



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๖๐ Vol. 4 No. 1 January - June 2017 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
- † ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้
- † ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี

บทความวิชาการ

- † การดูแลเด็กโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง
- † การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนโดยใช้การสอนงาน
- † เด็กไทยไม่รับประทานผัก : ปัญหาสุขภาพในระยะยาวที่แก้ไขได้

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๐ Vol.4 No.1 January - June 2017 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต	หนูเจริญกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา	วงษ์ชมทอง
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์	ทิพย์ธีระนันท์
อาจารย์ ดร. เสาวนีย์	กานต์เดชารักษ์
อาจารย์ ดร. พรทิพย์	กวิณสุพร
อาจารย์ ดร. เบ็ญจวรรณ	พุทธิอังกูร

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ ดร. พัชรภรณ์ อารีชัย

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา	ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัดน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณาวิกติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วิธนา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาติลภ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง	โมไนยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล	นิมิตรอนันท์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความวิจัย สาขาพยาบาลศาสตร์
2. เผยแพร่บทความวิชาการ สาขาพยาบาลศาสตร์

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์ บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา

กำหนดการออกวารสาร : ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
(นางฉัญญ์รัตน์ หวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสเตียน

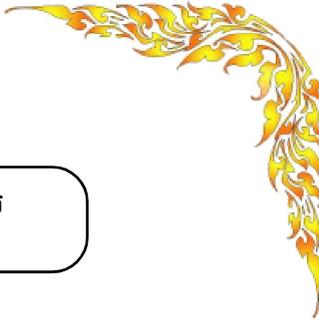
พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงสามตำ

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|--|----------------|--------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา | ประจุกสิลป | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต | แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี | ศรีมรกต | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหญิง ยุพิน | อังสุโรจน์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ | เกษมกิจวัฒนา | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กัณฑ์ดุขฎี | เตรียมชัยศรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ | กัลมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี | อัศดรวิเศษ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์พร | กฤษเจริญ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา | อาจสันทียะ | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ | จิตรมนตรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประดิษฐ์ | เถกิงรังสฤษดิ์ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี | นามจันทรา | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมภาพร | บุญญโสพรรณ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร | คำผลศิริ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |



**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|--------------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมณา | นิยมคำ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราญ | วิเศษกุล | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทรัตน์ | เจริญสันติ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 21. ดร. ปราโมทย์ | ทองสุข | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 22. ดร. ปรัชญานันท์ | เที่ยงจรรยา | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 23. ดร. กิตติพร | เนาว์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สงขลา |
- 
- 

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประกอบไปด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่น่าสนใจหลายด้าน มีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน สามารถนำผลงานสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการศึกษาและวิจัย ไปใช้ประโยชน์ในด้านการจัดการเรียนการสอน และการดูแลชีวิตสุขภาพตนเองได้

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัยและบทความวิชาการก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ด้วยดีตลอดมา ในโอกาสนี้ กองบรรณาธิการขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการ ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ผ่านระบบ Online Submission ของวารสารได้ที่เว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php โดยท่านสามารถศึกษาคำแนะนำรูปแบบการเขียนบทความดังกล่าวจากเว็บไซต์ได้

รองศาสตราจารย์ ดร. พัชรภรณ์ อารีย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

บทความวิจัย

- ◇ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี บังอร กิจเกิดแสง 1
Bangoon Aitkoedsaeng
- The Relationship between Leadership Characteristics of Head Nurse and Job Motivation as Perceived by Professional Nurses at Damnoensaduak Hospital in Ratchaburi Province
-
- ◇ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้
ประพันธ์โชค เสนาชู 13
Prapunchock Sanachoo
- Factors Related to the Utilization of Clinical Informatics in Nursing Administration among Chief Nurses at Community Hospitals in the Southern Part
-
- ◇ ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี
อรพิชา เกตุพันธ์ 27
Onpicha Katepan
- The Outcomes of Life Happiness Program for the Elderly in Ratchaburi Province

บทความวิชาการ

- ◇ การดูแลเด็กโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง
ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์ 37
Tippawan Teerasiroj
-

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
**The Relationship between Leadership Characteristics of Head Nurse and
Job Motivation as Perceived by Professional Nurses at Damnoensaduak
Hospital in Ratchaburi Province**

บั้งอร กิจเกิดแสง *
ดร. ธนรีณี แยมสกุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกทั้งหมด 140 คน เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และแบบสอบถามแรงจูงใจของพยาบาลประจำการ ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = .539) เมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงโดยด้านความซื่อสัตย์มากที่สุด ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = .751) และน้อยที่สุดด้านความรอบรู้ ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = .560) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .678$) กับแรงจูงใจในงานของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย แรงจูงใจในงาน โรงพยาบาลทั่วไป

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

Abstract

This research was to study the relationship between leader characteristic of head nurses and perceived motivation to perform tasks of nurses in Damnoen Sadauk Hospital, Ratchaburi Province. The sample consisted of 140 professional nurses who performed at the operation level in hospitals. The instruments consisted of 3 questionnaires which are personal information, query perception of staff nurses regarding leader characteristic of head nurses. and job motivation of active nurses. 0.89 data which were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson

Product Moment Correlation

The results showed that leadership characteristics of head nurse were highest level (\bar{x} = 4.07, S.D. .539). On all aspects, the leadership aspect was found to be high with the highest level of honesty (\bar{x} = 4.14, S.D. = .751) and minimal knowledge (\bar{x} = 4.01, S.D. = .560). There was significant correlation between leadership characteristics of head nurses and job motivation as perceived by staff nurses moderate level . (r = .678) which the motivation was positively correlated at .01

Keywords : Leadership Characteristics, Head Nurses, Motivation, General hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณลักษณะผู้นำเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย โดยแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมาอย่างมุ่งมั่นเพื่อการดำเนินการสำเร็จตามที่ต้องการ และทฤษฎีสององค์ประกอบของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factors Theory Motivation) ประกอบด้วยปัจจัยกระตุ้น (Motivation factor) ทำให้คนทำงานมีความรู้สึกพอใจในงาน และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในงานที่ปฏิบัติ และผู้นำหรือภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของงานและองค์กร โดยการเป็นผู้นำปัจจุบันมีความเชื่อว่าการเป็นผู้นำสามารถสร้างขึ้น เรียนรู้ได้ แนวคิดนอทเฮาท์ (Northous, 2004) ได้สรุปคุณลักษณะผู้นำที่สำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ (Intelligence) เป็นผู้ที่สามารถคิดเป็นเหตุเป็นผล สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) สมรรถนะและความเชี่ยวชาญ

ที่ทำให้ผู้อื่นพบเห็นแล้วยอมรับนับถือ การกล้าตัดสินใจ (Determination) แสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่มีความปรารถนาที่จะเห็นความสำเร็จของงาน มีความกล้าเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค ความซื่อสัตย์ (Integrity) ยุติธรรม ตรงไปตรงมา มีความยึดมั่นในหลักการ มีความรับผิดชอบ และการอยู่ร่วมในสังคม (Sociability) มีความเป็นมิตร กล้าแสดงออก มีมารยาท รู้จักกาลเทศะและมีไมตรี มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และเพื่อร่วมงานได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการวางแผน การประสานงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติเป็นแบบอย่าง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในองค์กร การเป็นผู้รู้ มีทักษะในการปฏิบัติงาน การจัดระบบงาน การตัดสินใจแก้ปัญหา การพัฒนาบุคลากร (Ganong and Ganong 1980, Barritte, 1968 อ้างในชฎาภรณ์ ก้อนจันโตะ, 2554) โดยผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับเป็นตัวจักรสำคัญหรือเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการจะนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพลงสู่ระดับปฏิบัติการได้อย่างมีคุณภาพประสบความสำเร็จ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๖๐

และเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อผลผลิตทางการพยาบาล (Nursing product) โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นเป็นผู้นำวิสัยทัศน์องค์กรสู่การปฏิบัติ และสามารถทำให้เป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาลบรรลุสำเร็จหรือล้มเหลวได้ (American Organization of Nurse Executive (AONE), 2005: ตวงพร โต้ะนาถ, 2548; กาญจนา อาชีพ, 2549)

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหน่วยบริการให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และผ่านการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนารับรองคุณภาพ (HA) ต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในฐานะรองประธานฝ่ายวิชาการขององค์กรพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจของพยาบาลประจำการ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้กำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ มีประสิทธิภาพเกิดความพึงพอใจในการทำงาน และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

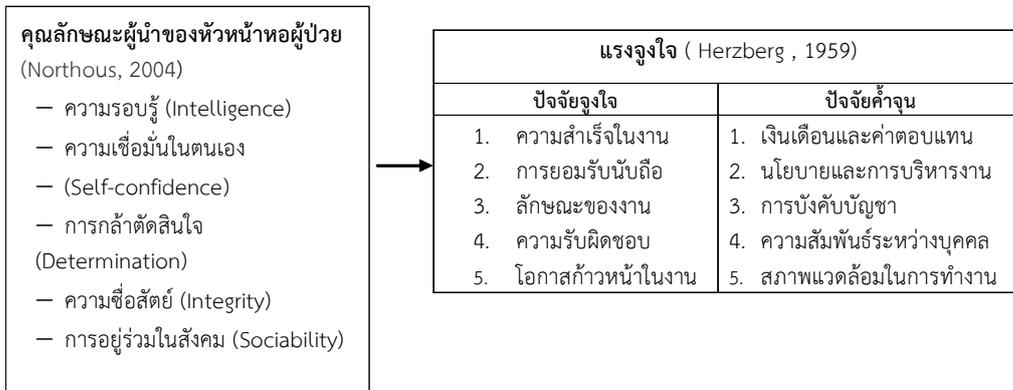
1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

2. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิดงานวิจัย ตามแนวคิดคุณลักษณะผู้นำของนอทเฮาท์ (2004) กล่าวว่าผู้นำ คือกระบวนการที่บุคคลคนหนึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่ม บุคคล เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กลุ่มตั้งไว้ 5 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ (Intelligence) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) การกล้าตัดสินใจ (Determination) ความซื่อสัตย์ (Integrity) และการอยู่ร่วมในสังคม (Sociability) และแนวคิดแรงจูงใจในงานของเฮอริเบิร์ก (Herzberg, 1959) กล่าวว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจในการทำงานจะแสดงออกถึงความรู้สึกที่พึงพอใจมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจ ซึ่งความรู้สึกที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจแบ่ง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยปัจจัยจูงใจทำให้ผู้ปฏิบัติก้าวไปสู่วิธีปฏิบัติอย่างแท้จริง ส่วนปัจจัยค้ำจุนเป็นเพียงสิ่งจำเป็นช่วยสร้างบรรยากาศในการเตรียมที่ทำงาน



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกจำนวนทั้งหมด 140 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม-20 มีนาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำชุดแบบสอบถามของชฎาภรณ์ ก้อนจันโตะ (2544) ปรับเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน โดยส่วนที่ 2 และ 3 ลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลพิจารณาในรูปแบบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของ จอนห์ ดับเบิลยู เบสท์ (Best , 1977 อ้างใน

ชฎาภรณ์ ก้อนจันโตะ, 2551) จากสูตรช่วงชั้นเท่ากับ 1.33 ตั้งแต่ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโพธาราม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ชุด นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แต่ละส่วนและรายข้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Confident) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 (จักรภพ ชาติสุวรรณ, 2548)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอพิจารณาด้านจริยธรรมแก่คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเรียนรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการของฝ่ายการพยาบาลรับทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอโดยเรียงตามลำดับเลขที่ที่ผู้วิจัยได้จัดทำแล้ว และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและมีการตอบแบบสอบถามครบถ้วนทุกข้อ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนที่ตอบข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 135 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.43

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คุณลักษณะผู้นำ และแรงจูงใจในงานของพยาบาลประจำการ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในงานของพยาบาลประจำการ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองกลุ่ม ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2545) แปลผลขนาดของความสัมพันธ์ค่า 0 ถึง 1.00 ใช้เกณฑ์การจัดระดับความสัมพันธ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542, เอมอร จังศิริพรปรกรณ์, 2541)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และนำเสนอผลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.31 สถานภาพสมรสร้อยละ 53.3 ประสพการณ์ทำงานมากที่สุด 16-20 ปี และ 21-25 ปีร้อยละ 25.19 ประสพการณ์ทำงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยคนปัจจุบันมากที่สุด 1-5 ปีร้อยละ 53.33 วุฒิการศึกษา มากที่สุดประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีร้อยละ 92.59 หน่วยที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยในมากที่สุดร้อยละ 62.22

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบ 5 ด้าน พบว่าภาพรวมคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.07, S.D. = 0.539$) เมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านความซื่อสัตย์มากที่สุด ($\bar{X} = 4.14, S.D. = 0.751$) รองลงมาด้านการอยู่ร่วมกันในสังคม ($\bar{X} = 4.12, S.D. = 0.609$) และน้อยที่สุดด้านความรอบรู้ ($\bar{X} = 4.01, S.D. = 0.560$) นำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในภาพรวมและรายด้าน

ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านความรอบรู้	4.01	0.560	สูง
ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง	4.04	0.527	สูง
ด้านการกล้าตัดสินใจ	4.04	0.585	สูง
ด้านความซื่อสัตย์	4.14	0.751	สูง
ด้านการอยู่ร่วมกันในสังคม	4.12	0.609	สูง
รวม	4.07	0.539	สูง

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

การศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจำแนก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.53, S.D. = 0.493$) ปัจจัยจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.59, S.D. = 0.496$)

เมื่อพิจารณารายด้านมีความสำเร็จของงานอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.94, S.D. = 0.520$) น้อยที่สุดโอกาสก้าวหน้า ($\bar{X} = 3.34, S.D. = 0.782$) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46, S.D. = 0.550$) เมื่อ พิจารณารายด้านการบังคับบัญชาและความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79, 3.76, S.D.=0.621, 0.678$) นำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n=135)

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ปัจจัยจูงใจ	3.59	0.496	ปานกลาง
ความสำเร็จของงาน	3.94	0.520	สูง
การยอมรับนับถือ	3.44	0.553	ปานกลาง
ลักษณะงาน	3.64	0.557	ปานกลาง
ความรับผิดชอบ	3.60	0.621	ปานกลาง
โอกาสก้าวหน้าในงาน	3.34	0.782	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	3.46	0.550	ปานกลาง
เงินเดือนและค่าตอบแทน	3.10	0.817	ปานกลาง
นโยบายและการบริหาร	3.44	0.642	ปานกลาง
การบังคับบัญชา	3.79	0.621	สูง
ความมั่นคงในงาน	3.29	0.706	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.76	0.678	สูง
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.38	0.710	ปานกลาง
รวม	3.53	0.493	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของ หัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ใน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ ผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า

1. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของ หัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความ สัมพันธ์ทางบวกและอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .678$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของ หัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานพบว่า คุณลักษณะผู้นำทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ($r = .640$) ด้านการกล้าตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยจูงใจ มากกว่าด้านอื่น ($r = .640$) รองลงมาด้านคุณลักษณะ ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ($r = .590$) ด้านความซื่อ สัตย์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยจูงใจระดับต่ำกว่าด้านอื่น ($r = .500$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ คุณลักษณะผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยค้ำจุน ในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ($r = .639$) ด้านกล้า

ตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยค่าจุนระดับปานกลางมากกว่าด้านอื่น ($r = .641$) รองลงมาด้านความรอบรู้ ($r = .614$) และด้านความซื่อสัตย์มีความสัมพันธ์กับ

ปัจจัยค่าจุนระดับน้อยกว่าด้านอื่น ($r = .468$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นำเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจำแนกโดยรวมและรายด้าน

คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	
	ปัจจัยจูงใจ	ปัจจัยค่าจุน
ด้านความรอบรู้	.587**	.614**
ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง	.590**	.609**
ด้านการกล้าตัดสินใจ	.640**	.641**
ด้านความซื่อสัตย์	.500**	.468**
ด้านการอยู่รวมกันในสังคม	.548**	.544**
ภาพรวมคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย	.640**	.639**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

1. คุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งคุณลักษณะของผู้นำเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่บุคคลเป็นและแสดงออกที่จะนำผู้ปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่กำหนด (2004) บทบาทที่สำคัญการบริหารงานทางโรงพยาบาลและการบริหารงานในหอผู้ป่วยทั้งด้านการบริการ วิชาการและการประสานงาน เพื่อให้เกิดการสร้างคุณภาพทางการบริหารและการบริหารงานทั่วไป (กองการพยาบาล, 2539) และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีคุณลักษณะความสามารถการเป็นผู้นำและผู้บริหารที่ดี เพราะกิจกรรมหลักอันเป็นหัวใจในหอผู้ป่วยคือการให้บริการแก่ผู้รับบริการ หัวหน้าหอผู้ป่วยยังเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่เป็นแกนนำของความร่วมมือและประสานงาน

ของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการทั้งในและนอกหน่วยงาน ตลอดจนคนผู้ป่วยและญาติ (กรองจิตต์ เล็กสมบุรณ์สุข, 2555) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของชฎาภรณ์ ก้อนจันทร์ (2551) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลชุมชนเขต 2 พบว่าภาพรวมคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงแสดงว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก เป็นผู้มีลักษณะผู้นำเป็นไปตามบทบาทและหน้าที่เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยด้านความซื่อสัตย์มากที่สุดถือว่าเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในคุณสมบัติของพยาบาลทุกคนตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของพิศสมัย อรทัย, เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก (2553) ศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณธรรมจริยธรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าตนเองมีคุณธรรมจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์อยู่ระดับที่สูงที่สุดและถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลตลอดมา สอดคล้องกับจริยธรรมวิชาชีพที่

พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่งานในบทบาทหน้าที่ที่พยาบาลตามมุมมองของผู้บริหารทางการพยาบาลมีจำนวน 10 เรื่อง หนึ่งในนั้นคือความซื่อสัตย์ (มณี อภาณันท์กุล และคณะ, 2557) และแนวคิดของเคิร์กแพทริก และล็อก (Kirkpatrick and Lock, 1991) ถือว่าเป็นคุณลักษณะหนึ่งของผู้นำ จึงกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีคุณลักษณะของผู้นำอยู่แล้ว เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทุกคนจะต้องได้รับการให้ความรู้ สอนและฝึกปฏิบัติให้สามารถทำหน้าที่ผู้นำอย่างต่อเนืองโดยพบจากการเป็นหัวหน้าเวร (In charge) ในการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณลักษณะผู้นำด้านนี้มีความเด่นชัดมาก รองลงมาคือ ด้านการอยู่ร่วมกันในสังคม สอดคล้องกับผลงานวิจัยของชฎาภรณ์ ก้อนจันโตะ (2551) ว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และจากการปฏิบัติงานพยาบาลนั้นหัวหน้าผู้ป่วยจะต้องทำงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน หัวหน้าผู้ป่วยจึงต้องเข้ากับสังคมรอบตัวให้ได้ทั้งงานด้านสังคม งานบริการตามหน้าที่ มีความเอื้ออาทร มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักและมีเครือข่าย สามารถสร้างความร่วมมือกับผู้อื่น ทำตัวเป็นประโยชน์กับสังคม (ตารณี จามจุรี, 2546) และคลาร์ค และเซีย (Clark & Shea, 1979) กล่าวว่าหัวหน้าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในหอผู้ป่วยที่จะช่วยในการดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วย การบริหารงานตลอดจนประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผลงานประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ร่วมกับลักษณะวิชาชีพพยาบาลเป็นสังคมการทำงานรุ่นพี่รุ่นน้องมีความใกล้ชิดและสนิทสนมกันในการปฏิบัติงาน เนื่องจากจำนวนผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนไม่มากจึงเป็นสังคมเล็กที่รู้จักกันทุกคน ดังนั้นหัวหน้าผู้ป่วยจึงมีความใกล้ชิดและอยู่ร่วมกันอย่างเป็นมิตรกับผู้ร่วมงานทุกคนในระดับสูง มีความเอื้ออาทรต่อผู้ร่วมงานและการแก้ปัญหาขัดแย้งจะเน้นการใช้การพูดคุยกันอย่างพี่น้องมากกว่าวิธีการแก้ปัญหาอื่นๆ ส่งผลให้คุณลักษณะในด้านนี้อยู่ในระดับสูงกว่าด้านอื่นๆ และด้านความรอบรู้มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ

ชฎาภรณ์ ก้อนจันโตะ (2551) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเช่นกันในการปฏิบัติงาน ปัจจุบันพยาบาลปฏิบัติแบบงานประจำ (Routine work) มากกว่าการปฏิบัติงานที่สร้างสรรค์หรือการวิจัยทดลองหาแบบใหม่ที่ทำหาความสามารถร่วมกับความหมายของด้านรอบรู้ หมายถึงคุณลักษณะของผู้นำที่แสดงออกในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ คิดเป็นเหตุผล แสดงออกถึงความสามารถในการพูดที่นำเชื่อถือ และเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารด้วยวาจาหรือการพูดสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการฝึกฝนและพัฒนาตนเอง ในปัจจุบันการปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ท่ามกลางความขาดแคลนย่อมส่งผลต่อการเร่งรีบการทำงานและมุ่งไปทำงานประจำ (Routine work) เพราะเนื่องจากตำแหน่งหัวหน้าผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น ทำให้การปฏิบัติงานประกอบด้วยงานระดับปฏิบัติงานร่วมด้วยส่งผลต่อการเป็นผู้นำทำให้ไม่เกิดการสร้างสรรค์กับปฏิบัติงานพยาบาลที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติในระดับพยาบาลประจำการรับรู้ได้ในคุณลักษณะผู้นำในด้านนี้ต่ำกว่าด้านอื่นๆ

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลงานวิจัยของชฎาภรณ์ ก้อนจันโตะ (2551) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลชุมชนเขต 2 งานศึกษาของอัจฉรา มันทาญ (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง โดยมีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในงานมีระดับสูงด้านเดียว และปัจจัยค้ำจุนมีด้านการบังคับบัญชาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยจูงใจด้านโอกาสก้าวหน้าในงานปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องศึกษาของนิภา อําไพพรรณ พูลสุข หิงคานนท์ และปกรณ์ ประจันบาย (2554)

เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับการสร้างแรงจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในงานอยู่ในระดับสูง และปัจจัยค่าจูงด้านการบังคับบัญชา และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 16 ปีขึ้นไป ทำให้มีผลโดยตรงกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถจะเลื่อนระดับได้และมีอัตราเงินเดือนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งปัจจัยค่าจูงจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลไม่เกิดความท้อถอยในการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงาน การปฏิบัติงานของพยาบาลในด้านโอกาสก้าวหน้าและการได้รับเงินเดือนตามระดับที่สำนักงาน กพ. กำหนดในเรื่องความก้าวหน้าและการให้ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่แตกต่างกับทีมสุขภาพอื่นเมื่อเปรียบเทียบกับสายวิชาชีพมีความแตกต่างกันค่อนข้างสูงทำให้ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยสุด แสดงว่าปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าและปัจจัยค่าจูงด้านเงินค่าตอบแทนในปัจจุบันไม่เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล สอดคล้องกับจิราภรณ์ กองจันทร์ กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ และไกรชิต สุตะเมือง (2557) เรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวชธานี พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ด้านค่าตอบแทน ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการฝึกอบรม โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายการลาออกของพยาบาลได้ร้อยละ 32.5

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจระดับปานกลาง ที่ระดับนัยสำคัญ .01 ($r = 0.678$) เป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัยเพราะในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ถือว่าเป็นผู้บริหารระดับต้นในการบริหารการพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในหอผู้ป่วยที่จะช่วยในการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วย การบริหารงานตลอดจน

การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผลงานประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (Clark & Shea, 1979) นอกจากนี้ บาร์เรตต์ (Barrette, 1968) กล่าวว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่ในการบริหารงานในหอผู้ป่วยให้ดำเนินงานตาม นโยบายของหน่วยงาน องค์กร เพื่อให้งานที่ได้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบ มีอำนาจในการตัดสินใจและแก้ปัญหา มอบหมายงานหน้าที่ความรับผิดชอบ จัดระบบงานให้มีระบบการประสานงานในหน่วยงานและให้มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาเทคนิคระบบรายงานอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาบุคลากร และประเมินผลการทำงานซึ่งบทบาทดังกล่าวหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีลักษณะของผู้นำที่ดีในการแสดงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และลักษณะผู้นำที่จำเป็นอย่างยิ่งของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ ในการที่ก่อให้เกิดความร่วมมือประสานกันของบุคลากรในองค์กรพยาบาล นำองค์กรไปสู่เป้าหมาย ทักษะ ลักษณะผู้นำที่จำเป็นยิ่งในการบริหารองค์การพยาบาลในปัจจุบัน (ทัศนยา บุญทอง, 2546) และการที่ผู้บริหารมีคุณลักษณะผู้นำที่ดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานและการเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน (Noethous, 2004)

นอกจากนี้พบว่าคุณลักษณะผู้นำด้านการกล้าตัดสินใจนั้นมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจทั้งในปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูงที่มีความสัมพันธ์สูงกว่าด้านอื่นๆ ($r = 0.640, 0.639$) ทั้งนี้เพราะคุณลักษณะผู้นำด้านการกล้าตัดสินใจนั้นเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดการทรัพยากรในการปฏิบัติงานทั้งคน สิ่งของต่างๆ การวางแผน การสั่งการ การประสานงาน การนิเทศ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์., 2538) การดำเนินการสร้างคุณภาพบริการ การบริหารและการจัดการทั้งการวางแผน การอำนวยความสะดวก การบริหารงานบุคคล การรายงาน งบประมาณ (กองการพยาบาล, 2539) ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจ

ของหัวหน้าผู้ป่วยที่เหมาะสมและทันต่อเวลาในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการจูงใจให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้นั้นจึงมีความสัมพันธ์กับการกล้าตัดสินใจของหัวหน้าผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าผู้ป่วยในระดับสูง แต่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น คือ ด้านความรอบรู้ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาทั้งด้านวิชาการและด้านบริหารเพื่อให้หัวหน้าผู้ป่วยมีการยกระดับความสามารถในด้านนี้ให้สูงขึ้น โดยเฉพาะด้านการพูด การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้เป็นที่ยอมรับ

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านการยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้า เงินเดือนค่าตอบแทน นโยบายและการบริหาร สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ควรมีการดำเนินการพัฒนาส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในด้านดังกล่าวสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะผู้นำกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกจำแนกตามกลุ่มวัยและประสบการณ์ในการทำงาน

2. การศึกษาของคุณลักษณะผู้นำกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยแบ่งตามทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนว่าพยาบาลประจำการรับรู้อย่างไร

3. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาของคุณลักษณะผู้นำกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยใช้แบบสอบถามเฉพาะการรับรู้จากพยาบาลประจำการ ควรได้มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้นำตามการรับรู้ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติว่าแตกต่างหรือไม่

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ทั้งระดับเขต และภาพรวมของประเทศ เพื่อนำสู่การวางระบบการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาล

5. พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในงานของพยาบาลประจำ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ สุวรรณศักดิ์ชัย. (2543). ประเมินการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกรพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรองจิตต์ เล็กสมบุญรส. (2555). องค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกรพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จักรภพ ธาตุสุวรรณ. (2548). สถิติเบื้องต้นและการใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ กองจันทร์, กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ และไกรชิต สุตะเมื่อง. (2557). ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวชนา. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ. 8(2) : 1-16.
- ชฎาภรณ์ ก้อนจันต๊ะ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลชุมชนเขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดารณี จามจุรี. (2546). การศึกษาคุณลักษณะผู้นำทางการพยาบาลที่พึงประสงค์. นนทบุรี : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงพร ไชยะนาค. (2548). การเปรียบเทียบสมรรถนะในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วชิรเวชสาร. 49(2) : 83-93.
- ทัศนา บุญทอง. (2546). กระบวนทัศน์ทางการพยาบาล ในเอกสารการสอนชุดวิชาสามมิติและกระบวนกรพยาบาล หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทัศนา บุญทอง และอรพรรณ โตสิงห์. (2548). ทักษะที่จำเป็นในการบริหารจัดการทางการพยาบาล 3 หน่วยที่ 11 เอกสารประกอบการสอนชุดประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทัศนา บุญทอง .(2543). ทิศทางการปฏิรูประบบบริหารการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย. จดหมายข่าวสภาการพยาบาล. 3(1) : 9.
- นิภา อ่ำไพพรรณ พูลสุข หิงคานนท์ และปรกรณ์ ประจันนาย. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับการสร้างแรงจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 5(7) : 65-75.
- นิศารัตน์ รวมวงษ์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต. สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- บงกชพร ตั้งนั้ตรชัย และคณะ. (2554). ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสภาการพยาบาล*. 26(4) : 43-53.
- ประคอง กรณีสฐิต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ. (2538). *การประกันคุณภาพการพยาบาล*. ชลบุรี : โรงพิมพ์วิงใหม่บุปผินต์.
- พิศสมัย อรทัย, เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก. (2553). การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะคุณธรรมจริยธรรม สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*. 16(3) : 250-63.
- มณี อามานันท์กุล และคณะ. (2557). จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลไทยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*. 29(2) : 5-20.
- อัจฉรา มั่นหาญ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เอมอร จังศิริพรปกรณ์. (2541). การพัฒนาตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว นักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต. สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Barrette, J. (1968). *The Head Nurse*. New York : Appleton-Century-Croft.
- Clark, C., & Shea, C.A. (1979). *Management in nursing a vital link in health care system*. Saint Louis: McGraw-Hill.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Synderman, B.B. (1959). *The Motivation to work*. New York : John Wiley and Sons.
- Kirkpatrick, S. A., & Locke, E. A. (1991). Leadership: Do traits matter?. *The Academy of Management Executive*. 5(2) : 48-60.
- Northous, Peter G. (2004). *Leadership Theory and Practice*. 3rd ed. California: Sage Publication, Inc.



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหาร
ของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้**

**Factors Related to the Utilization of Clinical Informatics in Nursing
Administration among Chief Nurses at Community Hospitals
in the Southern Part**

ประพันธ์โชค เสนาชู*
ดร. เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้สารสนเทศทางคลินิก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิก และศึกษาปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหารของหัวหน้าพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ ประชากรเป้าหมายเป็นหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ทั้งหมด จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหาร และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการนำสารสนเทศทางคลินิกไปใช้ในการบริหารของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาส์เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจง

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันต์และ F-test

ผลการวิจัย: พบว่าหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ มีระดับการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.71, S.D. = 0.58$) เมื่อเปรียบเทียบระดับการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหารตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศไม่แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ($r = -0.15$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ($r = -0.06$) และความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ ($r = 0.10$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) หัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้สารสนเทศ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail : Mr_jhoo@ hotmail.com

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ทางคลินิกสำหรับการบริหาร (ร้อยละ 62.6) พบว่าปัญหา คือ การใช้คอมพิวเตอร์มีปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 59.3) รองลงมาคือขาดความรู้ด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 48.8) ด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 43.1) และระบบเครือข่ายไม่ทันสมัย (ร้อยละ 31.7) การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถใน

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ และบริหารจัดการในหน่วยงาน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบริการให้ผู้ป่วย ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และทันเวลา

คำสำคัญ : การใช้สารสนเทศ, การบริหาร, หัวหน้าพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purposes of this research to compare level of the use of clinical informatics, study factors related to the use of clinical informatics and study problems in using clinical informatics for nursing administration among chief nurses of community hospitals in the southern part of Thailand. The subjects of the study were 123 chief nurses of community hospitals in the southern part of Thailand. A questionnaire constructed by the researcher was used for data collection and consisted of three parts: 1) General information about chief nurses, 2) Questions on the use of clinical informatics for administration by chief nurses, and 3) Questions about problems in using clinical informatics in administration by chief nurses. The instrument was tested by three experts, and the content validity index was 0.84, and the Cronbach's alpha coefficient for Part 2 of the questionnaire was 0.98. The data were analyzed with descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation and F-test

The results of the study revealed that the overall level of the use of clinical in for matics in nursing administration was at a moderate level ($\bar{X}=2.71, S.D.=0.58$) Age factor ($r=-.15$) Duration of the position ($r=-.006$) and ability to use the computer ($r=.10$). There was no correlation to the use of clinical information for management with statistical significance ($p> 0.05$). Most of the community hospitals had problems in using clinical informatics for nursing administration (62.6%). The problem of using clinical informatics for the management of the chief nurses in community hospitals. People have the most problems (59.3%) followed by software (48.8%), hardware (43.1%) and networks (31.7%). The results of the research were used in the preparation of nursing administrators to be knowledgeable in the use of information technology. Can be used to make decisions and management in the organization. Improve the efficiency of providing services to patients promptly, accurately and timely

Keyword : Utilization Clinical Informatics, Nursing Administration, Chief Nurses, Community Hospitals

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันองค์การสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการองค์การสุขภาพโดยเฉพาะประเทศไทยในยุคไทยแลนด์ 4.0 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการปฏิรูปโดยนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นเครื่องมือสำคัญ เพื่อสร้างสังคมคุณภาพ และแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของสังคม มุ่งเน้นให้เกิดการกระจายทรัพยากรและโอกาสที่ทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น (กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2559) โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีความจำเป็นต้องมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิรูปไปสู่ระบบสุขภาพยุคใหม่ (วรราช, 2560) โดยเฉพาะการใช้สารสนเทศและเทคโนโลยีเพื่อวิชาชีพของพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก (Diane, 2011)

ปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ พ.ศ. 2559-2563 (eHealth Strategy) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาสารสนเทศทางสุขภาพให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ และพัฒนาฐานข้อมูลทางสุขภาพให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อนำมาใช้สนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยเน้นการตอบสนองความต้องการที่แท้จริง (Real need) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อีกทั้งนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพด้านการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงและสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พร้อมทั้งมีนโยบายปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้มีการสร้างและพัฒนากระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลของสถานบริการสุขภาพมาใช้ในการบริหาร การบริการสุขภาพ และวิชาการ รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทุกระดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ยังช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยให้ประเทศมีโอกาสในการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความเสี่ยง ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและช่วยให้ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขมีข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา สามารถสร้างคุณค่าจากข้อมูลขององค์กร เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานในการบริการและสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559; กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2559) นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหา และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการภายในองค์กร (สำนักการพยาบาล, 2556) เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน และแนวโน้มปัญหาสุขภาพในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรงพยาบาลชุมชนในฐานะหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไป มีหน้าที่รับนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขมาสู่การปฏิบัติ ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่ไม่มีความยุ่งยาก หัวหน้าพยาบาลในฐานะผู้บริหารสูงสุดของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบริหารองค์กร ต้องพัฒนาระบบสารสนเทศเชิงบูรณาการ รวมถึงระบบการจัดการนโยบายในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ระบบบริหารจัดการความมั่นคงความปลอดภัยสารสนเทศ และนำมากำหนดทิศทางนโยบายความปลอดภัยทางคลินิก (กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2554; สำนักการพยาบาล, 2556) นอกจากนี้หัวหน้าพยาบาล

ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์สืบค้นข้อมูล ข่าวสาร และนำสารสนเทศทางคลินิกมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพทั้งในทางคลินิกและการจัดบริการสุขภาพทั่วไป นำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดคุณภาพ กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด การบริหารจัดการผลลัพธ์ และปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลสารสนเทศทางคลินิกที่ถูกต้อง แม่นยำ ในเวลาที่ต้องการ ช่วยให้ผู้บริหารและบุคลากรทางการพยาบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และทันสถานการณ์ ทำให้การวางแผน กำหนดทิศทาง การจัดระบบ การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล, 2556; สภาการพยาบาล, 2556) ในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างรวดเร็ว การพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสารสนเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล (Nagle, Hardiker, Mastrian & Mcgonigle, 2015) เพื่อนำมาสนับสนุนให้การตัดสินใจแก้ปัญหา การบริหารจัดการ การวางแผน การจัดระบบงาน การควบคุมกำกับ และการแข่งขันกับองค์กรภายนอกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล, 2556; Smith & Hunt, 2011) ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก ที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ นำไปใช้ประโยชน์ และนำมาใช้ในการตัดสินใจได้อย่างทันเวลา (Mastrian & Mcgonigle, 2015)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกของหัวหน้าพยาบาลและศึกษาปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกด้านการบริหารของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล

ชุมชนภาคใต้ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหารทางการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการภายในองค์กร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบขนาดของโรงพยาบาลชุมชนตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2555) มาบูรณาการร่วมกับองค์ประกอบด้านการบริหาร (นิตยา, 2552) ประกอบด้วย ด้านการบริหารบุคลากร (Man) ด้านการบริหารงบประมาณ (Money) ด้านการบริหารวัสดุ อุปกรณ์ (Material) และ ด้านวิธีการจัดการ (Management or method) เพื่อศึกษาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้สารสนเทศทางคลินิก สำหรับการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหาร ของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้
3. เพื่อศึกษาปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหาร ของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง และความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้สารสนเทศทางคลินิกการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้
2. หัวหน้าพยาบาลชุมชนที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันมีคะแนนการใช้สารสนเทศแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์แบบพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรเป้าหมายเป็นหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ทั้งหมด รวม 133 โรงพยาบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ได้รับแบบสอบถามคืนมา 123 ราย จึงเป็นตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน ร้อยละ 92.48

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 16 ข้อ แบบสอบถามการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารมี 18 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบบ 4 ระดับ และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการนำสารสนเทศทางคลินิกไปใช้ในการบริหาร เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคร์เท่ากับ 0.98

ผลการวิจัย

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ (N=123)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	119	96.7
	ชาย	4	3.3
สถานภาพ	โสด	28	22.8
	คู่	82	66.6
	หม้าย	4	3.3
	หย่า/แยก	9	7.3
	อายุ (ปี) ($\bar{X}=51.33, S.D.=4.38, Min=38, Max=59$)		
	31-40	2	1.6
	41-50	41	33.3
	มากกว่า 51	80	65.1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้ การดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชโดยผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคใต้เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยพร้อมทั้งแบบสอบถามพร้อมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 ชุด โดยส่งทางไปรษณีย์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนผู้วิจัย กำหนดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในการตอบกลับคืนของแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้รับคืน 123 ชุด คิดเป็นร้อยละ 92.48 หลังได้รับแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยสำรวจข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล พร้อมทั้งให้รหัสเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันต์สถิติ F-test

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ (N=123) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	84	68.3
ปริญญาโท	39	31.7
ขนาดของโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงาน (เตียง)		
10	9	7.3
30	82	66.7
60	24	19.5
90	6	4.9
120	2	1.6
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (ปี) (\bar{X} =13.72, S.D.=9.21, Min=1, Max=36)		
1-10	54	43.90
11-20	45	36.6
21-30	14	11.4
มากกว่า 31	10	8.1
ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ของหัวหน้าพยาบาล		
ต่ำ	11	8.9
ปานกลาง	75	61.0
ดี	36	29.3
ดีเยี่ยม	1	0.8
การมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ		
มี	111	90.2
ไม่มี	12	9.8
การมีจำนวนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (คน)		
มี 1 คน	37	30.1
มี 2 คน	51	41.5
มี 3 คน	16	13.0
มี 4 คน	6	4.9
มี 5 คน	1	0.8
ไม่มี	12	9.8
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน		
โปรแกรม Hos-XP	99	80.5
โปรแกรม Hospital-OS	19	15.4
โปรแกรม JHCIS	17	13.8
โปรแกรม MIT-NET	4	4.1

จากตาราง 1 หัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.7) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 66.6) มีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (\bar{X} = 4.38) โดยมีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 51 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 65.1) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.3) รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 31.7) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง (ร้อยละ 19.5) มีประสบการณ์การดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

เฉลี่ย 13.72 ปี (\bar{X} = 9.21) มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.90) ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ของหัวหน้าพยาบาลส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.0) ส่วนใหญ่ในหน่วยงานมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ร้อยละ 90.2) ส่วนมากมีหน่วยงานละ 2 คน (ร้อยละ 41.5) โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นโปรแกรม Hos-XP (ร้อยละ 80.5)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (N=123)

ขนาด โรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหาร														
	การบริหารบุคลากร (man)			การบริหารงบประมาณ (money)			การบริหารวัสดุ อุปกรณ์ (material)			วิธีการจัดการ (management or method)			ระดับคะแนนเฉลี่ย		
	\bar{X}	S.D.	แปล ผล	\bar{X}	S.D.	แปล ผล	\bar{X}	S.D.	แปล ผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ขนาด 10 เตียง	2.60	0.88	ปาน กลาง	2.44	0.88	ปาน กลาง	2.31	0.86	ปาน กลาง	2.80	0.84	ปาน กลาง	2.54	0.76	ปาน กลาง
ขนาด 30 เตียง	2.58	0.66	ปาน กลาง	2.50	0.77	ปาน กลาง	2.85	0.74	ปาน กลาง	3.07	0.59	มาก	2.75	0.54	ปาน กลาง
ขนาด 60 เตียง	2.81	0.60	ปาน กลาง	2.24	0.84	ปาน กลาง	2.90	0.87	ปาน กลาง	3.10	0.56	มาก	2.76	0.56	ปาน กลาง
ขนาด 90 เตียง	2.13	1.07	ปาน กลาง	2.06	0.80	ปาน กลาง	2.46	0.98	ปาน กลาง	2.45	0.78	ปาน กลาง	2.27	0.84	ปาน กลาง
ขนาด 120 เตียง	2.78	0.75	ปาน กลาง	1.67	0.94	น้อย	2.50	0.71	ปาน กลาง	3.07	0.71	มาก	2.50	0.78	ปาน กลาง
รวม	2.61	0.69	ปาน กลาง	2.41	0.80	ปาน กลาง	2.79	0.79	ปาน กลาง	3.02	0.62	มาก	2.71	0.58	ปาน กลาง

ตาราง 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการใช้สารสนเทศของหัวหน้าพยาบาล จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ด้วย ANOVA

แหล่งความ แปรปรวน		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Between Groups	1.691	4	.423	1.256	.291
	Within Groups	39.738	118	.337		
	Total	41.430	122			

จากตาราง 2 พบว่า หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนขนาดได้ มีระดับคะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.71, S.D.=0.58$) โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารด้านวิธีการจัดการ มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.02, S.D.=0.62$) รองลงมาคือด้านการบริหารวัสดุ อุปกรณ์ ($\bar{X}=2.79, S.D.=0.79$) ด้านการบริหารบุคลากร ($\bar{X}=2.61, S.D.=0.69$) และด้านการบริหารงบประมาณ ($\bar{X}=2.41, S.D.=0.80$) ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์ตามขนาดโรงพยาบาลพบว่า

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง หัวหน้าพยาบาลมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.54, S.D.=0.76$) ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีการนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้สำหรับการบริหาร ด้านวิธีการจัดการมากที่สุด ($\bar{X}=2.80, S.D.=0.84$) รองลงมาคือด้านบุคลากร ($\bar{X}=2.60, S.D.=0.88$) ด้านงบประมาณ ($\bar{X}=2.44, S.D.=0.88$) และด้านการบริหารวัสดุ อุปกรณ์ ($\bar{X}=2.31, S.D.=0.86$) ตามลำดับ

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง หัวหน้าพยาบาลมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.75, S.D.=0.54$) มีการนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้สำหรับการบริหาร ด้านวิธีการจัดการมากที่สุด ($\bar{X}=3.07, S.D.=0.59$) รองลงมาคือด้านการบริหารวัสดุ อุปกรณ์ ($\bar{X}=2.85, S.D.=0.74$) ด้านบุคลากร ($\bar{X}=2.58, S.D.=0.66$) และด้านงบประมาณ ($\bar{X}=2.50, S.D.=0.77$) ตามลำดับ

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง หัวหน้าพยาบาลมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.76, S.D.=0.56$) มีการนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้สำหรับการบริหาร ด้านวิธีการจัดการมากที่สุด ($\bar{X}=3.10, S.D.=0.56$) รองลงมาคือด้านการบริหารวัสดุ อุปกรณ์ ($\bar{X}=2.90, S.D.=0.87$) ด้านบุคลากร ($\bar{X}=2.81, S.D.=0.60$) และด้านงบประมาณ ($\bar{X}=2.24, S.D.=0.84$) ตามลำดับ

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง หัวหน้าพยาบาลมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.27, S.D.=0.84$) มีการนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้สำหรับการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ มากที่สุด ($\bar{X}=2.46, S.D.=0.98$) รองลงมาคือด้านวิธีการจัดการ ($\bar{X}=2.45, S.D.=0.78$) ด้านบุคลากร ($\bar{X}=2.13, S.D.=1.07$) และด้านงบประมาณ ($\bar{X}=2.06, S.D.=0.80$) ตามลำดับ

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง หัวหน้าพยาบาลมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.50, S.D.=0.78$) มีการนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้สำหรับการบริหารด้านวิธีการจัดการ ($\bar{X}=2.45, S.D.=0.78$) มากที่สุด รองลงมาคือด้านด้านบุคลากร ($\bar{X}=2.78, S.D.=0.75$) ด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ ($\bar{X}=2.50, S.D.=0.71$) และด้านงบประมาณ ($\bar{X}=1.67, S.D.=0.94$) ตามลำดับ

ดังนั้นเมื่อทดสอบคะแนนการใช้สารสนเทศทางคลินิกของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลด้วยสถิติ จึงพบว่า หัวหน้าพยาบาลมีการใช้สารสนเทศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) (ตาราง 3)

ตาราง 4 ปัจจัย (อายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล และความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์) กับคะแนนการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (N=123)

ปัจจัย	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-0.15*	0.09	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล	-0.06*	0.53	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์	0.10*	0.28	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ($r = -.15$) สัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ($r = -.0.06$) และ การบริหารของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ ($r = .10$) ไม่มีความ

ตาราง 5 ปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (N=123)

ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน	ปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหาร			
	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขนาด 10 เตียง	4	44.4	5	55.6
ขนาด 30 เตียง	53	64.6	29	35.4
ขนาด 60 เตียง	9	37.5	15	62.5
ขนาด 90 เตียง	3	50.0	3	50.0
ขนาด 120 เตียง	2	100	0	0
รวม	77	62.6	46	37.4

จากตาราง 5 พบว่า หัวหน้าพยาบาลใน คลินิกสำหรับการบริหารมากที่สุด (ร้อยละ 100) โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้สารสนเทศ รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ทางคลินิกสำหรับการบริหาร (ร้อยละ 62.6) โรงพยาบาล (ร้อยละ 64.6) ขนาด 90 เตียง (ร้อยละ 50) และ ชุมชนขนาด 120 เตียง มีปัญหาการใช้สารสนเทศทาง ขนาด 10 เตียง (ร้อยละ 44.4) ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละประเภทปัญหาที่พบเกี่ยวกับการนำสารสนเทศทางคลินิกไปใช้ในด้านการบริหารของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาล ชุมชน	ประเภทปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหาร			
	อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (hardware) N (%)	โปรแกรม คอมพิวเตอร์ (software) N (%)	ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ (peopleware) N (%)	ระบบ เครือข่าย (network) N (%)
ขนาด 10 เตียง	2 (22.2)	4 (44.4)	4 (44.4)	0
ขนาด 30 เตียง	37(45.1)	42(51.2)	52(63.4)	30(36.6)
ขนาด 60 เตียง	11(45.8)	10(41.7)	12(50.0)	7(29.2)
ขนาด 90 เตียง	1(16.7)	2(33.3)	3(50.0)	1(16.7)
ขนาด 120 เตียง	2(100)	2(100)	2(100)	1(50.0)
รวม	53 (43.1)	60 (48.8)	73 (59.3)	39(31.7)

จากตาราง 6 พบว่า ปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าด้านผู้ใช้คอมพิวเตอร์ (People ware) มีปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 59.3) รองลงมาคือด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (software) (ร้อยละ 48.8) ด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (hardware) (ร้อยละ 43.1) และระบบเครือข่าย (Network) (ร้อยละ 31.7) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้สารสนเทศทางคลินิก สำหรับการบริหารงานของหัวหน้าพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ ผลการศึกษพบว่า หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ มีระดับคะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.71$, S.D.=0.58) ทุกขนาดโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารด้านวิธีการจัดการมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.02$, S.D.=0.62) รองลงมาคือด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ($\bar{X}=2.79$, S.D.=0.79) ด้านการบริหารบุคลากร ($\bar{X}=2.61$, S.D.=0.69) และด้านการบริหารงบประมาณ ($\bar{X}=2.41$, S.D.=0.80) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบระดับ

การใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหารตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่า ทุกขนาดโรงพยาบาลชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศไม่แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาลทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละขนาดมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพไปสู่ยุคใหม่ ตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ทั้งนี้ การกำหนดนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (2557) มุ่งเน้นให้มีการสร้างและพัฒนากระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลของสถานบริการสุขภาพมาใช้ในการบริหาร การบริการสุขภาพ และวิชาการ รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงมีผลทำให้หัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการสารสนเทศทางคลินิกเพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการในองค์กร และพัฒนาคุณภาพบริการ แต่เนื่องจากอยู่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านทำให้สารสนเทศทางคลินิกยังมีปัญหาในเรื่องของคุณภาพข้อมูล และการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งถ้าหากหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้สารสนเทศทางคลินิก ก็จะสามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการในหน่วยงานให้เกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น

ช่วยลดความผิดพลาด และยกระดับคุณภาพบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Alexander, 2015) จากผลการศึกษาของปัญญากรรม และสุจิตรา (2556) ที่ได้สำรวจสถานการณ์ผู้นำทางการพยาบาลพบว่าเตรียมผู้นำทางการพยาบาลในอนาคต สมรรถนะที่ผู้นำทางการพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญคือทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งผู้นำทางการพยาบาลต้องมีความสามารถผสมผสานเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยให้รู้ข้อมูล ผลกระทบเกี่ยวกับสุขภาพ เพราะในอนาคตการสื่อสารทางเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือที่จำเป็นทำให้เกิดการเรียนรู้รูปแบบการบริหารองค์กรสมัยใหม่ ซึ่งเน้นการบริหารจัดการบนพื้นฐานของข้อมูลเพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและจากการศึกษาของวิภาวรรณ และสุชาติ (2551) พบว่าบทบาทของหัวหน้าพยาบาลที่พึงประสงค์ในปี 2551-2560 ด้านการจัดการสารสนเทศทางการพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาจัดการระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการหรือการบริหารอย่างเป็นระบบทั้งภายในและภายนอกองค์กร สิ่งที่เป็นพื้นฐานของการบริหารการพยาบาลต้องทำคู่ขนานพร้อมกันคือ การดูแลด้านการรักษาพยาบาล และการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อนำมาสนับสนุนในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย (Smith & Hunt, 2011) สารสนเทศทางคลินิกที่ดีต้องมีกรอบแบบระบบให้ช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน และเพิ่มคุณภาพความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย (Carrington, 2015) และระบบสารสนเทศทางคลินิก ต้องมีความเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีโดยเฉพะอย่างยิ่งระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และระบบการคลังสุขภาพ เป็นระบบที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health information technology) จะต้องมีการพิจารณาควบคู่ไปกับระบบการเงินการคลังสุขภาพ (Health care financing) และระบบบริการสุขภาพ (Health care delivery) ทั้งนี้เพราะทั้ง 3 ระบบมีความสัมพันธ์

กันอย่างใกล้ชิดและมีผลกระทบต่อกัน (คณะกรรมการกิจการสาธารณสุขวุฒิสภา, 2556)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการบริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้ พบว่าพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ($r = -.15$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ($r = -.0.06$) และความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ ($r = .10$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง แต่มีการมอบหมายให้พยาบาลสารสนเทศ (Nursing informatics) ทำหน้าที่รับผิดชอบสารสนเทศทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2556) ทำหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกเพื่อมอบให้หัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนนำมาใช้ในการตัดสินใจและบริหารจัดการในองค์กร จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าแต่ละโรงพยาบาลชุมชน มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องชาญเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 90.2 เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 2 คน (ร้อยละ 41.5) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการคอมพิวเตอร์ทำหน้าที่ในการประมวลวิเคราะห์ และออกระบบรายงาน ให้กับหัวหน้าพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบทางคลินิก ปัญหาที่พบคือ บุคคลกลุ่มดังกล่าว มีความรู้ความสามารถในด้านเทคโนโลยีแต่ไม่เข้าใจในความหมายหรือนิยามทางคลินิกในแต่ละกลุ่มโรค ทำให้สารสนเทศทางคลินิกที่ไม่ตอบสนองความต้องการของหัวหน้าพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีพยาบาลสารสนเทศเพื่อทำหน้าที่ในการประสานการทำงานร่วมกัน และตรวจสอบความถูกต้องของสารสนเทศทางคลินิก ก่อนที่จะให้หัวหน้าพยาบาลนำสารสนเทศทางคลินิกลงไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการหรือใช้ในการตัดสินใจ ปัญหาที่พบของพยาบาลสารสนเทศคือไม่มีกรอบอัตรากำลังในโครงสร้างการบริหารงาน ทำให้เป็นตำแหน่งที่มีการมาช่วยเหลืองานเป็นครั้งคราวเกิดความไม่ต่อเนื่อง

เส้นทางความก้าวหน้าในตำแหน่งไม่ชัดเจน และไม่มี
ความรู้เรื่องการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ

ปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกในการ
บริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
ภาคใต้ พบว่าหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
ส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับ
การบริหาร (ร้อยละ 62.6) ปัญหาการใช้สารสนเทศ
ทางคลินิกสำหรับการบริหารของหัวหน้าพยาบาลในโรง
พยาบาลชุมชน พบว่า ทุกขนาดของโรงพยาบาลชุมชน
มีปัญหาด้านผู้ใช้คอมพิวเตอร์ (People ware) มากที่สุด
เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ด้านผู้ใช้คอมพิวเตอร์
(People ware) มีปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 59.3)
รองลงมา คือ ด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Software)
(ร้อยละ 48.8) ด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (Hardware)
(ร้อยละ 43.1) และระบบเครือข่าย (Network) (ร้อยละ
31.7) ทั้งนี้เนื่องจาก การบันทึกข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่
ถูกต้องครบถ้วน ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปใช้
ประโยชน์ ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับผลการปฏิบัติงานจริง
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก ไม่มีเวลา
ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลไม่มีพยาบาลวิชาชีพที่
เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศบุคลากร
ขาดความชำนาญในการจัดการสารสนเทศทางสุขภาพ
ดังนั้นจึงทำให้หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนไม่
สามารถใช้สารสนเทศทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Barry, 2007) นอกจากนี้การ
มีระบบการทำงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างการบันทึกด้วยมือ
และการบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ผลการศึกษ
ครั้งนี้สอดคล้องกับผลสรุปการดำเนินงานด้านการ
พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 (2557) พบว่าการบันทึก
ข้อมูลของหน่วยบริการไม่ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่
ขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล ระบบ
ข้อมูลสารสนเทศไม่ได้ถูกนำไปใช้งาน ไม่มีการเชื่อมโยง
ข้อมูล ความไม่พร้อมของฮาร์ดแวร์ (Hardware)
ซอฟต์แวร์ (Software) และอินเทอร์เน็ต (Internet)
สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมราภัสร์ (2554)

ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดระบบสารสนเทศ
ทางการพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาอุปสรรค
การพัฒนาสารสนเทศ คือ ขาดบุคลากรเฉพาะด้าน
บุคลากรไม่มีความรู้ มีภาระงานมากปัญหาการนำ
เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชน
1) ขาดมาตรฐานที่ชัดเจนและไม่สามารถสะท้อนถึง
คุณค่าที่แท้จริงของการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
มาใช้งานในโรงพยาบาล 2) ขาดงบประมาณในการ
ลงทุน 3) ไม่สามารถบูรณาการข้อมูลเข้าหากันได้
4) เป็นภาระด้านงบประมาณแก่โรงพยาบาลชุมชน
(ธัญญลักษณ์, 2555)

สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ 11 ได้สรุปสถานการณ์และปัญหาด้านระบบ
ข้อมูลสุขภาพดังนี้ 1) กลไกนโยบายและทรัพยากร
เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาด
ความต่อเนื่อง 2) มีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ยัง
ขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุมและยังมีความซ้ำซ้อนและ
ปัญหาการขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
3) ขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ
4) ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จาก
ข้อมูลอันเนื่องมาจากการไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูล
ที่จะช่วยในการตัดสินใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)
และยังมีความเชื่อมโยงกับปัญหาเทคโนโลยีสารสนเทศ
ในระดับประเทศ จากรายงานพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบ
สารสนเทศของการสาธารณสุขไทย ของคณะกรรมการ
การสาธารณสุข วุฒิสภา (2556) ได้รายงานการศึกษา
เรื่องระบบสารสนเทศด้านการสาธารณสุขไทย และพบว่า
ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของไทยมีระบบข้อมูล
สารสนเทศสุขภาพหลายระบบ ส่วนใหญ่ตอบสนองการ
บริหารจัดการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีข้อมูล
ตัวชี้วัดโครงการต่างๆมากมาย ซ้ำซ้อน ระบบสารสนเทศ
ที่มีตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ที่เป็นผู้ให้บริการ
นอกจากนั้นระบบสารสนเทศสุขภาพที่ไม่สามารถ
แลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ ข้อมูลสุขภาพไม่บูรณาการขาด
ความเป็นเอกภาพ ทำให้ใช้เวลาในการให้บริการมาก
ขาดการบูรณาการขั้นตอนการทำงานข้ามหน่วยงาน

เงื่อนไขการจัดเก็บข้อมูล และหลักเกณฑ์ในการกำหนด ชื่อรายการข้อมูลแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน โครงสร้างและรูปแบบของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับการออกแบบมีพื้นฐานอยู่บนชื่อรายการข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้เชื่อมโยงกันได้ยาก (กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2559) ซึ่งในการจัดการแก้ปัญหาเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ ต้องมีการวางแผนในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และให้มีความเชื่อมโยงทั้งระดับประเทศจนถึงระดับบุคคล

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการเตรียมผู้บริหารทางการแพทย์ให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยกำหนดเป็นระเบียบข้อตกลงให้ผู้บริหารเข้าหลักสูตรการใช้ข้อมูลสารสนเทศ ผู้บริหารทุกปี ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ และบริหารจัดการในหน่วยงานช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2554). *กรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ระยะ พ.ศ. 2554-2563 ของประเทศไทย*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559, จาก www.mict.go.th.
- กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). *แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559, จาก www.mict.go.th.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *กรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556-2565*. นนทบุรี: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. นนทบุรี: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559-2563)*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2559, จาก <http://ehealth.moph.go.th>.
- เขตบริการสุขภาพที่ 11. (2557). *ยุทธศาสตร์สาธารณสุข ประจำปี 2557 เขตตรวจราชการสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 11*. กรุงเทพฯ : ดาต้า เปเปอร์ แอนด์ พรีน.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา. (2556). *รายงานพิจารณาการศึกษาเรื่องระบบสารสนเทศด้านการสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์. (2555). *การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศกับพยาบาล*. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). *การบริหารการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ธนาเพรส.
- ปัญญากรณ์ ชูตั้งกร, และสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2556). *การสำรวจสถานการณ์ผู้นำทางการพยาบาลแห่งชาติ*. *วารสารสภาการพยาบาล*. 28(1) : 5-17.
- วรรษา เป้าอินทร์. (2560). *Thailand Health 4.0 challenges and opportunities*. *Journal of the Thai Medical Informatics Association*. (1) : 31-36.
- วิภาวรรณ บัวสว่าง, และสุชาดา รัชชกุล. (2551). *บทบาทหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2551-2560)*. *วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*. 2(พิเศษ) : 29 - 40.

- สภาการพยาบาล. (2556). เอกสารการประชุมวิชาการผู้บริหารการพยาบาลระดับชาติ ครั้งที่ 2: อนาคตของผู้บริหารและผู้นำทางการพยาบาล วันที่ 14-15 มิถุนายน 2556. กรุงเทพฯ :โรงแรมเดอะ ทวิน ทาวเวอร์. สำนักการพยาบาล. (2556). คู่มือการจัดเก็บข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาลปีงบประมาณ 2556. : ม.ป.ท. สำนักการพยาบาล. (2556). แนวทางการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี : เทพเพ็ญวานิชย์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557) ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ: สถานบริการ. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2559, จาก <http://bps.moph.go.th/content/ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ>.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2555). การพัฒนาเกณฑ์การจัดการกำลังคนของสหวิชาชีพ พ.ศ. 2555. ม.ป.ท. อัมราภรณ์ อรรถชัยวัฒน์. (2554). การพัฒนาแนวทางการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล. กองการพยาบาล. 38(3) : 49-65.
- Alexander, S. (2015). Overview of informatics in health care. In S. Alexander., K. H Frith, & H. Hoy (Eds.), *Applied clinical informatics for nurse*. United state of America : Jones & Bartlett learning.
- Barry,I,Steve J,& Gabriel,J. (2007). Retention and application information technology skills among Nurses and midwifery student. *Innovations in Education and Teaching International*. 44(2) : 199-210.
- Carrington, J. M. (2015). Clinical decision support system. In S. Alexander., K. H. Frith, & H. Hoy (Eds.), *Applied clinical informatics for nurse*. United state of America: Jones & Bartlett learning.
- Diane, N. (2011). A survey of Nursing Faculty Needs to Training in Use of New Technologies. *Journal of Nursing Education*. 50(4). 181-189 .
- Mastrain, K., & Mcgonigle, D. (2015). Nursing science and the foundation of knowledge. In D. Mcgonigle & K. Mastrain (Eds.), *Nursing Informatics and the foundation of knowledge*. 3thed. United state of America: Jone & Bartlett Learning.
- Nagle, L. M., Hardiker, N., Mcgonigle, D., & Mastrain, K. (2015). Information and knowledge needs of nurses in the 21st century. In D. Mcgonigle & K. Mastrain (Eds.), *Nursing Informatics and the foundation of knowledge*. 3thed. United state of America: Jone & Bartlett Learning.
- Smith, J. B., & Hunt. C. (2011). Caring, communication, and managing with technology. In P. S. Yoder-wise (Ed.), *Leading and managing in nursing* .5thed. United State of America: Elsevier Mosby.



ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี The Outcomes of Life Happiness Program for the Elderly in Ratchaburi Province

อรพิชา เกตุพันธ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 อำเภอ อำเภอโพธารามและอำเภอดำเนินสะดวก ในจังหวัดราชบุรี และผ่านการประเมินด้านสุขภาพจิต Stress Test 5 (ST5) และ 2 Question (2Q) จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 24 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์สัดส่วน มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยต้องผ่านแบบทดสอบ SPMSQ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และแบบประเมินความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งประยุกต์จาก Thai Happiness Indicator (TMHI-15)

โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test (1.) เมื่อเปรียบเทียบค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าคะแนนความสุขในชีวิตมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (2.) เมื่อเปรียบเทียบค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าคะแนนความสุขในชีวิตมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (3.) เมื่อเปรียบเทียบค่ากลางของคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โปรแกรมการสร้างความสุข, การพยาบาลตามปกติ

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The purpose of this research is to investigate the outcomes of a program for elderly people in Ratchaburi province which is named "Happiness Program" The research procedure comprised of Quasi-experimental research design. The participants were 48 people, aged over 60 years old, who have diabetes and/or blood pressure and are diagnosed by the physicians from Photharam and Damnoen Saduak Health Promoting Hospitals. The participants were divided into two groups (experimental and control groups) by using the selected purposive sampling. The participants in this study took the assessment Stress Test 5 (ST5), 2 Question (2Q), and Short Portable Mental Status Questionnaires. The research instruments were the happier living for elder program which applied from Watson's Caring Theory and the

elder happiness assessment which adapted from the Thai Happiness Indicator (TMHI-15). The content validity was verified by using the Cronbach's alpha (0.80). Moreover, Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann-Whitney U Test were employed to analyze the statistic data. (1.) There was no statistically significant difference 0.001 in the happiness life score between the pre-test and post-test of the participant in the experimental group. (2.) There was no statistically significant difference 0.001 in the happiness life score between the pre-test and post-test of the participant in the control group. (3.) There was a statistically significant 0.001 in the post-test between experimental and control group.

Keywords : Elder /The Happiness Program/ Normal nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติ ได้นิยาม ผู้สูงอายุไว้ว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนร้อยละ 10 หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรอายุ 60 ปีเพิ่มเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ถือว่าเป็นประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งในส่วนของประเทศสมาชิกอาเซียน ประเทศไทยและสิงคโปร์มีความเร็วในการเพิ่มของผู้สูงอายุมากที่สุด สำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2555 พบว่าโลกมีประชากรจำนวน 7,058 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 565 ล้านคน คิดเป็น

ร้อยละ 8 ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 12.59 ซึ่งมากที่สุดในประเทศอาเซียน การที่ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ควรต้องมีมาตรการเตรียมความพร้อมในเรื่องสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และไม่ให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยสูงอายุต่อประชากรในวัยแรงงานมากจนอาจจะเป็นภาระต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติภายใต้รัฐธรรมนูญ ปี 2555 มีการดำเนินการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทยร่วมกับรัฐและหลายภาคส่วน ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพอนามัย

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๖๐

2) ด้านการศึกษา 3) ด้านที่อยู่อาศัย 4) ด้านส่งเสริมการทำงานและรายได้ และ 5) ด้านบริการสังคมและนันทนาการ อย่างไรก็ตามทั้ง 5 ด้านที่กล่าวล้วนมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น

จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งว่าด้วยเรื่องด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านกายภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตทำให้ความสุขลดลงก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ บางครั้งรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยสอดคล้องกับสรุกละเนอบรม (2541) เสนอว่าผู้ที่เข้าสู่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดต่างๆ มากมายที่สำคัญได้แก่ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ จากรายงานการสำรวจระดับชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2554) พบว่าประชากรผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.1 คิดเป็นประชากรจำนวน 260,738 คน แยกเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) ร้อยละ 3.6 คิดเป็นประชากรจำนวน 229,279 คน (วิริยะ เฝิงจันทร์ และคณะ, 2551) ทรนินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญในการป้องกันความสูญเสียที่เกิดจากโรคซึมเศร้าในการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุไทย โดยเน้นมิติการสร้างเสริมสุขภาพจิต การเสริมแรงพลังจิตทางบวกและเพิ่มความสุขในชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การมีแรงเสริมและพลังจิตแห่งความสุขในชีวิตสามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ จึงทำให้ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการรณรงค์สำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยขึ้น และมีการกำหนดนโยบายและการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมลดภาวะซึมเศร้าและสร้างคุณค่าเสริมแรงความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดยการขับเคลื่อนของชุมชนโดยจัดให้มีกิจกรรม การตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละตำบลชุมชน เน้นให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนได้มีส่วนร่วม

การสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุห่างไกลจากภาวะซึมเศร้าได้ความสุขในทางจิตวิทยาเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากอารมณ์ ที่แต่ละบุคคลตัดสินว่ามีความสุขมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตและทัศนคติที่มีต่อการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson, 2008) ที่เน้น 1) การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล 2) การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่นจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและวิธีการรักษา 3) การสร้างความศรัทธาและความหวัง โดยที่มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปได้แห่งอติวิสัยของชีวิตบนโลกของตนเองและผู้อื่น 4) การแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจโดยใช้ตนเองและทุกวิถีแห่งความรู้ 5) การประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยสร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด โดยการสนับสนุนของผู้ดูแล ครอบครัวญาติมิตร รวมทั้ง บุคลากรในทีมสุขภาพจากแนวคิดดังกล่าวได้พัฒนาเป็นโปรแกรมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุโดยมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ที่จะสร้างให้ผู้สูงอายุเข้าใจความสามารถของตนเองและบุคคลในครอบครัวทราบถึงความคาดหวังของผู้อายุ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดการช่วยเหลือไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีกระบวนการกลุ่ม (Group process) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่ประสบอยู่ ทักษะการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ด้วยการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem solving skill) ซึ่งภาพรวมตามทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring-healing theory) ต้องการให้บุคคลให้ความสำคัญกับคุณค่าในตนเอง เป็นองค์รวมที่ประกอบขึ้นด้วยการหลอมรวมทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณทางด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับการสุขภาพดี

การศึกษาข้อมูลประชากรของตำบลหนึ่งในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่าจากประชากรจำนวน 20,201 คน มีประชากร อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 2,123 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50 (ข้อมูลจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 14.13 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งตำบล จึงได้ทำการ คัดกรองภาวะทางด้านสุขภาพจิตตามภาระงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แบบประเมินความเครียด Stress Test 5 (ST5) ต้องมีคะแนนอยู่ในระดับความเครียดปานกลางถึงเครียดมากที่สุด และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต โดยต้องมีผลการประเมินเพียงหนึ่งข้อซึ่งมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังผ่านการคัดกรองโรคซึมเศร้าจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตำบล ด้วยจากการสอบถามผู้รับการคัดกรองพบว่าส่วนใหญ่รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายในชีวิตที่มีแต่โรคภัย รู้สึกว่าตนเองภาวะของครอบครัว ทั้งยังรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพจิตที่ดีและลดความเครียดลง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยมีภาวะสมดุลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเอง อันจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงครอบครัวและชุมชน ซึ่งการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตดังกล่าวเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดความสมดุลในด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงจิตวิญญาณ จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถดำรง

ชีวิตได้ ตามสถานะภาพและบริบทของตนเองอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี หลังการทดลองใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups Pretest-Posttest design) ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 อำเภอ อำเภอโพธารามและอำเภอดำเนินสะดวก ในจังหวัดราชบุรี และผ่านการประเมินด้านสุขภาพจิต Stress Test 5 (ST5) และ 2 Question (2Q) จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 48 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 24 คน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๖๐

โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์สัดส่วน มีเกณฑ์คัดเลือกโดยผ่านแบบทดสอบ SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaires) (Pfeiffer E., 1975: พิชามณฐ์ ภูเจริญ, 2550) ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 และสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson’s caring-healing theory)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งประยุกต์จาก Thai Happiness Indicator (TMHI-15) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.80

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการ

- 2.1 สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test)
- 2.2 สัปดาห์ที่ 2 ในกลุ่มทดลอง (กิจกรรมครั้งที่ 1) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพด้วยกิจกรรมสัมพันธ์กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และโรคเรื้อรังที่ประสบอยู่การรับประทานอาหารตามวัย

และโรคที่ผู้สูงอายุประสบอยู่การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมตามวัย และในกลุ่มควบคุมการพยาบาลตามปกติ

- 2.3 สัปดาห์ที่ 3 ในกลุ่มทดลอง (กิจกรรมครั้งที่ 2) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย การฝึกทักษะการทำสมาธิ และการปฏิบัติตามหลักคำทางสอนศาสนา การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาและในกลุ่มควบคุมการพยาบาลตามปกติ
- 2.4 สัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มทดลอง (กิจกรรมครั้งที่ 3) ใช้เวลา 30 นาทีต่อ 1รายบุคคลประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนการฝึกทักษะและในกลุ่มควบคุมการพยาบาลตามปกติ
- 2.5 สัปดาห์ที่ 5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินหลังการทดลอง(Post-test)

3. ขั้นตอนสรุปผล โดยนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- การวิเคราะห์ข้อมูล**
1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและในกลุ่มที่ได้รับการสร้างความสุข ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test
 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและในกลุ่มที่ได้รับการสร้างความสุข ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนความสุข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ สภาวะสุขทางจิตใจ สุขจากการได้ยินเพิ่มสมรรถภาพจิตใจ สุขจากการได้เพิ่มคุณภาพจิตใจ และสุขจากการได้รับการสนับสนุนพบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความสุขในชีวิต 586 คะแนน มีความสุขอยู่ในระดับน้อย

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
Negative Ranks	11	116.86		
Positive Ranks	10.88	87.00	-1.304	0.192

$p < .001$

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขของลำดับที่ผลต่างมีค่าเป็นลบ 11 (Sum of Rank = 116.86) ลำดับที่มีค่าผลต่างเป็นบวก 10.88 (Sum of Rank = 87.00) เมื่อเปรียบเทียบค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าคะแนนความสุขในชีวิตมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($Z = -1.304, P = .192$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
Negative Ranks	.00	.00		
Positive Ranks	12.50	300.00	-4.300	<.001**

$p < .001$

จากตารางที่ 2 พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมมีค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขของลำดับที่ผลต่างมีค่าเป็นลบ 0.00 (Sum of Rank = 300.00) ลำดับที่มีค่าผลต่างเป็นบวก 12.50 (Sum of Rank=300.00) เมื่อการเปรียบเทียบค่าลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังของลำดับที่มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($Z = -4.300, p < .001$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่ากลางของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
กลุ่มควบคุม	12.50	300.00		
กลุ่มทดลอง	36.50	876.00	-5.973	<.001**

p<.001

จากตารางที่ 3 พบว่าค่ากลางของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 12.50 (Sum of Rank=300.00) และค่ากลางคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขในชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 36.50 (Sum of Rank = 876.00) เมื่อเปรียบเทียบค่ากลางของคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขในชีวิตของผู้อายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (Z -5.973, p<.001)

การอภิปรายผล

การประเมินความเครียดและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าอยู่ในระดับเครียดปานกลางถึงเครียดมากที่สุดทั้งสองกลุ่มสอดคล้องกับสุรกุล เจนอบรม (2541) เสนอว่าผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังจนกลายเป็นความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจระดับวิทยา พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า ชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) ร้อยละ 3.6 คิดเป็นประชากรจำนวน 229,279 คน (กรมสุขภาพจิต, 2554) กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ที่มีความเครียดจะมีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าเนื่องจากโรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นภาวะที่เกิดขึ้น

แล้วมีความยึดเยื้อยาวนานไม่มีทางช่วยเหลือให้กลับสู่สภาพเดิมและยิ่งจะทำให้ภาวะร่างกายและจิตใจจะเสื่อมลงในทุกด้าน ผู้วิจัยจึงได้ใช้โปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรีในรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตใจ สุขจากการได้เพิ่มสมรรถภาพจิตใจ สุขจากการได้เพิ่มคุณภาพจิตใจ และสุขจากการได้รับการสนับสนุน ซึ่งตรงกับบัญญัติสุข 10 ประการ (ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล, 2554) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสุขในชีวิตผู้สูงอายุก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ 1. สุขจากการได้ยืนเพิ่มสมรรถภาพจิตใจ 2. สุขจากการได้เพิ่มคุณภาพจิตใจ 3. สุขจากการได้รับการสนับสนุน ตามลำดับ ซึ่งสุขจากการได้ยืนเพิ่มสมรรถภาพจิตใจ เป็นการสร้างสุขด้วยการรับรู้แต่สิ่งที่เป็นทางบวก รับฟังในสิ่งที่จรรโลงใจ เพื่อสร้างความรู้ในการที่ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง สุขจากการได้เพิ่มคุณภาพจิตใจ เป็นเกิดความสุขจากการเกื้อกูล ด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหาและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส สุขจากการได้รับการสนับสนุน เป็นเติมสุขด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน ซึ่งพบว่าทั้งความสุขทั้ง 4 ด้านมีผลต่อความสุขโดยตรง สอดคล้องกับสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุหญิง

จังหวัดระยอง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับจิตตภา นา นิมนจินดา (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.576, p<0.01$) สอดคล้องกับศศิพัชร สุทธาวร (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุน ทางสังคมและสภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยมองเห็นว่าครอบครัวเป็นจุดแรกที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นจากคนใกล้ คนอันเป็นที่รักจะสร้างและเติมกำลังใจที่เข้มแข็ง ทั้งนี้ต้องพร้อมกับการสนับสนุนจากสังคมที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างเต็มศักยภาพ

การสร้างโปรแกรมประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson, 2008: 34) ที่มีองค์ประกอบ 1) การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ 2) จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ จากบุคคลรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและวิธีการรักษา 3) การสร้างความศรัทธาและความหวัง 4) การแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ 5) การประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับพิสิษฐ พิริยาพรธน (2550) ได้ศึกษาพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก โดยใช้แนวคิดบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ด้าน คือ

1) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียง ด้านสุขภาพจิต 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการใช้ยา 4) ด้านการออกกำลังกาย 5) ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน มีค่าความมีประโยชน์ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสุขได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่ากลางของคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ด้วยกระบวนการที่ได้สร้างโปรแกรม เช่นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เป็นแนะนำตนเองด้วยภาพด้วยการวาดภาพที่แสดงถึงตนเองพร้อมอธิบายภาพที่วาดเป็นบ่งบอกถึงความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่จะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักตัวตนของกันและกัน เนื่องจากบางครั้งความคาดหวังในความต้องการจากผู้สูงอายุไม่สัมพันธ์กันกับผู้ดูแล สอดคล้องกับกรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์ (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความหวังและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับอนุชา ชุนเมือง (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความหวังและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ส่วนในขณะที่ยังคะแนนเฉลี่ยของความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย

ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังในการเป็นอยู่ในช่วงบั้นปลายชีวิตที่ต้องการแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะครอบครัวเป็นอย่างมาก

โปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุมีกระบวนการกลุ่ม (Group process) ที่ให้ผู้สูงอายุเกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและโรคเรื้อรังที่ประสบอยู่ การรับประทานอาหารตามวัยและโรคที่ผู้สูงอายุประสบอยู่การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมตามวัย การฝึกทักษะการทำสมาธิและการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา การจัดกระบวนการกลุ่มถือได้ว่าเป็นสนับสนุนจากสังคมที่สำคัญ สอดคล้องกับสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (2546) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม บุคลิกภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ร่วมทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 58.02 และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายได้สูงสุด และสอดคล้องกับศศิพัชร์ สุขถาวร (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกับทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้แรงสนับสนุนจากครอบครัวแล้ว ชุมชนที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยสร้างสุขได้ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมร่วมกัน สร้างให้ผู้สูงอายุได้เห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อลดความเครียดและสร้างความสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สร้างให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและเป็นการเสริมแรงให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจมากขึ้น จากการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนา ทักษะทางกาย พัฒนาความคิด พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. ควรส่งเสริมสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่จะช่วยสร้างความสุขที่ยาวนานและยั่งยืน ต้องสร้างให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุก่อนเพื่อที่จะได้ปฏิบัติต่อกันได้อย่างถูกต้องและร่วมกันส่งเสริมการทำกิจกรรมง่ายๆ ที่ทุกวัยในบ้านสามารถทำร่วมกันได้ เช่น การปลูกผักสวนครัว การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น เพื่อเป็นการสนับสนุนอย่างเพียงพอให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนยังคงเป็นบุคคลที่มีคุณค่าสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยที่สมาชิกในบ้านต้องรับฟังความคาดหวังซึ่งกันและกัน และหาจุดยืนร่วมกัน
3. หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรศาสนา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ ที่จะสามารถส่งสารให้ถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการเข้าชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้ห่างไกลจากโรคซึมเศร้าได้

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรสมาร วุฒิพงษ์. (2543). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตนภา ฉิมจินดา. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ธานินทร์ กองสุขและคณะ. (2554). ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย : สำรวจระดับชาติ. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). บัญญัติ 10 ประการ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พิชามญช์ ภูเจริญ. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ศศิพัชร์ สุขถาวร. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- สุภาวดี คำกู่ณา. (2555). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความเครียดความรู้เรื่องโรคอ้วนที่ซึมและพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง. อุบลราชธานี.
- อนุชา ขุนเมือง. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Nurse Association (ANA). (1995). *Scope and standards of gerontological nursing Practice*. Washington D.C.: ANA.
- National Center for Health Statistics (NChS). (1992). *Report health problems more Common in developed countries*. [Online]. Retrieved June, 10, 2012 ,From <http://www.HChS1992.com/>.
- Monton and Kane. (1990). *Projecting the elderly population : how many? America's Aging Population : Trends and Uncertainties* [Online]. Retrieved June 10, 2012 ,From <http://www.Ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233242/> : 5-16.
- World Health Organization. (2011). *Active aging a Framework, 2002*. [Online]. Retrieved June 10, 2012 ,From www.who.int/survey/aging_defolder/en/index.html.
- Sourial S. (1996). An analysis and evaluation of Watson's theory of human care". *Journal of Advanced Nuresing*. (24) : 400-404.
- Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. (rev. ed.), Boulder : UniversityPress of Colorado.
- Watson, J. (1985). *Nursing : human science and human care : a theory of nursing*. Norwalk : Connecticut, Appletion-Century-Crofts.



การดูแลเด็กโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง Care for Children with Atopic Dermatitis

ทิพวัลย์ ธีรสิริโรจน์*

บทคัดย่อ

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง เป็นโรคที่เกิดจากผิวหนังมีการอักเสบเรื้อรังจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ พบได้บ่อยในเด็ก ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวลดลง โรคนี้ในเด็กแบ่งลักษณะตามช่วงอายุได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงวัยทารก ช่วงวัยเด็ก และช่วงวัยรุ่น ปัจจัยที่ทำให้ผื่นกำเริบมากขึ้น ได้แก่ สภาวะแวดล้อม เชื้อโรค ฤดูกาล เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม และเครื่องประดับที่มีขน สบู่ ครีမ် โลชั่น และผงซักฟอกที่ใช้เป็นประจำ อาหาร เช่น นม ไข่ ถั่วเหลือง เนื้อสัตว์บางประเภท จิตใจที่วิตกกังวล ความเครียดก็สามารถทำให้โรคกำเริบได้ การรักษา ได้แก่ หลีกเลี่ยงสิ่งต่างๆ ที่ทำให้โรคกำเริบมากขึ้น เช่น ไม่อยู่ในห้องปรับอากาศที่เย็นจัด ไม่อาบน้ำที่มีอุณหภูมิเย็น หรือร้อนจัด และควรหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เหงื่อออกมาก รับประทานยาต้านฮิสตามีน ลดอาการคัน เมื่อมีอาการคันควรรับประทานยาต้านฮิสตามีน วันละ 2-3 ครั้งติดต่อกัน วันละ 5-7 วัน เพื่อลดอาการคัน

เพราะอาการคันทำให้ผู้ป่วยต้องแกะเกาผิวหนัง ผื่นผิวหนังที่อักเสบจะกำเริบขึ้นได้ ยากลุ่มนี้ ได้แก่ คอลเฟนนิลามีนและยาไฮดร็อกไซซิน หากผื่นแห้งให้ยาทาเพิ่มความชุ่มชื้นบรรเทาอาการระคายเคืองผื่นคัน ได้แก่ ยูเรียครีม รวมทั้งให้ยาทากลุ่มสเตียรอยด์ มีฤทธิ์ลดการอักเสบของผื่นผิวหนัง ควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะโรคกลุ่มนี้ต้องใช้ยานาน อาจมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ถ้าใช้ยาไม่ถูกต้อง กรณีที่มีตุ่มหนองเกิดแทรกซ้อนบนตุ่มหรือผื่นแดง แสดงว่ามี การติดเชื้อแบคทีเรีย แทรกซ้อน ควรปรึกษาแพทย์เพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เมื่อเด็กมีอาการมากๆ จนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยเน้นการดูแลแบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านเชิงรุกมากกว่าเชิงรับด้านสุขภาพ

คำสำคัญ : เด็ก, โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Atopic dermatitis is a disease caused by chronic inflammation of the skin from allergic reactions. Common in children. Affect the daily lives and minds of patients, including family members. Quality of life of patients and family members decreased. This disease in children is divided into three age ranges, including infancy, childhood and seasons, clothing, and clothing and hair ornaments, creams, lotions and detergents used on a regular basis, foods such as milk, eggs, soybeans, certain meats, depressed minds can cause relapse. Treatment is to avoid things that makes the disease more aggravated is not a cool air-conditioned room, do not take baths that are cold or hot, and should avoid sweating. Antihistamines to reduce the symptoms when itching, should take anti-histamines 2-3 times a day, contact 5-7 days to reduce itching.

Because the symptoms cause the patient to scratch the skin. The skin rash is inflamed. These drugs include: chlorphenylamine and hydroxyzine If the skin is dry, moisturize the skin, relieve irritation, rash, urea cream, as well as steroid treatment, anti-inflammatory effect of skin rash. Should be used under the supervision of a physician. Because this disease requires a long time. Possible side effects, If the medication is not correct in case of blisters, blisters on blister or rash show that bacterial infections are complications visit to doctor antibiotic. When the child is very sick and admit in the hospital often. As a result, nurses need to encourage their caregivers to prevent recurrence. This is an important role. The emphasis is on health care and prevention proactive rather than healthy.

Keywords : Children, Atopic dermatitis

บทนำ

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) เป็นโรคที่เกิดจากผิวหนังมีการอักเสบเรื้อรังจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ พบได้บ่อยในเด็ก โดยผิวหนังมักมีลักษณะแห้ง ขึ้นผื่น มีอาการคันมาก ซึ่งตำแหน่งการกระจายของผื่นแตกต่างกันตามอายุ (Susac A, Babic S, Lipozencic J., 2007). ผื่นภูมิแพ้ผิวหนังจะมีอาการเรื้อรังเป็นๆ หายๆ เมื่อเด็กโตขึ้น

อาการจะดีขึ้น จะมีส่วนน้อยที่จะมีอาการไปจนถึงผู้ใหญ่ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีผื่นเกิดขึ้นภายในขวบปีแรก ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมีผื่นเกิดขึ้นในช่วงอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีผื่นเกิดขึ้นภายหลังอายุ 5 ปี โรคนี้เป็นโรคที่พบบ่อยในครอบครัวที่เป็นโรคภูมิแพ้ต่างๆ (Langeveld-Wildschut EG, et al. 2000) จากการศึกษาในยุโรปทางตอนเหนือ ของสมาคมโรคหอบหืดและโรคภูมิแพ้นานาชาติ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๖๐

พบว่า เด็กเป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังสูงถึงร้อยละ 20 และยังพบว่า ร้อยละ 45 เด็กเริ่มเป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังตั้งแต่อายุ 6 เดือน (Cezmi AA, Thomas B, Jonathan S, Torsten S., 2006). จากการศึกษาค่าความชุก (Prevalence) ของโรคภูมิแพ้ผิวหนังในประเทศไทย พบว่าในกลุ่มเด็กอายุระหว่าง 6-7 ปี ในกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 16.7 ส่วนในกลุ่มเด็กอายุ 13-14 ปี พบร้อยละ 9.6 และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 3 เท่าตัวในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (สรเสริญ หัวใจ, 2555).

แม้ว่าโรคนี้จะไม่รุนแรงไม่ถึงชีวิตแต่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และสามารถรักษาให้ทุเลาลงได้ แต่ผู้ป่วยมักมีปัญหากลับมาเป็นซ้ำ และมีความเรื้อรังของโรค (Chronic relapsing) ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวลดลง (Eichenfield LF, Hanifin JM, Luka TA, Steven SR, Pride HD., 2003).

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic Dermatitis)



ที่มา : ธัญธรรต โสเจยยะ. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic Dermatitis). [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://allmomsclub.blogspot.com/2016/01/atopic-dermatitis.html>

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อยในวัยเด็ก อาการสำคัญคือการมีผื่นผิวหนังอักเสบร่วมกับอาการคัน และผิวหนังมักมีอาการกำเริบเป็นระยะ ผู้ป่วยอาจมีภูมิแพ้อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคภูมิแพ้อาหาร ภูมิแพ้จมูกอักเสบ และหอบหืด เป็นต้น การวินิจฉัยโดยที่ถูกต้องตลอดจนการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดผลกระทบที่เกิดจากโรคนี้ ทั้งทางกายและจิตใจได้ (สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, กมลวิทย์ เลาประสพวัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนันท์ และ นครินทร์ ตนคคลัง, 2555)

ระบาดวิทยา

ความชุกของโรคนี้ในเด็กพบประมาณร้อยละ 15-30 ซึ่งมากกว่าความชุกในผู้ใหญ่ที่พบเพียงร้อยละ 2-10 ประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยทั้งหมดเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ 6 เดือนแรก ร้อยละ 60 ในช่วงขวบปีแรก และร้อยละ 70-85 ภายในอายุ 5 ปี โดยร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เป็นโรคนี้ตั้งแต่ในวัยเด็กจะหายจากโรคได้เอง (Spontaneous remission) เมื่ออายุ 15 ปี อย่างไรก็ตามอาจพบมีการกลับเป็นโรคซ้ำ (Relapse) ในเวลาต่อมา (สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, กมลวิทย์ เลาประสพวัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนันท์ และ นครินทร์, 2555)

สาเหตุ

สาเหตุของโรคภูมิแพ้ผิวหนังในเด็กมีสาเหตุ 2 ประการ คือ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, 2555)

1. ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม พบมีความผิดปกติที่โครโมโซม 1q21 มักพบว่าเด็กหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคภูมิแพ้ เช่น หอบหืด (Asthma) แพ้อากาศ (Allergic rhinitis) หรือเป็นลมพิษ (Urticaria)

2. มีปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นมากขึ้น ได้แก่ ความแห้ง ความร้อน ความชื้นของอากาศ ความเครียด สารก่อเกิดภูมิแพ้ สารระคายเคือง การติดเชื้อ

ลักษณะของโรค

โรคนี้ในเด็กแบ่งลักษณะตามช่วงอายุได้เป็น 3 ช่วง (บุญเพียร จันทวัฒนา, พongคำ ติลกสกุลชัย และคณะ, 2552)

1. ช่วงวัยทารก (Infantile atopic dermatitis) มักเริ่มมีอาการเมื่ออายุประมาณ 2-3 เดือน จนเด็กอายุถึง 2 ปี พบเป็นผื่นที่แฉกทั้ง 2 ข้าง หรือตามด้านนอกของแขน ขา ลำตัว ผื่นคันอาจเห่อขึ้นเมื่อเด็กฉี่ตัวชื้น เมื่อเด็กมีอาการผื่นคันอยู่แล้วจึงต้องระมัดระวังในการฉี่ตัวชื้น หรือควรปรึกษาแพทย์เสียก่อน

2. ช่วงวัยเด็ก (Childhood atopic dermatitis) จะพบหลัง 2-3 ปี ขึ้นไป ผื่นผิวหนังในช่วงวัยเด็กมักเป็นตามข้อแขนข้อพับ และขา ผื่นจะแดงคล้ำดูได้หนากว่าปกติ อาการคันอาจเป็นรุนแรงมาก จึงทำให้เด็กหงุดหงิดรำคาญ

3. ช่วงวัยรุ่น (Adolescent atopic dermatitis) พบว่าโรคผื่นภูมิแพ้ในวัยทารก และวัยเด็กอาจหายไปเองใน 2-3 ปี แต่กลับมากำเริบอีกครั้งในวัยรุ่น อาจมีอาการคันอย่างมาก อาการคันมักกำเริบตอนกลางคืน ผื่นคันมักเป็นตามข้อพับ แขน ขา ใบหน้า หัวไหล่ และต้นแขน

อาการและลักษณะของผื่นแพ้

อาการและลักษณะที่สำคัญของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) มีดังนี้

1. ผื่นผิวหนังอักเสบในโรคนี้อาการคันมาก ลักษณะเป็นผื่นแดง หรือมีตุ่มแดงนูน ตุ่มน้ำใส ซึ่งเมื่อแตกออกเป็นน้ำเหลืองไหลเยิ้มแล้วกลายเป็นสะเก็ดแข็ง ถ้าผื่นนี้เป็นมานานเข้าสู่ระยะเรื้อรัง จะพบเป็นแผ่นหนาแข็ง มีขุย ตำแหน่งที่พบผื่นแตกต่างกันได้ตามวัยของผู้ป่วยในเด็กเล็ก ช่วงขวบปีแรก ผื่นผิวหนังอักเสบจะพบมากบริเวณใบหน้า ศีรษะ เด็กมักจะเอาแก้ม หรือศีรษะถูกับหมอน ผ้า ที่นอน เพราะผื่นคันมาก

2. ในเด็กวัยเรียน ผื่นผิวหนังอักเสบพบมากในบริเวณข้อพับแขน ข้อพับขา คอ ใบหน้า และผิวหนังตำแหน่งที่มีการเสียดสีแต่ในรายที่เป็นมากๆ ผื่นเกิดทั่วร่างกายได้

3. โรคภูมิแพ้ทางผิวหนัง เป็นโรคที่มีผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ในเด็กทารกมักเป็นผื่นคันที่แก้ม รอบปาก หนังกีฬา ซอกคอ เด็กที่โตขึ้นจะมีผื่นตามข้อพับ แขนขา หรือบริเวณที่มีการเสียดสีบ่อยๆ เช่น ข้อศอก เข่า อาการที่สำคัญคือ คัน ผื่นจะกำเริบมากขึ้นเมื่อผิวแห้ง หรือมีเหงื่อออกมาก ขูดกัด อาการคันทำให้ผู้ป่วยเกา ส่งเสริมให้ผื่นลามกว้างขึ้น และอาจมีการติดเชื้อแทรกซ้อนด้วย

ปัจจัยที่ทำให้ผื่นกำเริบมากขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้ผื่นกำเริบมากขึ้นในโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังมีดังนี้

1. สภาวะแวดล้อม เช่น สภาวะที่มีละอองเกสร ควันสิสต์ ไรฝุ่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผื่นมีอาการคันมากขึ้น

2. เชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา อาจแทรกซ้อนทำให้เกิดการติดเชื้อบนผิวหนังของผู้ป่วย ผื่นที่อักเสบอยู่เดิมจะกำเริบมากขึ้น กรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อแทรกซ้อน ควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

3. ฤดูกาล ผื่นผิวหนังอักเสบมักมีอาการมากขึ้นในช่วงฤดูหนาว เพราะความชื้นในอากาศต่ำ อากาศ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีเตียน ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๖๐

แห้ง เย็น ทำให้ผิวหนังผู้ป่วยคันและเป็นผื่น ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการมากขึ้นในช่วงฤดูร้อน เพราะอากาศที่ร้อนทำให้เหงื่อออกมาก เกิดอาการคัน และเกิดผื่น เช่นเดียวกับในฤดูหนาว

4. เสื้อผ้า เครื่องนุ่มห่ม และเครื่องประดับที่มีขน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสื้อผ้าที่ทำจากขนสัตว์ จะทำให้เกิดการคันเพิ่มเติม

5. สบู่ ครีม โลชั่น และผงซักฟอกที่ใช้เป็นประจำ สารเคมีเหล่านี้มีฤทธิ์ละลายไขมัน หรือ/และอาจมีส่วนประกอบที่ก่ออาการระคายเคืองแก่ผิวหนังทำให้เกิดอาการคันและเป็นผื่นผิวหนังอักเสบได้ง่าย

6. อาหาร ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 10 พบว่าอาหารบางชนิดเป็นตัวกระตุ้นให้ผื่นแดง มักพบในผู้ป่วยเด็ก เช่น นม ไข่ ถั่วเหลือง เนื้อสัตว์บางประเภท

7. จิตใจที่วิตกกังวลความเครียดก็สามารถทำให้โรคกำเริบได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคภูมิแพ้ผิวหนังมีดังนี้ (2555)

1. การวินิจฉัยโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ โดยการประวัติที่ผู้ป่วยมีอาการคันตามตัว เป็นผื่นผิวหนังอักเสบเป็นๆ หายๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยเฉพาะบริเวณข้อพับต่างๆ

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการทดสอบว่าผู้ป่วยแพ้อะไร เช่น การสะกิดฉีด (Skin pick test) หรือแปะยา ทดสอบไต้ผิวหนัง หรือใช้วิธีการเจาะเลือดตรวจหา Specific IgE ว่าผู้ป่วยแพ้ อะไร ช่วยในการวินิจฉัยหาสาเหตุของการแพ้ สารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อยว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบมีหลายชนิด

3. การทดสอบการแพ้อาหาร เนื่องจากการแพ้อาหารที่กระตุ้นให้เกิดการกำเริบของผื่น มักพบในเด็กอายุน้อย พิจารณาตรวจการแพ้อาหารในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่มีอาการของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

ที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วอาการไม่ดีขึ้น (ปกติ วิชยานนท์, เกียรติ รัชชรุ่งธรรม และจรงค์จิตต์งามไพบูลย์,

4. ผู้ป่วยและญาติควรสังเกตตนเองว่าเมื่อสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมชนิดใดแล้วทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบขึ้น

การวินิจฉัยแยกโรค

วิธีการวินิจฉัยแยกจากโรคที่มีผื่นอักเสบเรื้อรังอื่น ได้แก่ (อมรศรี ชุณหรัศมิ์, วาณี วิสุทธิเสวีวงศ์ และ ศิริศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, 2551)

1. Seborrheic dermatitis พบในทารกอายุ 2-3 สัปดาห์ ลักษณะเป็นผื่นแดงบริเวณศีรษะ พบ Greasy scale มีอาการคันน้อยกว่า พบ lichenification น้อยกว่า และอาการดีขึ้นตามอายุ การดำเนินโรคไม่เรื้อรัง

2. Contact dermatitis เกิดจากปฏิกิริยาจากการสัมผัสสารที่แพ้ (Allergic contact dermatitis) หรือระคายเคือง (Irritant contact dermatitis) วินิจฉัยจากประวัติการสัมผัสสารและมีผื่นเกิดขึ้นบริเวณที่สัมผัสกับสารที่แพ้

3. ทืด (Scabies) มีผื่นที่บริเวณซอกมือ ซอกนิ้วเท้า รักแร้ ขาหนีบ ข้อมือ ข้อเท้า และลำตัว ลักษณะเป็น Papule หรือ Vesicle อาจพบ Burrow ซึ่งช่วยในการวินิจฉัย มีอาการคันมาก มักได้ประวัติคนในบ้านมีอาการแบบเดียวกัน

4. สะเก็ดเงิน (Psoriasis) มีผื่นแดงขอบชัดเจนร่วมกับมีสะเก็ดที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรค คือ Silver scale บริเวณด้านนอกของแขนขา พบมี Pitting nail ได้ ตรวจ Auspitz sign จะให้ผลบวก และมี Koebner phenomenon

5. Histiocytosis X มีผื่นแบบ Pczema ได้ และมักมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง ตับม้ามโต ต่อม้ำเหลืองโต

6. Wiskott-Aldrich syndrome เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ลักษณะเฉพาะคือมีการติดเชื้อผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง และมีปริมาณเกร็ดเลือดต่ำร่วมกับเกล็ดเลือดมีขนาดเล็ก (2555)

การวินิจฉัยอาศัยประวัติและลักษณะของผื่น ส่วนใหญ่นิยมใช้หลักเกณฑ์ของ Hanifin และ Rajka คือผู้ป่วยจะต้องมีอาการ 3 ใน 4 ของ อาการหลัก (Major) และอาการรอง (Minor) อย่างน้อย 3 ข้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการหลัก (Major) และอาการรอง (Minor) ของ Atopic dermatitis

Major features
<ol style="list-style-type: none"> 1. คัน (pruritus) 2. ลักษณะทางชีววิทยา และการกระจายตัว (typical morphology and distribution) ทารก : ใบหน้าและแขนขา บริเวณลำตัว (Infant: face and extensor surface) เด็ก และผู้ใหญ่ : ข้อพับแขนขา ซอกคอ (children and adult: flexural lichenification) 3. เรื้อรัง (chronic) – ผื่นภูมิแพ้กำเริบ (relapsing dermatitis) 4. มีโรคประจำตัว และประวัติครอบครัวเป็นภูมิแพ้ (personal or family history of atopy) ได้แก่ หอบหืด, ภูมิแพ้ทางอากาศ, ภูมิแพ้ผิวหนัง (asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis)
Minor features
<ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะผิวแห้งมาก (xerosis) 2. โรคผิวหนังแห้งแต่กำเนิด (Ichthyosis)/ เส้นลายมือมากกว่าปกติ (palmar hyperlinearity)/ โรคขนคุด (keratosis pilaris) 3. การตอบสนองของผิวหนังทันที (ชนิดที่ I) มีค่าสูงขึ้นในซีรัม IgE (immediate (type I) skin test reactivity elevated serum IgE) 4. อายุเริ่มมีอาการ (early age of onset) 5. ติดเชื้อที่ผิวหนัง ได้แก่ Staphylococcus aureus and Herpes simplex (tendency toward cutaneous infections (Staphylococcus aureus and Herpes simplex)/ ภูมิคุ้มกันในเซลล์ที่บกพร่อง (impaired cell-mediated immunity) 6. แนวโน้มที่มีต่อโรคผิวหนังอักเสบที่ไม่เฉพาะเจาะจงหรือผิวหนังบริเวณเท้า (tendency toward non-specific hand or foot dermatitis) 7. แผลเปื่อยหัวนม (nipple eczema) 8. ริมฝีปากอักเสบ (cheilitis) 9. ตาแดงกำเริบ (recurrent conjunctivitis) 10. มีถุงใต้ตา (Dennie-Morgan infarorbital fold)

ตารางที่ 1 อาการหลัก (major) และอาการรอง (minor) ของ atopic dermatitis (ต่อ)

Minor features

11. โรครกระจกตาโป่งพอง (keratoconus)
12. การตอบสนองของผิวหนังเป็นสีขาวภายหลังถูกขูดขีด ซึ่งในคนปกติจะเกิดเป็นเส้นสีแดง (white dermographism)
13. ต้อกระจกใต้ตาด้านหน้า (anterior subcapsular cataracts)
14. มีรอยคล้ำรอบตา (orbital darkening)
15. หน้าซีด (facial pallor)/อาการหน้าร้อนแดง (facial erythema)
16. กลากน้ำนม หรือ เกื่อนน้ำนม (pityriasis alba)
17. คอพับด้านหน้า (anterior neck fold)
18. คันเมื่อเหงื่อออก (Itch when sweating)
19. แพ้ขนสัตว์ และตัวทำละลายไขมัน (Intolerance to wool and lipid solvents)
20. ผิวหนังบริเวณรอบรูขนยกนูนขึ้น (perifollicular accentuation)
21. การแพ้อาหาร (Food intolerance)
22. สิ่งแวดล้อมและอารมณ์มีผลต่อการดำเนินโรค (course influenced by environmental/emotional factors)

การรักษา

การรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังมีดังนี้ (2555)

1. หลีกเลี่ยงสิ่งต่างๆ ที่ทำให้โรคกำเริบมากขึ้น เช่น ไม้อยู่ในห้องปรับอากาศที่เย็นจัด ไม้อาบน้ำที่มีอุณหภูมิเย็น หรือร้อนจัด และควรหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เหงื่อออกมาก

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินโรค บัญญัติที่ทำให้โรคกำเริบ และแนวทางการรักษาเพื่อควบคุมไม่ให้มีการกำเริบของโรค

3. Antihistamines เป็นยาต้านฮิสตามีนชนิดรับประทาน ลดอาการคัน เมื่อมีอาการคันควรรับประทานยาต้านฮิสตามีน วันละ 2-3 ครั้งติดต่อกัน 5-7 วัน เพื่อลดอาการคัน เพราะอาการคันทำให้ผู้ป่วยต้องเกาผิวหนัง ผื่นผิวหนังที่อักเสบจะกำเริบขึ้นได้ ยากลุ่มนี้ได้แก่ คลอเฟนิรามีน และยาไฮดร็อกไซซีน

สามารถซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป ข้อที่ควรระวังคือ ยานี้มีผลข้างเคียงคือ อาการง่วงนอน

4. ยาทาเพิ่มความชุ่มชื้นบรรเทาการระคายเคืองผื่นคัน ได้แก่ ยูเรียครีม

5. Topical corticosteroids เป็นยาต้านการอักเสบ ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ มีฤทธิ์ลดการอักเสบของผื่นผิวหนัง ควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะโรคลุมนี้อาจต้องใช้ยานาน อาจมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ควรทาเฉพาะบริเวณที่เป็นผื่นและเฉพาะช่วงที่มีการกำเริบ

6. Antibiotic เป็นยาปฏิชีวนะ หากมีการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือถ้าตรวจพบว่ามีเชื้อราให้ยาด้านเชื้อรา

วิธีทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

วิธีทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นเพื่อลดการกำเริบของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (2555)

1. ไม่ควรอาบน้ำอุ่นจัด หรืออาบน้ำบ่อยเกินไป
2. ไม่ควรฟอกสบู่บ่อยๆ โดยเข้าใจผิดคิดว่าอาการคัน เกิดจากความสกปรกของผิวหนัง การถูสบู่หลายๆ ทำให้ผิวระคาย และแห้ง กลับทำให้เป็นผื่นมากขึ้นอีก สบู่ที่เลือกใช้ไม่ควรเป็นกรดหรือด่างจนเกินไป ไม่มีสี หรือน้ำหอมเจือปน
3. ใช้สารเคลือบผิว (Emollients) ผสมน้ำ เช่าอบ หรือ และซัฟต์วาทมาดๆแล้วภายใน 3 นาที และใช้ครีม Moisturizer หรือ โลชั่นทาเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนังบ่อยๆ

วิธีลดอาการคัน

วิธีลดอาการคันของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังมีวิธีดังนี้ (สมจิตร จารูรัตนศิริกุล, กมลวิทย์ เลาประสพ วัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนันท์ และนครินทร์, 2555)

1. การลดอาการคัน เพื่อลดการเกาซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผื่นลุกลามขึ้น
2. อย่าใช้เสื้อผ้าที่ระคายง่าย อับร้อน ควรใส่เสื้อผ้าหลวมๆ และควรซักล้างผงซักฟอก และน้ำยาปรับผ้านุ่มออกให้หมด
3. ควรอยู่ในสภาพแวดล้อมอากาศที่สบาย ไม่ร้อน หรือหนาวจนเกินไป
4. ไม่ควรใช้น้ำหอม สเปรย์ และหลีกเลี่ยงขนสัตว์ ฝุ่น ควันบุหรี่
5. อย่าออกกำลังกายมากขณะที่มีผื่นกำเริบ เพราะจะทำให้เหงื่อออกมาก และคัน
6. ลดการเกา โดยตัดเล็บให้สั้น ตะไบเล็บ อย่าให้คม ในเด็กเล็ก อาจสวมถุงมือให้เวลานอน เพื่อให้เกาเวลาหลับ

โรคภูมิแพ้ที่พบร่วมกัน

โรคภูมิแพ้ที่พบร่วมของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง มีดังนี้ (2555)

1. กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าแพ้สารอะไร ควรพยายามหลีกเลี่ยงสารนั้น

2. ถ้ามีโรคภูมิแพ้อย่างอื่นร่วมด้วย เช่น หืด โรคภูมิแพ้ทางจมูก ก็จะทำให้การรักษาไปพร้อมๆ กัน
3. การใช้ยา แพทย์อาจจะให้ยากินเพื่อลดอาการคัน ยาทาลดอาการอักเสบของผิวหนัง หรือยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อที่แทรกซ้อน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่อาจมีอาการเรื้อรังนานเป็นปี แต่สามารถทำให้อาการดีขึ้นได้
4. หากได้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งจะหายจากโรคนี้ได้เมื่อโตขึ้น หลังอายุ 3-5 ปี ผู้ป่วยและพ่อแม่จึงไม่ควรจะท้อถอยหมดกำลังใจ ถ้ามีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์

แนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

1. ไม่ควรใช้สบู่มากเพราะผิวหนังในโรคนี้แห้งมากอยู่แล้ว ถ้าจะใช้ให้ใช้สบู่อ่อน หรือสบู่ที่มีไขมันสูง ข่าระล้างบริเวณที่สกปรกเท่านั้น ไม่ควรขัดฟอกแรงๆ ไม่ควรนอนแช่ในอ่างอาบน้ำ ใช้ขันตักอาบน้ำหรืออาบน้ำฝักบัวจะดีกว่า ไม่ควรอาบน้ำร้อนจัด การเช็ดตัวให้ใช้วิธีซับ ไม่ควรเช็ดหรือถูแรงๆ ไม่ควรใส่เสื้อผ้าขนสัตว์ที่หนา ควรใส่เสื้อผ้าฝ้ายทอโปร่งๆ ให้พยายามระงับสติอารมณ์ไว้ อย่าเครียดอย่าเกาบริเวณที่คัน
2. ไม่ควรเลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่มีขน เช่น สุนัข และแมว ไม่มีสุนัขพันธุ์โตที่ไม่กระตุ้นโรคภูมิแพ้ ความเข้าใจที่ว่าโรคภูมิแพ้เกิดจากขนสุนัขนั้นผิด ที่จริงสารก่อภูมิแพ้ในสุนัขนั้นคือโปรตีนที่อยู่ในเศษขี้ไคล น้ำลาย และฉี่ ซึ่งสุนัขทุกตัวมีโปรตีนเหล่านี้ คนที่เป็นโรคภูมิแพ้ที่ต้องการเลี้ยงสุนัขจริงๆ อาจต้องปรึกษาแพทย์ และไม่ควรให้สุนัขเข้าห้องนอน ควรอาบน้ำให้สุนัขทุกสัปดาห์ ไม่ควรใช้พรมปูพื้นเพราะทำความสะอาดยาก
3. เก็บตุ๊กตาดู่นุ่น และตุ๊กตาที่มีขนปุยออกไปให้หมด รวมถึงหมอนที่ยัดด้วยขนนก ควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นละออง สารเคมีจากโรงงานอุตสาหกรรม ควันไอเสีย สเปรย์ น้ำมันเพราะสารเหล่านี้กระตุ้นให้ผื่นผิวหนังกำเริบได้

4. ระวังไม่ให้เป็นหวัด หรือโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เพราะการอักเสบติดเชื้อเหล่านี้ทำให้ความต้านทานของผิวหนังต่ำลง และผิวหนังอักเสบกำเริบง่ายขึ้น พยายามไม่เข้าใกล้คนที่เจ็บป่วย เพราะผู้ป่วยที่มีผิวหนังอักเสบจากโรคผิวหนังภูมิแพ้ อยู่แล้วอาจได้รับเชื้อไวรัสเสริม และเกิดการติดเชื้อเสริม ลูกกลมได้มาติดปกติ

5. ผู้ป่วยเครียดจะทำให้อาการกำเริบ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กต้องไม่เครียดและวุ่นวายมากเกินไป พยายามอย่าเกาบริเวณที่คัน เพราะการเกาผิวหนัง ทำให้ผิวหนังลอก และเกิดการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียตามมาได้

6. ผู้ป่วยโรคนี้ และผู้ปกครองต้องเข้าใจว่า แม้ว่าโรคนี้จะก่อให้เกิดความน่ารำคาญเพียงใดก็ตาม โรคนี้ไม่ใช่โรคที่ร้ายแรงถึงชีวิต จึงควรยอมรับสภาพความเป็นจริงที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคนี้ให้ได้ พยายามมองในแง่ดีว่าโรคนี้ในที่สุดมักจะดีขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน

อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส หรือเชื้อรา ร่วมกับ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2555)

สรุปโรคภูมิแพ้ผิวหนังโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) เป็นโรคที่เกิดจากผิวหนังมีการอักเสบเรื้อรังจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ พบได้บ่อยในเด็ก โดยผิวหนังมักมีลักษณะแห้ง ขึ้นผื่น มีอาการคันมากแม้ว่าโรคนี้จะไม่รุนแรงไม่ถึงชีวิตแต่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และสามารถรักษาให้ทุเลาลงได้ แต่ผู้ป่วยมักมีปัญหากลับมาเป็นซ้ำ และมีความเรื้อรังของโรค (Chronic relapsing) ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และจิตใจของผู้ป่วยรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ลดลงสาเหตุ เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม มักพบว่าเด็กหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคภูมิแพ้ เช่น หอบหืด (Asthma) แพ้อากาศ (Allergic rhinitis) หรือเป็นลมพิษ (Urticaria) และมีปัจจัยที่กระตุ้นให้

เกิดผื่นมากขึ้น ได้แก่ ความแห้ง ความร้อน ความชื้นของอากาศ ความเครียด สารก่อภูมิแพ้ สารระคายเคือง สบู่ ครีမ် โลชั่น และผงซักฟอกที่ใช้เป็นประจำ อาหาร เช่น นม ไข่ ถั่วเหลือง เนื้อสัตว์บางประเภท จิตใจที่วิตกกังวลความเครียดก็สามารถทำให้โรคกำเริบได้ รวมทั้งการติดเชื้อต่างๆ ในการรักษาของแพทย์ จะแนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาเหตุ ให้ยาต้านฮิสตามีน คลอเฟนิรามีน และยาไฮโดรคอร์ติซอล ยาทาเพิ่มความชุ่มชื้นบรรเทาการระคายเคืองผื่นคัน ได้แก่ ยูเรียครีမ် และยาต้านการอักเสบ ยาทากลุ่มสเตียรอยด์ มีฤทธิ์ลดการอักเสบของผื่นผิวหนัง ควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะโรคกลุ่มนี้ต้องใช้ยานาน อาจมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ควรหาเฉพาะบริเวณที่เป็นผื่นและเฉพาะช่วงที่มีการกำเริบ ให้ยาปฏิชีวนะ หากมีการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือถ้าตรวจพบว่ามีเชื้อราให้ยาต้านเชื้อรา วิธีทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น คือ ไม่ควรอาบน้ำอุ่นจัด หรืออาบน้ำบ่อยเกินไป ไม่ควรฟอกสบู่บ่อยๆ โดยเข้าใจผิดคิดว่าอาการคัน เกิดจากความสกปรกของผิวหนัง การถูสบู่มากๆ ทำให้ผิวระคาย และแห้ง กลับทำให้เป็นผื่นมากขึ้นอีก สบู่ที่เลือกใช้ไม่ควรเป็นกรดหรือด่างจนเกินไป ไม่มีสี หรือน้ำหอมเจือปน ใช้สารเคลือบผิว (Emollients) ผสมน้ำแช่อาบ หรือและซบตัวหมาดๆ แล้วภายใน 3 นาที และใช้ครีမ် Moisturizer หรือ โลชั่นทาเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนังบ่อยๆ วิธีลดอาการคัน คือ ลดการเกาซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผื่นลูกกลมขึ้น อย่าใช้เสื้อผ้าที่ระคายง่าย อับร้อน ควรใส่เสื้อผ้าหลวมๆ และควรซักล้างผงซักฟอก และน้ำยาปรับผ้านุ่มออกให้หมด ควรอยู่ในสภาพแวดล้อมอากาศที่สบาย ไม่ร้อน หรือหนาวจนเกินไป ไม่ควรใช้น้ำหอม สเปรย์ และหลีกเลี่ยงขนสัตว์ ฝุ่น ควันนุหรืออย่าออกกำลังกายมากขณะที่มีผื่นกำเริบ เพราะจะทำให้เหงื่อออกมาก และคัน ลดการเกา โดยตัดเล็บให้สั้น ตะไบเล็บอย่าให้คม ในเด็กเล็ก อาจสวมถุงมือให้เวลานอน เพื่อไม่ให้เกาเวลาหลับ

เอกสารอ้างอิง

- บ้านสุขภาพ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, จาก <http://oknation.nationtv.tv/blog/health2you>.
- บุญเพียร จันทวัฒนา, พงศ์คำ ติลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์. (2552). ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีรี-วัน.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สรเสริญ หัวใจ. (2555). การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมของวิตามินดีในผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ตจวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.
- สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล, กมลวิทย์ เลาประสพวัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนันท์ และนครินทร์ ตนคลัง. (2555). *กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก*. สงขลา : หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อมรศรี ชุณหรัศมิ์, วาณี วิสุทธิ์เสวีวงศ์ และ ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช. (2551). *คู่มือโรคผิวหนังเด็ก*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. ปียอน.
- Cezmi AA, Thomas B, Jonathan S, Torsten S. (2006). Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults : European Academy of Allergology and Clinical. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 118(1) : 153.
Source : PubMed.
- Eichenfield LF, Hanifin JM, Luka TA, Steven SR, Pride HD. (2003). Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J. AM. Acad. Dermatol.* 49(6) : 1088-96.
- Susac A, Babic S, Lipozencic J. (2007). An overview on atopic dermatitis in children. *Acta Dermatovenerol Croat.* 15(3) : 158-66.
- Langeveld-Wildschut EG, et al. (2000). Clinical and immunology variables in skin of patients with atopic eczema and either positive or negative atopic patch test reaction. *J Allergy Clin. Immunol.* 105(5) :1008-16.
- Wishmyskin. [Online]. Retrived. June.10, 2017 from <http://www.wishmyskin.com/category/skin-problem/atopic-dermatitis/>.



การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนโดยการสอนงาน
The Development of Learning Management in a Classroom
on Coaching

พิไลพร สุขเจริญ*

บทคัดย่อ

การสอนงานเป็นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของบุคคลในด้านการเรียนรู้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะการสอนงานแบบใช้การสอนซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้สอนงานจะมีการช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ถูกสอนค้นพบวิธีการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนด้วยตนเองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการสอนงานประกอบด้วย 1) การมีความรู้ความเข้าใจต่อการจัดการเรียนรู้ 2) การรับรู้วิธีการพัฒนาตนเองและ 3) การมีความ

สามารถในการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนการสอนงานแบบใช้การสอนจึงเป็นวิธีการที่สนับสนุนให้อาจารย์ผู้สอนเกิดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้ วิธีการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าทั้งต่ออาจารย์ผู้สอนและผู้เรียนและเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การสอนงาน, การโค้ชงาน

Abstract

The coaching was a competency development process of learning and help to success in the goals. The instructional coaching was helped and supported method and coachee knew about learning management method in the classroom. The results on coachee after receiving coaching, are divided into: 1) knowing and understanding in learning management method 2) perception about self development method in the classroom 3) having

competency in learning management with the learner in the classroom. It was supportive to teacher had knowledge and good attitude for learning management of learner, and knew about learning management development method to learn. The outcomes were available to teacher and learner, and connected to learner development.

Keywords : Coach, Coaching

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี :
 e-Mail : pilaiporn.navynurse@gmail.com

บทนำ

การสอนงานหรือ การโค้ชงาน (Coaching) เป็นกระบวนการพัฒนาและเพิ่มพูนทักษะของบุคคล ด้วยการตั้งศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคคลออกมาให้มากที่สุดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้สอนงาน (Coach) จึงควรเรียนรู้พฤติกรรมของผู้ถูกสอน (Coachee) เพื่อให้กระบวนการสอนงานเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ผู้สอนงานจะมีสถานะเป็นกัลยาณมิตรกับผู้ถูกสอนและจะกระตุ้นให้ผู้ถูกสอนปลดปล่อยศักยภาพของตนเองออกมาโดยมุ่งเน้นที่ความคิดและการตระหนักรู้เพื่อวางแผนการปฏิบัติในอนาคต (ณัฐรดา เจริญสุข, สุรินทร์ ชุมแก้ว, และเกษราภรณ์ สุดตาพงศ์, 2015) การสอนงานเป็นกระบวนการที่ผู้สอนงาน (Coach) ช่วยเหลือให้ผู้ถูกสอน (Coachee) เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นโดยเฉพาะด้านการรับรู้ที่ผู้สอนงานจะช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้ถูกสอน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเกิดวิธีการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และผู้ถูกสอนจะค้นพบวิธีการพัฒนาตนเองผ่านทักษะและเทคนิคของผู้สอนงาน (Coach)

การสอนงาน (Coaching) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้สอนงาน ผู้ถูกสอน และต้ององค์กร โดยช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานให้แก่ผู้ถูกสอน สำหรับผู้สอนงานถือเป็นงานที่มีประโยชน์และช่วยพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และสำหรับองค์กรถือเป็นการฝึกอบรมที่มีค่าใช้จ่ายน้อยเมื่อเทียบกับการจัดฝึกอบรมที่เต็มรูปแบบการสอนงานจึงเป็นวิธีการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ถูกสอนเกิดทักษะในการทำงานที่ดีขึ้น และบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้เขียนจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการสอนงาน เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนเพื่อให้ผู้ถูกสอนเกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน และเกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบการสอนงาน (Coaching)

เมื่อผู้เขียนศึกษารายละเอียดของการสอนงานพบว่า รูปแบบการสอนงานมีหลายชนิดโดยแต่ละชนิดจะนำไปใช้ได้แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการสอนงานชนิดนั้นๆ โดยรูปแบบของการสอนงาน (Veale and Wachtel, 1996) ประกอบด้วย

1. ตัวแบบ (Modelling) เป็นการใช้ตัวแบบเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกระทำและการสอนงาน ผู้สอนงาน (Coach) จะต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะสอนงานเพื่อทำให้ผู้ถูกสอน (Coachee) รับรู้เรื่องราวและกระทำพฤติกรรมตามที่ผู้สอนงานต้องการ

2. การสอน (Instructing) ผู้สอนงาน (Coach) จะต้องมียุทธศาสตร์ และใช้ขั้นตอนต่างๆ ที่ประกอบด้วย การให้มุมมองแก่ผู้ถูกสอน (Coachee) เกี่ยวกับเนื้อหา เป้าหมาย และกระบวนการที่ผู้สอนงาน (coach) ต้องการให้เกิดขึ้นการบอก แสดง กระทำ และการให้ผู้ถูกสอน (Coachee) เลือกการกระทำ โดยผู้สอนงานมีการบอกการกระทำต่างๆ ที่ผู้ถูกสอนกระทำได้จากนั้นเมื่อผู้ถูกสอนเลือกที่จะกระทำพฤติกรรม ผู้สอนงาน (Coach) จะมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะกระทำ

3. การเสริมสร้างสมรรถนะ (Enhancing performance) เป็นการใช้กระบวนการสอนงานเพื่อสร้างสถานการณ์ผู้นำในองค์กรโดยผู้สอนงาน (Coach) จะอธิบายเกี่ยวกับสมรรถนะของบุคคลในการทำงาน เช่น ทำไม่ต้องใช้สมรรถนะนี้ และอะไรคือสมรรถนะในงานนี้ ต่อมาผู้สอนงาน (Coach) จะถามผู้ถูกสอน (Coachee) เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ความคิดเห็นแก่ผู้ถูกสอน (Coachee) เพื่อพัฒนาสมรรถนะ จากนั้นสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่กระทำเพื่อทำให้ผู้ถูกสอน (Coachee) รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะกระทำ

4. การแก้ปัญหา (Problem solving) เป็น การสอนงานที่ช่วยผู้ถูกสอน (Coachee) ในการแก้ ปัญหา โดยผู้สอนงาน (Coach) จะชี้แนะแนวทาง ให้ผู้ถูกสอน (Coachee) เกิดการกระบวน การแก้ ปัญหาที่ดีขึ้น ได้แก่ ความเข้าใจในปัญหา การมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา และการรับรู้ช่องทางและสร้างแนวทาง การแก้ปัญหา ผู้ถูกสอน (Coachee) จะเกิดการเรียนรู้ และรู้วิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ต่อมาผู้สอน งาน (Coach) ทำความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น และ สรุปลงในสิ่งที่ผู้ถูกสอน (Coachee) พุดอีกครั้ง

5. การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration and support) เป็น การสอนงานที่สร้างแรงบันดาลใจ ให้แก่ผู้ถูกสอน (Coachee) โดยผู้สอนงาน (Coach) จะสร้างความสัมพันธ์และสร้างแรงบันดาลใจให้ ผู้ถูกสอน (Coachee) โดยผ่านประสบการณ์ของผู้สอนงาน (Coach) เป็นการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน และทำให้ผู้ถูกสอน (Coachee) เรียนรู้สิ่งที่จะปฏิบัติ ต่อไป อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้จะไม่มุ่งเน้นให้ผู้ถูกสอน (Coachee) เกิดทักษะในการปฏิบัติแต่จะเป็นการ สร้างความหวังและแรงบันดาลใจให้เกิดขึ้นภายในจิตใจ ของผู้ถูกสอน (Coachee)

ความสำคัญและประโยชน์ของการสอนงาน (Coaching)

การสอนงานมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ บุคคลเพิ่มพูน หรือปรับปรุงความสามารถในการใช้ ทักษะการปฏิบัติ หรือความรู้ใหม่ๆ โดยจะมุ่งเน้นที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากความไม่รู้ไปสู่การรู้ จาก ปฏิบัติไม่เป็นไปสู่การปฏิบัติเป็นและจากการไม่ชำนาญ ไปสู่ความชำนาญ และเป็นการพัฒนาให้บุคคลเกิด ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และคุณ ลักษณะเฉพาะตัว (Personal attributes) เพื่อให้ การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ ดังนั้น การสอนงาน จึงเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคคล และเกิด คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อผู้เขียนทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสอนงาน (Coaching) จึงพบว่า การสอนงานถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในบริบทของ องค์กร ระบบบริการสุขภาพ การศึกษารวมไปถึงการ พัฒนาสมรรถนะด้านต่างๆ ของบุคคล โดยสามารถ นำเสนอข้อค้นพบเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ ของการสอนงาน (Coaching) ในบริบทต่างๆ ดังนี้

1. การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเพื่อ นำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร

การสอนงานเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้บุคคล ซึ่งเป็นผู้ถูกสอน (Coachee) มีความสามารถในการ ปฏิบัติงาน และสามารถนำหน่วยงานหรือองค์กรให้ไป สู่ความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ผู้สอนงาน (Coach) จึงควรเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของ ผู้ถูกสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนากระบวนการสอนงาน ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความสามารถในการปรับ ทัศนคติให้ตรงกับถูกสอน (Coachee) การสอนงาน จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่สนับสนุนให้องค์กรประสบ ความสำเร็จ และกลายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่าง ยั่งยืน (ณัฐรดา เจริญสุข, สุรินทร์ ชุมแก้ว และ เกษวารณณ์ สุดตาพงศ์, 2015)

2. การเสริมสร้างเจตคติที่ดี และแรงบันดาลใจ ในการจัดการเรียนการสอน

การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพเป็น สิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งทั้งต่ออาจารย์ผู้สอน และ ผู้เรียน หากอาจารย์ผู้สอนมีความสามารถในการจัดการ เรียนการสอนย่อมเป็นการพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการสร้าง องค์ความรู้ด้วยตนเอง และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อนำการสอนงานมาใช้พัฒนาการจัดการเรียน การสอน ผลการศึกษาพบว่า อาจารย์ผู้สอนที่ได้รับ การสอนงานมีเจตคติที่ดีมีแรงบันดาลใจต่อการจัดการ เรียนการสอน และเกิดการแลกเปลี่ยนเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับผู้เรียนได้ดีมากขึ้น (บุหงา วชิระศักดิ์มงคล และ สุภาณี เล็งศรี, 2556) การสอนงานจึงสามารถใช้ใน การเสริมสร้างเจตคติที่ดี และแรงบันดาลใจในการ จัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์

ในปัจจุบันพบว่าคุณภาพของการศึกษาขึ้นอยู่กับคุณภาพของอาจารย์ผู้สอน การพัฒนาสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนด้านการจัดการเรียนรู้จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้เรียน และต่อระบบการศึกษา เพื่อนำไปสู่การจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและทำให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น โดยเมื่อนำการสอนงานมาใช้กับอาจารย์ผู้สอน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ อาจารย์ผู้สอนที่ได้รับการสอนงานจะมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนสูงขึ้น และมีสมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้น (ธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรา เล่าเรียนดี, 2555) การสอนงานจึงเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยเพิ่มสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์

4. การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

จากเหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพการพยาบาลจึงขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล หากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณค่าทั้งต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ และต่อวิชาชีพ และเมื่อนำการสอนงานมาใช้กับพยาบาลจบใหม่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ พยาบาลจบใหม่มีความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น (จุฬารัตน์ หัวหาญ และอรชร อินทองปาน, 2558) ดังนั้น การสอนงานจึงช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้

จากข้อค้นพบเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการสอนงานทำให้ผู้เขียนพบว่าได้มีการประยุกต์ใช้การสอนงานในบริบทที่แตกต่างกันอย่างหลากหลาย และสามารถสรุปได้ดังนี้

1. บริบทด้านการพัฒนาองค์กร การสอนงานเสริมสร้างให้บุคคลที่เป็นผู้ถูกสอนเกิดสมรรถนะในการทำงานและทำงานอย่างมีความสุข และเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

2. บริบทด้านการจัดการเรียนการสอน การสอนงานทำให้ผู้ถูกสอนเกิดการรับรู้เกิดเจตคติที่ดีและเกิดแรงบันดาลใจในการจัดการเรียนการสอนให้แก่ผู้เรียน และเกิดสมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน

3. บริบทด้านระบบบริการสุขภาพ การสอนงานทำให้บุคลากรที่มีสุขภาพ รวมไปถึงพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ถูกสอนมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น

การสอนงาน (Coaching) กับการพัฒนาการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียน

การสอนงานที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ถูกสอนเกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ และสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง (ธัญพร ชื่นกลิ่นและ วัชรา เล่าเรียนดี, 2555) การสอนงานจึงมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ถูกสอน (Coachee) เกิดทักษะ เจตคติ และ พฤติกรรมที่ดีทั้งในการทำงานและการใช้ชีวิตสำหรับบทความนี้ผู้เขียนได้ศึกษาวิธีการสอนงานเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน และเพื่อเลือกรูปแบบการสอนงานที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนโดยพบว่า ได้มีนักวิจัยหลายท่านที่ใช้รูปแบบการสอนงานเพื่อช่วยเหลือให้อาจารย์ผู้สอนสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

1. รูปแบบการสอนงานแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peercoaching) โดยมีผู้นำรูปแบบการสอนงานชนิดนี้มาใช้ฝึกอบรมคุณครูเพื่อทำให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนใช้วิธีการที่ทำให้คุณครูผู้ถูกสอน (Coachee) เกิดการเรียนรู้จากเพื่อนคุณครูผู้เป็นผู้สอนงาน (Coach) ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสอนงานชนิดนี้ทำให้คุณครูเกิดประสบการณ์การจัดการเรียนรู้ และเกิดพฤติกรรม

การสอนในชั้นเรียนที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Zan and Donegan-Ritter, 2014)

2. รูปแบบการสอนงานแบบการใช้การสอน (Instructing) โดยมีผู้นำรูปแบบการสอนงานแบบใช้การสอน (Instructing) มาใช้กับคุณครูผู้สอนงาน (Coach) จะมีการสอนงานให้แก่คุณครูผู้ถูกสอน (Coachee) โดยการสอนและแนะนำเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน จากนั้นคุณครูเลือกวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนต่อมาผู้สอนงาน (Coach) มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่คุณครูผู้ถูกสอน (Coachee) ว่าเป็นอย่างไร และควรปฏิบัติต่อไปอย่างไร ผลการวิจัยพบว่า คุณครูที่ได้รับรูปแบบการสอนงานชนิดนี้มีวิธีการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนที่ดีขึ้น และสามารถเชื่อมโยงไปสู่นักเรียนในชั้นเรียนในด้านประสบความสำเร็จในการเรียนการสอนงานจึงน่าจะมีส่วนช่วยให้อาจารย์ผู้สอนเกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้จริง (Teemant, Wink, and Tyra, 2011)

และในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสอนงานที่ช่วยให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกิดความสามารถด้านการจัดการกระบวนการเรียนรู้ในชั้นเรียนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จซึ่งจากข้อมูลข้างต้นผู้เขียนจึงสรุปข้อค้นพบได้ว่า หากต้องการให้อาจารย์ผู้สอนเกิดความสามารถด้านการจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ผู้สอนงาน (Coach) ควรจะมีวิธีดำเนินการที่ประกอบด้วย

1. การเปิดโอกาสให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) ได้ตัดสินใจเลือกรูปแบบและวิธีการจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนด้วยตนเอง และเป็นผู้เลือกว่าวิธีการจัดการกระบวนการเรียนรู้รูปแบบใดมีความเหมาะสมต่อผู้เรียนมากที่สุด

2. ผู้สอนงาน (Coach) ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกี่ยวกับวิธีการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่เลือกไว้ ซึ่งจะให้อาจารย์ผู้สอน

(Coachee) เกิดการตระหนักรู้ และเรียนรู้เกี่ยวกับรูปแบบ หรือวิธีการที่ตนเองเลือกเพื่อใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกิดความเข้าใจในพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก และเกิดความต้องการที่จะเข้าใจในการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนเพิ่มมากขึ้น โดยหากผู้เรียนมีปัญหาเกิดขึ้น อาจารย์ผู้สอน (Coachee) ย่อมสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้ดีมากขึ้น ซึ่งจะทำให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) ประสบความสำเร็จในการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนตามมา

ด้วยเหตุผลข้างต้น เมื่อผู้เขียนวิเคราะห์เกี่ยวกับรายละเอียดและวิธีการสอนงาน (Coaching) จึงทำให้เกิดข้อค้นพบว่า การสอนงานแบบใช้การสอนงานที่เหมาะสมที่สุดต่อการทำให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้อย่างสมบูรณ์แบบ

เทคนิคการสอนงาน

ผู้เขียนพบว่าได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการสอนงานไว้อย่างหลากหลาย แต่เทคนิคที่สนใจนำมาใช้ในการสอนงานกับอาจารย์ผู้สอน (Coachee) เพื่อให้เกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ได้แก่ เทคนิคการใช้คำถามชนิด GROW Model เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ช่วยให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกิดความรู้ และเกิดทักษะที่ดีต่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนรวมถึงเกิดความกล้าที่จะคิดและกล้าตัดสินใจเพื่อให้สามารถสร้างวิธีการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนด้วยตัวเอง โดยเทคนิคนี้คือ GROW Model และในแต่ละขั้นตอน (ประคัลภ์ บัณฑพลังกูร, 2557) ประกอบด้วย

ขั้นตอน G : เป้าหมาย (Goal)

การใช้คำถามในขั้นตอนนี้ สิ่งแรกที่ผู้สอนงาน (Coach) จะต้องถามคือ เป้าหมายของการ สอนงาน ครั้งนี้ต้องการบรรลุเป้าหมายอะไรเพื่อให้ทั้งผู้สอนงาน

(Coach) และ ผู้ถูกสอน (Coachee) เห็นภาพเป้าหมายเดียวกัน และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ถูกสอน (Coachee) มองเห็นเป้าหมายที่แท้จริงก่อนลงสู่ รายละเอียดต่อไป โดยคำถามส่วนใหญ่ที่จะใช้ ได้แก่

"ประเด็นที่หารือกันในวันนี้คืออะไร"

"พฤติกรรมอะไรที่ต้องการจะแก้ไขให้ดีขึ้น"

ขั้นตอน R : ความจริง (Reality)

หลังจากที่ได้เห็นภาพเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้สอนงาน (Coach) จะตั้งคำถามโดยเป็นคำถามเพื่อให้ผู้ถูกสอน (Coachee) ตระหนักถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และเพื่อประเมินว่าผู้ถูกสอน (Coachee) เข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด "ข้อเท็จจริงของเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง" "ไหนลองเล่าสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด"

ขั้นตอน O : ทางเลือก (Options)

ประเด็นถัดไปคือ การถามเพื่อให้พิจารณาทางเลือกต่างๆ เป็นการฝึกให้ผู้ถูกสอน (Coachee) คิดหาช่องทาง หรือทางเลือกต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ถูกสอน (Coachee) คิดและวิเคราะห์หาทางออกได้อย่างดีที่สุด

"จากที่มองเห็นเป้าหมาย และได้เข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดแล้ว ไม่ทราบว่าคุณมีทางออกอย่างไรบ้าง"

"มีทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้าง"

ขั้นตอน W : ทางเลือกที่ดีที่สุด (Wrap up)

เมื่อผู้ถูกสอน (Coachee) พิจารณาแล้วว่าได้ทางออกที่ดีที่สุด ใช้คำถามประเด็นสุดท้ายคือคำถามเพื่อสรุป โดยส่วนใหญ่จะให้ผู้ถูกสอน (Coachee) สรุปเรื่องราวทั้งหมดที่ได้คุยกันตั้งแต่เป้าหมายที่ต้องการ ข้อเท็จจริง และทางเลือกที่คิดไว้ จากนั้นให้ผู้ถูกสอน (Coachee) ไปดำเนินการตามที่ได้ตกลงกันได้

สรุป การสอนงานแบบใช้การสอน (Instructional coaching) เป็นวิธีการที่ทำให้อาจารย์ผู้สอน

(Coachee) เกิดความสามารถในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงเทคนิค GROW Model ซึ่งเป็นเทคนิคที่เหมาะสมต่อการกระตุ้นให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกิดแรงบันดาลใจในการจัดกระบวนการเรียนรู้ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน ดังนั้น การใช้การสอนงานแบบการใช้การสอนด้วยเทคนิคการใช้คำถามชนิด GROW Model จึงน่าจะช่วยให้อาจารย์ผู้สอน (Coachee) เกิดความสามารถต่อการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อสรุปเกี่ยวกับการใช้การสอนงาน (Coaching) เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน

การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์ผู้สอน (Coachee) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้เรียน หากอาจารย์ผู้สอนไม่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนไม่รู้วิธีการสร้างกระบวนการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนรวมถึง การไม่รู้วิธีการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนที่เหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละช่วงวัย ผลลัพธ์การเรียนรู้ย่อมอาจไม่เหมาะสมและเกิดการเรียนรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ ผู้สอนงาน (Coach) จึงควรเลือกรูปแบบการสอนงานแบบใช้การสอนกับอาจารย์ผู้สอน (Coachee) เพื่อพัฒนาวิธีการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนพัฒนาตนเอง และพัฒนาผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

แต่อย่างไรก็ตาม การสอนงานก็มีหลักการที่ต้องให้ความสำคัญคือ ผู้สอนงาน (Coach) ต้องไม่นำเนื้อหาและวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนไปบอกเล่าแก่อาจารย์ผู้สอน (Coachee) แต่ต้องใช้วิธีการกระตุ้น ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้อาจารย์ผู้สอนเกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนด้วยตนเองโดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจที่ทำให้เกิดวิธีการจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ซึ่งจะทำให้อาจารย์ผู้สอนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนเกิดการรับรู้และเกิดความสามารถในการจัดการเรียนรู้และเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และอรชร อินทองปาน. (2558). การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 25(1) : 167-177.
- ณัฐรดา เจริญสุข, สุรินทร์ ชุมแก้ว และเกษราภรณ์ สุดตาพงศ์. (2015). กลยุทธ์การสอนงานเพื่อสร้างสมรรถนะที่เป็นเลิศในการปฏิบัติงาน. *WMS Journal of Management Walailak University*. 4(2) : 60-66.
- ธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรา เล่าเรียนดี. (2555). การพัฒนา รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*. 4(1) : 112-129.
- บุหงา วชิระศักดิ์มิ่งคล และสุภาณี เล็งศรี. (2556). การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาครูคุณภาพโดยใช้กระบวนการสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching and mentoring) : ครูสังกัด สพป. สุโขทัย เขต 2 สาระภาษาไทย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*. 15(4) : 165-172.
- ประคัลภ์ ปัดณฑลลังกูร. (2557). *GROW เครื่องมือการ Coach* โดยการใช้คำถาม. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 ,จาก <https://prakal.wordpress.com/2014/02/26/grow>.
- Teemant, A., Wink, J., & Tyra, S. (2011). Effects of coaching on teacher use of sociocultural instructional practices. *Teaching and Teacher Education*. (27) : 683-693.
- Veale, J. D., & Wachtel, M. J. (1996). Case study Mentoring and coaching as part of a human resource development strategy: an example at Coca-Cola Foods. *Management Development Review*. 9(6) : 19-24.
- Zan, B., & Donegan-Ritter, M. (2014). Reflecting, Coaching and Mentoring to Enhance Teacher-Child Interactions in Head Start Classrooms Betty. *Early Childhood Educ J.* (42) : 93-104.



เด็กไทยไม่รับประทานผัก : ปัญหาสุขภาพในระยะยาวที่แก้ไขได้

Thai Children do not Eat Vegetables : Long-term Correctable Health Problems

สุภาพร เชยชิต*

บทคัดย่อ

ผักเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามิน เกลือแร่ สารสีและใยอาหาร ผักช่วยให้ระบบขับถ่ายเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ร่างกายมีการเจริญเติบโตแข็งแรงตามวัย ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและมีส่วนช่วยป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ปัญหาการไม่รับประทานผักมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคผักน้อยลง แต่ชอบที่จะบริโภคอาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบและอาหารทอดมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคผักน้อยลงของเด็กนั้น จะทำให้เด็กได้รับสารอาหารที่อยู่ในผักไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงทำให้อาจเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะต่อมาได้

วัยเด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การดูแลเด็กในช่วงวัยนี้ให้ได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นปัญหาเด็กไม่รับประทานผักจึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยการได้รับความร่วมมือจากการเลี้ยงดูที่เอาใจใส่ของครอบครัวและได้รับการดูแลเรื่องความรู้เรื่องผักและการจัดอาหารกลางวันจากโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ผัก, อาหาร, ปัญหาสุขภาพ

Abstract

Vegetables are foods that are rich in vitamins, minerals, pigments and fiber. Vegetables can help the digestive system completely, growth stronger with the age, repair and prevent chronic diseases. The problems of "less consumption of vegetables", which trend is increased. They consume less vegetables, but they like to eat fast

food, snacks, and fried foods. So these children will not be provided enough of nutrients, that found in vegetables during less consumption of vegetables. They may at high-risk of health problems in later life.

Childhood is the age, which their growth is fast and continuously. Caring

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

of children in this age range by receiving the usual and properly foods is important to help children have an effective physical and brain growth. So the problems on less consumption of vegetables are an issue that should be resolved urgently

บทนำ

ผักเป็นหนึ่งในอาหารที่มีประโยชน์และมีความสำคัญมากต่อร่างกาย ผักมีสารที่อุดมไปด้วยวิตามินเกลือแร่และใยอาหารที่เป็นปัจจัยปกป้องและชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและอื่นๆ ซึ่งสถานการณ์การบริโภคผักในประเทศไทย ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันยังคงต่ำโดยเฉพาะวัยเด็กนั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของคนไทยครั้งที่ 5 พบว่าเด็กไทยบริโภคผักน้อยลงโดยมีเพียงร้อยละ 36.4 ที่บริโภคผักทุกวัน เด็กในกรุงเทพมหานครบริโภคผักเฉลี่ยวันละ 74 กรัม ในขณะที่ผลการสำรวจการบริโภคผักในเด็กวัยเรียนพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี มีการบริโภคผักในปริมาณที่น้อยมาก เฉลี่ยบริโภคผักเพียง 13.9 กรัมต่อวัน (กรมอนามัย, 2546) สำหรับการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2552 (สุขภาพเด็ก) พบว่าเด็กอายุ 2-5 ปี บริโภคผักและผลไม้โดยเฉลี่ยวันละ 1.6 ส่วน โดยบริโภคผักเฉลี่ยวันละ 0.5 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าที่มาตรฐานกำหนด โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำปริมาณการบริโภคผักที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี ในปริมาณผักเท่ากับ 3 ส่วนต่อวัน และพบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี บริโภคผักเฉลี่ยเพียงวันละ 0.8 ส่วน (1.6 ทัพพี) น้อยกว่าปริมาณที่แนะนำคือ ≥ 3 ส่วนมาตรฐาน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2551) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการกินผักและผลไม้ในการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 เทียบกับการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าสัดส่วนการกินผักและผลไม้ยังพอตามข้อแนะนำไม่เพิ่มขึ้น (ชนิพรพรรณ บุตรยี่และคณะ, 2557)

by the family co-operation in child caring, health teaching about vegetables, and lunch program in school continuously.

Keyword : Vegetables/Food/Health problems solved

นอกจากนั้นข้อมูลจากการสังเกตการรับประทานอาหารว่างและการรับประทานอาหารกลางวันของเด็กนักเรียนในระดับชั้นอนุบาลชั้นปีที่ 1 และ 2 ในปีการศึกษา 2557 ภาคต้นของโรงเรียนอนุบาลเพชรบุรีพบว่าเด็กนักเรียนส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่รับประทานผัก (โชติกา กังวล, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน (The South East Asia Nutrition Survey) ใน พ.ศ. 2554-2555 พบว่า เด็กไทยร้อยละ 60-70 บริโภคอาหารที่ให้สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555)

จากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าเด็กไทยมีพฤติกรรมการบริโภคผักน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำมาก โดยมักจะนิยมอาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบ เบเกอรี่ อาหารทอด ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ หลายโรคได้ในอนาคต ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญของหลายๆ ครอบครัวในปัจจุบัน ซึ่งควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการเริ่มต้นที่บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ควรสร้างพฤติกรรมการบริโภคและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กเป็นสำคัญ นอกจากนั้นควรได้รับการเรียนรู้ในชั้นเรียนเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคผักเพิ่มขึ้นเหมาะสมตามวัย เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรงและเป็นอนาคตที่ดีของประเทศชาติต่อไป

สารอาหารที่สำคัญและให้ประโยชน์ในผัก

ผักคือส่วนต่างๆ ของพืชที่ใช้เป็นอาหาร มีองค์ประกอบทางเคมีที่เป็นน้ำ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ สารสี และกรดอินทรีย์ ปริมาณ

ขององค์ประกอบเหล่านี้แตกต่างกันไปตามชนิดพันธุ์ และแหล่งปลูกของผัก และยังมีความสำคัญในทางโภชนาการด้านองค์ประกอบของผักดังนี้ (ชญาภัทร์ สุทธิมิตร, 2549)

1. คาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรตในผัก ได้แก่ แป้ง น้ำตาล เซลลูโลสและสารประกอบพวกเพกติน ผักส่วนมากมีสารอาหารคาร์โบไฮเดรตที่เป็นใยอาหารจำพวกเซลลูโลส ซึ่งเป็นโครงสร้างของผักโดยมรดกในเปลือก ใบ และก้านของผัก ใยอาหารในผักมีอยู่ 2 ชนิด คือ ชนิดที่ละลายน้ำจะช่วยจับไขมัน สารพิษที่ปนเปื้อน และขับสารพิษออกจากร่างกาย สำหรับใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำจะอุ้มน้ำทำให้มีปริมาณอุจจาระมากขึ้น จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการบีบตัวของลำไส้ จึงมีประโยชน์ในการขับถ่ายและป้องกันท้องผูกได้

2. โปรตีน

ผักมีปริมาณโปรตีนต่ำ และโปรตีนที่พบมักจะเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพต่ำกว่าโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื่องจากผักจะขาดไลซีนและเมไทโอนีนซึ่งเป็นกรดอะมิโนจำเป็นต่อร่างกาย ดังนั้นผักจึงไม่ใช่แหล่งโปรตีนที่สำคัญสำหรับมนุษย์

3. ไขมัน

ผักมีองค์ประกอบของไขมันต่ำมาก ซึ่งมีปริมาณใกล้เคียงกับโปรตีน ดังนั้นผักจึงเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักเป็นอย่างยิ่ง

4. วิตามิน

ผักเป็นแหล่งวิตามิน ผักสดที่อ่อนโดยเฉพาะใบหรือยอด หรือผักที่กำลังจะงอกจะมีปริมาณวิตามินมากกว่าในส่วนใบแก่ของผัก ร่างกายจะได้รับวิตามินจากการรับประทานผักประมาณร้อยละ 87 ของความต้องการของร่างกาย ผักเป็นแหล่งวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินเอซึ่งวิตามินจะไม่พบในพืชแต่พบสารประกอบที่อยู่ในรูปโปรวิตามิน ซึ่งได้แก่ แคโรทีน ซึ่งจะเปลี่ยนไปเป็นวิตามินเอได้ที่ผนังลำไส้เล็ก ผักใบเขียวทุกชนิด และผักที่มีสีเหลือง สีส้ม สีแดงจะมีสารแคโรทีนสูง ซึ่งแหล่งของสารแคโรทีนที่ดีจะอยู่ในผักที่มีสีเข้มมากกว่า

ผักที่มีเขียวหรือเหลืองจางนอกจากนี้ผักที่แก่จัดหรือสุกก็จะมีสารแคโรทีนในปริมาณมากกว่าผักที่ดิบอยู่ ซึ่งวิตามินเอจะช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกายให้ความแข็งแรงต่อเยื่อต่างๆ ช่วยให้สายตาในที่มืดได้ดีขึ้น ผู้ที่ขาดจะร่างกายแคระแกรน พันผุเป็นหวัดง่าย ตาอักเสบง่าย วิตามินซีในผักจะถูกทำลายประมาณร้อยละ 40-80 เมื่อผ่านการแปรรูป ผักที่อ่อน เช่น ผักคะน้า ผักชี ผักโขม มะรุม กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก หอมหัวใหญ่ เป็นแหล่งของวิตามินซีที่ดี ในใบหรือยอดที่อ่อนของผักที่กำลังงอก จะมีวิตามินซีมากกว่าที่ก้าน ผู้ที่ขาดจะซีดเขียว แคระแกรนกระดูกไม่แข็งแรง เป็นโรคโลหิตจางหรือเลือดออกตามไรฟัน และเป็นหวัดง่าย นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งของวิตามินบีในปริมาณต่ำถึงปานกลางเช่นในถั่วงอกต่างๆ จะมีวิตามินบี 1 สูง วิตามินบีมีบทบาทในการย่อยอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ผู้ที่ขาดมักจะเป็นโรคเบื่ออาหารนอนไม่หลับ หงุดหงิด อ่อนเพลีย และอาจเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทได้ ผักใบสีเขียวมีวิตามินบี 2 มีบทบาทในการเผาผลาญการย่อย ผู้ที่ขาดจะเป็นโรคปากนกกระชอก ลิ้นอักเสบ เหงือกอักเสบ ผิวหนังแห้ง ผิวดอก ขนร่วง

5. เกลือแร่

ผักมีส่วนประกอบที่เป็นเกลือแร่ที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ในปริมาณที่แตกต่างกันตามชนิดและแหล่งที่ปลูก แคลเซียมเป็นเกลือแร่ที่พบในผักกาดและผักประเภทใบ เช่น ผักคะน้า ผักชี ต้นหอม ร่างกายได้รับแคลเซียมจากการรับประทานผักมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งจะช่วยให้การสร้างกระดูก ทำให้โครงกระดูกและฟันแข็งแรง ผักมีส่วนประกอบที่เป็นเหล็กในปริมาณ 0.10-2.3 มิลลิกรัม ต่อ 100 กรัม เช่น ถั่วงอก กะหล่ำปลี แตงกวา และหอมหัวใหญ่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ผู้ที่ขาดจะเป็นโลหิตจาง

6. สารสี

6.1 แคโรทีนอยด์ (Carotenoid) ทำให้เกิดสีส้มหรือแดง เป็นโปรวิตามินเอ มีหลายชนิดแต่ที่พบในผักส่วนใหญ่คือ บีตา-แคโรทีนจะเปลี่ยนไปเป็นวิตามินเอที่ลำไส้เล็กเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันมะเร็ง

6.2 คลอโรฟิลล์ (Chlorophyll) เป็นสารสีเขียวที่ละลายได้ในไขมันหรือน้ำมัน หรือสารทำละลายอื่นๆ ยกเว้นน้ำ เป็นสารที่มีคุณสมบัติช่วยในการสังเคราะห์แสงซึ่งเป็นวิธีการสร้างคาร์โบไฮเดรตในพืชทุกชนิด คลอโรฟิลล์ใช้ในการรักษาโรคโลหิตจางในสัตว์ทดลอง ส่วนในคนพบว่าน้ำผักโขมและน้ำกะหล่ำปลีซึ่งมีคลอโรฟิลล์ใช้รักษาโรคโลหิตจางได้ นอกจากนี้ยังช่วยรักษาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) โรคไซนัส ไชกระดูกอักเสบ เหงือกอักเสบ โรคซึมเศร้าและอาการแพ้ต่างๆ

6.3 แอนโทไซยานิน (Anthocyanin) เป็นสารสีแดง ม่วงแดง น้ำเงิน ละลายน้ำได้ดีจึงมักจะหลุดออกไปจากการลวกสรรพคุณต้านโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งในเม็ดเลือด (กระยาทิพย์ เรือนใจ, 2542)

6.4 แอนโทซานติน หรือ ฟลาโวน (Flavone) มีสีเหลืองนวล หรือสีเกือบขาว ละลายได้ในน้ำฟลาโวนช่วยป้องกันรักษาโรคสำคัญๆ เช่น ขจัดของเสียและสิ่งปนเปื้อนทางเคมีที่มาจากสิ่งแวดล้อมออกจากร่างกาย รักษาโรคซึมเศร้า ต้านแบคทีเรีย ต้านไวรัส และรักษาอาการอักเสบ

7. กรดอินทรีย์

กรดอินทรีย์ที่พบในผักเป็นกรดอินทรีย์ที่รวมๆ กันอยู่หลายชนิดที่พบในผักส่วนใหญ่ คือกรดซิตริก (Citric acid) ชนิดและปริมาณของกรดในผักจะทำให้ผักต่างๆ มีรสชาติแตกต่างกัน

ผักเป็นอาหารที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับร่างกาย สำคัญต่อกระบวนการเจริญเติบโตและสร้างสมดุลของร่างกาย เพราะผักส่วนใหญ่ให้พลังงานต่ำและอุดมไปด้วยวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น การรับประทานผักในปริมาณที่เหมาะสมกับวัย นอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังสามารถป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่อาจจะเกิดกับเด็กในอนาคตได้

ลักษณะของปัญหาเด็กไม่รับประทานผัก

ปัญหาเด็กที่ไม่ยอมรับประทานผักสามารถ

จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้ (<http://taamkru.com/th>.)

1. พฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารแบบปกติ (Normal Picky Eating) มักเริ่มปรากฏในอายุระหว่าง 18 เดือน ถึง 3 ปี โดยเหตุผลที่เลือกรับประทานจะขึ้นอยู่กับปัจจัยความชอบของเป็นหลักซึ่งในทางการแพทย์ไม่ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่น่าหนักใจเพราะเป็นอาการหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ในกระบวนการเจริญเติบโตของเด็ก นอกจากนี้อีกสาเหตุหนึ่งของพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารแบบปกติ อาจเกิดจากการกลัวสิ่งใหม่ (Neophobia) ซึ่งส่งผลให้เด็กไม่กล้ารับประทานสิ่งที่ตนไม่คุ้นเคย

2. พฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารแบบผิดปกติ (Selective eating disorder) เด็กจะเริ่มแสดงอาการผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกเกิดจนถึงอายุ 4 ปี และอาจมีอาการเรื่อยไปจนโต ซึ่งพฤติกรรมลักษณะนี้มีสาเหตุหลักมาจากความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเด็กจึงต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ อีกทั้งยังอาจเชื่อมโยงกับโรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive disorder) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Atrial septal defect) ความผิดปกติในการกลืนอาหาร (Swallowing disorder) ความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal disorder)

สาเหตุที่เด็กไม่รับประทานผัก

ปัญหาการรับประทานผักที่เป็นพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารแบบปกติ เป็นปัญหาสำคัญที่ควรแก้ไข ซึ่งการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดคือการรู้ถึงสาเหตุของการไม่รับประทานผักของเด็ก ซึ่งสาเหตุที่เด็กไม่รับประทานผักมีดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานผักของมารดาขณะตั้งครรภ์ ซึ่งหากมารดาได้รับประทานผักหลากหลายชนิดแนวโน้มที่ลูกจะชอบผักหลายชนิดย่อมสูงขึ้นตามไปด้วย (<http://child.haijai.com/3990/>)

2. เด็กมีประสบการณ์ที่ไม่ค่อยดีเกี่ยวกับผักเพราะถูกบังคับให้รับประทานผักทั้งที่ยังไม่พร้อมในช่วงแรกของการรับประทานผัก

3. เด็กเล็กในวัย 1-3 ปี มักยังชินกับอาหารอ่อนๆ เคี้ยวง่าย ผักยังมีกากใยที่เมื่อเคี้ยวจะรู้สึกสากลิ้น ไม่คล่องคอ

4. เด็กไม่ชอบสีเขียวและกลิ่นฉุน เด็กบางคนเห็นผักสีเขียวเข้มๆ จะรู้สึกว่ามีโซ่อาหาร ไม่อยากรับประทานหรือเคยรับประทานแล้วแต่บังเอิญไปเจอผักที่มีกลิ่นเหม็นเขียว รสขมมากๆ ทำให้เด็กฝังใจและไม่ชอบรับประทานผัก (<http://www.rakluke.com/article/5/38/543/>)

5. คนในครอบครัวของเด็กไม่เป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานผัก เด็กในวัยเลียนแบบมักจะทำตามผู้ใหญ่ ดังนั้นในขณะที่รับประทานอาหาร บิดามารดาหรือญาติๆ ควรรับประทานผักให้เด็กเห็นบ่อยๆ ทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่เด็ก (<http://baby.kapook.com/>)

6. เด็กไม่ได้รับการฝึกให้รับประทานผักตั้งแต่แรก ควรสร้างระเบียบวินัยในการรับประทานผักให้เด็กไม่ควรตามใจเด็กมากเกินไปเมื่อเด็กไม่ยอมรับประทานผัก (<http://mothercorner.com/index.php?topic=1001.0:wap2.>)

สาเหตุของการที่เด็กไม่รับประทานผักนั้น เริ่มต้นมาจากมารดาและการเลี้ยงดูของครอบครัวทั้งสิ้น ดังนั้น การแก้ไขปัญหานี้จึงเป็นหน้าที่ของผู้ที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องต่อเด็กโดยตรงนั่นคือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ใกล้ชิด ร่วมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น โรงเรียน รัฐบาล ดังต่อไปนี้

การแก้ไขปัญหาลูกไม่รับประทานผัก

การแก้ไขปัญหาคือการเริ่มต้นตั้งแต่ตั้งครรภ์ของมารดา ไปจนถึงการฝึกเด็กให้รับประทานผักหรือปลูกฝังพฤติกรรมรับประทานผักให้แก่เด็กนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญยิ่งไปตามบทบาทของครอบครัวตลอดไปจนถึงครูและโรงเรียนมีแนวปฏิบัติดังนี้

บทบาทของครอบครัว

1. มารดาควรรับประทานผักตั้งแต่ก่อนตั้งครรรภ์

เพื่อให้ได้รับกรดโฟลิกซึ่งจะช่วยป้องกันการสร้างเนื้อเยื่อประสาทผิดปกติและรับประทานต่อเนื่องเป็นผักหลากหลายชนิด หลากหลายสีจนถึงระยะให้นมบุตร ลูกจะได้รับรสและรับกลิ่นไปด้วย เคยมีการศึกษาพบว่าเมื่อเริ่มให้อาหารเด็ก ลูกจะรับประทานผักที่มารดาไม่เคยรับประทาน ในระยะให้นมได้ดีกว่าผักชนิดที่มารดาไม่เคยรับประทาน (<http://child.haijai.com/3990/>)

2. บิดามารดาหรือผู้ปกครองจะต้องสร้างความคุ้นเคยให้กับทารกตั้งแต่อายุ 5 เดือน ขึ้นไปในการรับประทานผักอาจเริ่มต้นด้วยน้ำซूपใสๆ แล้วเพิ่มเนื้อผักนุ่มๆ หวานๆ ลงไป และควรให้หลากหลายชนิด สับเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป เมื่อมีการให้อาหารเสริม โดยครั้งแรกควรเริ่มปริมาณน้อยๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้น จนกระทั่งคุ้นเคยกับผักชนิดนั้นๆ จึงเปลี่ยนหรือเพิ่มผักชนิดใหม่ ในกรณีที่ปฏิเสธควรหยุดไปสักพักหนึ่งก่อน ไม่ควรฝืนความรู้สึกเด็ก ควรหาโอกาสที่จะเริ่มใหม่ เพื่อที่จะเริ่มให้เด็กเริ่มรับประทานผัก จะคุ้นเคย และยอมรับที่สุด

3. บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรทราบการเลือกชนิดของผัก อาจมีสาเหตุมาจากผักบางชนิดมีกลิ่นที่เด็กไม่ชอบ เช่น เหม็นเขียว มีกลิ่นฉุน มีรสขม รสฝืด และซ่า เช่น ต้นหอม ผักชี สะระแหน่ เป็นต้น ดังนั้นการฝึกให้เด็กรับประทานผักจึงควรเริ่มจากผักที่มีสีสวย รสอร่อย ไม่เหม็น ไม่ขม ไม่มีกลิ่นฉุน ไม่แข็ง เช่น ฟักเขียว ฟักทอง ตำลึง ผักกาดขาว เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เด็กชอบและไม่รู้สึกระคาย แต่อย่างไรก็ตามควรเริ่มให้เด็กรับประทานผักที่มีกลิ่นฉุน ก่อนอายุ 8-9 เดือน เนื่องจากเป็นวัยที่เด็กยังไม่รู้จักเลือกกลิ่นและรสมากนัก ส่วนผักจำพวกกะหล่ำดอก กะหล่ำปลี ควรให้เมื่อเด็กอายุ 9 เดือน หรือ 1 ขวบขึ้นไป เนื่องจากผักประเภทนี้เมื่อรับประทานแล้วอาจเกิดทำให้ท้องอืดหรือเสียดท้องได้ หากเป็นผักประเภทหัวและราก เช่น หัวไชเท้า หอมใหญ่ แครอท ถั่วงอก รวบถึงบวบและผักอื่นๆ ควรเริ่มให้เมื่อเด็กอายุ 3-4 ขวบ ซึ่งคุ้นเคยกับผักดีแล้ว (<http://www.horapa.com/content.php?Category=Kidsfood&No=551.>)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๖๐

4. บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรประกอบอาหารผักที่เตรียมสำหรับเด็กอ่อนควรต้องต้มให้เปื่อยหรือจะใช้วิธีการบดหรือยีให้ละเอียดก็ได้ โดยเลือกผักที่มีกากน้อย การทำอาหารให้เด็กเล็กๆ เพียงใส่เกลือเล็กน้อย ปิดฝาต้มเคี่ยวให้ผักเปื่อยเป็นใช้ได้ ไม่ควรใส่น้ำมากและควรนำน้ำต้มผักนั้นมาใช้ด้วย เพราะเกลือแร่และวิตามินอยู่ในน้ำต้มผัก เมื่อเด็กโตขึ้นและเริ่มคุ้นเคยกับรสชาติและกลิ่นของผักแล้ว อาจเปลี่ยนวิธีการหุงต้ม ไปตามวัยของเด็ก เช่น จากผักบดเป็นต้มจนเปื่อย อบ ผัด นึ่ง ลวก และเมื่อเด็กอายุ 3 ขวบขึ้นไป อาจทดลองให้เด็กหัดกินผักที่มีรสหวาน เช่น แดงกวมะเขือเทศ เป็นต้น

5. บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรให้เด็กกินผักในครั้งแรก ควรเริ่มจาก 1 ช้อนชา แล้วค่อยๆ เพิ่มเป็น 2 ช้อนโต๊ะ แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 1/4 ถ้วย และควรให้อาหารผักกับเด็กในมือบ้ายหรือมือที่ยังก่อน โดยผลสมกับข้าวและเนื้อสัตว์ต่างๆ ต่อมาจึงเพิ่มเป็นมือเย็นด้วยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และเมื่อเด็กรับประทานอาหารได้ครบ 3 มือ ก็ควรจัดตารางอาหารเป็น มือเช้า เป็นน้ำผลไม้ ผลไม้สด ส่วนมือกลางวันและมือเย็น ควรจะให้ทั้งผักใบเขียวและผักสีเหลือง

6. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง จะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในการรับประทานผักหลายชนิดให้เด็กเห็นให้กำลังใจกล่าวชมเชย ในขณะที่เด็กกำลังรับประทานผัก นอกจากนี้ควรจะให้เด็กมีส่วนร่วมในการเตรียมผักปรุงอาหาร หรือจัดผักสดใส่จาน จะช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานผัก มารดาและบิดาควรชักชวนให้สมาชิกในบ้าน ร่วมกันชิมอาหารจานผักที่เด็กได้มีส่วนร่วมในการเตรียมด้วยซึ่งจะทำให้เด็กรู้สึกภูมิใจที่เป็นคนทำอาหารและจะรู้สึกอยากรับประทานผัก

7. บิดามารดาหรือผู้ปกครองควร ดัดแปลงอาหารให้หลากหลายชนิด โดยการปรุงอาหารประเภทผักเป็น สิ่งจำเป็นที่จะต้องดัดแปลงให้เกิดความหลากหลายและแปลกตา เช่น ผักบางชนิดอาจนำไปชุบแป้งทอดจิ้มน้ำจิ้ม หรือแกะสลักผักให้เป็นรูปการ์ตูนหรือสัตว์ต่างๆ เพื่อโน้มน้าวจิตใจเด็ก ซึ่งจะช่วยให้เด็ก

ชอบรับประทานในที่สุด หรือใช้วิธีการหั่นผักเป็นชิ้นเล็กๆ แทรกลงไปในอาหารที่เด็กชอบรับประทานในที่สุด หรือใส่ผักชิ้นเล็กๆ ในหมูปดทอดไข่เจียว ข้าวผัดที่เด็กชอบรับประทาน

8. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง อาจเล่านิทานที่เกี่ยวกับประโยชน์ของผักให้เด็กฟัง เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถดึงดูดใจเด็กได้ เช่นกัน เช่นเล่านิทานเกี่ยวกับกระต่ายที่ชอบรับประทานผัก ทำให้แข็งแรง กระโดดและวิ่งได้เร็วเป็นต้น ในปัจจุบันนี้มีหนังสือนิทานลักษณะนี้อยู่มาก นอกจากนี้ควรเปิดเพลงที่เกี่ยวกับผักให้เด็กฟังบ่อยๆ จะช่วยให้เด็กชอบผักไม่เกลียดผัก

9. บิดามารดาหรือผู้ปกครองเปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมในการคิดเมนูอาหารและเลือกซื้อผักสด สอนวิธีการเลือกซื้อผักจะทำให้เด็กสนุกและมีความรู้สึกที่ดีกับการรับประทานผักเพราะเมื่อเด็กเป็นฝ่ายตัดสินใจเองว่าจะรับประทานอาหารเมนูอะไร เด็กมักจะให้ความสนใจกับอาหารเมนูนั้นเป็นพิเศษ อีกทั้งการให้เด็กช่วยเลือกซื้อผักสดก็จะทำให้เด็กรู้สึกว่ามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและเป็นโอกาสของพ่อแม่ได้อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของผักให้เด็กฟังด้วย

10. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ไม่ควรให้รางวัลในการรับประทานผักของเด็ก ด้วยสิ่งของหรือการหลอกล่อด้วยประโยคต่างๆ เช่นถ้าเด็กรับประทานผักแล้วจะให้ขนมหรือให้เล่นเกมส์ วิธีนี้อาจจะได้ผลแค่ระยะเวลาลั้นๆ เท่านั้นๆ ไปเด็กจะเบื่อและไม่เห็นประโยชน์ในการรับประทานผักควรใช้วิธีชมเชยเด็กเมื่อเด็กรับประทานผัก ไม่ดูหรือว่ากล่าวเด็กหรือลงโทษเด็กด้วยการให้รับประทานผัก

11. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง อาจชักชวนเด็กปลูกผักรับประทานเองโดยเลือกผักที่ปลูกง่ายใช้ระยะเวลาสั้นในการปลูก เช่น ผักบุ้ง ถั่วงอก ต้นหอม เป็นต้น ซึ่งเป็นเทคนิคจูงใจที่ช่วยทำให้เด็กรู้สึกสนใจและอยากทดลองรับประทานผักที่ตนเองลงมือปลูกเอง (สุภาวดี หาญเมธี, 2550)

12. บิดามารดาหรือผู้ปกครองอาจนำผักไปผสมกับอาหารที่เด็กชอบเช่น ผักชุบซ็อกโกแลต หรือ

ตั้งชื่อผักให้นำรับประทานเช่น แดงกวาสุดหล่อ ทำให้รู้สึกอยากลองรับประทานมากขึ้น

13. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง อาจหาสิ่งที่เป็นไอดอล (Idol) หรือคนที่เด็กปลื้มและชื่นชม และบอกเด็กว่าไอดอลหรือคนที่เด็กปลื้มและชื่นชมชอบรับประทานผัก จะทำให้เด็กรู้สึกอยากทำตาม ต้องใจเย็นในการฝึก ไม่ควรบังคับและควรจะมีความร่วมมือของสมาชิกทั้งบ้าน

14. บิดามารดาหรือผู้ปกครองสามารถเล่านิทานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจให้เด็กๆ อยากรับประทานผักให้ลูกฟัง เช่นนิทานที่กล่าวถึงประโยชน์ของผักหรือนิทานที่ตัวละครชอบกินผักหรือนิทานที่ตัวละครชอบกินผัก ซึ่งมีอยู่มากมายให้บิดามารดาเลือกตามร้านขายหนังสือ

15. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ควรฝึกเด็กด้วยการเปลี่ยนจากการบังคับมาเป็นชักชวนให้เด็กรับประทานผัก ซึ่งต้องใช้เวลาเพื่อให้เด็กมีความพร้อมที่จะค่อยๆ รับประทานผักได้เองถึงแม้ช่วงแรกๆ เด็กจะรับประทานได้น้อยแล้วเขี่ยผักที่เหลือออกจากจานคายทิ้ง แต่เด็กก็ได้ลองรับประทานผักแล้ว (<http://mothercorner.com/index.php?topic=1001.0:wap2>)

16. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง อาจฝึกให้เด็กรับประทานด้วยการใช้บรรยายความรู้สึก เช่นใช้จานชามและช้อนลายนการ์ตูนที่เด็กชอบ หรือเปิดการ์ตูนที่เกี่ยวกับการรับประทานผักให้เด็กดูว่ารับประทานผักแล้วจะแข็งแรงเหมือนการ์ตูน เด็กก็จะอยากรับประทานผักตาม ([http://www.rakluke.com/article/5/38/543/.](http://www.rakluke.com/article/5/38/543/))

17. บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรฝึกให้เด็กรับประทานผักและผลไม้แทนที่ขนมขบเคี้ยว โดยเฉพาะเมื่อเด็กหิวระหว่างมื้ออาหาร เพราะเมื่อหิวเด็กมักจะไม่มีปฏิเสธ เพราะฉะนั้นสลัดถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดีและมีประโยชน์มากกว่าขนมขบเคี้ยว

18. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง อาจสร้างทางเลือกใหม่ด้วยน้ำปั่นสีสดใส ในกรณีที่เด็กไม่สามารถ

รับประทานผักได้ เพราะไม่ชอบกลิ่น ผู้ปกครองสามารถนำผักมาปั่นรวมกับผลไม้ เพื่อให้กลิ่นของผลไม้เด่นกว่ากลิ่นของผัก ซึ่งจะทำให้ลูกสามารถรับประทานผักได้โดยรับรู้ เพียงกลิ่นหอมของผลไม้เท่านั้น หลักสำคัญของวิธีการนี้คือแม้ว่าผู้ปกครองจะซ่อนกลิ่นของผักไว้ แต่ต้องไม่ซ่อนความจริงว่าน้ำปั่นนั้นมีผักเป็นส่วนผสม ทั้งนี้เพราะจุดประสงค์คือการช่วยให้เด็กรับประทานผักได้แม้จะรู้ว่าเป็นผัก ไม่ใช่เพื่อให้ลูกสามารถรับประทานผักได้แต่ยังเกลียดผักต่อไป (<http://taamkru.com/th.>)

บทบาทของครูและโรงเรียน

1. ครูควรมีส่วนทำให้เด็กคุ้นเคยกับผักก็คือการทำให้เด็กรู้จักผัก โดยครูควรนำผักมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งอาจโยงไปถึงการสอนความรู้แขนงอื่น เช่น ผักและสี ประโยชน์ของผักผักและจำนวนนับ คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นต้น กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับผัก กิจกรรมชมวีดิทัศน์สำหรับเยาวชนเรื่อง " ป๊อบอาย." กิจกรรม "ปิดตากินผัก" (เทวรัตน์ วรรณศิริ, 2554) นอกจากนั้นควรทำให้เด็กเข้าใจผักมากยิ่งขึ้นด้วยกิจกรรมปลูกสวนผักด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะเมื่อเด็กรู้สึกว่าการที่เขาส่งเสริมมาด้วยกำลังของตัวเองกำลังเติบโต ย่อมทำให้เด็กรู้สึกภาคภูมิใจ และอยากรับประทานผักที่เกิดจากความภูมิใจของเขา โดยครูควรจัดกิจกรรมให้เด็กได้ประกอบอาหารจากผักที่เด็กได้ปลูกเอง จะทำให้เด็กรู้สึกสนุกสนาน ตื่นเต้น และอยากมีส่วนร่วม อันเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก ซึ่งอาจเป็นจุดเปลี่ยนของนิสัยเลือกรับประทานของเด็กไปตลอดชีวิตได้เช่นกัน

2. การเรียนการสอนในโรงเรียนสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนควรจัดประสบการณ์การเรียนรู้จากกิจกรรมในชั้นเรียนร่วมกับการได้รับแรงเสริมจากผู้ปกครองซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมมารับประทานผักเพิ่มขึ้น (ธีรรัตน์ คงทนและพรรณิ บัญชรัตน์, 2556)

3. ครูควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับนักเรียน เพราะถ้าหากครูสามารถแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานผักและเปลี่ยนให้เด็กคิดได้ว่าการรับประทานผักไม่ใช่เรื่องยากอย่างที่คิด เด็กย่อมมีความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะลองรับประทานผักอีกครั้ง

4. โรงเรียนควรจัดอาหารกลางวันที่มีปริมาณสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายโดยเฉพาะผัก ซึ่งควรมีปริมาณผักที่เด็กควรได้รับตามวัย คือ เด็กอนุบาลควรมีปริมาณผักสุก 3 ช้อนกินข้าว/มื้อเด็กประถมศึกษา ควรมีปริมาณผักสุก 4 ช้อนกินข้าว/มื้อเด็กมัธยมศึกษา ควรมีปริมาณผักสุก 5 ช้อนกินข้าว/มื้อ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2552)

สรุป

ปัญหาเด็กไม่รับประทานผัก เป็นปัญหาที่มีมาช้านานจนถึงปัจจุบันและเป็นปัญหาสำคัญที่สร้างความวิตกกังวลให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นอย่างมาก ผักเป็นแหล่งที่สำคัญของวิตามินเกลือแร่และใยอาหารซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของเด็ก ในการเจริญเติบโตแข็งแรงตามวัย และช่วยป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ เมื่อเด็กไม่รับประทานผัก จึงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสามารถแก้ไขได้จากการเริ่มต้นด้วยการเลี้ยงดูเด็กด้วยความเอาใจใส่และมีความรู้จากครอบครัวและโรงเรียนในการฝึกให้รับประทานผัก ซึ่งจะส่งผลให้เด็กไทยมีบริโภคนิสัยในการรับประทานผักที่เหมาะสมกับวัยเจริญเติบโตมีสุขภาพที่แข็งแรงและเป็นอนาคตที่ดีของประเทศชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2546). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- การฝึกวินัยการกินให้กับลูก. (2553). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560. จาก <http://mothercorner.com/index.php?topic=1001.0:wap2>.
- "แก้ไขปัญหาลูกกินยากได้อย่างไร. (2555). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560. จาก <http://th-th.facebook.com/notes/>.
- ชญามัทรี สุธงษิต. (2549). อาหารผักสำหรับเด็ก. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ชนิพรพรรณ บุตรยี่. (2557). การเพิ่มการบริโภคพืช ผัก ผลไม้. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมการค้าสินค้าในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โชติกา กังวล. (2558). บทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยอนุบาล ในโรงเรียนอนุบาลเพชรบุรี. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา. 10(2) : 87-97.
- เด็กไทยกว่า 90% กินผักผลไม้ไม่พอ. (2555). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560. จาก <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000099057>.
- ทัศนรินทร์ มหาพรหมณ์. (2552). การจัดกิจกรรมประกอบอาหารเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการกินผักของเด็กปฐมวัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาปฐมวัยศึกษา ภาควิชาการศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เทวรัตน์ วรรณศิริ. (2554). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงการรับประทานอาหารประเภทผักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โปรแกรมจีน-อังกฤษ โรงเรียนประชาวชิรย์ จังหวัดลำปาง. โรงเรียนประชาวชิรย์.

- ทำอะไร เมื่อลูกไม่กินผัก. (2560). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560, จาก http://portal.aia.co.th/healthclub/portal/hw/health_tips/Parenting:jsessionid...node3?.
- ธีรารัตน์ คงทนและพรรณิ บัญชรหัตถกิจ. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กวัยก่อนเรียนโดยผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 8(1) : 26-36.
- บังอร กล่ำสุวรรณ. (2560). เด็กกินผัก เริ่มต้นง่ายๆ จากครอบครัว : เสริมต่อด้วยโรงเรียน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560, จาก <http://www.horapa.com/content.php?Category=Kidsfood&No=551>.
- ปัทมพันธ์ จันทร์สว่าง. (2560). ลูกไม่รับประทานผัก. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560, จาก <http://taamkru.com/th>.
- มนตรีญา กงลา. (2555). การบริโภคผักผลไม้และพืชผักพื้นบ้านของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในชนบท อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข.(บศ.). 12(2) : 66-79.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2551). การสำรวจด้านโภชนาการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 : สุขภาพเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
- ลูกไม่กินผัก เทคนิคฝึกลูกกินผักด้วยเมนูผัก. (2560). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560, จาก <http://www.rakluke.com/article/5/38/543/>.
- วันดี วราวิทย์. (2560). เรื่องไม่เล็กของเด็กไม่ชอบกินผัก. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560, จาก <http://child.haijai.com/3990/>.
- สอนลูกให้ชอบกินผัก ด้วยวิธีง่ายๆ. (2558). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560, จาก <http://baby.kapook.com/>.
- สิริ สุวรรณศิลป์ และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรม VFRUITS -VVEGETABLES เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี หาญเมธี. (2550). คู่มือพัฒนาสมองด้วยสองมือพ่อแม่. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). คู่มือก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). การมีงานทำและคุณภาพคนภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2555. 10(1) : 1-28.
- A Vegetable and Fruit Curriculum Resource. (2013). [Online]. Retrieved May 7, 2013, from http://www.durham.ca/departments/health/food_nutrition/healthy_eating/VandFCurriculum_Resource.pdf
- Encouraging Young Children to Eat Different Vegetables. (2013). [Online]. Retrieved May 7, 2013, from <http://www.eufic.org/article/en/artid/Encouraging-young-children-eat-different-vegetable>.

- Picking Eating vs. Selective Eating Disorder. (2013). [Online]. Retrieved May 7, 2013, from <http://mealtimehostage.wordpress.com/2012/12/13/picky-eating-vs-selective-eating-disorder>.
- How School can Better Motivate Kids to Eat More Vegetables by Growing Them. (2013). [Online]. Retrieved May 7, 2013, from <http://www.examiner.com/article/how-school-can-better-motivate-kids-to-eat-more-vegetables-by-growing-them>.
- How to Get Kids to Eat Vegetables. (2013). [Online]. Retrieved May 7, 2013, from <http://childparenting.about.com/od/nutrition/a/How-To-Get-Kids-To-Eat-Vegetables.htm>.



**คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ ส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลัง ของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. บทความที่รับตีพิมพ์

1.1 บทความวิจัย หรือวิทยานิพนธ์ : เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล หรือที่เกี่ยวข้องในสาขาพยาบาลศาสตร์

1.2 บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติทางการพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องในสาขาพยาบาลศาสตร์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้พิมพ์หรือผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยและบทความวิชาการให้ถูกต้องตามรูปแบบ ดังนี้

2.1 พิมพ์ต้นฉบับ ในกระดาษ A 4 พิมพ์หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) ใช้โปรแกรม word และตัวพิมพ์มาตรฐาน Font 16 ของ Angsana new เท่านั้น มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ความยาวเนื้อเรื่องไม่ต่ำกว่า 9 หน้า และไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมาย ชัดชัดให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มมุมขวาใต้ชื่อเรื่อง โดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ท้ายนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ (ดังตัวอย่าง)

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

1) บทความวิจัย หรือวิทยานิพนธ์ : บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด Abstract ความยาวไม่เกิน 250 คำ

2) บทความวิชาการ : บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 10 บรรทัด Abstract ความยาวไม่เกิน 200 คำ

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

2.6 หากเป็นบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ ให้เรียงลำดับเรื่อง ดังนี้

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ
- 2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหาการวิจัย
- 3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 4) กรอบแนวคิดการวิจัย

- 5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- 6) การวิเคราะห์ข้อมูล
- 7) สรุปผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย
- 8) การอภิปรายผลการวิจัย
- 9) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะการทำวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างเป็นเส้นคู่ ซึ่งตารางไม่มีเส้นแนวตั้ง หรือคอลัมน์ ดังตัวอย่าง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=115)

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกลด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

*p-value <0.05

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง.//ปีพิมพ์.// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์/ : / สำนักพิมพ์.
 เรวดี ชรรมอปกรณ์. (2530). การใช้ยาบำบัดอาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) บทความวารสาร

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

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน.//ปีพิมพ์.//ชื่อวิทยานิพนธ์.//ระดับวิทยานิพนธ์ ชื่อสาขาวิชา คณะ ชื่อมหาวิทยาลัย.

สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนทำคว่าหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).//ชื่อเรื่อง.// [ประเภทสื่อ]. //สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.
สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินทางปฏิรูปการศึกษา.
[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก <http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/>.

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

5) บทความหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ.// "ชื่อบทความ".//ชื่อหนังสือพิมพ์ /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวไกลนา". *สยามรัฐ* : 3.

3. การส่งต้นฉบับและการพิจารณาการประเมินบทความ

3.1 การส่งต้นฉบับบทความ ผู้เขียนสามารถส่งบทความได้ ดังนี้

1) ส่งบทความในระบบ Online submission ได้ที่เว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนที่เว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

2) ส่งบทความทางไปรษณีย์ หรือ ทาง e-mail : nursejournal@christian.ac.th โดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนำส่งบทความ ดาวน์โหลดแบบฟอร์มจากเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

3) ผู้เขียนที่ต้องส่งบทความตีพิมพ์ ขอให้จัดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 2 หากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

3.2 การพิจารณาการประเมินบทความ กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณา จึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน

3.3 บุคคลภายนอกที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ต้องชำระเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความ (Peer review) และค่าสมาชิกวารสารอย่างน้อย 1 ปี ตามอัตราที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

3.6 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3.7 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.8 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.9 ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.3 และจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

3.10 ข้อคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการของผู้เขียน หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

นางธัญญรัตน์ หวานแท้

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว ตำบลดอนยายหอม

อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102 – 04

โทรสาร. 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อบทความวิจัย

สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน
ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*

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

ดร. จันทรีจิรา วงษ์ขมทอง**

ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา***

ดร. นงลักษณ์ จินตนาติก****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ชื่อเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับกลางและระดับสูง สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 5 แห่ง จำนวน 109 คน ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยใช้แนวคิดสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) และสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ John Adair (2012) ประกอบด้วยชุดข้อคำถาม 7 ด้าน รวม 77 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามของการวิจัยชื่อเรื่องนี้พบว่า มีค่าความสอดคล้องและความตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด (Item Objective Congruence Index : IOC) เท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และใช้สถิติ เพื่อการวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีองค์ประกอบ 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 76 ปัจจัยทั้งนี้ คำนวณหาค่าของทุกองค์ประกอบของแต่ละโมเดลที่นัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.01 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) รายข้อ มีค่าระหว่าง 0.33-0.77 เมื่อจัดลำดับความสำคัญตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากที่สุดไปน้อยสุดเป็นดังนี้ (1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม ($\lambda = 0.88$) ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ($\lambda = 0.51-0.74$) (2) ความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda = 0.85$) ประกอบด้วย 15 ปัจจัย ($\lambda = 0.37-0.69$) (3) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบันและอนาคต ($\lambda = 0.84$) ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ($\lambda = 0.48-0.74$) (4) การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda = 0.77$) ประกอบด้วย

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต อธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ผู้ช่วยคณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

9 ปัจจัย ($\lambda = 0.33-0.68$) (5) การสร้างพันธมิตร ($\lambda = 0.69$) ประกอบด้วย 8 ปัจจัย ($\lambda = 0.33-0.77$) (6) จิตวิญญาณการเป็นองค์กร ($\lambda = 0.64$) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ($\lambda = 0.45-0.81$) และ (7) การกำหนดทิศทาง ($\lambda = 0.59$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ($\lambda = 0.48-0.74$) ข้อค้นพบใหม่จากการวิเคราะห์องค์ประกอบการวิจัยเรื่องนี้ บ่งชี้ว่าผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูงของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลในสังกัดฝ่ายการพยาบาล (Top Leadership Team) โดยเฉพาะในด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ วางแผนเชิงกลยุทธ์ รวมทั้งการคิดเชิงนวัตกรรมทั้งในการบริหารจัดการและการบริการการพยาบาลเป็นอันดับแรก รวมทั้งให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการสร้างความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กรและภายนอกองค์กร รวมถึงการรับผิดชอบต่อชุมชนและการสร้างพันธมิตรในต่างประเทศ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาลได้รับการพัฒนาเป็นผู้นำที่เข้มแข็งทั้งใน ด้านความสามารถทางการบริหารและคุณลักษณะความเป็นผู้นำ รวมถึงระบบการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ การสร้างวัฒนธรรมและคุณค่าร่วมเฉพาะของฝ่ายการพยาบาลให้กับทีมผู้บริหารในสังกัดฝ่ายการพยาบาลสำหรับปัจจุบันและสำหรับอนาคตด้วย

Abstract

This correlational research study aimed to determine the components of the strategic leadership competencies of chief nurse executives in private hospitals in Bangkok metropolitan. The samples of this study were 109 Chief Nurse Executives in 5 private hospitals in Bangkok metropolitan. The researchers developed the research instrument which was a set of questionnaires based on the concept of strategic leadership by Adair, J. (2010) and leadership for innovation by Adair, J. (2012). The questionnaire consists of 7 components of 77 items with Item Objective Congruence Index (IOC) at 0.80 and the reliability of the questionnaire in the form of a Cronbach's alpha coefficient was 0.91. The content analysis and confirmatory factor analysis were used to analyze data. The research findings of this study showed that there were 7 components of the strategic leadership competencies of chief nurse executives in private hospitals in Bangkok metropolitan which consisted of 76 factors with the value of factor loading of each competency (λ) between 0.33-0.77 at P value < 0.01. The sequence of components according to value by factor loading from highest to lowest value were as follows : (1) "Strategic-Innovative Thinking and Planning" ($\lambda = 0.88$) consisted of 14 factors ($\lambda = 0.51-0.74$); (2) "Relating the Parts to the Whole" ($\lambda = 0.85$) consisted of 15 factors ($\lambda = 0.37-0.69$); (3) "Developing Today's and Tomorrow's leaders" ($\lambda = 0.84$) consisted of 11 factors ($\lambda = 0.48-0.74$); (4) "Making it Happen" ($\lambda = 0.77$) consisted of 9 factors ($\lambda = 0.33-0.68$); (5) "Building Partnership" ($\lambda = 0.69$) consisted of 8 factors ($\lambda = 0.33-0.77$); (6) "Releasing the Corporate Spirit" ($\lambda = 0.64$) consisted of 6 factors ($\lambda = 0.45-0.81$) and (7) "Giving Direction" ($\lambda = 0.59$) consisted of 9 factors ($\lambda = 0.48-0.74$). From these research findings, chief

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

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อบทความวิชาการ

การสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นญาติ Supportive Care Needs of Family Caregiver

ดร. ศากุล ช่างไม้*

บทคัดย่อ

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ การให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจัดเป็นการดูแลแบบหนึ่ง ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เพื่อการดำรงชีวิต รวมทั้งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งในบทความนี้ เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" พบว่า 1) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา 3) ภาระการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงแปรผกผัน และ 4) ความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การสนับสนุนความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยจึงควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการปฏิบัติพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา อาทิ ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่าเป็นการ "ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว" (Living care) แทนที่การเป็น "ผู้ให้การดูแล" (Giving care) โดยไม่ได้อยู่อย่างการใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัว

Abstract

Caring is a process that promotes individuals to live in a normal society. Giving attention and care to those who need to rely on others are caring. Caregivers provide care and support in what is essential and beneficial for others. They are individuals who help those unable persons to fully help themselves and being in a state of dependency. Key issues related to the care provided by caregivers who are family members or in this article called "family caregivers" are as follows: 1) the majority of family caregivers are women in middle age and becoming into old age: 2) stress and coping of caregivers is crucially involving patient care or dependent care. 3) the burden of caring for patients and quality of life of family caregivers are related inversely to

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

each other: and 4) caregivers' needs are important therefore, supportive care needs framework in caring for caregivers of chronically ill patients should contain in physical needs, emotional needs, informational needs, psychosocial needs, spiritual needs, and practical needs, Nurses must give priority to the needs of family caregivers of patients who rely on them such as the elderly in order that those caregivers will have taken their own lives along with patient care. also known as "Living (with) care" instead of only "Giving care".

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

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

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์
 โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การส่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาส่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารส่งจ่าย **ชื่อบัญชี** มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 404-052839-7
สาขาคอนยาหอม (นครปฐม) และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินไปยัง
เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ตำบลคอนยาหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
E-mail : nursejournal@christian.ac.th



สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเลขที่.....ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

† มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3438-8555

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

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

www.christian.ac.th