ไม่ชอบ ไม่แข็ง ไม่มีกลิ่นดุ เมื่อเด็กโตปิดามารดาควรรับประทานผักให้เป็นแบบอย่างกับบุตร ควรอธิบายให้กำลังใจ ไม่บังคับหรือชี้ หรือลงโทษเด็กโดยการรับประทานผัก

2.8 ไม่รับประทานขณะดูโทรทัศน์ หรือรับประทานเพราะเบื้อหรือไม่มีอะไรทำ เพราะเป็นการสร้างสุนนิสัยที่ไม่ถูกต้องและจะแก้ไขยากในภายหลัง

2.9 ไม่เชื่อข้อมูล และอาหารพลังงานสูง มาสละสมุไนบ้าน เพราะเมื่อมีอาหารอยู่ในบ้านเด็กจะไม่สามารถยั่งหยั่งความอยากรับประทานได้ ก็จะรับประทานครั้งละมากๆ บ่อยๆ และหมดในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้มีน้ำหนักเกินเป็นโรคอ้วนในที่สุด

2.10 ให้ปิดามารดาหรือผู้ปักครองเป็นตัวอย่างที่ดีในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและควรรับประทานอาหารร่วมกันเพื่อแนะนำอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับบุตร

3. เพิ่มการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้พลังงาน

ควรสนับสนุนให้เด็กมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอเพื่อให้เป็นนิสัยติดตัวต่อไปจนเป็นผู้ใหญ่ซึ่งจะเป็นการช่วยป้องกันและรักษาโรคอ้วนและทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ในอนาคต

3.1 สร้างนิสัยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยให้ปิดามารดาเป็นตัวอย่างที่ดี โดยทำให้เป็นกิจกรรมของครอบครัวที่ทุกคนมีส่วนร่วมสนุก ไม่เลือกการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ยากเกินไปสำหรับเด็ก ควรทำอย่างน้อยวันละ 30 นาที เช่น การทำงานบ้านร่วมกับครอบครัว เดินหรือปั่นจักรยานแทนการนั่งรถ เป็นต้น

3.2 ลดเวลาหรือกิจกรรมที่ไม่ได้ใช้พลังงานโดยเฉพาะการดูโทรทัศน์ซึ่งมักล้มพันธ์กับการรับประทานขนมจุบจิบ มีข้อแนะนำเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีไม่ควร

ดูโทรศัพท์ และควรกำหนดเวลาให้เด็กดูโทรศัพท์คืนรวมทั้งการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ลงไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน และไม่ควรมีโทรศัพท์และคอมพิวเตอร์ในห้องนอน

3.3 บิดามารดาหรือผู้ปกครองทำกิจวัตรประจำวันอย่างระดับgrade เชน เดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้บันไดเลื่อนหรือการใช้ลิฟต์ เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็ก

4. การมีส่วนร่วมของสื่อต่างๆ ในการรณรงค์ป้องกันโรคอ้วน

4.1 สร้างสื่อหรือโฆษณาการให้ความรู้เกี่ยวกับบริโภคนิสัยที่ถูกต้องในเด็ก รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4.2 สร้างสื่อเพื่อรณรงค์ให้ประชาชนรับทราบและตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมา หากปล่อยให้เด็กเป็นโรคอ้วน ซึ่งจะเป็นหนทางที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาอันจะนำมาซึ่งความร่วมมือกันในการป้องกันและรักษาโรคอ้วนเสียแต่เดียว

5. การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนโดยบุคลากรทางการแพทย์

5.1 ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่มาตราที่มาฝากรครรภ์ ซึ่งควรได้รับอาหารครบ 5 หมู่ แต่ไม่ควรกินของหวานจัด เพาะน้ำตาลสามารถผ่านเข้าสู่น้ำนมทารกได้รับรสชาติตั้งแต่ในครรภ์ กระตุ้นต่อมรับรสหวานทำให้ติดหวานตั้งแต่ยุ่งในครรภ์ เมื่อคลอดออกจากมาทำให้เด็กชอบรสหวาน

5.2 ติดตามภาวะโภชนาการของมาตราขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีงานวิจัยพบว่าการขาดอาหารในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ส่งผลให้บุตรเกิดโรคอ้วนได้ในอนาคต (Ravelli, 1999)

5.3 ให้เฝ้าระวังติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงและมีส่วนในการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่เด็กและครอบครัว

6. การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ฝึกบริโภคนิสัยที่ถูกต้องในสถานบันการศึกษา

6.1 จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่เด็กนักเรียน และสนับสนุนไม่ให้มีการจำหน่ายอาหารที่มีพลังงานสูงในสถานบันการศึกษา

6.2 มีการสอนโภชนาการในสถานบันการศึกษาต่างๆ ตั้งแต่ระดับประถม มัธยม อาชีวะและอุดมศึกษา แม้กระทั่งการศึกษาอนุรักษ์และการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้เรียน เช่น ระดับประถมศึกษา วิชาโภชนาการรวมอยู่ในกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตและกลุ่มงานและพื้นฐานอาชีพ

6.3 จัดโครงการอาหารกลางวันที่มีคุณภาพซึ่งต้องมีวัตถุประสงค์ที่เน้นถึงประโยชน์ที่เกิดกับผู้เรียนไม่ทำเพื่อหวังผลทางการค้า การจัดเลี้ยงอาหารกลางวันนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ ในยุโรปริมماประมาณเมื่อ 100 ปีที่แล้ว และในประเทศไทยได้เริ่มภายหลังสหภาพโลกรั้งที่สอง (<http://www.healthcarethai.com>)

6.4 สถานบันการศึกษาควรล้ำงบรรยายศาสและจัดสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และกำหนดให้มีชั่วโมงที่เหมาะสมในการเรียนวิชาที่สนับสนุนการออกกำลังกาย เช่น วิชาพละศึกษา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคอ้วนในเด็กนั้นสามารถป้องกันได้ โดยควรจะเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลมาตรการตั้งครรภ์ปัจจุบันเด็กในแต่ละวัย ซึ่งควรได้รับความสนใจและร่วมมือในการดูแลของบิดามารดาหรือผู้ปกครองรวมทั้งได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ สถานบันการศึกษา สื่อโฆษณาจากองค์กรของรัฐและเอกชน แต่ในเด็กที่มีปัญหาน้ำหนักเกินหรือเกิดภาวะโรคอ้วนแล้ว จะได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

แนวทางการแก้ไขและการรักษาโรคอ้วน

การรักษาเพื่อควบคุมหรือลดความอ้วนสำหรับโรคอ้วนในระยะแรก (Primary obesity) ในหลายวิธีดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนอาหาร

หลักการ คือ ปรับลดการบริโภคอาหารพลังงานสูงแต่ไม่ใช่การอดอาหาร ซึ่งมักเป็นอาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มหวานหรือมันเกินไป เพิ่มผักและผลไม้ และควรลดอาหารเต้มจัดด้วยเพื่อลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารให้เป็นเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่ดื่มอาหารมื้อเช้าและไม่รับประทานมื้อดึก เมื่อได้รับพลังงานลดลง 500 กิโลแคลอรี่/วัน น้ำหนักจะลดลง 0.5 กก./สัปดาห์ อาหารที่แนะนำให้ลดลงคือ ไขมัน และคาร์บอไฮเดรต ซึ่งในกลุ่มของคาร์บอไฮเดรตควรเน้น ข้าวกล้อง ข้ามปัง โซลวีตจากข้าวสาลี โดยเด็กต้องได้รับโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุในปริมาณปกติ หลักการคือ ลดอาหารทอด ลดอาหารที่มีน้ำมัน ลดน้ำอัดลม น้ำหวาน ลดขนมกรุบกรอบ เปเปอร์ อีฟ พิซซ่า ผักใบ ผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้พลังงานน้อย เช่น ผั่งส้ม มะละกอ ช็อกโกแลต แก้วมังกร เปเลี่ยนเมมเป็นเมมไข่มัน ต่างๆ โดยยังต้องให้ได้รับโปรตีนให้เพียงพอ เลือกรับประทานอาหารโปรตีน จากเนื้อสัตว์ที่มีไข่มันต่ำ ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อไก่ (หน้าอก) ปรับเปลี่ยนการปรุงและประกอบอาหารจากทอด ให้น้ำมันหรือใช้กระทะ มาเป็นนึ่ง ต้ม ตุ๋น อบ ปิ้งย่าง (ไม่เทมเกรียม) ยำ และลดกะทิให้น้อยลง ซึ่งจะให้พลังงานแตกต่างกันถึง 50-200 กิโลแคลอรี่ ทั้งนี้เด็กต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและนักโภชนาการ เพื่อป้องกันอันตรายจากการขาดสารอาหารที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้มงวดอดอาหารอย่างไม่ถูกต้อง

นอกจากอาหารหลักแล้ว เด็กอ้วนยังชอบรับประทานขนมจุบจิบและดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมที่ชอบรับประทานมักเป็นขนมกรุบกรอบที่บรรจุไข้เย็น ซอง ขนมเหล่านี้มักเป็นแป้งที่นำไปทอดในน้ำมันให้กรอบ ด้วยรสชาติและความกรอบที่อร่อยทำให้เด็กรับประทานครั้งละมากๆ และรับประทานบ่อย ขณะนี้วัยเด็กหรือมันผึ้งทองกรอบเหล่านี้มีพลังงานสูงถึง 85-170 กิโลแคลอรี่ต่อช่องเล็ก (ขนาด 20-30 กรัม) ขนมอื่นที่เด็กอ้วนชอบบ่อยประทาน เช่น ข้ามอ่อน เค้ก โดนัท ให้พลังงาน 100-350 กิโลแคลอรี่ต่อชิ้น ขนมหวานไทยให้พลังงาน

120-450 กิโลแคลอรี่ต่อชิ้น ไอศครีม 1 ถุงมีพลังงาน 90-150 กิโลแคลอรี่ นอกจากนี้เด็กอ้วนยังชอบดื่มน้ำอัดลมซึ่งเป็นน้ำหวานใส่สีแต่งกลิ่นและอัดก๊าซ มีพลังงานสูงถึง 70-150 กิโลแคลอรี่ต่อแก้ว น้ำอัดลมที่อัดก๊าซมีภาวะเป็นกรด กร่อนฟันและบางชนิดทำให้ฟันเปลี่ยนลักษณะดีมากและติดต่อกันนาน จึงเห็นได้ว่าหากปรับนิสัยจากรับประทานขนมจุบจิบและดื่มน้ำอัดลมเป็นรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัดและดื่มน้ำเปล่า จะลดพลังงานที่ได้รับลงถึงวันละ 300-500 กิโลแคลอรี่ และยังได้สารอาหารวิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็นรวมทั้งไข้อาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายอีกด้วย ในรายที่อ้วนมาก (Morbid obesity) มีน้ำหนักเป็นสองเท่าของมาตรฐานและมีโรคแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดน้ำหนักในความดูแลอย่างใกล้ชิด

การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนอาหารเพื่อลดพลังงานนั้นเพียงอย่างเดียว ไม่ทำให้การลดน้ำหนักประสบความสำเร็จ ซึ่งเด็กควรจะต้องใช้พลังงานในรูปแบบของการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นด้วย

2. การออกกำลังกายและกิจกรรมที่ใช้กำลังงาน

(Exercise and physical activity) เด็กอ้วนส่วนใหญ่ชอบอยู่เฉยๆ นั่งหรือนอนบนดูโทรทัศน์และรับประทานขนม การแนะนำให้เด็กอ้วนออกกำลังกายจึงมักไม่ประสบความสำเร็จ การออกกำลังกายที่จะทำให้น้ำหนักลดและควบคุมน้ำหนักได้ไม่จำเป็นต้องเป็นการออกกำลังกายที่หนักมาก (Vigorous) เช่น การเดินเร็ว 30-60 นาที ที่สามารถลดน้ำหนักและมวลไขมันได้ การเพิ่มกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินไปมา ยืน แทนการนั่งเฉยๆ การเพิ่มกิจกรรมยังมีประโยชน์ในการดึงความสนใจของเด็กจากการรับประทานขนมจุบจิบ การศึกษาติดตามระยะยาว 10 ปีของ Epstein และคณะ (Epstein, & et.al ,1994) พบว่าการเพิ่มกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวันลดน้ำหนักได้มากกว่าการออกกำลังกายแบบเต็มแอโรบิกถึง 5 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าการลดพฤติกรรมการอยู่เฉยๆ (Sedentary behavior) และการออกกำลังกาย

เพิ่มได้ ผลไก่ล้มเดียงกันในการลดน้ำหนักและเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นการยกที่เด็กอ้วนจะมุ่งมั่นกับการออกกำลังกายตามที่แนะนำ ในอีกด้านหนึ่ง การลดกิจกรรมที่อยู่เฉยๆ (Sedentary activity) ซึ่งส่วนใหญ่ คือ เวลาที่อยู่หน้าจอ (Screen time) ได้แก่ การดูโทรทัศน์ เล่นวิดีโогame เล่นคอมพิวเตอร์ ไม่ให้เกิน 1-2 ชั่วโมงต่อวัน จะช่วยส่งเสริมทางอ้อมให้เด็กได้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ถ้าเด็กต้องการเล่นกีฬาควรเป็นกีฬาที่มีแรงกระแทกน้อย เช่นเดินเร็วแนวราบ วิ่งเหยาะฯ ว่ายน้ำ แบดมินตัน ควรเล่นต่อเนื่องใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีขึ้นไปและทำอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์

การออกกำลังกายหรือการลดพฤติกรรมการอยู่เฉยฯ เพื่อใช้พลังงานนั้นมีหลายวิธี สำหรับในเด็กนั้นควรเป็นวิธีที่เด็กเป็นผู้เลือกเองโดยที่มีผู้ใหญ่ให้คำปรึกษาถึงความเหมาะสม เพราะการออกกำลังกายให้ได้ผลนั้นต้องเป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กสนุกและมีความสุขในการปฏิบัติ อย่างไร้ความกดดัน สามารถน้ำหนักให้ได้ผลดีที่สุดและถาวนานั้น ควรจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคและการออกกำลังกายร่วมด้วย

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) เป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้เด็กอ้วนสามารถลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักไม่ให้สูงขึ้นมาอีก ได้อย่างยั่งยืน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการฝึกนิสัยใหม่ เพื่อนำไปสู่เปลี่ยนแปลง คือ ลดการบริโภคอาหารและเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย วิธีการที่ใช้ได้ผล ได้แก่ การทำกลุ่มน้ำดื่ม การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมและให้กำลังใจ (Social support) การให้รายการอาหารย่างๆ ที่ลดพลังงาน การเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ร่างกายโดยเน้นการลดพฤติกรรมที่อยู่เฉยฯ จัดบรรยายการและสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้อร่อยอาหารหรือเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกาย การควบคุมพฤติกรรม สิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือปัจจัยเชื่อมโยง (Cue) ที่นำไปสู่การรับประทาน อาหารมากเกินไป (Stimulus control)

ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ช้าลง ตักอาหารให้น้อยลง รับประทานอาหารให้เป็นเวลาและเป็นที่ เป็นทางการ ติดตามตรวจสอบตนเอง (Self monitoring) การตั้งเป้าหมายและทำสัญญา (Behavior contracting) พัฒนาทักษะในการจัดการกับสภาวะที่เลี่ยงสูงและทักษะ ในการรักษาน้ำหนักเพื่อบังคับไม่ให้กลับอ้วนขึ้นอีก (Cognitive behavioral technique) และ การเริ่มแรงด้านบวก (Reinforcement) สำหรับความประพฤติที่พึงประสงค์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในการบริโภคและการออกกำลังกายนั้นจะได้ผลดีต่อให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม (Family-oriented approach) ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลที่จะทำให้การปรับพฤติกรรมประสบผลสำเร็จได้

4. อิทธิพลของครอบครัว ค่านิเคราะห์ มนุษย์ มักมีภาวะน้ำหนักคล้ายคลึงกัน พ่อแม่อ้วนมากจะมีลูกอ้วน นอกจากจะเกี่ยวพันกันผ่านทางกรรมพันธุ์แล้วสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูยังมีความสำคัญยิ่งในการกล่อมเกลาพฤติกรรมและนิสัยของเด็ก เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การชอบรับประทานจุบจิบ เป็นต้น พ่อแม่จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประคับประคองและส่งเสริมให้เด็กอ้วนสามารถควบคุมน้ำหนักได้ การศึกษาตามระยะเวลา 10 ปี พบว่าการรักษาเด็กอ้วนที่รักษาทั้งพ่อแม่และเด็กร่วมกันได้ผลดีกว่าการรักษาที่เน้นเด็กอย่างเดียว (Epstein LH and et al,1994)

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าอิทธิพลของครอบครัว มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในเด็ก ดังนั้นสามารถในครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ตั้งเป้าหมายและการมีส่วนร่วมในภาคปฏิบัติอย่างจริงจัง สำหรับเด็กที่มีภาวะอ้วนมาก และเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแพทย์มักพิจารณาให้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย

5. การรักษาด้วยยา

ในผู้ป่วยเด็กที่อ้วนมากหากให้การรักษาปรับเปลี่ยนอาหารและพฤติกรรมอย่างเข้มข้นแล้วยังไม่

สามารถควบคุมน้ำหนักหรือแก้ไข Co-morbidity ได้ แนะนำให้ใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สำหรับเด็กที่อ้วนเล็กน้อย จะให้ยาต่อเมื่อมี Severe co-morbidity ที่ไม่ดีขึ้นหลังจากให้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต อย่างเช่นขั้นแล้ว และมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือมีปัจจัยเสี่ยงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย หลังให้ยาผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อระวังปัญหาผลข้างเคียงของยา

เหตุผลที่ไม่แนะนำให้ยาเป็นด่านแรกในการรักษาโรคอ้วนในเด็ก เพราะยังไม่มีการรับรองให้ใช้ยาในเด็กก่อนวัยรุ่นและวัยรุ่นตอนต้นนี้ เมื่อใช้ยาไประยะหนึ่งจะถึง Plateau หลังรักษาได้ 6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้พลังงานลดลงทำให้ไม่เห็นผลของการลดอาหาร และการศึกษาความปลดภัยและประสิทธิภาพของการใช้ยาในเด็ก อ้วนยังมีจำกัด จึงต้องพิจารณาความเสี่ยงอันเกิดจากผลข้างเคียงของยา กับความเสี่ยงจากปัญหาลุขภาพในระยะยาวที่เกิดจากโรคอ้วนในวัยเด็ก

สรุป

ภาวะโรคอ้วนของเด็กไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับหลายประเทศในโลก ซึ่งปัญหาที่ตามมาเน้นคือการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตที่เกิดผลกระทบจากโรคอ้วนในเด็กที่จะเจริญเติบโตเป็น

ผู้ใหญ่ที่อ้วนในอนาคต ดังนั้นการสร้างความตระหนักรู้เกิดขึ้นในเด็ก ผู้ปกครอง ครูผู้ประกอบการค้า ผู้ผลิต ตลอดจนบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง นับเป็นเรื่องจำเป็นและมีส่วนสำคัญในการให้ความร่วมมือ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมเรื่องเด็กอ้วนเป็นเด็กสมบูรณ์ น่ารัก มีสุขภาพที่ดี ก็เป็นเรื่องที่ต้องกระทำอย่างเร่งด่วน ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสัมภัยขั้นตอน การป้องกันและการจัดการที่เน้นเฉพาะบุคคลเพียงอย่างเดียวมักไม่ประสบผลลัพธ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายหลายองค์กร ตั้งแต่หน่วยพัฒนาสุขภาพชุมชน ศูนย์ฯ สถาบันวิจัยฯ ศูนย์ฯ โรงพยาบาล ผู้ผลิต ผู้ประกอบการค้า สื่อ รวมทั้งผู้บริโภค ซึ่งได้แก่เด็กและครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการกับปัญหาดังกล่าว สร้างความตระหนักรู้ในสังคมไทยเพื่อผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่ดี ประสบผลลัพธ์ แบบยั่งยืน รวมทั้งการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นิธิสรา พึงโพธิ์สก. (2552). "ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน". วารสารประชากรศาสตร์. 18(2): 69-87.
- พัชราภรณ์ อารีย์, สุภารัตน์ วงศ์ครีคุณ, ครีพรัตน์ กันธัง. (2550). "ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมดำเนินร่างกายของเด็กวัยรุ่น : การศึกษาเบื้องต้น". พยาบาลสาร. 34(2): 98-105.
- เพ็ญศรี เปเลี่ยนคำ, บุญยิ่ง เกี่ยวการค้า, สิน พันธุ์พินิจ. (2553). "การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของจังหวัดเพชรบูรี". วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 8(2) : 186-200.
- ลัดดา เพmaleสุวรรณ. (2553). ก้าวทันโภชนาการกับชุมชนโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท บีเยอนด์ เอ็นเทอร์เพรนซ์ จำกัด.
- ลัดดา เพmaleสุวรรณ, ศิริกุล อิศราธุรกิจ, นิชรา เรืองдарากานนท์, สุธรรม นันหมงคลชัย, วิทรา ล่ำ, กัลยา นิติเรือง จรัส, จิราพร ชมพิกุล และคณะวิจัย โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. (2547). เด็กไทยวันนี้เป็นอยู่อย่างไร. หาดใหญ่ : ลิมbaraเดอร์สการพิมพ์.
- สถานการณ์ของโรคอ้วนในเด็ก. (2558). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=848>.
- อ้วนอันตราย ไม่อ้วนเอาเท่าไร?. (2558). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.clinicdex.com/index.php/>.
- สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบข่าวสารสุขภาพ. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (สุภาพเด็ก). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558 จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report_5.php.
- Anuntaseree W, Rookkapan K, Kuasirikul S, Thongsuksai P. (2001). "Snoring and obstructive sleep apnea in Thai school-age children : prevalence and predisposing factors." *Pediatr Pulmonol.* (32) : 222-7.
- Baker S, Barlow S, Cochran W, Fuchs G, klish W, Krebs N, et al. (2005). "Overweight children and adolescents : a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition". *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* (40) : 533-43.
- Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, Newman WP, Tracy RE, Wattigney WA. (1998). "Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa heart study". *N Eng J Med.* (338) : 1650-6.
- Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. (1994). "Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity". *Health Psycho.* (13) : 373-83.
- Likitmaskul S, Kiattisathavee P, Chaichanwatanakul K, Punnakanta L, Angsusingha K, Tuchinda C. (2003). "Increasing prevalence of type 2 diabetes mellitus in Thai children and adolescents associated with increasing prevalence of obesity". *J Pediatr Endocrinol Metab.* (16) : 71-7.

- Mo-Suwan L, Lebel L. (1996). "Risk factors for cardiovascular disease in obese and normal school children : association of insulin with other cardiovascular risk factors". *Biomed Environ Sci.* (9) : 269-75.
- Mo-Suwan L, Lebel L, Puetpaiboon A, Junjana C. (1999). "School performance and weight status of children and young adolescents in a transitional society in Thailand". *Int J Obes Relat Metab Disord.* (23) : 232-7.
- Sirikulchayanonta C, Pavadhgul P, Chongsuwat R, Srisorachata S.(2006). "A preliminary study of hyperlipidemia in Bangkok school children". *Asia PAC J Public Health.* (18) : 15-9.
- World Health Organization. (2011). *Obesity*. Retrieved December 15, 2011, from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
- Zimmet P, Albert G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al. (2007). "The metabolic syndrome in children and adolescents". *Lancet.* (369) : 2059-61.



แนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจ

Self-Care Guidelines for Post Cardiac Catheterization of Acute Coronary Syndrome Patients

ณัฐพร คุณโน*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันวิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด ที่มีการใช้วิถีประจำวัน การทำงาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นการสะสมความเครียด ให้แก่สุขภาพร่างกายแบบไม่รู้เท่าทัน ซึ่งกล้ายเป็นปัจจัยนำที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย และโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคหนึ่งที่พบมากขึ้นเรื่อยๆ ที่เริ่มมีสาเหตุมาจากการ

ใช้วิถีที่มีการสะสมความเครียด ภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเนื่องจากพลันท่าให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเสียชีวิตสูง วิทยาการทางการแพทย์จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาที่ทันสมัย และการบำบัดที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันท่วงที รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิผล

Abstract

Currently, ways of life of Thai people have dramatically changed. People would have styles of daily living, working, eating, exercising, and other activities that could unintentionally accumulate stress for their physical health and could become the leading factors for different diseases. Coronary Heart Disease, considered daily activities that unintentionally accumulate stress as

leading factors, is found more number of patients and more tendency of having Acute Coronary Syndrome, a critical state that leading to sudden death. Medical science has to adopt advanced medical treatment and alternative therapeutic interventions in order for timely saving life of the patients, as well as encouraging the patients to have efficient self-care activities.

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้น

บทนำ

จากสถานการณ์ประเทศไทย พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.63, 2.76 และ 3.08 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเสนอคนด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2552 เท่ากับ 20.08, 21.2 และ 24.5 ราย ตามลำดับและใน พ.ศ. 2554 เท่ากับ 30.8 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ปี 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,079 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร (นิตยา พันธุ์เวทย์, 2558) ซึ่ง จากสถิติที่กล่าวมานี้พบว่ามีผู้ป่วยที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต โดยเฉียบพลัน สูง บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อเตรียมความพร้อม ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที่ ทั้งนี้การรักษาในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่การให้ยาละลายลิมเลือด การใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจไปจนถึงการผ่าตัดหัวใจเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า 1) การให้ยาละลายลิมเลือดใช้ได้ผลดีใน 1-2 ชั่วโมงแรกของ การเกิดอาการ ส่งผลให้เลือดกับมาใหม่เรียนปกติได้ถึงร้อยละ 54 โดยหากให้ยาผู้ป่วยภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ยาผู้ป่วยภายใน 2-3 ชั่วโมงจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25 และถ้าให้ยาผู้ป่วยภายใน 4-6 ชั่วโมง จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้เพียงร้อยละ 18 ในการทำหัตถการขยายหลอดเลือด โคโรนาเรตัดยอบลูน และ/หรือร่วมกับการใส่ชุดลวด (Stent) ที่เรียกว่า Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ซึ่งเป็นวิธีรักษาที่นิยมใช้มาและได้ผลดี สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้สำเร็จเกินร้อยละ 95 สามารถลดอัตราการตีบช้ำ จากร้อยละ 17 ลงมาเหลือร้อยละ 7 และในการผ่าตัดเบี่ยง

หรือทำบายพาสหลอดเลือดโคโรนาเรต์อุดตัน สามารถรักษาอาการเจ็บหน้าอกได้ดีมาก สามารถลดการเสียชีวิต กะทันหันลงสูงขึ้นสูงผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 98 กลับสู่การมีชีวิตที่ปกติไม่เจ็บหน้าอก (パパพส์ว์ เจริญพัฒนาวัสด, 2556) และในที่นี้ขอกล่าวถึงโดยเฉพาะการใส่สายสวนหัวใจซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างในการรักษา และเมื่อได้รับการใส่สายสวนหัวใจแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องเพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจมีชื่ออื่นๆ เรียกในภาษาอังกฤษได้หลายชื่อ เช่น Acute coronary syndrome (ACS), Acute myocardial infarction (AMI) (Wung, 2013) ซึ่งหมายถึงความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากขาดเลือดไปเลี้ยงพระร握ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนาเรต์ (Coronary artery) เช่นมีชั้นไขมันที่ผังหลอดเลือด โคโรนาเรต์ กีดการบริแตก ทำให้มีลิมเลือดพัลส์ไปอุดตันและมีกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (วิจิตร กาสุมภ์, 2556) หรือเกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนาเรต์ มีสาเหตุมาจากการหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย (พิราวรณ์ โถ่งจันทร์, 2557) การดำเนินโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคล และตำแหน่งของหลอดเลือดแดงเริ่มสุดจะมีการเปลี่ยนของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal layer) โดยเยื่อบุชั้นใน (Endothelial cell) จะทำหน้าที่ปิดปีกจากปัจจัยเสี่ยง เช่นมีการกระแทกตุ่น เชลล์กล้ามเนื้อเรียบและเชลล์ภูมิคุ้มกัน (Macrophage) ตลอดจนเกร็ดเลือดทำให้ผังหลอดเลี้ยงตัวและหนาตัวชั้น รูของหลอดเลือดก็จะ凸บเล็กลง ชั้นตอนการเปลี่ยนแปลงสามารถแบ่งตามพยาธิออกได้เป็นระยะเป็นเลี้นไขมัน (Fatty steak) และไปเป็นตุ่มไขมัน (Fatty plaque) และมีเลี้นไขเกรก (Fibrous plaque) และกล้ายเป็นตุ่มที่ผิวแตกออก

เป็นมีเกียร์ดเลือดมาเกาะ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจจะเริ่มเมื่อพยาธิสภาพอยู่ในระยะ Fibrous plaque ซึ่งไปโดยเฉลี่ยในเพศชายอายุประมาณ 40 ปี และในเพศหญิงเมื่ออายุ 55 ปี (Donovan, 2012)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

คือภาวะที่ตุ่มไขมันบนผนังหลอดเลือด (Plaque) กร่อนหรือบวมจากการทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) จะพบได้ตั้งแต่ ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), ST-segment depression และ Nondiagnostic ST-segment and T-wave abnormalities ในกรณีผลตรวจหาตัววัดหัวใจที่อยู่ในเลือด (Cardiac marker) ยืนยันว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายแตกคลื่นไฟฟ้าไม่มี ST elevation เรียกว่าภาวะ Non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) ในการตายอย่างกะทันหันเกิดขึ้นได้ทั้งนั้น ไม่ว่าเป็นแบบไหน กล่าวได้ว่า Acute coronary syndrome เป็นสาเหตุบ่อยที่สุดของการตายอย่างกะทันหันจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชวนพิศ ทำหนอง, 2553)

อาการ

อาการที่สำคัญประการหนึ่งที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคดังกล่าวได้แก่อาการแน่นหรือเจ็บดันบริเวณหน้าอกโดยมักเป็นบริเวณหน้าอกด้านซ้ายหรือบริเวณตรงกลางลักษณะตื้อๆ หรือหนักๆ บอกขอบเขตได้มีชัดเจน อาจมีการปวดร้าวไปที่แขนด้านในหัวใจล่างด้านซ้ายต้นคอหรือการดันล่างที่กำลังมีพันยาอยู่พอดีทำให้ผู้ป่วยบางรายเข้าใจผิดว่าเป็นอาการปวดพันและต้องยกถอนพันไปด้วย โดยสรุปอาการแน่นหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดมีลักษณะตั้งต่อไปนี้ (พลพรธรน์ อัญญลักษณ์, 2557)

1. ปวดแน่นลักษณะตื้อๆ หนักๆ
2. มักเป็นบริเวณหน้าอกด้านซ้ายหรือตรงกลางผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน

3. อาจมีอาการปวดร้าวไปที่หลังด้านซ้ายต้นแขนหรือกระดูกตัวล่าง

4. มีอาการมากขึ้นเมื่อออกกำลังโดยอาการมักจะดีขึ้นหลังจากพัก

5. อาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นเหงื่อแตกหน้าซีดใจสั่น

ปัจจัยเสี่ยง

สามารถแบ่งออกได้เป็นปัจจัยลักษณะประชากร พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม อายุ เพศ ประวัติทางพัฒนชุมชน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดและเป็นปัจจัยที่ป้องกันได้เนื่องจากในคนบุหรี่มีสารพิษหลายอย่าง และสารที่สำคัญที่มีผลต่อหัวใจ 2 ชนิด คือ นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และความเครียด ความเครียด ผลกระทบต่อหัวใจคือความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยมีกลไกทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หัวใจบีบตัวมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นอาจจะเกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ เลือดมีความเหนียวเพิ่มเนื่องจากมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นและเกิดอุดตันในหลอดเลือดได้ง่ายขึ้นจากการตีกีบชาพบว่าหากมีการจัดการกับความเครียดโดยการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดกังวลหรือการผ่อนคลายสามารถบรรบายน้ำความเครียดได้อย่างเหมาะสม (ภาครสิริพจนานพงศ์, 2556) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเนื่องจากโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนภาวะน้ำหนักเกิน และโรคเบาหวาน ซึ่งแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงทั้งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง (จุฑามาศ คชโคตร และคณะ, 2555) โดยผู้ที่มีระดับコレสเตอรอลมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีอัตราการตายของโรคหัวใจเป็น 2 เท่า ของผู้ที่มีระดับコレสเตอรอล ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ลักษณา เรืองรักษ์, 2550)

การรักษา

การทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องผ่าตัด (Percutaneous Transluminal Coronary Intervention: PTCA) เป็นการสอดสายสวนผ่านห่อนำโดยผ่านทางผิวนอกเข้าไปหลอดเลือดแล้วสอดสายสวนหัวใจชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ (Cassar and Baldacchino, 2012) โดยการใช้ลูกปองเพื่อขยายทางเดินหลอดเลือดที่ตีบทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น การทำหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตันจะช่วยลดอัตราการขาดเลือดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซื้อจากหัวใจ แต่ข้อจำกัดคือต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษา และการใช้เครื่องมือเฉพาะในการขยายหลอดเลือดจึงไม่สามารถทำได้ทุกโรงพยาบาล

1. การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) เป็นการรักษาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยที่ประลิทิภิภาพของยาละลายลิ่มเลือดจะดีถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 ชั่วโมงแรก ผลกระทบของการเปิดหลอดเลือดจะเท่ากับการรักษาโดยการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องผ่าตัด ปัจจุบันแม้จะมีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) การขยายหลอดเลือด (Angioplasty) แต่ยังไม่สามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงหัวใจได้ทุกราย การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) จึงเป็นนา依法สำคัญและมีความจำเป็นในการรักษาในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการรักษาด้วย 2 วิธีข้างต้นแล้วไม่ได้ผล (จินนพัฒ ชนกิจวรรณบุญย์, 2554) ยกที่นิยมใช้ในการรักษาแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มหลักคือ

1.1 Anti-ischemic drugs ประกอบด้วย

- Nitrates เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโดยยาจะทำให้ผ่อนกกล้ามเนื้อเรียบร้อยของหลอดเลือดคลายตัวลง เป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัวและ

ทำให้หลอดเลือดดำเนียดตัวด้วย จึงเป็นเหตุให้เกิดเลือดไปสะสมที่หลอดเลือดส่วนปลายซึ่งจะทำให้ลดปริมาณเลือดที่จะเข้าสู่หัวใจและลดแรงตึงตัวที่ผนังหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจใช้อาชิเจนน้อยลงลดความไว่สมดุลของปริมาณการใช้อาชิเจนและปริมาณที่เลือดไปเลี้ยงของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกจากการขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ยกลุ่มนี้ ได้แก่ Isosorbridedinitrate, ISDN, Nitroglycerine, Isosorbride 5-Mononitrate

- Beta-blocker เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจากการกระตุ้นของระบบซิมพาเทติก และเมื่อมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงก็จะทำให้ผนังหัวใจมีความตึงตัวลดลงจึงมีผลต่อมาซึ่ยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจแตกหัก (Cardiac Ruptured) และลดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยกลุ่มนี้ ได้แก่ Atenolol, Propanolol, Metropolol, Bisoprolol, Carvidiol,

- Calcium-blockers ลดปริมาณแคลเซียมเข้าสู่เซลล์หัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความดันโลหิต และอาการเจ็บหน้าอก ยกลุ่มนี้ ได้แก่ Amlodipine, Felodipine, Nifidipine, Diltiazem, Verapamil

1.2 Antiplatelets

ยังยังการทำงานของ Cyclooxygenase ในเกล็ดเลือดอย่างถาวรสืบต่อโดยวิธี acetylation ทำให้ arachidonic acid ไม่สามารถเปลี่ยนไปเป็น thromboxane A2 (TXA2) ทำให้เกล็ดเลือดรวมตัวกันไม่ได้ ได้แก่ Aspirin Ticlopidine, Clopidogrel (Rodel, 2016)

1.3 Anticoagulants

ออกฤทธิ์ยังการทำงานของเกล็ดเลือดไม่ให้จับตัวกันเป็นกลุ่มก้อน ช่วยลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้แก่ Unfractionated heparin,

Low-molecular weight heparin (LMWH), Glycoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitors (เกชร นันทจิต, 2554)

2. (Percutaneous Transluminal Coronary Intervention: PTCA)

PTCA คือการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เป็นหัวตัดทำการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลง โดยการใช้บอลลูน เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และบางครั้งอาจต้องใส่คลอดเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด หรือเรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Intervention (PCI) เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน Percutaneous Coronary Intervention เป็นการทำหัวตัดการที่ใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น บอลลูนขด漉ดคัมป์ยัน (Coronary Stent) ใส่ผ่านทางสายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบหรือข้อมือเข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารีเพื่อแก้ไขภาวะตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารี เป็นการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่จะทำให้เกิดอาการชาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ PCI ไม่ได้เป็นการรักษาที่หายขาดโดยการที่หลอดเลือดโคโรนารีจะตีบตันซ้ำ (Restenosis) ในตำแหน่งเดิมที่รักษาซึ่งขับปั่งซึ่งในการทำแพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ไปตามมาตรฐานการรักษา (พิราภรณ์ โตร์จันทร์, 2557)

ภาวะแทรกซ้อนหลังทำ PTCA

ภาวะแทรกซ้อนหลังทำ PTCA ได้แก่ การอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีเนื่องจากการหลุดเกริงหรือ มีการอุดตันโดยลิ่มเลือด อาจพบหลอดเลือดแดงถูกเชะ (Arterial dissection) หรือแตก (Rupture) ผู้ที่ทำ PTCA ประมาณร้อยละ 5-10 จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด coronary bypass อย่างรีบด่วน เพราะมีการอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีอีก

ภายในหลังการทำ PTCA ผู้ป่วยจะต้องอยู่รักษาใน ICU หรือ CCU นาน 2-4 วัน และได้รับยาต้าน

การแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด และใน 24 ชั่วโมงแรกต้องติดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา เพื่อประเมินและสังเกตอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การดูแลตนเองหลังได้รับการสวนหัวใจ (Post Catheterization Care)

สำหรับผู้ป่วยที่ทำหัวตัดการที่ขา หลังทำหัวตัดการจะมีท่อ拿出 (Sheath) คาดไว้ที่หลอดเลือดขาหนีบ

1. ผู้ที่ทำหัวตัดการจะติดสีเส้นเลือดหัวใจอย่างเดียว แพทย์/พยาบาลจะดึงท่อ拿出 (Sheath) บริเวณขาหนีบออก และกดแผลเพื่อห้ามเลือดดันนานประมาณ 30 นาที (สำหรับผู้ที่ทำหัวตัดการจะติดสีและใส่คลอดเส้นเลือดหัวใจ ต้องรออีก 4 ชม. แพทย์จะดึงท่อ拿出 (Sheath) ออก เพราะต้องรอให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหมดฤทธิ์)

2. ห้ามลุกนั่ง ห้ามมองขาหนีบข้างที่ทำนานอย่างน้อย 6 ชม. หลังเอาท่อ拿出 สามารถพลิกตัวเอง ขับข้อเท้าและเกร็งกล้ามเนื้อขาได้ เพื่อการตื้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนปลายเท้าได้

3. สองชั่วโมงแรกให้นอนราบ (ห้ามยกศีรษะเพื่อดูแล) 2 ชั่วโมงต่อมาแน่นศีรษะสูง 30 องศา 2 ชั่วโมง ต่อมาไข้หัวเตียงสูง 45 องศา ครบ 6 ชั่วโมงสามารถลุกนั่งได้ ควรเดินระยะลั้นๆ เช่น เดินรอบเตียงเดินเข้า-ออกห้องน้ำ

4. หากคลำบริเวณห้องน้อยแข็ง (ต้องไม่ปวดปัสสาวะ) ปัดมีนศีรษะ หน้ามีดคล้ายจะเป็นลม (นอนพักไม่ได้ขึ้น) ปัสสาวะไม่ออก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงให้แจ้งแพทย์/พยาบาลทันที

5. หากขับตัว, ไอจาม ให้ใช้มือกดบริเวณแผล

6. หลังทำ 10 วัน ห้ามกิจจกรรมที่ห้ามสตรีทรถจักรยานยนต์ ห้ามยกของหนัก

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ทำหัวตัดการที่ข้อมือ

1. หลังทำหัวตัดการสวนหัวใจเสร็จ แพทย์/พยาบาลจะดึงท่อ拿出 (Sheath) บริเวณข้อมือออก และใช้อุปกรณ์ (TR Band) รัดเหนือแผลนานประมาณ

4 ชั่วโมง ห้ามงอข้อมือข้างที่ทำ สามารถยืนบุฟายนี้ว มือเกร็งแข่น เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยัง ส่วนปลายมือได้ หากมีอาการชา เจ็บที่ปลายนิ้วมือแจ้งแพทย์/พยาบาลได้ทันที

2. ห้ามงอข้อมือข้างที่ทำงาน 6 ชม. (นับเวลาเริ่มต้นที่อาอุปกรณ์รัดเห็นอ่อนแพลงอก) สามารถลุกนั่งได้ (อาจใช้ผ้าคล้องคอพยุงแขนไว้)

ข้อควรปฏิบัติอื่นๆ

1. สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ และพยาຍາมดีมีน้ำมากๆ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม)

2. หากมีอาการปวดแหลมร้าบอยาดปวดได้
3. ห้ามบริเวณแผลโดนน้ำ 3 วัน

4. หากมีเลือด/ของเหลวออกบริเวณแผล/แพลงบวม แดง ร้อน/ปวดแผลมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่นขาอ่อนแรง ให้แจ้งแพทย์/พยาบาลทันที

5. หลังทำ 15 วันสามารถปฏิบัติตามปกติ

คำแนะนำสำหรับผู้ที่ทำการหัตถการฟลีดสีและใส่ชุดลวดเส้นเลือดหัวใจ

เพื่อป้องกัน/ลดการอุดตันจากลิมเลือดในชุดลวด จำเป็นต้องกินยา Plavix/Clopidogel/Apolets วันละ 1 เม็ดตามคำสั่งแพทย์ ข้อควรระวัง คือ อาจเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร หากพบว่า มีการถ่ายอุจจาระสีดำ (โดยไม่ได้ยานิดเดริมแร่เหล็ก) ให้มาพบแพทย์ก่อนรับนัด ห้ามหยดยาเองโดยเด็ดขาด

อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วย

- รู้สึกเจ็บหน้าอก หรือแน่นหน้าอก
- รู้สึกใจ悸 ใจสั่น หน้ามืด
- รู้สึกคลื่นไส้อาเจียน และอื่นๆ
- รู้สึกอุ่นชื้นบริเวณแผล (ต้องรีบบอกเพรา)
อาจมีเลือดออกมากอย่างรวดเร็วจากเส้นเลือดแดงใหญ่)
- ถ้ามีข้อสัง有关อื่นๆ สอบถามได้ตลอดเวลา

24 ชั่วโมง

3. Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)

คือ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อุดตันด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยแพทย์จะใช้เส้นเลือดภายในหัวใจ และเส้นเลือดแดงบริเวณแขนซ้าย หรือเลี้นเลือดดำบริเวณขาตั้งแต่ข้อเท้าด้านในจนถึงโคนขาด้านใน มาเย็บต่อเส้นเลือดเพื่อนำมาเลือดแดงจากเส้นเลือดแดง ให้ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดโดยชั่วขณะผ่านเส้นเลือดส่วนที่ดีบกการผ่าตัดซึ่งมีความจำเป็นในการรักษา ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการรักษาด้วย 2 วิธีข้างตันแล้วไม่ได้ผล (วิภารัตน์ สุวรรณมาศ, 2556) โดยที่อาจมีเพียง 1 เส้น หรือมากกว่า เพื่อให้เนื้อยื่นที่อยู่ต่ำกว่าต่ำแห่งที่มีการอุดตันได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอ กับความต้องการหลอดเลือดที่นำมาต่อเส้นเลือดหัวใจ ได้แก่ หลอดเลือดแดงแมมมารี (Mammary artery) และหลอดเลือดแดงเรเดียล (Radial artery) ในการผ่าตัดจะใช้ปอดและหัวใจเทียม (Cardiopulmonary bypass) ในการต่อหลอดเลือดดำต้องนำเอาส่วนปลายของหลอดเลือดดำมาต่อ กับเส้นเลือดหัวใจที่อุดตัน เพื่อลดปัญหาการรับภาระการไหลของเลือด เนื่องจากถ้าในหลอดเลือดดำเป็นการรักษาหลังจากที่การรักษาด้วยยาและการทำหัตถการอื่นๆ ไม่สามารถรักษาได้แล้ว (Indratula, 2013)

บทสรุป

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจในเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมากซึ่งเจ้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและได้ประสิทธิภาพมากขึ้นตามไป แต่ถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการดูแลรักษาแล้วสามารถปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แม้กระทั่งการสะสมความเครียด

ให้มีความสมดุลได้มากเท่าไหร่ จะยิ่งส่งผลดีต่อความเสี่ยงที่จะกลับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้มากขึ้นเท่านั้น การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นด้วยการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ยอมรับผลดีต่อ

การรักษาตามมา ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ขั้นตอนการรักษาที่ไม่ซับซ้อนมากนัก หากสามารถดูแลตนเองหลังได้รับการรักษาด้วยแล้ว จะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติสุขต่อไป

บรรณานุกรม

- เกษwar นันทรจิต. (2554). ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด. เรียบ削ใหม่ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตนันพัต ธนากรจารุญูลย์. (2554). พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการพื้นหายของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนี่ยบพลัน โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท บริษัทภัณฑ์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์ียน.
- จุฑามาศ ดูโคตร และคณะ. (2555). “พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกลางไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร.” วารสารเกื้อกูลการธุรกิจ. 19(1) : 71-86.
- ชวนพิศ ทำนอง.(2553). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น. โรงพยาบาลชุมชน.
- ปภาพลร์. เจริญพัฒนาภัค. (2556). ปัจจัยนำพาคุณภาพชีวิตที่สมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเนี่ยบพลัน. ปริญญาโท มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พลพรวรรณ อุยส์สวัสดิ์. (2557). “โรคหัวใจ ภัยใกล้ตัว”. จุลสารวิชาการ โรงพยาบาลหัวหิน. 2(1) : 8-22.
- พิราวรรณ โต่งจันทร์. (2557). ความวิตกกังวลความพึงพอใจและการแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการส่วนหัวใจ. ปริญญาโท มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ลักษณา เรืองรักษา. (2550). ผลการใช้โปรแกรมพื้นฟูสรรถภาพหัวใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์ียน.
- ภัทรลดา พจมานพวงศ์. (2556). พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบข้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนี่ยบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิจิตรา ภุสุമน. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สพประชานาถ.
- วิภาารัตน์ สุวรรณมาศ. (2556). “ความล้มพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดภัยการทำงานของหัวใจท้องล่างช้ายและระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมกับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ”. Journal of Nursing Science. 31(2) : 7-16.

- นิตยา พันธุ์เวทย์. (2558). ประดิษฐ์สารสนเร่งคั่นหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสุภาพดีแห่งชาติ.
- Donovan,K (2013). "Nursing assessment of the cause of chest pain." *British Journal of Cardiac Nursing*. 8(10) : 483-488.
- Rodel V. (2016). "Acute Coronary Syndrome : Focus on Antiplatelet Therapy". *Critical Care Nurse*. 36(1) : 15-27.
- Indratula, (2013). "Experiences of Thai individuals awaiting coronary artery bypass grafting : qualitative study". *Nursing and health science*. 15(4) : 474-479.
- Cassar,S. & Baldacchines. (2012). "Quality of life after percutaneous coronary intervention : part 1". *British Journal of Nursing*. 21(16) : 965-971.
- Shu-Fen Wung. (2013). "Cardiovascular Genomics". *Journal of Nursing Scholarship*. 45(1) : 60-68.



ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ตามแบบอย่างพระเยซูคริสต์ The Servant Leadership : Lead Likes Jesus Christ

ดร.ปุณยนุช พิมใจใส*
ดร.พรทิพย์ กวินสุพร**
อนุชา มาเรียน***

บทคัดย่อ

ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ (Servant leadership) เป็นหัวใจของผู้นำศาสนาก里斯ต์ โดยคนแรกที่เสนอแนะ คิดภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ คือ "พระเยซูคริสต์" พระเยซู หรือเยซูชาวนาชาเริโตร เป็นชาวบ้านผู้เป็นศาสดาของศาสนาคริสต์ คริสต์ศาสนิกชนเรียกพระองค์ว่าพระเยซูคริสต์ พระองค์ทรงเป็นแบบอย่างผู้นำที่ยิ่งใหญ่ และเป็นแบบอย่างภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ ดังปรากฏในพระธรรมมาทิราบที่ 20 ข้อที่ 26-28 ที่กล่าวไว้ว่า "ถ้าผู้ใดได้คร่าวจะได้เป็นใหญ่ในพวกร้าน ผู้นั้นจะต้องเป็นผู้ปรนนิบัติท่านทั้งหลาย ถ้าผู้ใดได้คร่าวจะได้เป็นเอกสารเป็นต้น ผู้นั้น จะต้องเป็นทาสสมัครของพวกร้านอย่างที่บุตรมนุษย์ มิได้มามเพื่อรับการปวนนิบัติ แต่ท่านมาเพื่อจะปวนนิบัติเขา" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554) ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้เป็นทฤษฎีภาวะผู้นำที่เป็นทฤษฎีสมัยใหม่เน้น ความร่วมมือ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจและการใช้อำนาจอย่างมีจริยธรรม และ

ในปัจจุบันแนวคิดภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจมากที่สุดแนวหนึ่งจากนักวิชาการในเรื่องภาวะผู้นำของศตวรรษที่ 21 จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้นั้นจะมีจิตรับใช้ให้บริการมาก่อน และตัดสินใจอย่างมีจิตสำนึกที่จะนำ เพื่อจะได้รับใช้ให้บริการคนอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น เป้าหมายของการนำเพื่อพัฒนาความเจริญของงานของบุคลากรในองค์กร และเพิ่มการมีส่วนร่วมของสมาชิกและทีมงาน ซึ่งกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) ได้กล่าวถึงภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ไว้ว่า "ผู้นำแบบผู้รับใช้นั้นต้องเป็นผู้ที่ค่อยช่วยเหลือผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของผู้ที่มีความต้องการที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น อาจกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นชอบช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ตลอด เป็นผู้ที่ใส่ใจในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง รักความอิสระ และมีความชื่นชอบที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น"

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตี้ยน

**คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตี้ยน

***ผู้ช่วยอนุศาสตรา กลุ่มงานศาสนา ก มหาวิทยาลัยคริสต์เตี้ยน

Abstract

Servant leadership is the heart of the Christian faith. "JESUS CHRIST" is the first to propose the concept of Servant leadership. Jesus or Jesus of Nazareth is a Jew who was a prophet of Christian congregation whom people call as JESUS CHRIST is the greatest leader and role model of Servant leadership that is shown in Matthew 20:26-28 saying "But whoever would be great among you must be your, and whoever would be first among you must be your slave even as the Son of Man came not to be served but to serve" (Thai Holy Bible, 2554).

Servant leadership is the modern leadership theory that's emphasized on cooperation, trust, empathy, and using

power with ethics. Now, the concept of Servant leadership has gained the most attention from academicians on the topic 'leadership of the 21st century. It is seen that Servant leadership is a spiritual ministry, service, and awareness to serve others. The goals of leading were to develop the growth of people in the organization, and increase the participation of the members and team. Greenleaf (1977) mentioned that, "Servant leadership must be a person who helps another. This was a natural occurrence of needs to support and help others. As said, they like helping others, take care of themselves, and love freedom and encouragement"

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามกระแสโลกวิวัฒนาทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ในด้านสถานการณ์การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ธุรกิจการค้า อุตสาหกรรม การบริหารจัดการ รวมถึงความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล สร้างผลให้สังคมมีการแข่งขันกันอย่างสูง องค์กรต่างๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานขององค์กร และจำเป็นต้องสร้างและบริหารงานให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทุกวินาที รวมไปถึงการเตรียมพร้อมในอนาคต คือ "ผู้นำ" เพราะผู้นำเป็นองค์ประกอบสำคัญในการนำ หรือขับเคลื่อนองค์กรที่สำคัญยิ่ง ต่อความสำเร็จขององค์กร และผู้นำเป็นผู้ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารโดยอาศัยกลยุทธ์ เทคนิค

วิธีการ และทักษะที่เหมาะสมจำเป็นต่อการพัฒนาผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ได้การใช้กลยุทธ์ เทคนิค หรือวิธีการต่างๆ ในการบริหารเพื่อให้สามารถดำเนินงานไปตามเป้าหมายที่องค์การกำหนดไว้ นั่น อาจไม่เกิดประโยชน์ ถ้าผู้นำไม่มีความเข้าใจในตนเองหรือผู้อื่น (ทัพยา แย้มชุติ และวัลยพร ศิริภิรมย์, 2557) ดังนั้นผู้นำจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนมุมมอง สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ไว้วางใจ กัน การทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพัฒนาระบบที่มีคุณธรรม จริยธรรม การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาสนับสนุนให้เพื่อนร่วมงานมีประสิทธิภาพ การทำงานที่สูงขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพัฒนาระบบที่มีคุณธรรม จริยธรรม

การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาเพื่อนร่วมงานได้จริงlyok กองงาน (Waterman, 2011; Blanchard, 2005, Spear, 2004) ดังนี้ผู้นำจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์หรือวิธีคิดของตัวเอง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงรอบๆ ตัว ภาวะผู้นำยุคใหม่ไม่ใช่ผู้นำแบบลั่งการไม่ใช่ผู้นำแบบเผด็จการ แต่เป็นภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้" เป็นพฤติกรรมการรับใช้เพื่อนร่วมงานและผู้ตามเป็นอันดับแรก เพื่อสนับสนุนความต้องการของบุคคลเหล่านั้นโดยใช้อำนาจทางคีลธรรมะตุนให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ความไว้วางใจเชิงกันและกัน และมอบอำนาจแก่บุคคลเหล่านั้น นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของ กลุ่ม (เดลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ, 2557; อรุณ พรมจรวรย์, 2556 และ สมควรรณ มีเมย และคณะ, 2554)

แนวคิดภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ (Servant leadership)

ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ เป็นทฤษฎีภาวะผู้นำที่เป็นทฤษฎีสมัยใหม่ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นสมัย่อนบรัชญาและเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์การและสังคม ผู้นำแบบผู้รับใช้จะเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในองค์กรมุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ร่วมงาน โดยคำนึงถึงความเป็นอยู่ของผู้ร่วมงาน ความเห็นอกเห็นใจ การสร้างและคงไว้ซึ่งการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาบุคคลากรของแต่ละบุคคล ให้มีประสิทธิภาพ ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้มีใช้รูปแบบเฉพาะของภาวะผู้นำ แต่ก็ยังข้องกับแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังความคิด คำพูดและการกระทำการของผู้นำซึ่งแนวคิดผู้นำแบบผู้รับใช้ เป็นแนวคิดที่มีมานานโดยแหล่งที่มาของผู้นำแบบผู้รับใช้ สามารถค้นพบหรือคึกคักได้จากพระคริสตธรรมคัมภีร์ เช่น พระเยซุคริสต์ เดชะบุกพากสารุคิษย์ให้เป็นคนรับใช้ประชาชนก่อนดังพระธรรมมารายโก บทที่ 9 ข้อที่ 33-37 ที่กล่าวไว้ว่า "ถ้าผู้ใดได้รับใช้ได้เป็นคนต้น ก็ให้สูญเสียเป็นคนสุดท้าย

และเป็นผู้รับใช้ของคนหัวปวง" นอกจากนี้ในพระธรรมยอดน์ บทที่ 13 ข้อที่ 14-15 ที่กล่าวไว้ว่า "จะนั้นถ้าเราผู้เป็นองค์พระผู้เป็นเจ้าและพระอาจารย์ของท่านได้ลังเหล้าของพวกท่านก็ควรจะลังเหล้าของกันและกันด้วย เพราะว่าเราได้枉แบบอย่างแก่ท่านแล้ว เพื่อให้ท่านทำเหมือนดังที่เราได้กระทำแก่ท่านด้วย" (สมาคมพระคริสตธรรมคัมภีร์ไทย, 2554)

แนวคิดผู้นำแบบผู้รับใช้ของโรลีฟ (Greenleaf, 1977) ถือเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีภาวะผู้นำทางเลือก (Alternative leadership) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ตามอย่างจริงจัง มากกว่าการเน้นบทบาทของผู้นำ เนวาริดสำนักของทฤษฎีนี้คือ คนเริ่มต้นจากการมีจิตใจรับใช้ให้บริการผู้อื่น กรีนลีฟ เชื่อว่า "ผู้นำจะต้องเป็นผู้รับใช้ก่อน" เริ่มจากความรู้สึกที่เป็นไปตามธรรมชาติ มีจิตใจที่จะรับใช้ให้บริการผู้อื่น หมายถึงการมุ่งสนับสนุนความต้องการของเพื่อนร่วมงานและผู้ได้รับบริการจากองค์กรเป็นอันดับแรก การกระตุนและสนับสนุนให้ผู้คนค้นพบและพัฒนาความสามารถ ความต้องการของตนเองและเจริญยolg กองงานในฐานะบุคคล มีสุขภาพที่ดีขึ้น ฉลาดขึ้น เป็นอิสระขึ้นและมีจิตสำนึกในการรับใช้ผู้อื่นเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมต่อไป แนวคิดนี้เหมือนเป็นแนวคิดแบบอุดมคติ แต่ก็เป็นแนวคิดในเชิงปฏิบัติที่ได้ผลจริง สอดคล้องกับ (สัมฤทธิ์ กังเพ็ง และรายุทธ กันหลง, 2553) ให้ทัศนะว่าเป็นแบบผู้นำแบบผู้รับใช้จะบริการผู้อื่นก่อนคิดถึงผลประโยชน์ของตนเอง โดยจะใช้ความสามารถที่ตนเองมีพัฒนาบุคคลและองค์กรให้เจริญเติบโต ผู้นำแบบนี้เป็นคนที่มีจิตใจรับใช้ผู้อื่นก่อนที่จะคิดถึงตัวเองพร้อมจะอุทิศตนเพื่อพัฒนาคน ด้วยการรับฟังความคิดเห็น ให้การยอมรับและให้เกียรติผู้อื่น

รูปแบบภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้

กรีนลีฟ (1977) กล่าวว่ารูปแบบภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ เป็นรูปแบบของผู้นำที่เน้นการให้การบริการผู้อื่น

พนักงานลูกค้าและชุมชน เพื่อช่วยกันสร้างอำนาจการนำทางการศึกษา ผู้นำที่มีความเชื่อในเรื่องของการบริการนั้นต้องเกิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในอย่างเป็นธรรมชาติที่นำไปสู่การให้บริการและต้องมีความเชื่อว่า การให้บริการเป็นความสำคัญอันดับแรก การทดสอบว่าการบริการนั้นมีประสิทธิภาพ คือพิจารณาว่าการให้บริการนั้นทำให้บุคคลพัฒนาขึ้นในขณะที่ได้รับการบริการบุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดลงขึ้น มีอิสระเพิ่มขึ้น มีการพึงพาตนเองได้มากขึ้น และเริ่มแสดงถึงการมีภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้

ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้มีค่านิยมที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การรับใช้ ผู้นำจะหันกว่าสังคมที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ที่มีความสามารถกว่ารับใช้ที่มีความสามารถน้อยกว่าอย่างไม่มีเงื่อนไข ผู้นำจะรักและรับใช้ผู้อื่น เพื่อให้ผู้อื่นมีชีวิตที่เจริญงอกงาม 2) การนำผู้นำ ตระหนักว่าคนทุกคนต้องการเป็นคนสำคัญและมีความหมาย ผู้นำจะใช้การซักชวนให้ความสร้างความเป็นอันหนึ่งเดียวกันและจิตสำนึกของชุมชน 3) การให้คุณค่ากับอิสราภัณฑ์และศักดิ์ศรีของบุคคล 4) การเชื่อในพรสวรรค์ ความสามารถพิเศษ และความสามารถของแต่ละบุคคล ผู้นำจะแสวงหาวิธีการพัฒนาพรสวรรค์ของผู้อื่น ชื่นชมจุดเด่น และมอบอำนาจแก่ผู้อื่นในการใช้พรสวรรค์อย่างเต็มที่ และ 5) การสร้างความเจริญงอกงามแก่ผู้อื่นและตนเอง ให้เกิดขึ้นทุกด้าน ผู้นำจะเห็นคุณค่าของการเยียวยา ผู้นำจะทำตนเป็นแบบอย่าง (สัมฤทธิ์ กางเพ็ง และสราญอุทา ภัณฑ์, 2553)

คุณลักษณะของภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ ในมุมมองของเพจ และหว่อง (Page and Wong, 2003) ที่ว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ รับใช้บริการผู้อื่น ตั้งใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหัวหน้าตามคักกี้ภาพสูงสุดด้วยการลดความเป็นตัวตนของผู้นำ และยกย่องผู้อื่น สนใจส่งเสริมกลุ่มหรือหน่วยงาน และสามารถทั้งหมดก่อนตนเอง ให้ความสำคัญต่อหน้าที่มากกว่าผลตอบแทนที่มากับตำแหน่งนั้น ปฏิบัติต่อ

เพื่อหาร่วมงานด้วยความเคารพว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน เพื่อบรรลุภารกิจ และตัดสินใจจาก การแบ่งปันข้อมูล รักษาบรรยายการเปิดกว้าง รับฟังผู้อื่นก่อนตัดสินใจ ยินดีให้มีการอภิปรายอย่างเปิดกว้าง เพื่อการปรับปรุงเบ็ดใจกว้างที่จะเรียนรู้ ต้องการเข้าใจ ผู้อื่นก่อนที่จะให้ผู้อื่นเข้าใจตัวเอง ให้คุณค่ากับคนทำงานแต่ละคน และเรียนรู้จากความผิดพลาด พร้อมกับชุมชนผู้อื่น กระตุ้นให้มีการนำเสนอเรื่องราวใหม่ๆ และการให้ข้อมูลย้อนกลับและแบ่งปันความดีความชอบของผลงานร่วมกับผู้อื่น ให้ความสำคัญกับกระบวนการเท่าเทียมกับความสำคัญ ให้การสนับสนุนและลงทุนให้ผู้อื่น เพื่อความก้าวหน้าและยอมรับทำงานผู้อื่นบนพื้นฐานของคุณสมบัติด้านคุณธรรมจริยธรรมของผู้อื่น

นอกจากนี้ กรีนลีฟ สเปียร์ลและโลเรนล์ เพจและหว่อง (Greenleaf 1977 ; Spears, 2004; Page and Wong , 2003) ได้จำแนกคุณลักษณะของภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ไว้ดังนี้

1. การฟัง (Listening) หมายถึง การรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมทีม โดยมีทักษะในการลือสารและ การตัดสินใจที่เหมาะสม คุณค่าพื้นฐานของผู้นำ คือ ทักษะในการลือสารและการตัดสินใจทักษะที่สำคัญทั้งสองประการนี้ ต้องได้รับข้อมูลสนับสนุนจากทักษะการฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ ผู้นำแบบผู้รับใช้จะค้นหาเพื่อให้ทราบเจตนาของกลุ่มและทำให้เจตนาของกลุ่มเหล่านั้นมีความชัดเจนอึกทั้งรับฟังและทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด การฟังประกอบกับการสะท้อนสิ่งที่ได้ไตร่ตรองเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับผู้นำแบบผู้รับใช้ที่ดี ดังพระวจนะคำของพระเจ้าในพระธรรมลูกากบทที่ 9 ข้อที่ 46-48 ที่กล่าวไว้ว่า "มีการทุ่มเท精力กันเกิดขึ้นท่ามกลางพวกรากว่าในพวกรากฯ ทรงหยั่งรู้ความคิดในใจของพวกรากฯ จึงให้เด็กคนหนึ่งมายืนอยู่ท่ามกลางพระองค์แล้วตรัสกับพวกรากฯ ว่า 'ถ้าได้ยอมรับเด็กเล็กฯ คนนี้ในนามของเรา คนนี้ก็ยอมรับเรา และไดร์ที่ยอมรับเรา คนนี้ก็ยอมรับพระองค์ผู้ทรง

ใช้เวลาเพราคนที่เลิกน้อยที่สุดในพากท่าน คือ คนที่ "ยิ่งใหญ่ที่สุด" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

2. การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) หมายถึง การเข้าอกเข้าใจเห็นใจผู้ร่วมทีม โดยแสดงความประณานดีต่อผู้อื่น ถึงแม้เขายังมีพัฒนาระบบที่ไม่ดี ผู้นำแบบผู้รับใช้จะพยายามเข้าใจและรู้สึกถึงความรู้สึกของผู้อื่นอย่างมาก คนที่ไปล้วนต้องการการยอมรับและการตระหนักถึงเอกลักษณ์เฉพาะตัวของตน ผู้นำจึงการแสดงความประณานดีผู้อื่น และไม่ปฏิเสธที่ตัวบุคคล ถึงแม้เขายังมีพัฒนาระบบที่ผลการทำงานที่ยอมรับไม่ได้ ดังพระธรรมยอห์นบทที่ 8 ข้อที่ 3-11 ที่กล่าวไว้ว่า "พวกรธรรมอาจารย์และพวกรฟริสพ้าผู้หญิงคนหนึ่งมาหา หญิงคนนี้ถูกจับฐานล้วงประเวณี และพวกรเข้าให้นางยืนอยู่ต่อหน้าประชาชน เขาทูลพระองค์ว่า "ท่านอาจารย์ หญิงคนนี้ถูกขังขณะกำลังล้วงประเวณีอยู่ในธรรมบัญญัตินั้นไม่เสสสังให้เราเอาหินข้างคนอย่างนี้ให้ตาย และท่านจะว่าอย่างไร" ...และเมื่อพวกรเข้ายังทูลถามอยู่เรื่อยๆ พระองค์ก็ยืดพระกายขึ้นตรัสตอบเขาว่า "คริสในพากท่านไม่มีบาป ให้เราหินข้างนางก่อนเป็นคนแรก" ...แต่เมื่อพวกรเข้าได้ยินอย่างนั้น เขาก็อกไปทีละคน เริ่มจากคนเฒ่าคนแก่ เทเลือแต่พระเยซูตามลำพังกับหญิงคนนั้นที่ยืนอยู่ต่อพระพักตร์พระองค์ พระเยซูยืดพระกายขึ้นตรัสบันนาว่า "หญิงเออย พวกรเข้าไปไหนหมด ไม่มีคริสอาโทษเชือหรือ" นางทูลว่า "ท่านเจ้าข้า ไม่มีคริสเลย" และพระเยซูตรัสว่า "เราก็ไม่อาโทษเหมือนกัน จะไปเกิดและจากนี้ไปอย่าทำบาปอีก" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

3. การเป็นผู้เยียวยา (Healing) หมายถึง ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ และจิตวิญญาณ จากความทุกข์หรือ ความเคราะห์คอกสียใจ จุดเด่นประการหนึ่งของผู้นำแบบผู้รับใช้ คือความสามารถในการเยียวยาตนเองและผู้อื่น หลายคนได้สูญเสียจิตวิญญาณและทุกข์รำงกับความเจ็บปวดทางอารมณ์ ถึงแม้สิ่งเหล่านี้จะเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์

แต่ผู้นำแบบผู้รับใช้จะช่วยฟื้นฟูสภาพเหล่านั้นแก่ผู้อื่น ดังพระธรรมมาระโภ บทที่ 2 ข้อที่ 3-12 ที่กล่าวไว้ว่า "มีคนสืคุณงามคนง่ายคนหนึ่งมาเฝ้าพระองค์ ...เมื่อพระเยซูทอดพระเนตรเห็นความเชื่อของพากเขา พระองค์จึงตรัสกับคนง่ายว่า "ลูกเออย นาปของเจ้าได้รับการอภัยแล้ว" แต่เมื่อพวกรามอาจารย์บังคุณนั้งอยู่ที่นั่นแล้วคิดในใจว่า "ทำไมคนนี้พูดอย่างนี้ หมื่นประมาทพระเจ้านี่คงจะอภัยบานได้แล้วจากพากเจ้าองค์เดียว" พระเยซูทรงทราบในพระทัยทันทีว่าพวกรเขานานหักกันในหมู่พวกรเขายอย่างนั้น จึงตรัสว่า "ทำไมพากท่านถึงคิดในใจอย่างนี้ การที่พูดกับคนง่ายว่า 'นาปด่างๆ ของท่านได้รับการอภัยแล้ว' กับการพูดว่า 'จงลูกชื่นยกเครื่องเดินไปเดิน' แบบไหนจะง่ายกว่ากัน ทั้งนี้เพื่อให้พากท่านรู้ว่าบุตรมนุษย์มีลิทธิอำนาจในโลกที่จะอภัยบานได้" พระองค์จึงตรัสสั่งคนง่ายว่า "เราสั่งท่านว่า จงลูกชื่นยกเครื่องแล้วกับลับบ้านของท่าน" คนง่ายก็ลูกชื่น แล้วยกเครื่องของตนทันที เดินออกไปต่อหน้าคนทั้งหลาย ทุกคนก็ประหลาดใจและสรุประเสริฐพระเจ้า "เราไม่เคยเห็นอะไรอย่างนี้เลย" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

4. การตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้ในตัวเองและคนอื่น เข้าใจประเด็นเกี่ยวกับคุลธรรมและค่านิยมขององค์การโดยเป็นผู้ชั่นนำแนวทางให้บุคลากรรมสถานการณ์เป็นองค์รวมได้ การตระหนักรู้ในเรื่องทั่วไปและการตระหนักรู้ตนเองทำให้ผู้นำแบบผู้รับใช้แข็งแกร่ง ซึ่งการตระหนักรู้ไม่ใช่สิ่งปลดปล่อย แต่กับบันสิ่งปลดปล่อย ผู้นำที่มีความสามารถจะตื่นตัวและถูกกระตุ้นอย่างมีเหตุผล เข้าไม่ต้องการสิ่งปลดปล่อย เพราะเขารู้สึกต้นแบบความลงตัวได้ ดังพระธรรมลูกาบทที่ 11 ข้อที่ 33-35 ที่กล่าวไว้ว่า "ไม่มีคริสเมื่อจุดตะเกียงแล้วจะตั้งไว้ในที่ลับหรือเอาถังครอบไว้ แต่จะตั้งไว้บนเชิงตะเกียง เพื่อคนที่เข้ามาจะเห็นแสงสว่างตามเป็นประทีปของร่างกาย ถ้าตาของท่านปกติ ทั้งตัวก็พลอยสว่างไปด้วย แต่ถ้าตาของท่านผิดปกติ ทั้งตัวก็พลอยมีดีไปด้วย ระวังให้ดีอย่าให้ความสว่างที่อยู่ในตัวท่าน

กล้ายเป็นความมีด ถ้าหั้งตัวของท่านเต็มไปด้วยความสว่างไม่มีความมีดเลย มันก็จะสว่างไว้ไปหมดเหมือนอย่างความสว่างของตะเกียงที่ส่องมากยังท่าน" (สมาคมพาราคริสตธรรมไทย, 2554)

5. การโน้มน้าว (Persuasion) หมายถึง มีความสามารถในการโน้มน้าวใจ มุ่งที่การทำให้ผู้อื่นคล้อยตาม และสามารถสร้างความตกลงร่วมกันนายในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิผล ผู้นำแบบผู้รับใช้จะใช้ความสามารถในการโน้มน้าวใจมากกว่าอำนาจโดยตำแหน่งในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในองค์กร มุ่งที่การทำให้ผู้อื่นคล้อยตามมากกว่าการชี้มั่น คุณลักษณะนี้ได้แบ่งแยกรูปแบบการปกครองแบบเดิมและผู้นำแบบผู้รับใช้ได้อย่างชัดเจน ดังพระธรรมอหันน บทที่ 13 ข้อที่ 14-15 ที่กล่าวไว้ว่า "พระฉะนั้นถ้าเราผู้เป็นองค์พระผู้เป็นเจ้าและพระอาจารย์ยังลังเท้าของพากท่าน ท่านก็ควรจะลังเท้าของกันและกันด้วย เพราะว่าเราวางแบบอย่างแก่พากท่านแล้ว เพื่อให้ท่านทำเหมือนอย่างที่เราทำกับท่านด้วย" (สมาคมพาราคริสตธรรมไทย, 2554)

6. การสร้างกระบวนการทัศน์ (Conceptualization) หมายถึง มีแนวคิดรวมยอดเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่ชัดเจน ตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ยิ่งใหญ่ มีความสามารถในการมองปัญหาขององค์การจากพื้นฐานแนวคิดที่เป็นกระบวนการ การเป็นระบบผู้นำแบบผู้รับใช้จะฝึกฝนความสามารถในการฝันถึงที่ยิ่งใหญ่ ความสามารถในการมองปัญหาหรือองค์การจากพื้นฐานแนวคิดที่เป็นกระบวนการ การเป็นระบบ กล่าวคือ ต้องคิดให้เห็นอีกขั้นไปจากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในแต่ละวันสำหรับผู้บริหารจัดการ คุณลักษณะนี้ต้องอาศัยการมีวินัยและการฝึกฝนแต่สำหรับผู้นำแล้วต้องแสดงความสมดุลระหว่างการคิดอย่างเป็นกระบวนการและแนวคิดวันต่อวัน ดังพระธรรมอหันน บทที่ 16 ข้อที่ 18-19 ที่กล่าวไว้ว่า "เราบอกกันว่าท่าน คือเปเตอร์ และบันคิลานี้ เราจะสร้างคริสตจักรของเราระหว่างพลังแห่งความตายจะมีชัยต่อคริสตจักรไม่ได้ เราจะมอบลูกกุญแจต่างๆ แห่งแผ่นดินสวรรค์ให้ไว้แก่ท่าน ลิงได้ที่ท่านกล่าวห้ามในโลก

สิ่งนั้นก็จะถูกกล่าวห้ามในสวรรค์ และลิงได้ที่ท่านกล่าวหันญาติในโลก สิ่งนั้นก็จะได้รับอนุญาตในสวรรค์" (สมาคมพาราคริสตธรรมไทย, 2554)

7. การมองการณ์ไกล (Foresight) หมายถึง ความสามารถในการหันรู้ โดยญาณทัศนะแบบมองเห็นการณ์ไกล การมองการณ์ไกลจะช่วยให้ผู้นำแบบผู้รับใช้เข้าใจถึงบทเรียนจากอดีต ความเป็นจริงปัจจุบัน และเหตุการณ์ต่อเนื่องที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต คุณลักษณะนี้จะอยู่ในความสามารถในการหันรู้ ซึ่งยังคงเป็นคุณลักษณะที่ไม่มีการศึกษามากนักในส่วนของภาวะผู้นำ แต่ก็เป็นส่วนที่ควรได้รับความสนใจ ดังพระธรรมอหันน บทที่ 28 ข้อที่ 16-20 ที่กล่าวไว้ว่า "แต่สาวกสิบเอ็ดคนก็ไปยังกาลี ถึงภูเขาที่พระเยซูทรงกำหนดไว้ และเมื่อเห็นพระองค์เข้าทั้งหลายจึงกราบนมัสการ แต่บางคนยังสงสัยอยู่ พระเยซูจึงเลื่อนเข้ามาใกล้แล้วตรัสกับพวกเขาว่า 'ลิทธิอำนาจทั้งหมดในสวรรค์ก็ได้ในแผ่นดินโลกก็ได้ทรงมอบไว้แก่เราแล้ว เพราะฉะนั้น ท่านทั้งหลายจงอุปถัมภ์และนำชนทุกชาติมาเป็นสาขของเรา จงบัพติมายพากษาในพระนามของพระบิดา พระบุตร และพระวิญญาณบริสุทธิ์ และสอนพากษาให้ถืออักขระสิ่งสารพัดที่เราสั่งพากท่านไว้ และนี่แหละ เรายังอยู่กับท่านทั้งหลายเสมอไปจนกว่าจะลิ้นยุค" (สมาคมพาราคริสตธรรมไทย, 2554)

8. การเป็นผู้ดูแล (Stewardship) หมายถึง การเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ร่วมงานทุกคน การอุทิศตนเพื่อสนับสนุนตอบความต้องการของผู้ร่วมงานแสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อผู้อื่น รวมถึงการใช้ความเปิดเผยและแสดงถึงความจริงใจเป็นการรับผิดชอบต่อบางสิ่งบางอย่างเพื่อผู้อื่น ผู้นำแบบผู้รับใช้ถือว่าการเป็นผู้ดูแล เป็นหน้าที่ที่สำคัญอันดับแรก ในการอุทิศตนเพื่อสนับสนุนตอบความต้องการของผู้อื่น รวมถึงการใช้ความเปิดเผย จริงใจและการโน้มน้าวมากกว่าการบังคับควบคุม ดังพระธรรมอุปัท บทที่ 9 ข้อที่ 12-17 ที่กล่าวไว้ว่า "เมื่อกำลังจะใกล้ค่าสาวกสิบสองคนมาทูลพระองค์ว่า "ขอส่งผู้คนไปตามหมู่บ้านต่างๆ

ที่อยู่แทนนี้เพื่อหาที่พักและอาหาร เพราะที่ที่เราว่ายน้ำเป็นที่เปลี่ยว" แต่พระองค์ตรัสรักบัญชาทั้งหลายว่า "พวกท่านจะเลี้ยงเขาเต็ด" เขาทูลว่า "เราไม่มีอะไรมาก มีแค่ข้ามเป็นห้าก้อนกับปลาสองตัว นอกจากออกจากไปทางซื้ออาหารให้ประชาชนทั้งหมดนี้" เพราะมีผู้ชายอยู่ที่นั่นประมาณห้าพันคน พระองค์จึงสั่งพวกสาวกของพระองค์ว่า "จงให้พวกเขานั่งลงเป็นหมู่ๆ หมู่ละประมาณห้าสิบคน" สาวกที่ตาม คือให้ทุกคนนั่งลง เมื่อพระองค์ทรงรับขันมีปังห้าก้อนกับปลาสองตัวนั้นแล้ว ก็แหงนพระพักตร์ ดูฟ้าสวัสดิ์ ขอพระพร แล้วทรงหักสิ่งที่พวกสาวกเอาไปเจอก่ายฝุ่น พากเขาก็ได้กินอิ่มกันทุกคน แล้วพวกสาวกยังเก็บเศษอาหารที่เหลือนั้นได้ถึงสิบสองตันครับ" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

9. การอุทิศต่อความเจริญเติบโตของบุคคล (Commitment to the Growth of People) หมายถึง การเป็นผู้ที่อุทิศตนเพื่อความเจริญเจริญเติบโตของบุคคลการทุกคน ในองค์การ ตระหนักรถึงความรับผิดชอบในการสร้างความเจริญเจริญเติบโตของบุคคลการทุกคน ในสังกัด ผู้นำแบบผู้รับใช้จะเชื่อว่าคนมีคุณค่าภายในที่สูงกว่าลักษณะภายนอก ด้วยเหตุนี้ผู้นำแบบไม่บริการจึงอุทิศตนอย่างมากในความเจริญของงานของแต่ละคนและทุกๆ คนในองค์การ ผู้นำแบบไม่บริการจึงตระหนักรถึงความรับผิดชอบที่ยิ่งใหญ่ในการสร้างความเจริญของงานของบุคคลการ ดังพระธรรมยอดหัน บทที่ 15 ข้อที่ 5-8 ที่กล่าวไว้ว่า "เราเป็นเจ้าของบุคคลนั่นเอง พวกท่านเป็นแขนง คนที่ติดสนิทอยู่กับเราและเราติดสนิทอยู่กับเจ้า คนนั้นจะเกิดผลมาก เพราะว่าถ้าแยกจากเราแล้วพวกท่านจะทำสิ่งใดไม่ได้เลย ถ้าได้ไม่ได้ติดสนิทอยู่กับเรา คนนั้นก็ต้องถูกตัดทิ้งเสียเหมือนแขนง แล้วก็เที่ยวแห้งไป และถูกเก็บเอาไปเผาไฟ ถ้าพวกท่านติดสนิทอยู่กับเราและถ้อยคำของเราติดสนิทอยู่กับท่านแล้ว ท่านจะขอสิ่งใดที่ท่านประทานก็จะได้สิ่งนั้น พระบิดาของเรารองรับพระเกียรติเพราะเหตุนี้ คือเมื่อพวกท่านเกิดผลมากและเป็นสาวกของเรา" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

10. การสร้างกลุ่ม (Building Community) หมายถึง มีความสามารถในสร้างกลุ่มหรือชุมชนภายในองค์การ ความสำนึกรักษาความรักและรักษาความสัมพันธ์ ใช้ได้สูญเสียไปในอดีตเมื่อไม่สามารถนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนสภาพชุมชนห้องถังกิ่งไปสู่องค์กรขนาดใหญ่ ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนวิธีชีวิตของผู้คนไปด้วย จึงเป็นเหตุให้ผู้นำแบบผู้รับใช้มุ่งสร้างกลุ่มหรือชุมชนภายในองค์การ โดยเชื่อว่ากลุ่มที่แท้จริงสามารถสร้างขึ้นได้ท่ามกลางบุคคลในวงการธุรกิจหรือบุคคลในองค์กรอื่น สิ่งจำเป็นสำหรับการสร้างกลุ่มที่สามารถรวมผู้คนจำนวนมากได้ คือ ผู้นำแบบผู้รับใช้บริการที่ค่อยซึ้งทางด้วยการแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ไม่จำกัดสำหรับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ดังพระธรรมลูกกา บทที่ 6 ข้อที่ 13-19 ที่กล่าวไว้ว่า "พอถึงรุ่งเช้า พระองค์ทรงเรียกพวกสาวกมา แล้วทรงเลือกสาวกสิบสองคนผู้ซึ่งพระองค์ทรงให้ชื่อว่า อัครทูต ได้แก่ ซึ่งโน่นที่พระองค์ทรงให้ชื่อว่า เปโตร อันดaruวันองค์ชายของเปโตร ยากอบ และ约翰 ฟิลิป และนาโนโลวิส มัทธิว และโยหันส์ ยากอบ นักอัลเฟลล์ ซึ่งโน่นที่เรียกันว่า เครโลเท ยุดาล บุตรของยากอบ และยูดาลอสคริโอห์ ผู้ซึ่งต่อมาทรงพระองค์แล้วพระองค์กับอัครทูตสิบสองคนนั้นก็ลงมายืนอยู่บนที่รับแห่งหนึ่งพร้อมกับสาวกคนอื่นๆ และมหาชนที่มาจากการทั่วแคว้น ยูดียุกุเรื้าชาเล็น รวมทั้งเมืองไทรและเมืองไซดอน ซึ่งเป็นเมืองชายฝั่งทะเล เพื่อจะฟังพระองค์และให้พระองค์ทรงรักษาโรคของเขา บรรดาคนที่ต้องทนทุกข์เพราผีโลโคริกก์ได้รับการรักษาให้หายด้วย ผู้คนทั้งหมดต่างพยาภรณ์ที่จะล้มผัสดังพระองค์ เพราะว่ามีฤทธิ์เดชซ่านออกจากพระองค์และรักษาพวกเข้าให้หายได้ทุกคน" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

ดังนั้นการท่ององค์การจะสามารถดำเนินอยู่ได้กับปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้นำมีความสามารถและมีความจำเป็นต่อความสำเร็จขององค์การ โดยมีการวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยในปัจจุบันนักวิชาการได้ระบุคุณสมบัติที่สำคัญของผู้นำต้องประกอบไปด้วยจริยธรรม ซึ่งภาวะ

ผู้นำแบบผู้รับใช้เน้นความร่วมมือ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจและการใช้อำนาจอย่างมีจริยธรรม จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้มีจิตรับใช้ให้บริการมา ก่อน และตัดสินใจอย่างมีจิตสำนึกรักที่จะนำเพื่อว่าจะได้ รับใช้ให้บริการคนอื่นได้ดีขึ้น ไม่ใช้อย่างนำเพื่อตนเอง จะได้มีอำนาจเพิ่มขึ้น เป้าหมายของการนำ คือ เพื่อ พัฒนาความเจริญของกิจกรรมในองค์กรและเพิ่มการมีส่วนร่วมของสมาชิกและทุกคน, สอดคล้อง กับทัพยา แย้มธุติ และวัลยพร คิริภารมย์, 2557) ที่ กล่าวว่า "ผู้นำที่ดีที่สุด คือคนที่แทบจะไม่มองว่าตนเอง นั้นมีความสำคัญ ไม่ได้ตระหนักว่าคนอื่นจะต้องมาเชื่อฟังหรือสร้างความเชื่อมั่น และไม่สนใจเมื่อมีใครมาดูจาก เหตุการณ์ ถ้าผู้นำไม่ให้เกียรติแก่ผู้อื่น ผู้อื่นก็จะไม่ให้เกียรติคุณ ผู้นำที่ดีจะพูดเพียงเล็กน้อยเมื่องาน ของเขาราบรุ่งเรือง และผู้นำจะพูดว่าเป็นงานที่พวก เรายร่วมกันทำ" ดังพระธรรมมหาทิว บทที่ 20 ข้อที่ 27-28 ที่กล่าวไว้ว่า "ถ้าผู้ใด ใครจะได้เป็นเอกเป็นต้น ผู้นั้น จะต้องเป็นท้าทสัมครของพากห่านอย่างที่บุตรมนุษย์ มิได้มาเพื่อรับการปวนนิบัติ แต่ท่านมาเพื่อจะปวนนิบัติ เข้า" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554)

ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้กับโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภากリストจักร ในประเทศไทย

โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภากリストจักร ในประเทศไทย ประกอบด้วย 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสต์เทียน โรงพยาบาลกรุงเทพ คริสต์เทียน นครปฐม โรงพยาบาลคริสต์เทียนแห่งน้ำเคเวนอย โรงพยาบาลโอลเวอร์บีช โรงพยาบาลแมคคอร์มิด โรงพยาบาลแวนเซนต์ชูร์ด โรงพยาบาลเพร์คิสต์เทียน และสถาบันแมคเดนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ สภากリストจักร ในประเทศไทย (2558) มีพันธกิจการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ หลักในการให้การบำบัดรักษายาบาล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่บุคคลทั่วไป รวมทั้ง การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกัน การเจ็บป่วย เพื่อเป็นพยานของพระยาชูคริสต์โดย โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภากリストจักร ใน

ประเทศไทย มีภารกิจจากมิชชันนารีที่ได้วางภารกิจ การเผยแพร่องค์ความรู้ทางศาสนา การศึกษา และการแพทย์ มากว่า 180 ปี นับเป็นองค์กรคริสต์ศาสนานิกายโปรเตสแตนต์ ที่มีกิจกรรมด้านต่างๆ ที่สร้างประโยชน์แก่สังคมไทย มาโดยตลอด ทั้งนี้ถือเป็น พันธกิจที่ต้องปฏิบัติเพื่อนำสังคมไทยไปสู่ความเจริญและเป็นสังคมแห่งคุณธรรม จรรยา และมีหลักยึดเหนี่ยวทางศาสนาที่ทำให้คนรอดพันจากความชั่วร้ายและความผิดบาป กิจกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นการแสดงถึงความรักเมตตากรุณาและความห่วงใยขององค์พระผู้เป็นเจ้าที่มีต่อมนุษยชาติเป็นพื้นฐาน และเป็นความรับผิดชอบที่สภากリストจักร ในประเทศไทยและผู้สืบทอดต่อมาจะต้องปฏิบัติเพื่อยังประโยชน์ต่อผู้คน ต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติ สืบต่อไป (ประลิทธิ พงศ์อุดม, 2557) โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภากリストจักร ในประเทศไทย ได้ตระหนักรและให้ความสำคัญในการให้การบำบัดรักษายาบาล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่บุคคลทั่วไป รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อเป็นพยานของพระยาชูรับใช้ (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2558)

จากการบททวนวรรณกรรมและผลการวิจัย หรือข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานทั้งในส่วนขององค์กรการศึกษา องค์กรอุตสาหกรรม บริการ องค์การการสื่อสาร รวมถึงองค์กรโรงพยาบาล ซึ่งคุณลักษณะของความเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภากリストจักร ในประเทศไทย นั้นมีลักษณะที่สอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำแบบ

ผู้รับใช้ กล่าวดีใจจะให้บริการแก่ชนทุกชั้นอนุ่งดีที่สุด สมตามพระดำรัสของพระเยซูคริสต์ที่ว่า "จงรักษา คนเจ็บให้หาย" การให้บริการโดยมีรากฐานมาจาก ความรักของผู้เชื่อมั่นในพระคุณ พระเมตตา ของพระเจ้า โดยการให้ความเอาใจใส่ พร้อมที่จะช่วยเหลือด้วย ความมั่นใจ ยินดีเสียสละอุทิศตนเพื่อรักษาผู้ป่วยหาย ขอตัวอย่างการศึกษาวิจัยของพรพิพิพย์ กวินสุพร และ คณะ (2557) ศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำไฟเบอร์การ ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัด มูลนิธิแห่งสภากาชาดจังหวัดประเทศไทย พบว่า องค์ ประกอบภาวะผู้นำไฟเบอร์การของผู้บริหารทางการพยาบาล มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้นำที่พร้อมจะลงมือทำ 2) ผู้นำที่คลาดและถ่อมสุภาพ 3) ผู้นำที่เสียสละและ ปกป้องผู้ใต้บังคับบัญชา และ 4) ผู้นำที่ปักโกรงโดย ใช้ระบบครอบครัว สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้นำที่พร้อมจะลงมือทำ เป็นองค์ประกอบที่ อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำที่มีความตั้งอกตึ้งใจ ใน การปฏิบัติงานและสนับสนุนหัวหน้าให้ผู้ใต้บังคับบัญชา ปฏิบัติงานอย่างจริงจัง ดังพระธรรมอยอหัน บทที่ 13 ข้อที่ 12-15 ที่กล่าวไว้ว่า "เมื่อพระองค์ทรงล้างเท้าของ พวกรเข้าแล้ว พระองค์ก็ทรงคล้องพระองค์แล้วประทับ ลงตัวกับเขาว่า "พวกร้านเข้าใจสิ่งที่เราทำกับท่านหรือ ไม่พวกร้านเรียกเราว่าพระอาจารย์และองค์พระผู้เป็นเจ้า ท่านเรียกถูกแล้ว เพราะเราเป็นอย่างนั้น เพราะฉะนั้น ถ้าเราผู้เป็นองค์พระผู้เป็นเจ้าและพระอาจารย์ยังล้าง เท้าของพวกร้าน ท่านก็ควรจะล้างเท้าของกันและกัน ด้วย เพราะว่าเราวางแบบอย่างแก่พวกร้านแล้ว เพื่อให้ ท่านทำเหมือนอย่างที่เราทำกับท่านด้วย" (พระคริสต์ ธรรม ไทยสมาคม, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมประสงค์ เรือนไทย ที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ หรือภาวะผู้นำไฟเบอร์ การทำงานเป็นทีม และ พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของผู้บริหาร

ระดับต้น และตัวแปรภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ การทำงาน เป็นทีม พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร สามารถร่วมกันอธิบายผลการปฏิบัติงานของผู้บริหาร ระดับต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย สามารถร่วมกับพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานได้อย่าง 53.9

ผู้นำที่ชายหาดและถ่อมสุภาพ เป็นองค์ ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำเป็นผู้มีความ เฉลี่ยวลาด มีไหวพริบ ทันคนทันต่อเหตุการณ์ เป็น ผู้รอบรู้ และมีความคิดสริเริม เป็นผู้มีความมุ่นงวด ผ่อน ปรน เพื่อเตรียมสร้างความสามัคคีและความเข้าใจอันดี ต่อกันในหมู่ผู้ร่วมงาน รวมถึงการถ่อมตัวตามกาลเทศ อันควร และมีพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญกับผู้อื่น ให้ เกียรติและยอมรับผู้อื่นมีความเกรงใจ (สมศักดิ์ คงเที่ยง, 2556) ดังพระธรรมมหทิรา บทที่ 22 ข้อที่ 15-22 ที่กล่าวไว้ว่า "ขณะนั้นพวกรีสิกไปและบริจา กันทางทำให้พระองค์ทรงติดกับด้วยคำพูด จึง ใช้บรรดาศิษย์ของตนกับพวกรีสิกไปทูลพระองค์ว่า "ท่านอาจารย์ เราทราบว่าท่านเป็นคนเชื่อสัตย์ สั่งสอน ทางของพระเจ้าตามความจริงโดยไม่ได้อาใจใด พระท่านไม่ได้เห็นแก่หน้าใคร เพราะฉะนั้นขอโปรด ให้เราทราบว่าท่านคิดอย่างไร การส่งส่วยให้แก่ชีชาร์นั้น ควรหรือไม่" พระเยซูทรงทราบเจตนาร้ายของพวกรีสิก จึงตรัสว่า "คนหน้าซื่อใจดี พวกร้านมาทดลองเราทำไม่ ลงเราเงินที่จะเสียส่วยนั้นมาให้เราดู" เขาก็จึงเ大道ริอัน เหรียบูหนึ่งถวายพระองค์ พระองค์ตรัสสถานว่า "สูปและ คำจาภันนี้เป็นของใคร" พวกรีสิกกล่าว "ของชีชาร์" และ พระองค์ตรัสกับเขาว่า "พระฉะนั้น ของของชีชาร์ จงถวายแด่ชีชาร์ และของของพระเจ้าจงถวายแด่ พระเจ้า" เมื่อได้ฟังแล้วพวกรีสิกประหลาดใจ จึงลงทะเบองค์ไว้และกลับไป" (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2554) สอดคล้องกับเคลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ (2557) ให้ทัศนะว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ หรือภาวะ ผู้นำไฟเบอร์ การ จะต้องเป็นผู้ที่ค่อยช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ ก่อนแล้ว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ

ของผู้ที่มีความต้องการที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น อาจกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นชอบช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ตลอด ดูเป็นผู้ที่ใส่ใจในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง รักความอิสระ และมีความชื่นชอบที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

ผู้นำที่เลี้ยงสละและปกป้องผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำต้องเป็นผู้เลี้ยงสละเพื่อส่วนรวม จริงใจ มีพฤติกรรมให้ความช่วยเหลือ และเยียวยารักษากำถังด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือสร้างความสงบสามัคคี สร้างสัมพันธภาพภายใน จากเกิดความขัดแย้ง สนใจและให้ความสำคัญต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และให้คุณค่าต่อความดีงาม คุณธรรมจริยธรรม มากกว่าสิ่งอื่นใด มีพฤติกรรมชอบที่จะช่วยเหลือปกป้องในสิ่งที่ถูกต้อง (สมศักดิ์ คงเที่ยง, 2556) ดังพระธรรมมัธิวิ บทที่ 12 ข้อที่ 9-12 ที่กล่าวไว้ว่า "แล้วพระองค์เสด็จไปจากที่นั่น และทรงเข้าไปในห้องมาลาของพากษา ที่นั่นมีคนหนึ่งที่มีอิทธิพลสูง คนทั้งหลายถามพระองค์ว่า "การรักษาโรคในวันสะบาโตนั้น ต้องห้ามหรือไม่" เพื่อเข้าห้องหลายจะหาเหตุฟ้องพระองค์ ได้ พระองค์จึงตรัสกับเขาว่า "ถ้าใครในพวงท่านมีแกะตัวหนึ่ง และแกะตัวนั้นตกบ่อในวันสะบาโต คนนั้นก็จะชุดลากแกะตัวนั้นขึ้นมาไม่ใช่หรือ มีนุชย์คนหนึ่งยอมประเสริฐยิ่งกว่าแกะมากที่เดียว เพราะฉะนั้นจึงอนุญาตให้ทำการดีได้ในวันสะบาโต" (พระคริสตธรรมไทยสมาคม, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับ อรุณ พรมจารย์ (2556); ธรรมวรรณ มีเหมย และ คณะ (2554); สัมฤทธิ์ กางเพ็ง และคณะ (2553) และ สมประสงค์ เวื่องไทย (2551) ที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ หรือภาวะผู้นำไฟเบอร์กิริรัม การรับใช้เพื่อสนับสนุนความต้องการของบุคคลเหล่านั้นโดยใช้อำนาจทางศีลธรรมภราดตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ความไว้วางใจเชิงก้ามและกัน และมอบอำนาจแก่บุคคลเหล่านั้น นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม

ผู้นำที่ปกครองโดยใช้ระบบครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำในการเป็นผู้ให้ มุ่งปกครองหรือทำงานเพื่อผู้อื่น เอาใจใส่บริการ จัดสรร ลงเคราะห์ อนุเคราะห์ให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์สูง ความสัมภាភลดภัย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เดือดร้อน (สมศักดิ์ คงเที่ยง, 2556) ดังพระธรรม มัธิวิ บทที่ 12 ข้อที่ 46-50 ที่กล่าวไว้ว่า "ขณะที่พระองค์ยังตรัสกับผู้ชนอยู่ข้างนอก ท่าโภกาส จะพุดกับพระองค์ มีคนหนึ่งทูลพระองค์ว่า "นี่ແນ່ທ่านมาตราและบรรดาเนื้องชายของพระองค์ยืนอยู่ข้างนอก ท่าโภกาสที่จะสนเทศกับท่าน" พระองค์จึงตรัสกับผู้ที่มาทูลนั้นว่า "ครับเป็นมาตราของเรา ครับเป็นพื่นของเรา" พระองค์ทรงชี้ไปทางส่วนทั้งหลายของพระองค์และตรัสว่า "นี่เป็นมาตราและพื่นของเรา เพราะว่า ครูกิตตามที่ทำตามพระทัยพระบิดาของเราผู้ลูกศิษย์ในสวรรค์ ผู้นั้นแหลกเป็นพื่นของชายหญิงและมาตราของเรา" (สมocomพระคริสตธรรมไทย, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับเฉลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ (2557) ที่กล่าวได้ว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ หรือภาวะผู้นำไฟเบอร์กิริรัม เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพฤติกรรมที่มีคุณธรรม จริยธรรม การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาเพื่อนร่วมงานได้จริงๆ อกงาม

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้นำเป็นบัจยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จขององค์การ เพราะผู้นำมีภาวะหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงในการวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ และการควบคุม เพื่อให้บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานต่างๆ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้นำจึงต้องมีวิธีการนำที่จะทำให้ผู้ตามเกิดความผูกพันกับงานและทุ่มเทความสามารถ และพยายามที่จะทำให้งานสำเร็จรวดเร็วโดยความตั้งใจ ด้วยเหตุนี้ ผู้นำจะต้องพัฒนาตนเองให้มีภาวะผู้นำ ซึ่งภาวะผู้นำนั้นเป็นคุณสมบัติที่จะทำให้เป็นผู้นำ เป็นผู้พร้อมที่

จะปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องบังเกิดผลดี คุณสมบัติของผู้นำมีหลายอย่างหลายด้าน เช่น สถิติ ปัญญา ความดีงาม ความรู้ และความสามารถของบุคคล ที่ใช้กันนำไปสู่การประสานงานกัน พากันไปสู่จุดมุ่งหมายที่ดีงามร่วมกัน ที่ภาวะผู้นำสามารถจำแนกออกได้ 2 ลักษณะ คือ ในลักษณะของการใช้อำนาจบังคับ กำกับควบคุมเพื่อให้ผู้ตามเกิดพัฒนาตามที่ตนต้องการ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ส่วนอีกลักษณะหนึ่งก็คือ การใช้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับผู้ตามสร้างความเป็นกันเองเพื่อการต้อนรับ ใจให้ผู้ตามเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม หรือมีพัฒนาระบบที่พึงประสงค์ เพื่อการบรรลุเป้าหมายเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ นั้นมีประโยชน์ต่อการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนองค์การให้ก้าวหน้า และยังได้รับการยอมรับว่าเป็น

เสมือนปรัชญาและเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์การและสังคม ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ตามแบบอย่างพระเยซูคริสต์ แนวคิดผู้นำแบบผู้รับใช้นี้จะมาจากการในตัวบุคคลโดยผู้นำแบบผู้รับใช้จะเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในองค์การมุ่งเน้นความสำคัญด้านคุณธรรม การเป็นแบบอย่างที่ดี การให้บริการแก่เพื่อนร่วมงานซึ่งคำนึงถึงความเป็นอยู่ของเพื่อนร่วมงาน ความเห็นอกเห็นใจ การสร้างและคงไว้ซึ่งการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบนพื้นฐานของคุณธรรมจริยธรรม รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาเพื่อนร่วมงานในด้านต่างๆ และตระหนักรถึงความสำคัญในการพัฒนาภาวะผู้นำ เพื่อเป็นการรับใช้บริการผู้อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมรัตน์ จันทรเดชา นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสนุล รัตติกรรณ์ จงวิศาล และบุญอนัน ไชยจูฤกุล. (2557). "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ในโรงพยาบาลเอกชน : การนิยามมโนทัศน์ และพัฒนาเครื่องมือวัด". วารสารพัฒนาการ 20(2) : 1-17.
- ธรรมลภารณ มีเหมย รัตติกรรณ์ จงวิศาล และไอลี ศักดิ์วิรพงศ์. (2554). "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ จิตวิญญาณในองค์การที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น ธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร". วารสารวิชาการประจอมแมล้ำพะนคenhieo. 21(2) : 447-455.
- พรพิพิพ กวินสุพร บุณย์นุช พิมใจใส และอรีย์ ตันตยาณุวัตร. (2557). "องค์ประกอบภาวะผู้นำไฟบริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสถาบันวิสิทัจักรในประเทศไทย". วารสารคณบดีพยาบาลศาสตร์. 2(1) : 30-40.

- สถาบันวิจัยและประเมินผลในประเทศไทย. (2558). [ออนไลน์]. โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิสถาบันวิจัยและประเมินผลในประเทศไทย ลีบดี้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2558, จาก <http://www.cct.or.th/cctweb2014/frontend/index.php>.
- สมประสงค์ เรือนไทย และรัตติกรณ์ จวิศาล. (2551). "ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ กับผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น องค์การการลือสารเอกสารแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร". วารสารวิชาการ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 16(25-26) : 165-181.
- สมศักดิ์ คงเที่ยง. (2556). "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ (Servant leadership)". วิทยาจารย์. 112(10) : 89-92.
- สมาคมพระคริสตธรรมไทย. (2554). พระคริสตธรรมคัมภีร์ฉบับมาตรฐาน. กรุงเทพมหานคร :
- สมาคมพระคริสตธรรมไทย.
- ลักษณ์ กำแพง และสายอุด ภัณฑ์. (2553). ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ในองค์การ : แนวคิด หลักการ ทฤษฎี และงานวิจัย (Servant Leadership in Organization : Concept, Principle, Theory and Research). ขอนแก่น : ศลั้งนานาวิทยา.
- หทัย แย้มชูติ และวัลยพร ศิริภิรมย์. (2557). "คึกคักวิจัยเบรียบเทียบภาวะผู้นำไฟเบอร์การของผู้บริหารมหาวิทยาลัยชนบท". OJE. 9(3) : 570-582.
- อรุณ พรมจารย์. (2556). "การพัฒนาฐานแบบภาวะผู้นำแบบไฟเบอร์การของผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา". วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมคึกคักอาเอกสารแห่งประเทศไทย (สสอท.). 19(2) : 66-78.
- Blanchard, K. (2005). Lead like Jesus : lessons from the greatest leadership role model of all times. Tennessee : Thomas Nelson Publishers.
- Greenleaf, R. K. (1970). The servant as leader. Newton Centre, MA : The Robert K. GreenleafCenter.
- . (1977). Servant leadership : A journey into the nature of legitimate power and greatness. New York : Poulist Press.
- Waterman, H. (2011). "Principle of servant leadership and how they can enhance practice. Nursing Management. 17(9) : 24-26.
- Page, D., and Wong, T. P. (2003). Servant Leadership : An opponent-process model and the revised servant Leadership profile. Servant Leadership Research Roundtable. Regent University School of Leadership Studies, Virginia Beach, VA.

- Spears, L.C. (1996). "Reflections on Robert K. Greenleaf and servant leadership" .
Leadership and Organization Development Journal. 17(7) : 33–35.
_____. (2004). "Practicing Servant Leadership". *Leader to Leader.* 34(Fall) : 7–11.



การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Teenage Pregnancy

วุ่งอรุณ พุ่มเจริญ*

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ มีหน้าที่ก้าวผ่านพัฒนาจิตใจที่สำคัญตามวัยเพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ประเทศชาติมีความเจริญก้าวหน้า มีความมั่นคงและยั่งยืน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปัจจุบันมีอัตราการเกิดสูงขึ้นมาก ถือเป็นภาวะวิกฤติซ้ำซ้อนสะท้อนให้เห็น

ถึงความล้มเหลวของพัฒนาจิตใจของวัยรุ่น ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของวัยรุ่น และของเด็กแรกในครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกำลังจะเป็นปัญหาที่สำคัญที่กระบวนการพัฒนาการของสถาบันครอบครัว ลังคอมโดยรวม ประเทศชาติ และโลก

Abstract

Adolescence is an age of transition from children to adult age. Adolescents have important duties to pass through the certain developmental tasks to become worthwhile adults and be a part of moving the country to be prosperous, stable, and sustainable. Recently, the ratio of teenage pregnancy is remarkably high.

Teenage pregnancy, a redundant crisis, reflects the failure of adolescents in working on their developmental task that could have destructive impacts on the adolescents' physical and psychological health, and the infant in utero. It could also become profound problem of family, society at large, the nation, and the world.

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน

บทนำ

มนุษย์นั้นมีการเจริญและพัฒนาตามวัยได้แก่ วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ และวัยชราภาพ ภายใต้การอบรมเลี้ยงดู กล่อมเกลาจากสถาบันครอบครัวที่เป็นต้นแบบ และภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ เช่นการศึกษา วัฒนธรรม ชนบทธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม ในสังคมนั้นๆ การพัฒนาตามลำดับขั้นตอน เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนผ่านของแต่ละช่วงชีวิตและส่งผลให้ประสบความสำเร็จในที่สุด

ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ (กุหลา ตันติผลศิริ, 2553) โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม ซึ่งวัยรุ่นนี้จะเป็นช่วงวิกฤติหนึ่งของชีวิต ทางด้านร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเพศทุติยภูมิจากอวัยวะของเยื่อบุโพรงมดลูก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย วัยเด็กเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประพฤติ ดังคำกล่าวที่ว่า เด็กในวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า การเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ต้องผ่านช่วงวัยรุ่น ให้สำเร็จลั่นระฆังเป็นผู้ใหญ่ที่ดีได้

ก่อนอายุ 10 ปี จะดับของgonadotropin (LH & FSH) อยู่ในระดับต่ำ ไฮโปราลามัส (Hypothalamus) และต่อมใต้สมองยังไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศ ต่อเมื่อเข้าสู่วัยแรกรุ่น เชลล์ประจำทางในไฮโปราลามัสมีการสร้างและหลัง Gonadotropin releasing hormone (GnRH) กระตุ้นให้มีการหลั่ง LH และ FSH อย่างเป็นจังหวะ (pulsatile)

วัยแรกรุ่น (Puberty) หมายถึงวัยที่เปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (ชุมพล ผลประมูล, 2552) เป็นช่วงอายุ 11-13 ปี ที่ระบบลีบพันธุ์มีการเจริญเติบโต สำหรับการมีบุตร แตกต่างกันตามเพศ เด็กหญิงจะเข้าสู่วัยแรกรุ่นเร็วกว่าเด็กชายประมาณ 2-3 ปี วัยนี้จะเน้นช่วงการสร้างเชลล์ลีบพันธุ์และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) เด็กหญิงจะมีการพัฒนาของเต้านมก่อน (Thelarche) ตามมาด้วยการมีขนที่หลาและอวัยวะลีบพันธุ์

(Pubarche) ในที่สุดจะมีประจำเดือน (Menarche)

ในเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยแรกรุ่น Gonadotropin releasing hormone (GnRH) กระตุ้นการหลั่งของgonadotropin ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจริญของถุงไข่ และการหลั่งเอสโตรเจน กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเพศทุติยภูมิ มีการสะสมไขมันที่บริเวณเต้านม เต้านมขยาย มีการพัฒนาของหัวใจ เซิงกราน กัน มีการเจริญของมดลูก มีประจำเดือน ทำให้เพศหญิงมีรูปร่างแตกต่างจากเพศชาย ฮอร์โมนแอนโดรเจนจากต่อมหมวกไตชั้นนอกกระตุ้นให้มีการสร้างขนที่รักแร้ และอวัยวะเพศ และกระตุ้นการเจริญเติบโตของกระดูกเอปิไฟซี얼 (Epiphyseal) ส่งผลให้วัยรุ่นเพศหญิงมีส่วนสูงมากกว่าเด็กวัยรุ่นชาย ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น

การมีประจำเดือน

หมายถึง การมีรดูหรือรอบเดือน การที่มีเลือดออกจากรายในโพรงมดลูกทุกรอบเดือน เนื่องจากมีการสร้างตัวของเยื่อบุโพรงมดลูก ในเด็กหญิงแรกเกิด ที่รังไข่จะมี Primordial follicles มากมาก และจะลดลงในระหว่างที่เจริญเติบโต จนเข้าสู่ระยะเจริญพันธุ์ จะเหลือประมาณ 3,000 ใบต่อรังไข่ 1 ชั้งทุกๆ เดือน Primordial follicle จะเจริญเป็น Graffian follicle โดยมีไข่ (Ovum) กิดขึ้นภายในโดยอุณหภูมิอิทธิพลของฮอร์โมน Follicle Stimulating Hormone (FSH) ที่สร้างจาก Pituitary gland กระตุ้นให้ไข่สุก และ Luteinizing Hormone (LH) กระตุ้นให้ไข่แตก (Ovulation) ทุกเดือนโดยลับกันเนื่องจากมีรังไข่ด้านซ้ายและด้านขวา การตกไข่จะประมาณวันที่ 10-14 ของรอบประจำเดือน (รำแพน พรเทพเกษมลันต์, 2556) ฮอร์โมนเพศจากรังไข่มี 2 ชนิดคือ เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน เอสโตรเจนมีผลโดยตรงต่อการเจริญของเชลล์ต่างๆ ที่สำหรับคือ มีผลทำให้มีความรู้สึกทางเพศ

ในเพศชาย ก่อนgonadotropinจากไฮโปราลามัส จะกระตุ้นการเจริญเติบโตของท่อเชมิโนเฟอร์ลและมีการหลั่งเทสโทสเตอโรนช่วยกระตุ้นการล้างและการ

พัฒนาของเชื้ออสุจิ (Spermatogenesis) และช่วยพัฒนาการเจริญของอวัยวะเพศชาย ในและภายนอกรวมถึงจิตใจให้มีพัฒนารูปแบบเพศชาย มีกล้ามเนื้อหัวไหหลักกว้าง เสียงหัว มีขันที่รักแร้และอวัยวะเพศ

พัฒนาการบุคลิกภาพและอารมณ์ของวัยรุ่น

วัยรุ่นจำแนกได้ 2 ช่วงวัยคือ วัยรุ่นตอนต้น และวัยรุ่นตอนปลาย (โสมรัสมี จันทร์ประภา, 2544)

วัยรุ่นตอนต้น หมายถึง ช่วงอายุ 12–16 ปี เริ่มต้นที่เด็กชายอายุ 12 ปี และเด็กหญิงอายุ 13 ปี โดยเด็กชาย จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีส่วนสูงเพิ่มขึ้นช้าๆ และไปโตเร็วเมื่ออายุ 18 ปี เสียงแตกหัว มีหนวด ขึ้นรากแร้ มีขนที่อวัยวะเพศ อวัยวะเพศเริ่มขยายใหญ่และหลังอสุจิริ้งแรกเมื่ออายุประมาณ 15 ปี สำหรับเด็กหญิงจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว หน้าอกขยาย มีขันที่อวัยวะเพศ มีรากแร้ และเริ่มมีประจำเดือน ทางด้านจิตใจเด็กจะมีโลกส่วนตัวมากขึ้น เด็กหญิงจะมีสุนัขภาวะในทุกด้านเร็วกว่าเด็กชาย เด็กชายจะมีสุนัขภาวะด้านกีฬาและพลังกำลังตีกันว่าเด็กหญิงด้านเดียวเท่านั้น

วัยรุ่นตอนปลาย หมายถึง ช่วงอายุ 17–20 ปี เป็นวัยของการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ระดับการคึกข่ายจะอยู่ในช่วงมัธยมคึกข่ายตอนปลายและระดับอุดมคึกข่าย ดังนั้นจะมีความเป็นตัวเองสูง มีอุดมการณ์ มีอิสระทางความคิด ต้องการการยอมรับความเป็นผู้ใหญ่ของตน

สไตน์เบอร์ก (Steinberg, 2010) จำแนกวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงดังนี้

ช่วงวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 14 ปี และต่ำกว่า)
- ช่วงนี้วัยรุ่นยังเห็นพ่อแม่เป็นต้นแบบที่สำคัญ อย่างไรก็ตามจะเริ่มใช้เวลา กับเพื่อนมากขึ้น บทบาทของพ่อแม่ที่สำคัญ คือ การเน้นย้ำถึงการควบหาสมความกับเพื่อน ที่มีนิสัยดี วัยนี้จะยังมองตนเองเป็นศูนย์กลาง และยังไม่สามารถมองเห็นอนาคตอย่างหลบปูโร่รึ ยังมองไม่เห็นว่าจะไร้ความสามารถมา กล่าวได้ว่ายังมองไม่รอบ 360 องศาหนึ่งสอง พ่อแม่ควรซึ้งแนวทางที่เหมาะสมให้บุตร

วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15–17 ปี) - เป็นวัยแห่งความอ่อน弱 ความท้าทายต่างๆ เช่น ยาเสพติด เหล้า บุหรี่ และการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเด็กที่มีพฤติกรรมเกเรจะมองว่าเป็นเรื่องปกติ วัยนี้แสวงหาอิสระและเชื่อพื่อนอกจากว่าพ่อแม่ มีความคิดเป็นของตันเองสูง มักขัดแย้งกับพ่อแม่ ทำให้เกิดความลับสนลูกหมาดอย่างใหญ่หลวงในครอบครัวในการที่วัยรุ่นจะแสดงออกถึงความมีอิสระของตน และเป็นช่วงแห่งความท้าทายถึงคุณค่าของสถาบันครอบครัว ความรักความเข้าใจ ความอบอุ่นและความคาดหวังของครอบครัวอย่างมาก

วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 18–19 ปี) วัยนี้มีความสามารถในการตัดสินใจ คิดเป็นนามธรรมและมองเห็นอนาคตระยะยาวได้ด้วยใจ แต่ก็ตามมาได้ มีการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาและสรุปเป็นแนวคิดความเชื่อได้ นำไปสู่การตัดสินใจที่ดีได้ มีการควบคุมปั้งคับตนเองได้ ทำให้ผู้ใหญ่ยอมรับในความสามารถของตนได้

จิตใจวัยรุ่นวัยรุ่น???

วัยรุ่นจะเกิดความรู้สึกว้าวุ่น ในการปรับใจเข้าสู่สุนัขภาวะของผู้ใหญ่ มีผู้อุปนายนี้ไว้ไว้เบรียบดังผลไม้ที่อยู่ในระยะ "ห่ำ" ซึ่งจะมีรสต่างๆ เช่น ผัดเปรี้ยว หวาน และมัน ตามแต่ชนิดของผลไม้นั้นๆ (โสมรัสมี จันทร์ประภา, 2544) วัยนี้เป็นวัยที่มีพลังมาก พลังงานนี้เกิดจากความต้องการตามธรรมชาติมีอยู่ในตัวตนของคนเราไม่ว่าวัยใด เพศใด พลังนี้เป็นแรงขับ แรงหนุน แรงผลักดันให้คนประพฤติหรือกระทำตามความต้องการตามธรรมชาติ ซึ่งมีอยู่ในตัวมนุษย์นั้นๆ จึงมีการกระทำและความประพฤติหลายอย่าง พลังนี้มี 2 ประเภท คือ พลังกายและพลังจิต พลังจิตมีหน้าที่ควบคุมการแสดงออก วัยรุ่นมีพลังที่จะใช้ในเรื่องวางแผนต่างๆ มากหมายทั้งเรื่องดี เรื่องร้าย การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในเรื่องการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีเป็นเรื่องสำคัญมาก เด็กวัยรุ่นจะสามารถต่อสู้ และเอาชนะสิ่งที่สำคัญที่สุดของช่วงชีวิตที่สำคัญได้ สามารถควบคุมการกระทำและเอาชนะใจตนเองได้ (พูนสุข ช่วงทอง, 2548)

อีริกสัน (Erikson, 1964) เชื่อว่าระยะวัยรุ่น เป็นระยะที่มีความขัดแย้งทางสังคมเป็นระยะวิกฤติ เพราะเป็นระยะที่วัยหัวใจต่อระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะพบอัตลักษณ์ของตนเองและกับการไม่เข้าใจตนเอง (Identify vs. identity diffusion) ทำให้เกิดความสับสนทางจิตใจอย่างรุนแรง เช่น ควรจะเชื่อฟังพ่อแม่ดี หรือเชื่อตัวเองดี หรือเชื่อเพื่อนดี ควรเลียนแบบเพื่อนหรือบุคคลที่ตนนิยมดี (ดาวาภาพยนตร์) หรือควรคงความเป็นเอกลักษณ์ของตนดี ควรเป็นอิสระเต็มที่ดีหรืออยู่ในกรอบประเพณี จะเป็นอย่างเข้มงวด อย่างไหนดีกว่า ควรเลือกเรียนวิชาชีพตามเพื่อนหรือเลือกตามความต้องการของตนเองดี หรือเลือกตามความต้องการของพ่อแม่ดี อย่างไหนดีที่สุด อย่างไหนหมายกับตน อย่างไรก็ตามการแสดงทางอัตลักษณ์แห่งตน ต้องผสมผสานให้เข้ากับความเป็นจริงของครอบครัวของแต่ละบุคคลวัฒนธรรม ในสังคม ค่านิยมของกลุ่มเพื่อนร่วมวัย ต้องใช้เวลาและไม่ใช่เรื่องที่ง่ายนัก วัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตนได้จะเป็นบุคคลที่มีความว้าวุ่น ขี้กังวล ตัดสินใจเองไม่ได้

พัฒกิจของวัยรุ่น (Teenage Developmental Tasks)

สังคมมีความคาดหวังว่าวัยรุ่นจะต้องสามารถพัฒนาให้เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งหมายถึง รูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องเรียนรู้และกระทำให้สำเร็จ เพื่อบรรลุถึงความผูกพันและการปรับตัวที่ดี

Havighurst, 1953 (cited in Hurlock, 1967) กล่าวว่า พัฒกิจที่สำคัญของวัยรุ่นมีดังนี้

1. มีความสำเร็จในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนวัยเดียวกัน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. มีความสำเร็จเกี่ยวกับบทบาททางสังคมของเพศหญิงหรือชาย
3. มีการยอมรับรู้ร่วงหน้าตาของตน รวมทั้งสามารถใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีความเป็นอิสระทางอารมณ์จากพ่อแม่และผู้สูงวัยกว่า

5. มีการเลือกและการเตรียมตัวสำหรับการประกอบอาชีพ

6. มีความสำเร็จเกี่ยวกับการพึงตนเองทางเศรษฐกิจ

7. มีการเตรียมตัวสำหรับการแต่งงานและการมีครอบครัว

8. มีการพัฒนาทักษะทางด้านสติปัญญาและแนวคิดที่จำเป็นสำหรับความสามารถในการสมานมิตร

9. มีความต้องการและมีความสำเร็จในการรับผิดชอบต่อการกระทำการของตน

10. มีพัฒนาการเกี่ยวกับค่านิยมและระบบของจริยธรรมที่เข้าเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

สไตน์เบอร์ก (Steinberg, 2010) กล่าวถึงพัฒกิจที่สำคัญของวัยรุ่นดังนี้

1. การพัฒนาความรู้สึกแห่งอัตลักษณ์ของตนเอง
2. การได้รับบิสิริ การมีเอกภาพแห่งตน
3. การพัฒนาความลัมพันธ์ภาพที่ดีในสังคม
4. การพัฒนาต่อการมีคู่ครองของตน การสมรส การสร้างครอบครัวในอนาคต
5. การพัฒนาความรู้สึกแห่งการประสบความสำเร็จ

ปัญหาของวัยรุ่น

การเปลี่ยนแปลงทางเพศจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่นั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะสร้างความกังวล ความเครียดให้กับวัยรุ่นมากที่สุด เพราะต้องปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจ จากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ ส่งผลให้เกิดความหงุดหงิดและวิตกกังวล ทำให้เกิดความทุกข์ใจ เกิดความบกพร่องทางความคิด การพูดและการแสดงออกวัยรุ่นมักสับสน ระหว่างปรากម្មการณ์จริงกับจินตภาพในจิตใจ เป็นวัยที่ยังมีความฝันกลางวันมาก เพราะวุฒิภาวะทางความคิดยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาได้ตลอดเวลา ผู้ใหญ่ต้องเห็นอกเห็นใจและเข้าใจจิตของวัยรุ่นที่เป็นช่วงที่

มีการพัฒนาตามวัย เด็กกำลังปรับตัวและกำลังกองอยู่ ในความทุกข์แห่งความวิตกกังวล เช่น ทุกข์กลัวไม่เหมือนเดิม ทุกข์กลัวร่างกายผิดปกติ ทุกข์ด้วยไม่แน่ใจว่าควรทำตัวอย่างไร ทุกข์กลัวว่าใครจะรู้ว่าตัวเขามีอะไรเปลี่ยนแปลง ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติ การอธิบายให้เด็กทราบ เข้าใจในตัวเด็ก จะทำให้เด็กสบายใจแล้ว พัฒนาตนเองได้อย่างมีศักยภาพ

ภาวะวิกฤติของวัยรุ่นตอนต้นตั้งแต่ต่างกับวัยรุ่นตอนปลาย กล่าวคือ วัยรุ่นตอนต้นวิกฤติเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ฮอร์โมนเพศที่ร่างกายเริ่มสร้างส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไป อารมณ์อ่อนไหว แสดงออก โกรธง่าย ล่วงรู้สึกต้องบลยาดมักประสบปัญหาความคับข้องใจ มีความคิดเป็นของตนเอง คิดแบบนามธรรม เชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆ เข้าด้วยกัน ความคิดของตนไม่เหมือนกับความคิดพ่อและแม่ จะอาจเกิดปมขัดแย้งในใจ พ่อแม่ต้องใช้เหตุผลและความรักเป็นสิ่งเดียวที่ช่วยจันพันภาระวิกฤตินี้ให้ได้ พ่อแม่มีหน้าที่สร้างธรรมาภิบาลช่วยเหลือให้ลูกโตด้วยความสุข มีสุขภาวะสมบูรณ์

เรื่องของเพศกับวัยรุ่นยุคอดีต

การพูดถึงเรื่องของเพศในสังคมไทย ในอดีตมองว่าเป็นเรื่องลามก ต้องห้าม แต่โดยความจริงแล้ว เรื่องของเพศ เป็นเรื่องสำคัญมากเรื่องหนึ่งของมนุษย์ เพราะเป็นเรื่องของธรรมชาติ มีพลังผลักดัน ภาษา วิชาการเรียกว่าแรงขับทางเพศ (Sex drive) และนี้ มีอำนาจ เป็นแรงขับที่ทำให้เกิดปัญหาแก่เด็กวัยรุ่น ที่ความเจริญทางเพศกำลังพัฒนามาก (โสมรัสมี จันทรประภา, 2544) แรงขับทางเพศ นี้มิใช่เท่ากันในแต่ละบุคคล และถ้าไม่ได้รับการควบคุมจะแสดงออกในทางวิปริตรเกิดความเสียหายแก่ตนเองและสังคม

เรื่องของเพศกับวัยรุ่นยุคปัจจุบัน

สือดิจิตอลเปรียบเสมือนดาบสองคม ใช้ในทางที่ดีเกิดความเจริญก้าวหน้าในการศึกษา ใช้ในทาง

ที่ไม่ดีเป็นการยั่วยุให้ลิตรี่ยังไม่ได้รับการบ่มเพาะ อบรม กล่อมเกลาในทางที่ถูกที่ควร หรืออำนาจใจต่ำมีพลังกล้าแข็งและซักจูงให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเกิดขึ้นได้ การให้ความรู้เรื่องเพศในทางที่ถูกที่ควร ในทางที่เป็นวิชาการจะช่วยป้องกันปัญหาได้ ปัจจุบันปัญหาทางเพศได้กล้ายเป็นปัญหาประจำวันระดับโลก หนึ่งในปัญหาปัจจุบันที่ระบบไปทั่วโลกคือปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นรวมถึงประเทศไทย ทั้งที่ประเทศไทยเป็นเมืองพุทธสอนให้เยาวชนรักนวลด่วนด้วยกิจกรรมเป็นเรื่องล้ำสมัยไปแล้วในสังคมวัยรุ่นยุคปัจจุบัน ภาพที่วัยรุ่นเดินกอดกันมีให้เห็นเกลื่อนดำเนินที่โรงพยาบาล เช่น ห้องสิรพลินค้าจนกิจกรรมเป็นความเคยชินของคนรุ่นใหม่ แต่ก็ยังเป็นภาพที่ขัดตาของคนรุ่นเก่าๆ หรือคนรุ่นใหม่ที่ยังมีนิสัยนวนธรรมเนียมประเพณีไทย

วัยรุ่น ตั้งครรภ์ (Teenage pregnancy)

การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์และเกิดการปฏิสนธิในระยะที่มีเพศที่ปฏิบัติการตากของไข่และฝ่ายชายมีการหลังอสุจิ โดยไจจ์จะมีอายุประมาณ 24 ชั่วโมง อสุจิมีชีวิตอยู่ในระบบลีบพันธุ์เพศหญิงได้นาน 48 ชั่วโมง (รำแพน พ clue แรกเก็บมัลติ, 2556) การตั้งครรภ์จัดว่าเป็นช่วงเวลาแห่งการท้าทายสำหรับผู้หญิงเนื่องจากร่างกายและจิตใจมีการปรับเปลี่ยนมหาศาล ใหม่ที่ยิ่งใหญ่ จัดว่าเป็นภาวะวิกฤติ

วิกฤติ (Crisis) คืออะไร

Caplan ให้ความหมายว่า "An upset in a steady state" หมายถึง ภาวะที่เปลี่ยนไปจากภาวะปกติ ส่งผลให้บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวโดยกลไกต่างๆ มีผลให้บุคคลเติบโตขึ้น อาจทำให้สมรรถภาพการแก้ปัญหาของบุคคลลดลง เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจารมณ์ (Caplan, 1964)

Webster's Dictionary ได้ให้ความหมายของวิกฤติว่า "An emotionally significant event or radical change of status in a person's life."

หมายถึง เหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพของบุคคลอย่างสั้นเชิง และเวลาที่จำต้องตัดสินใจ (สุวนีย์ เกี่ยวภิ่งแก้ว, 2545)

องค์ประกอบภาวะวิกฤต มี 3 ประการ ได้แก่ มีเหตุการณ์ที่ดูดความต่อบุคคล เหตุการณ์นั้นมีความหมายเฉพาะต่อบุคคล และมีความล้มเหลวของการใช้กลไกการปรับสมดุลทางอารมณ์

การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะวิกฤต

เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ บุคคลจะเริ่มรู้ว่าตนเองไม่ปกติ อาจมีความรู้สึกกลัว กังวล ผิดหวัง บุคคลจะเริ่มปรับตัวโดยใช้กลไกต่างๆ ที่เคยใช้ในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวในขั้นนี้จะล้มเหลว ความเครียดเพิ่มขึ้น และจำต้องมีการปรับตัวอีกรังหนึ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้น (Helvie, 1981)

1. Shock ระยะตื่นตกใจจนขาดสติ ล้มปั๊บปูบ ระยะเริ่มแรกเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เครียด ร่วมไปกับภาวะหวาดวิตก กังวล ในขั้นต้นนี้บุคคลจะอยู่ในภาวะเหมือนขาดสติ ทำอะไรไม่ถูก ไม่รู้จะทำอย่างไรกับเหตุการณ์ เกิดภาวะช่วยตัวเองไม่ได้ อาจมีอารมณ์ตื่นกลัวสุดขีด ความคิดและพฤติกรรมจะสับสนวุ่นวาย อยู่นั่นไม่ได้ ภาพพจน์ของตัวเองถูกดูกาดและบ่นthon อาจมีการแยกตัวและถอนจากคนอื่นๆ ใช้ระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง จนถึง 2-3 วัน

2. Defensive retreat ระยะถอนตัวเพื่อปักป้องตนเอง เป็นระยะที่บุคคลพยายามควบคุมภาวะวิตก กังวล ที่มีอยู่ทั่วทั่น ด้วยวิธีการสู้-หนี (Fight-flight pattern) เลี้ยงหรือปีน้ำเสือที่จะรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คร่าความอุ่นโยगากให้เหตุการณ์เป็นไปอย่างที่อยากให้เป็น ไม่ยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้ามีคนชี้แนะความจริงระยะนี้จะไม่รับ และจะรู้สึกว่าคนอื่น ดูกาด จะแสดงความโกรธและต่อต้าน บุคคลจะรู้สึกเจ็บปวดจากเหตุการณ์ เครียด เป็นระยะที่ครอบครัว วิตก กังวลสูงมาก ใช้เวลานานหลายวัน

3. Acknowledgement ระยะตระหนัก ในเหตุการณ์ และเริ่มยอมรับในเหตุการณ์หรือระยะพื้นตัว เมื่อมีการพิสูจน์เหตุการณ์นั้นว่าเป็นความจริง บุคคลไม่สามารถปฏิเสธได้ พฤติกรรมขั้นตอนที่ 2 จะஸลายไป บุคคลจะกล้าเผชิญความจริงเป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและทางานแก้ไข ความคิดลงบก ไม่ลับสน แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การนีเมื่อต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมร้ายเรียนตั้งครรภ์ เริ่มทางานทางที่ดีกว่าเดิมโดยการฝึกครรภาร่างแผนอนาคตเรื่องการเรียนต่อหลังคลอดบุตร การเลี้ยงบุตร การหากาดความช่วยเหลือจาก พ่อ เมื่อต้นเอง ครู อาจารย์ หรือหน่วยงานของรัฐบาลหรือองค์กรเอกชนที่ให้ความสำคัญในปัญหาดังกล่าว

4. Adaptation and Change ระยะปรับตัวและเปลี่ยนแปลง บุคคลเริ่มยอมรับในเหตุการณ์ในทางที่ดีขึ้นยอมรับในภาพพจน์และเอกสารชักน์ใหม่ของตนเอง เริ่มรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ภาวะหวาดวิตก กังวลลดลง มองเห็นการแก้ปัญหาชีวิต และมีการคาดการณ์ภายหน้าได้ชัดกว่าเดิม มีกลไกการปรับตัวและทักษะการแก้ปัญหาใหม่ สามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม อาจใช้เวลาเป็นเดือน ซึ่งในการปรับตัวนี้เพื่อรับมือกับสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

ประเภทของเหตุการณ์วิกฤต แบ่งออกได้ 3 ประเภท

1. ภาวะวิกฤติที่เกิดในกระบวนการพัฒนาการ (Developmental or Maturational Crisis) พัฒนาการของคนประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญา พัฒนาการด้านร่างกายจะแสดงให้เห็นชัดเจนกว่าพัฒนาการด้านอื่นๆ ที่เกิดพร้อมกับพัฒนาการด้านร่างกาย การพัฒนาเหล่านี้แบ่งออกเป็นขั้นตอน ตามลักษณะที่แสดงออกในแต่ละวัย ในช่วงต่อของแต่ละวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียดและความประพร่วนของอารมณ์ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวเพื่อรับบทบาทใหม่ที่สังคมคาดหวัง ซึ่งสามารถคาดการณ์ได้ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (Helvie, 1981)

1.1 ระยะแรกเกิดถึง 1 ปี ระยะนี้ปรับตัวมากจากที่เคยอยู่ในครรภ์มาตราต้องอยู่ภายนอก ต้องหายใจเอง ดูดอาหารเอง การเลี้ยงดูที่บกพร่องจะส่งผลให้เจ็บป่วย และติดโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีพัฒนารรมไม่เชื่อคนอื่น มีความต้องการเพิ่งพาผู้อื่นสูง ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่นๆ ได้

1.2 ระยะ 1-3 ปี เด็กเริ่มเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ควบคุมการเคลื่อนไหว การขับถ่าย สังคมคาดหวังถ้าเกิดวิกฤตในช่วงนี้ จะติดโตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง พึงพาผู้อื่นสูง ตัดสินใจไม่เป็น

1.3 ระยะ 3-5 ปี ระยะก่อนเข้าเรียน เริ่มมีกิจกรรมต่างๆ สำรวจด้านพบสิ่งใหม่ๆ เริ่มเรียนรู้แยกเพศของตน ถ้าเกิดวิกฤตเด็กจะกล้ายเป็นคนดื่อยชาขาดความคิดวิเริ่ม สร้างสรรค์ เรียนรู้เอกสารภาษาทางเพศผิด

1.4 ระยะ 5-12 ปี เด็กวัยเรียน เป็นระยะที่เรียนรู้และเรียนรู้ วินัยของสังคม ปรับตัวกับสังคมนอกบ้าน เรียนรู้ที่จะอยู่กับคนอื่น สร้างสรรค์สิ่งแผลใหม่ เด็กจะเติบโตเมื่อความอุตสาหะ คิดสร้างสรรค์ได้ดี ถ้าเกิดวิกฤติจะกล้ายเป็นคนมีปมด้อย

1.5 ระยะวัยรุ่น เด็กเริ่มสร้างเอกสารภาษาทางเพศชาย-หญิง มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายชัดเจน เป็นระยะที่ต้องการการส่งเสริมและการประคับประคองจิตใจ ถ้าเกิดวิกฤติ ก็จะเกิดปัญหามาก

1.6 ผู้ใหญ่ต้อนรับ เป็นระยะที่ควรเลือกอาชีพที่ตนรัก เริ่มสร้างครอบครัว

1.7 ผู้ใหญ่วัยสุดท้าย หน้าที่การงานแน่นอนหลังจากเปลี่ยนงานจนพอใจ ครอบครัวมั่นคง ถ้าเกิดวิกฤติส่วนใหญ่มาจากการผลัดพรางสูญเสียลูกหลาน ด้านร่างกายเริ่มมีความเสื่อม ความแข็งแรง เพศหญิงหมดประจำเดือน เพศชายคืบจะล้าน ความหล่อ ความสวยงามลดลง ต้องปรับตัวยอมรับสภาพ ถ้ายอมรับไม่ได้ ก็จะเกิดปัญหาเป็นคนหมกมุ่นกับตัวเอง เป็นคนไม่ประสบความสำเร็จ ในหน้าที่การงาน กล้ายเป็นคนมีปัญหาด้านพฤติกรรมทำให้ครอบครัวและสังคมต้องรับภาระต่อไป

1.8 วัยสูงอายุ เป็นวัยแห่งความเลื่อม วัยสุดท้ายของบุคคล ความสามารถต่างๆ ลดลง เป็นวัยที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียมากที่สุด ร่างกายเสื่อมลง

เกณฑ์しながら สูญเสียเพื่อนฝูง บิดามารดาล้มหายใจจาก คู่สมรส ญาติที่พ่อง ต้องปรับตัวในสิ่งที่สูญเสียไปได้ ถ้าการปรับตัวล้มเหลว ก็จะเกิดวิกฤติทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกสิ้นหวังหมดความด้วยในชีวิตที่จะก้าวเดินต่อไป

ที่กล่าวมาเป็นต้นเป็นวิกฤติการณ์ที่คาดการณ์ได้ สามารถวางแผนป้องกันได้ทั้งหมด อาจใช้การจัดกลุ่มแนะนำเช่น กลุ่มวัยรุ่น ชุมชนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยรุ่น

2. วิกฤติการณ์มีคิดอย่างไม่คาดฝัน (Situational crisis) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดเมื่อไหร่ก็ได้ ไม่คาดคิด ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ทันทีทันใด เกิดประปรวน ได้แก่ ความเจ็บป่วยและต้องนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดความกังวลต่างๆ เช่น กลัวพิการ กังวลถึงบุคคลที่ต้องแต่งต้องเสื่อมดูรับผิดชอบ การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ไม่เป็นประสงค์ การตั้งครรภ์เป็นภาระที่ก่อให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ การคลอดก่อนกำหนดหรือบุตรมีความพิการ การร่วงงานและตกงาน การหย่าร้าง ความตายและความโศกเศร้า

การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นจัด เป็นภาวะวิกฤติชั้นต้น เนื่องจากการพัฒนาทางร่างกายและพัฒนาธุลี ด้านจิตใจยังไม่สมบูรณ์ และที่สำคัญคือด้านการเลี้ยงซึพ ดังนั้นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น

1. เครசูลาโน พบว่าลูนาและยาจันเป็นปัจจัยหลักของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (AGI, 2010) เช่น ปัญญาและภาระได้รับการคึกคักมีผลทางบวกเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ชั่วลง หรือการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องทำให้ไม่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Katz, 2011). วัยรุ่นที่มีเป้าหมายทางการเรียนหรือสถานที่ทำงานที่ดีจะใช้การคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ถ้าเกิดกรณีท้องกลุ่มนี้ก็จะทำเท็ง วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อายุน้อยครั้งแรกมักจะตั้งครรภ์ครั้งต่อมาในขณะอายุน้อย เมื่อตอนเดิม โดยเฉพาะถ้าได้อยู่กินกับคู่ของตนเองและพักการคึกคักไว้ พบร่างกายสาวหรือพื่นทองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มเดียวกันคือมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหมือนกัน (East, Reyes, & Horn, 2007)

2. ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การมองปัญหาไม่ถึง 360 องศา คาดอนาคตไม่เป็นภาวะแรงกดดันจากเพื่อนในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เร็ว เป็นปัจจัยหนึ่ง วัยรุ่นมองว่าเป็นเรื่องปกติ ประมาณว่า 46% ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต้องมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 ครั้ง (AGI, 2010) สื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัยถูกนำมาทำสื่อสารก่อต่างๆ ผ่านทาง เพลง วิดีโอ โทรศัพท์ ภาพพยนตร์ โดยไม่มีการกล่าวถึงประเด็นความรับผิดชอบ มีคำอุਮາใหม่ รวมคำว่า sex and tech เข้าด้วยกัน เรียกว่า "sexting" โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่หรือสื่อต่างๆ เผยแพร่ภาพโป๊หรือกิ๊กๆ ไปของตนเอง และกลุ่มลือเหล่านี้ส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์จริงต่อมา (Albert, 2010) สถานะแม้แต่เริงรرمย์ต่างๆ เช่น ผับ เทค คือสถานที่ที่วัยรุ่นใช้มั่วสุม การมีคู่นอนหลายคนและไม่ป้องกันตนทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการคุ้มกันได้ที่ถูกต้อง การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นสิ่งสำคัญช่วยป้องกันปัญหาเรื่องตั้งครรภ์ไม่เพียงประสิทธิภาพถึงป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดี โดยที่ไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น หรือกลุ่มอายุน้อยลงขณะมีเพศสัมพันธ์ (Kirby, 2007)

3. ครอบครัวล้มเหลว รู้สึกตันด้อยค่า การตั้งครรภ์ทำให้ตนรู้สึกเป็นผู้ใหญ่ขึ้น วัยรุ่นบางคนปล่อยให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นจะด้วยความมีสติหรือจิตใต้สำนัก ก็ตาม บางคนใช้เป็นเครื่องมือลงโทษบิดามารดา หรือเป็นเครื่องมือพาตัวเองออกจากบ้านที่ตนเองไม่ประ究รา หรือเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือเพื่อแสดงว่าตนเองมีคุณมารัก ครอบครัวที่มีแตกแยก การล้มเหลวนในการเรียน การติดยาเสพติดล้วนส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Herrman, 2009; Pinkleton, & et al., 2008)

4. International Perspective อิสลาม นิยมมีลูกตั้งแต่อายุน้อย มีการแต่งงานถูกต้องตามธรรมเนียมและเกิดจากการวางแผนถึง 90% (World Health Organization, 2008) ประมาณว่า มี 16 ล้านคนของเด็กวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์ในอาฟริกาและเอเชียใต้

ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น

วัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะมาฝากครรภ์ซ้ำทำให้เกิดความเสี่ยง ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักการแรกเกิดน้อย ภาวะเข้ากันไม่ได้ระหว่างคีรษะเด็กกับช่องเชิงกราน ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะพรีอแคลล์มเชีย- อีเคลมเชียและผลที่เกิดตามมา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาการถูกทอดทิ้งให้เป็นมาตราเลี้ยงเดี่ยว ปัญหาถูกทำร้ายร่างกาย ปัญหาทางการเงิน เกิดถูกทอดทิ้ง ปัญหาทางด้านการศึกษาต้องออกจากโรงเรียนหรือต้องพักการศึกษา ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ถือเป็นปัจจัยวิกฤติที่จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์หลายประการทั้งด้านสุขภาพอนามัยและปัญหาสังคมซึ่งมีการเชื่อมโยงกันอย่างมีอាលหลีกเลี้ยงได้

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ลั่นผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดนโยบายเชิงรุก โดยกำหนดให้การลดอัตราการเกิดมีชีพโดยมารดาอายุ 15-19 ปี (Adolescent birth rate) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) ข้อมูลล่าสุดจาก World Health Statistics 2013 ได้รายงานอัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลก ในมารดาอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2549-2553 อายุที่ 48.9 ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน ทวีปแอฟริกามีอัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ย 115 ที่ปีปุยโรป มีค่าเฉลี่ย 23 อัตราการเกิดมีชีพโดยมารดาอายุ 15-19 ปีในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำมีค่าเฉลี่ย 112 ต่อ 1,000 ในขณะที่อัตราการเกิดมีชีพโดยมารดาอายุ 15-19 ปี ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงมีค่าเฉลี่ย 20 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2557)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีผลกระทบต่อมารดาทั้งสุขภาพและทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มักนำไปสู่การทำแท้งและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา สำหรับใน

ประเทศไทย ข่าวที่พับเเพทารก 2,002 ศพ จากการทำแท้งที่วัดໄ่เงินโชตนาราม ย่านบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร ปลายปี พ.ศ. 2553 (<http://www.thairath.co.th>) แม้ผ่านมา 6 ปี แล้วยังคงโด่งดังอยู่ของค่าความเสี่ยงโลกได้ประมาณลับติดภารณ์ ของการทำแท้งทั่วโลก ปี 2538 ประมาณลับติดภารณ์ของการทำแท้งทั่วโลก 45.6 ล้านครั้ง ปี 2546 มีประมาณลับติดภารณ์ของการทำแท้งทั่วโลก 41.6 ใน

ปี 2551 คือประมาณ 43.8 ล้านครั้ง (World Health Organization, 2011)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในสังกัดสภารัฐสุขประจำปี 2555 ได้รายงาน สังกัดอัตราการคลอดในวัยรุ่นไทย อายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2555 มีดังนี้ (อัตราการเกิด ต่อ 1,000 ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี) (สำนักกรมอนามัยการเจริญพันธุ์, 2557)

ปี พ.ศ.	สถิติชาชารณ สุข
2546	39.5
2547	47.3
2548	49.3
2549	48.9
2550	49.7
2551	50.1
2552	50.1
2553	50.1
2554	53.6
2555	53.8

สถิติจำนวนการคลอดในวัยรุ่นไทย อายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2546 – พ.ศ. 2555 มีดังนี้

ปี พ.ศ.	สถิติชาชารณ สุข
2546	1,736
2547	2,432
2548	2,549
2549	2,510
2550	2,616
2551	2,715
2552	2,908
2553	3,074
2554	3,415
2555	3,725

จากสถิติของประเทศไทยดังกล่าว แนวโน้มของการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราสูงที่สุด และเป็นที่น่าสังเกตว่าช่วงอายุของผู้คลอดช่วงอายุ 10-14 ปี มีความสูงขึ้นประมาณ 3 เท่า

ปัญหาดังกล่าวได้มีหน่วยงานภาครัฐจัดตั้งโครงการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา เช่น คลินิกวัยรุ่น ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ เช่น การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาลในการตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์ของวัยรุ่นและที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง คือ มติดลมโนเมเดลเป็นโครงการวิจัยชุมชน ซึ่งมีกำหนดการตั้งแต่ ตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2560 โครงการนี้เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบ ที่สำคัญคือโครงการดังกล่าวมีการบูรณาการในระดับต่างๆ ทั้งในระดับครอบครัว (Family-based) ระดับชุมชน (Community-based) เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล

(School-based) และโรงพยาบาล (Hospital-based) คาดว่าเมื่อแล้วเสร็จจะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้แพร่หลายได้ต่อไป

สรุป

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ พัฒนกิจของวัยรุ่นเป็นก้าวแห่งหัวใจเยาว์หัวต่อ การปลูกจิตสำนึกที่ดีโดยพ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่น做人ะชันใจตนเองได้ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจัดเป็นวิกฤติชาช้อนเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของพัฒนกิจของวัยรุ่นและส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตัววัยรุ่นเองทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อสถาบันครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ในขณะเดียวกันการบรรลุ ความสำเร็จของพัฒนกิจช่วงวัยรุ่นนำมาซึ่งความสำเร็จ ในวัยผู้ใหญ่ ส่งผลดีต่อสถาบันครอบครัวสังคมและประเทศชาติ เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- กุลยา ตันติพลาชีวะ. (2553). เข้าใจลูกวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : บริษัทเรือนปัญญาจำกัด.
- ชุมพล ผลประมูล, สุรัวณ์ จริยาวัณ. (2552). ลรรร.วิทยา. ภาควิชาสรีริวิทยา คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- พุนสุข ช่วยทอง (2548). ครอบครัวและคุณภาพเด็ก. ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลพิษิฐร์การปัก.
- ย้อนรอยสุสานทางราก 2,002 ศพ วัดไผ่เงิน ดาวริมโภนที่ไม่มีโอกาสร้องขอชีวิต. (2559). [ออนไลน์].
- สีบัคันเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2559. จาก <http://www.thairath.co.th>.
- รำแพน พรเทพເກເນສັນຕິ. (2556). ກາຍວິກາຄຄາສຕ່ຽງແລະສົງລົມວິທີຂອງມນຸ້ມຍົງ. ພິມພົດຮ່າງທີ 6. ກຽມເທິງ : ບຣັຫຫຼູປະສາລົນ (1991) ຈຳກັດ.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : ນໂຍບາຍແນວທາງการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. [ออนไลน์]. สีบັດນີ້ມີວັນທີ 19 ສິງຫາມ 2559, จาก <http://www.moph.go.th>.
- สุวนีย์ ເກຍວິກິນແກ້ວ. (2545). ກາຍພຍາລືມຈິຕິເວົ້າ. ພິມພົດໂລກ : ວັດນສຸວະນະການພິມພົດ 3.
- ໂສມຮສມໍ ຈັນກະປະກາ. (2544). ກາຍບວກທາງຈິຕິ ສໍາຮັບເດີວິກິນ. กรุงเทพฯ : ກຽມວິຊາການ กระทรวงศึกษาธิการ.
- Albert, B. (2010). *With one voice: America's adults and teens sound off about teen pregnancy*. [Online]. Retrieved May 15, 2016, from http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/wov_2010.pdf.

- Alan Guttmacher Institute (AGI). (2010). *Facts of American teens' sexual and reproductive health*. Retrieved May 15, 2016, from <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-ATSRH.pdf>.
- Caplan, G. (1964). *Principle of preventive psychiatry*. New York : Basic Book, Inc. Publishers.
- East, P. L., Reyes, B. T., & Horn, E. J. (2007). "Association between adolescent pregnancy a family history of teenage births". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39(2) : 108–115.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. New York : Norton.
- Helvie, C. O. (1981). *Community Health Nursing : Theory and process*. New York : Harper and Row, Publishers
- Herman, J. W. (2009). "There's a fine lineadolescent dating violence and prevention". *Pediatric Nursing*. 35(3) : 164–170.
- Hoff, L. (1989). *People in Crisis*. Addison-Wesley.
- Hurlock, E. B. (1967). *Adolescent Development*. 3rd ed. New York : Mc Graw-Hill Book.
- Katz, A. (2011). "Adolescent pregnancy : The good, the bad and the promise". *Nursing for Women's Health*. 14(2) : 149–152.
- Kirby, D. (2007). Emerging answers : Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. *The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy*. [Online]. Retrieved May 17, 2016 from http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf.
- Pinkleton, B., Austin, E., Cohen, M., Chen, Y. C., & Fitzgerald, E. (2008). "Effects of a peer-led media literacy curriculum on adolescent's knowledge and attitudes toward sexual behavior and media portrayals of sex". *Health Communication*. (23) : 462–472.
- Steinberg, L. (2010). *Adolescence*. 9th ed. New York : McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2008). "Making pregnancy safer. reducing maternal mortality by improving care for pregnant adolescents". *Hot Topics, Issue 6*.
- World Health Organization. (2011). *Unsafe abortion : global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva : World Health Organization : 2011.



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียบเรียงอาจารย์นักวิชาการ ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้เนื้อหาที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. ประเภทของผลงานวิชาการ

1.1 บทความวิจัย : เป็นรายงานการวิจัยทางการพยาบาล หรือวิชาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ

1.2 บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติงาน การพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือ ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาวิชานอกจากเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการและบทความวิจัย ดังนี้

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

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

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

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม - ปี - เลขหน้า ดังตัวอย่าง (สมพันธ์ พิญชีระนันทน์, 2550) (Fawcett and Downs, 2006)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

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

5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

6) สรุปผลการวิจัย และวิเคราะห์ผลการวิจัย

7) วิจารณ์และอภิปรายผลการวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา ใช้เล้นคู่บันและล่างตารางไม่มีเส้นแนวนอน และ colum ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการแปลผลค่าคะแนนความรู้เรื่องการบริจาคมูลิกิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองอาสาสมัครด้านสุขภาพ ในการบริจาคมูลิกิต ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคมูลิกิต ($\text{ก} = 33$)

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

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงระบบเอปีเอ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

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

2) บทความวารสาร

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

ราช โลพันธ์รัตน์. (2530). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

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

สมหมาย ถิรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโกรหีบประสาಥาลาออกในโรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์ (วัดไกรชิง). วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท สาขาวิชานพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขางานพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสตี้айн.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเตอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง://(ปีที่พิมพ์).//ชื่อเรื่อง://[ประเภทลือ].//ลิบคัพเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์ สมคักก้า دلประสิกห์. (2544). ความสงสัยในการเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา. [ออนไลน์]. สิบคัพเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก [http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/](http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm).

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

5) บทความเห็นลือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ./"ชื่อบทความ".//ชื่อหนังลือพิมพ์ /:/ หน้า. จีกุฑี ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวไกลนา". สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินบทความ

3.1 ผู้เขียนกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนำส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน และจะต้องชำระเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Reviewer) ตามอัตราที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหา และความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

3.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้ว พร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.4 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.1

3.8 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน ถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

3.9 ผู้เขียนที่ต้องการส่งบทความดีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในคำแนะนำ หากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่า กองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ และส่งบทความได้ทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***** นางชัญญรัตน์ หวานแท้ *****

144 หมู่ 7 ถนนพระประโคน – บ้านแพ้ว

ตำบลคอนยายห้อม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร. 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อบทความวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน^{*}
ในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร*

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

สำอางค์ ตันวิเชียร พยม.**

สมพันธ์ ทิญชีรีชนันท์***

ดร. ภรรณิกา สรวนโนโตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาครที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเห็นด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์และฟ้าของครอบบาก มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับสรุปด้วยวิธีลักษณะที่ตัวประกอบหลักของสมรรถนะ หมุนแกนตัวประกอบในแบบขออนุญาต ด้วยวิธีเรวิมิกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมการพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยี งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาล และเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

Abstract

Impact on the lives of people in society is an important health trend and health issue, and is expected to be more complex in the future. The nursing organization needs to adapt to improve performance, and enhance its ability to provide a much more specialized service care.

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

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

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

ตัวอย่างการเขียนบทด้วยอุบัติความวิชาการ
ไขมันทรานส์อันตรายที่แฝงมาในอาหารยอดฮิตของเด็กและวัยรุ่นไทย
Potentially Harmful Trans-fat in Popular Food of Children
and Adolescents in Thailand

สุภาพร เชยชิด*

บทคัดย่อ

กรดไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิมตัวที่เพิ่งได้ทั้งในธรรมชาติอยู่ในสัตว์คือวัวอึ่องและที่สำคัญเกิดจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารที่มีนุชย์ใต้ล้วง ซึ่งชื่อแมกจะพบในอาหารที่ส่วนประกอบหลักที่เป็นเนยเทียมหรือไขมันพืชที่ที่เรียกว่าชอร์ตเนนนิง (Shortenings) เนื่องจากไขมันชนิดนี้จะช่วยให้ขนมอบมีความแข็งแรงคงรูปมีความกรอบมากกว่า มีความเปราะน้อยกว่าและแยกชั้นได้ดี ส่วนอาหารทอดจะมีลักษณะผิวแห้งไม่เยิ่ม ไม่ติดมือไม่เหม็นหืนเจ็บท้อง เป็นที่นิยมในการผลิตขึ้นมาเพื่อจำหน่าย จากรายงานการศึกษาในคนพบว่าหากบริโภคนกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหารสูงพึงพอใจสามารถเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL-cholesterol) และลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-cholesterol) ในเลือดได้ ซึ่งจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และจากการศึกษาพบได้ว่าอาหารในกลุ่มน้อมอบและอาหารทอดปัจจุบันล้วนเป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคกันในปริมาณสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนั้นปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของเล้านเลือดและปัจจัยเลี้ยงต่อการเกิดโรคสามารถเริ่มดำเนินมาตั้งแต่ในวัยเด็กและต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันโรคที่ดีที่สุดควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งควรได้รับการร่วมมือกันในการดำเนินการของผู้ปกครอง ครุยวิจัย สื่อสารมวลชน ผู้ผลิตอาหารและรัฐบาล

Abstract

Tran fatty acids are polyunsaturated fats naturally found from ruminants which are commonly used in the production of processed foods sold in the wide scope of consumers. These are mainly processed combined with the main ingredients like margarine or vegetable fats called Short Whitening (shortenings) basically used in baking, non-greasy crispy fried foods due to its texture that is less brittle that makes the dough splits very well. These chemicals has the ability to prevent from melting in the palm of the hands and not rancid which makes it popular in the market. During the human research study, it was found out that trans-fatty acids in high quantity increases the cholesterol levels called bad cholesterol (LDL

* อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน

cholesterol) and decreases good cholesterol (HDL cholesterol) levels. As such, this increases also the risk of developing cardiovascular diseases in the major population for having such a major health concern in Thailand. It was also found out that large consumers of baked and fried foods nowadays are children and adolescents respectively, thus, resulted to younger generation at risk in developing cardiovascular diseases due to an increased consumption of bad cholesterol (LDL) that are mainly found in their diet. This condition follows through adulthood, therefore, the best way to prevent this health concern should start in childhood. Dissemination of journals or articles in the general population is a good strategy to combat this dilemma especially in schools, government sectors, food manufacturers as well as to parents and teachers.

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

มีความประสงค์ สมัครสมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก

ประเภท สมาชิกรายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 200 บาท

สมาชิกราย 2 ปี (4 ฉบับ) เป็นเงิน 360 บาท

สมาชิกราย 3 ปี (6 ฉบับ) เป็นเงิน 520 บาท

เริ่มบัญทึก 1. (มกราคม - มิถุนายน) 2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การสั่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณานำสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารสั่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) สาขาดอนยายหอม (นครปฐม)

เลขที่บัญชี 404-052839-7 และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

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

avarstar เล่มแรกที่จ่ายไป.....

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

 ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคิสิตจัดการในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

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