



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑ Vol. 5 No. 2 July - December 2018 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหลั่มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด
- † ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคราลัสซีเมีย ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร
- † ผลของเพลงบรรเลงต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่

บทความวิชาการ

- † ความสุข
- † ระบบสุขภาพพอเพียงกับการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑ Vol.5 No.2 July - December 2018 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสตีียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา อาจารย์ ดร. เป็ญจารรณ อาจารย์ ดร. พฤกษพิร อาจารย์ ดร. เสาร์นีย์	หนูเจริญกุล ทิญชีระนันทน์ วงศ์ชุมทอง พุธธิอังกูร กวนสุพร กานต์เดชารักษ์
--	--

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โวทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจា	ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณาวิกิติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทัย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดิลก	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง	โน่ไนยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสตีyan
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล	นิมิตรอาณัน्ध์	มหาวิทยาลัยคริสตีyan
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสตีyan

วัตถุประสงค์

1. เพย์เพรีบบทความวิจัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
2. เพย์เพรีบบทความวิชาการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประจำเดือน บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา

กำหนดการออกราชการ : ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน

(นางธัญญารัตน์ หวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนนายห้อม 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

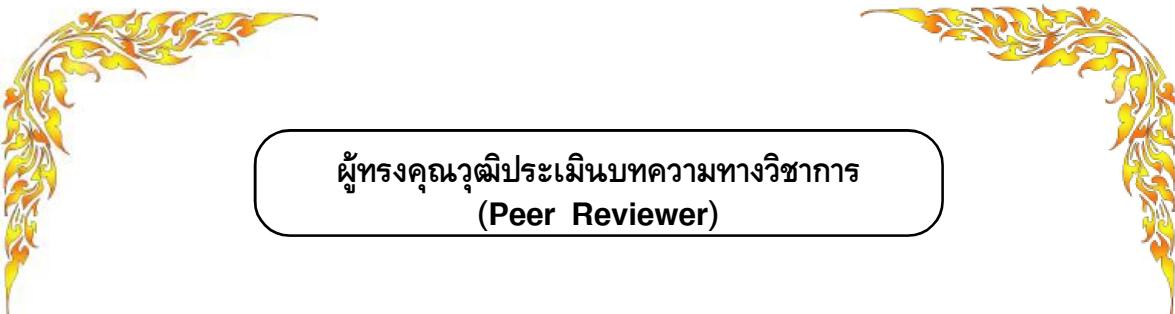
จัดรูปเล่ม : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน

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

เขตบางซุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1



ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสตีย์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา	ประจุกิลป	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์	จิตรมานตรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญลิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ครีมราตร	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ร้อยตรีวราภรณ์ ดร. ยุพิน อังสุรเจน		จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ	กัญโภภาสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันเกรดุษฐี	เตรียมชัยครี	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ	เกษมกิจวัฒนา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
10. รองศาสตราจารย์ ดร. ฤทธิ์ธรา	กลั่นพาก	มหาวิทยาลัยมหิดล
11. รองศาสตราจารย์ ดร. ลุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
12. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี	อัคדרวิเศษ	มหาวิทยาลัยมหิดล
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์รัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	อาจลันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร	คำผลศิริ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราณ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประดิษฐ์	ເກົງຮັງສັນໜີ	มหาวิทยาลัยພາຍັນ

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|------------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชดา | นามจันทร์ | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมนดา | นิยมค่า | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมาพร | ปุณณ์สุวรรณ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 21. ดร. กิตติพร | เนาว์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สงขลา |
| 22. ดร. ปราโมทย์ | ทองสุข | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 23. ดร. ปรัชญาเน็นท์ | เที่ยงจรวรยา | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เป็นฉบับสุดท้ายของ พ.ศ. 2561 ยังมีความหลากหลายเนื้อหาสาระทางวิชาการทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการหล่อหลอมของผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย และการใช้เพลงบรรเทาต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ รวมถึงบทความวิชาการเรื่องความสุข กับระบบสุขภาพพอเพียงกับการพยาบาล บทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนและการดูแลลูกขุนภาพ

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาประمهินคุณภาพของบทความวิจัย และบทความวิชาการก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ด้วยดีตลอดมา ในโอกาสนี้ กองบรรณาธิการขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน โดยท่านสามารถศึกษาคำแนะนำ รูปแบบการเขียนบทความดังกล่าวจากเว็บไซต์ได้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คากูล ช่างแม่
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

บทความวิจัย

- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด รัฐภัทร์ บุญมาทอง 67
The Factors Influencing on Fall Prevention Behavior in the Elderly Donkanak Community Ratphat Boonmathong
- ❖ ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่โรงพยาบาลระดับติดภูมิภาคแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร สุภาพร เชยชิด 79
The Needs amongst Caregivers in Pediatric Thalassemia at a Tertiary Level Hospital in Samutsakhon Province Supaporn Chaychit
- ❖ ผลของเพลงบรรเลงต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ภิน্নโภ ศิริกุลเสถียร 92
The Effect of Instrumental Music on Preoperative Anxiety of Major Surgery Patients Phinayo Sirikulsathien

บทความวิชาการ

- ❖ ความสุข ผศ. สุปรานี แต่งวงศ์ 106
Happiness Asst. Prof. Supranee Tangwong
- ❖ ระบบสุขภาพพอเพียงกับการพยาบาล ผศ. ดร.ศากุล ช่างแม่ 119
Sufficiency Health System and Nursing Asst. Prof. Dr. Sakul Changmai

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด*

The Factors Influencing on Fall Prevention Behavior in the Elderly

Donkanak Community

รัฐภาร์ บุญมาทอง**
สุปรานี แต่งวงษ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด จังหวัดนครปฐม จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และประวัติการหลบล้ม ทักษะการประเมินสภาพแวดล้อมที่สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ทำอำนาจfully โดยวิเคราะห์การลดตัวอยพหุคุณ (Multiple Regression Coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดและขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุ ($r = .196$) และอำนาจในการทำงานของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 19.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากผลการวิจัยทำให้ได้ขอสรุปว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุโดยเน้นความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันการหลบล้ม, ผู้สูงอายุ

*ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This Descriptive research aimed to investigate factors related to fall prevention behavior among the Elderly, Donkanak Community in Nakhonprathom Province. The sample were 140 elderly ages 60 and above. The questionnaire was used as research tools for data collection comprised: demographic information and history of fall; assessing risky environment in own home; home environment; and fall prevention behavior. Descriptive statistics namely percentage, mean, standard deviation was used to analyze the data, Pearson's Product Moment Correlation used to analyze the relationship between the variables, and stepwise multiple regression.

The findings showed that environmental

factors such as the home environment and the environment outside the home positively correlated with falling prevention behaviors in the elderly ($r = .196$) and environmental factors was able to predict fall prevention behavior with 19.00% of the variance at statistically significant level at .01. This study indicates that environmental factors such as the home environment and the environment outside the home were important for the prevention of falls in the elderly, from this research it will be a way to prevent falls in the elderly by focusing on environmental safety both inside and outside the home.

Keywords : Fall prevention behavior, Elderly

ความสำคัญของปัจจัยการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีอันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น อีกทั้งการดูแลทางด้านสุขภาพดีขึ้นมากกว่าคุณสมบัติก่อนทำให้จำนวนประชากรสูงขึ้นเพิ่มมากขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ออกสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 และดำเนินการสำรวจครั้งต่อมาในปี พ.ศ. 2545 2550 2554 2557 และล่าสุดปี 2560 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งที่ 6 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพ การเกื้อหนุน ตลอดจนลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยเก็บรวบรวมจากครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 83,880 ครัวเรือนในทุกจังหวัดทั่วประเทศทั้งในเขตเทศบาล และนอกเทศบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 จากการสำรวจพบว่าโครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเข้าสู่การเป็น "สังคมสูงวัย" ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548

กล่าวคือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 และตามคาดการณ์จำนวนประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ.2574 ประเทศไทยเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจพบว่ามีจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 67.6 ล้านคน เพศชายจำนวน 33 ล้านคน เพศหญิงจำนวน 4.6 ล้านคน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 11.3 ล้านคน เป่งเป็นเพศชายจำนวน 5.08 ล้านคน และเพศหญิงจำนวน 6.23 ล้านคน เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ วัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

จะพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยอยู่ในช่วงร้อยผู้สูงอายุ ตอนต้นคือมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 57.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้ม อัตราของผู้สูงอายุ หมายถึงอัตราส่วนของผู้สูงอายุ ต่อประชากรทั้งสิ้น 100 คน พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2545 จากร้อยละ 6.8 เพิ่มเป็นร้อยละ 9.4 และปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2554 เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 14.9 และล่าสุด ปี พ.ศ. 2560 มีอัตราส่วนเพิ่มมากถึงร้อยละ 16.7

จากการที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมาก ขึ้นนั้นนำมาซึ่งภาวะเสื่อมและปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากกระบวนการชราภาพ (Aging process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ตับข้อนและ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง กับการเปลี่ยนแปลงนั้นนี้ตั้งแต่ปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ พันธุกรรมที่นำไปสู่การเสื่อมลงจนเกิดความเจ็บป่วย ต่างๆ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม วิถีการ ดำเนินชีวิต และความเครียดที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิด ความเสื่อมลงที่ผู้สูงอายุไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมมีผลต่อสภาพจิตใจของ ผู้สูงอายุเป็นอย่างมากและทำให้สูญเสียความสามารถ ทางจิตใจเป็นไปในทางลบก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึก คุณค่าในตัวเองลดน้อยลงได้ และอาจถูกปฏิเสธความเครียด หรือเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย (คินาท แขนกอก, 2553)

ในการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ของประเทศไทยยังได้รวมถึงปัญหาในด้านต่างๆ ที่ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญซึ่งกันและกัน เช่น ไม่พัฒนาเรื่องปัญหาทาง ด้านสุขภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงจำเป็นที่ จะต้องนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ในทางด้าน กระบวนการพยาบาลที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมใน การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในแหล่งชุมชน จาบทสรุปแผนงานทางด้านการส่งเสริมในด้านสุขภาพ

และการป้องกันโรคในผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2557 (PP Flagship- 2557 กระทรวงสาธารณสุข) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุมีภาวะดุกคามอยู่ 5 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่าง จากกลุ่มอายุอื่นโดยการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Disease management) มากกว่าการรักษาแบบ (Case management) 2) มาตรฐานในการดูแลในสถาน บริการและในชุมชนต้องการพัฒนา 3) ระบบและรูป แบบในการดูแลและรักษาผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ต่างๆ 4) บุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแล และรักษาผู้สูงอายุ 5) รูปแบบการให้บริการสาธารณสุข ในอนาคตเพื่อรับสังคมผู้สูงอายุเพื่อชลตอบความเสื่อม ของร่างกายและจิตใจมีการเสนอแนวทางการส่งเสริม ทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ (ประเสริฐ อัลลัมตชัย, 2544) การหากลั่นของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพราะไม่เพียง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อ คนรอบข้าง อันได้แก่ คนในครอบครัว และผู้ดูแล ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสุขภาพจิตและสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าหาก ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บรุนแรง เช่น ภาวะกระดูกหัก มีการบาดเจ็บของสมอง หรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง อาจต้องทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และอาจเกิด并发症หัวใจ ซึ่งมีการรายงานข้อมูลเชิง ประจักษ์ว่าร้อยละ 45.00 ของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บรุนแรง ต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานาน และร้อยละ 25-75 ของผู้สูงอายุดังกล่าว ยังสูญเสียความสามารถในการ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน (สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, 2542; ลัดดา เกี่ยมวงศ์, 2547) ผลกระทบด้านสุขภาพจิต และสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีความกังวล สูญเสียความ มั่นใจในการเดิน แยกตัวจากสังคม เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 30-73 ของผู้สูงอายุที่เคย หลอกลวง มีอาการลัวการหากลั่นอีก จนสูญเสียความ สามารถในการช่วยตนเอง พึงพาหุ่นเพิ่มขึ้นและคุณภาพ ชีวิตต่ำลง (สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, 2542; เพ็ญศรี เลาส์สตีชัยกุล และคณะ, 2543; ลัดดา เกี่ยมวงศ์, 2547)

ส่วนผลกระทบด้านจิตใจพบว่าในการศึกษาเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของแผนกอธิบดีปิดิกส์และแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้สูงอายุที่มีการหกล้ม ร้อยละ 75 มีผลกระทบด้านจิตใจ กล่าวคือ ร้อยละ 46 มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการประจำวัน และร้อยละ 29.7 มีความรู้สึกเลี่ยงใจ (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าผลจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล สูญเสียเวลาทำงานของญาติ เสียรายได้จากการนัดจากนี้ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อคนอยู่ที่ 470,000 บาท/คน และผลจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ยังทำให้มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยในการเคลื่อนไหวในช่วงพื้นฟูสภาพ ค่าใช้จ่ายเพื่อจ้างคนดูแล ญาติอาชญาณเสียเวลาทำงานเพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุจนทำให้เสียรายได้จากการข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พบจากการศึกษาในส่องกองพบว่า ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุทำให้มีผลกระทบกับเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าถึง 71 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (ประเสริฐ ประสมรักษ์, 2556)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การหกล้มในผู้สูงอายุ จึงเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแล การพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดคือการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุ มีการหกล้มลดลงและมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ เช่น การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการลีลาศของพรศรี พฤกษะศรี วิภาวดี คงอินทร์ และปีyanุช จิตตนานท์ (2551) ที่พบว่า การออกกำลังกายด้วยการลีลาศช่วยพัฒนาการทรงตัวให้ดีขึ้นและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุลดลงกว่าก่อนการทดลอง การศึกษาประลิขิพูลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ของคินาฯ แขนงอก (2553) ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อันตราย/ ผลกระทบ และการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายแบบไทเก๊ก (Tai Chi) การปรับปรุงลิ้งแวดล้อม และการให้คำปรึกษาแนะนำ

การใช้ยา ซึ่งผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และการทรงตัวในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและไม่พบอุบัติการณ์การหกล้มเลย

สำหรับการวิจัยครั้นนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความคิดเชิงบวก ที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้ม สามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจ ว่าการป้องกันการหกล้มมีความสำคัญกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การกระทำคือลงมือดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์กิจกรรมบางอย่างจากการวิจัยของวิลาวรรณ สมตอน ทัศนีย์ ระวีรากุล และ ขวัญใจ อำนวยลักษณ์ (2556) มาใช้ แต่ได้เน้นการให้กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในโปรแกรมขณะที่อยู่ในแหล่งท่องเที่ยว เช่น หมู่บ้านและติดตามทางโทรศัพท์ในเบื้องต้นเพื่อการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเพื่อประเมินลิ้งแวดล้อม

คำถามการวิจัย

- พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาดเป็นอย่างไร

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการหกล้ม (1 ครั้ง ใน 3 เดือน ที่ผ่านมา) และปัจจัยด้านลิ้งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และลิ้งแวดล้อมภายนอกบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาดหรือไม่อย่างไร

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการหกล้ม (1 ครั้ง ใน 3 เดือน ที่ผ่านมา) และปัจจัยด้านลิ้งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และลิ้งแวดล้อมภายนอกบ้านสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาดหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการหลบล้ม (1 ครั้ง ใน 3 เดือนที่ผ่านมา) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านกับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด

3. วิเคราะห์อำนาจทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการหลบล้ม (1 ครั้ง ใน 3 เดือนที่ผ่านมา) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน กับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด

สมมติฐานของการวิจัย

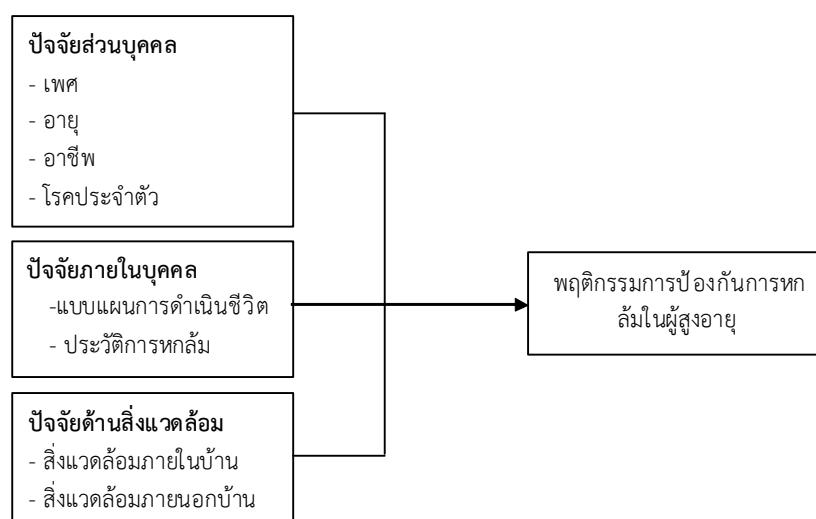
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการหลบล้ม (1 ครั้ง ใน 3 เดือน

ที่ผ่านมา) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการหลบล้ม (1 ครั้ง ใน 3 เดือนที่ผ่านมา) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากมโนทัศน์หลักและแนวคิดพฤษติกรรมสู่เริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011) ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัย ดังแสดงเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหลอกล้มของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการป้องกันการหลอกล้มของผู้สูงอายุ และศึกษาอำนาจทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายนอก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการป้องกันการหลอกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองนา ประชาราช คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนบ้านหนองนา ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม ต้องมีคุณสมบัติ คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป วนที่เก็บข้อมูล มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านหนองนาตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม มีสติสัมปชัญญะสามารถตอบคำถามประสาททางหูสามารถได้ยินเสียงและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด (Closed End) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวกับการประเมินปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการหลอกล้มของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบไปด้วย ลักษณะภายนอกบ้าน และภายนอกบ้าน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการหลอกล้มในผู้สูงอายุ โดยดัดแปลงมาจากของวิล่าวารรณ สมตน. (2556)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยต้องมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันการหลอกล้มในผู้สูงอายุนำไปตรวจสอบความที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) นั้น ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันการหลอกล้มในผู้สูงอายุมาหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านดอนยายหอมจำนวน 30 ราย และนำคะแนนที่ได้คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของ cronbach's alpha coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยปีได้รับอนุญาติการทำวิจัยจาก มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน (เลขที่ 29/2559) และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของ การวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเว้นการให้ข้อมูลได้โดยตลอดโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้าข้อมูลที่ได้จากการหลอกล้มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในรายงานผลการวิจัย ให้ภาพรวมเท่านั้นขณะให้ข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างไม่สุขลباຍจากภาวะสุขภาพที่วิจัยจะยุติการล้มภายนอกและให้การดูแลช่วยเหลือตามขอบเขตและมาตรฐานของวิชาชีพ การพยาบาลจันอาการดีขึ้น และประเมินความพร้อมและความสมัครใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตลอดช่วงระยะเวลาดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการทำวิจัย คือผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมกับนักศึกษา ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือนักวิจัยเป็นอย่างดีและผู้นำหมู่บ้านคือผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอนหนองนา ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยผู้วิจัยได้แจ้งล่วงหน้าพร้อมกับวัตถุประสงค์ถึงการออกเยี่ยมพร้อมกับแจ้งวันเวลาในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้านให้ทราบล่วงหน้าและผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยเหลือผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมโดยการนัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเวลา ขั้นตอน วิธีการออกเยี่ยมให้เหมาะสมโดยการขอข้อมูลเกี่ยวกับทักษะ การใช้เครื่องมือ/

แบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลในแบบสอบถาม เรื่องการป้องกันการหลักในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินปัจจัยภัยในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหลักในผู้สูงอายุ การประเมินปัจจัยสิงแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการหลักในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้แบบให้ทีมผู้ช่วยวิจัยคือนักศึกษาให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลในชุมชนถึงขั้นตอนต่างๆ และให้มีการแต่งกายให้ถูกตามระเบียบของมหาวิทยาลัย วิธีการลัมภาคณ์ ซึ่งเครื่องมือใช้ในแบบสอบถามให้ถูกต้อง เหมาะสมใน การออกแบบเก็บข้อมูลและลัมภาคณ์ผู้สูงอายุให้ถูกต้องเพื่อ ที่จะให้ผู้สูงอายุได้ให้ความร่วมมือตัวเอง การเก็บข้อมูล ดังกล่าวผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้านเป็นอย่างดี โดยคณะผู้วิจัยไปเก็บข้อมูล ของผู้สูงอายุเป็นรายคนตามบ้านแต่ละหลัง ในหมู่บ้าน เมื่อถึงบ้านของผู้สูงอายุผู้วิจัยจะซี้เจงวัตถุประ升ค์และ ขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุในการทำวิจัยครั้งนี้หากมี ข้อสงสัยในแบบลัมภาคณ์คณะผู้วิจัยทำการอธิบาย เพิ่มเติมใช้เวลาในการลัมภาคณ์ผู้สูงอายุแต่ละรายใน เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการสำรวจผู้วิจัย จะได้ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง ของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้แล้วนำมารวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดให้มีนัย สำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุใน ชุมชนดอนขนาด คำนวณโดยหารเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์คะแนนพัฒนาการป้องกันการหลักในผู้สูงอายุ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความลัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัย

ภายในบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพัฒนาระบบป้องกันการหลักของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ทำanova ที่ทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพัฒนาระบบป้องกันการหลักของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนขนาด โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณ (Multiple Regression Coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.70 และชายร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มีเพียงร้อยละ 7.20 ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.60 อยู่ในลักษณะเป็นครอบครัวเดียว โดยส่วนมากร้อยละ 46.40 เป็นครอบครัวอยู่ที่ร่วมกันหลักคน และยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ตามลำพังมีผู้ที่ดูแลอยู่ด้วยถึงร้อยละ 59.30 และจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังน้อยมาก ในชุมชนนี้แค่ร้อยละ 4.30 เท่านั้นเอง ส่วนในการประกอบอาชีพเดิมส่วนมากผู้สูงอายุในเขตชุมชนนี้ยัง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำสวนผลไม้ เลี้ยงปลามากถึงร้อยละ 46.40 ส่วนอาชีพรากการพืชในน้ำน้อยเพียงร้อยละ 0.70 ส่วนอาชีพในปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ได้ ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงร้อยละ 27.10 ที่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่ และจากการสำรวจ และส�탄นาชีกามเพิ่มเติมยังพบอีกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างนี้มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 70.70 ซึ่งเป็นปัญหาในด้านสุขภาพที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล 2542; นงนุช วรไธสง, 2551) และยังมีปัจจัยเริ่มทางด้านสภาพแวดล้อมทั้งปัจจัยภายนอก และ ภายในบ้านที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อ การหลักซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอันเนื่องมาจากการอุดตันที่เพิ่มมากขึ้นความแข็งแรง

ของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณขาที่เป็นอวัยวะที่รองรับน้ำหนักจากร่างกายส่วนบนของร่างกาย (นงนุช วรไชยสัง, 2551) นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากยังมีน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานคืออ้วน ระดับ BMI มาากกว่า 25.0 ถึงร้อยละ 54.29 ซึ่งการสอบถามพูดคุยพบว่าผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันซึ่งใช้กินทิมพ์ระหว่างการทำอาหาร เช่น แกงเขียวหวาน แกงเทโพ ซึ่งเป็นเมนูอาหารดั้งเดิมที่มีความอร่อยคุ้นเคยมานาน และยังชอบที่จะรับประทานข้ามหวานที่ทำมาจากแป้ง น้ำตาล และกะทิมะพร้าวอีกด้วยซึ่งมีผลต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่คล่องแคล่วว่องไว และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุไม่ได้มีการออกกำลังกายจึงเป็นสาเหตุร่วมกับการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องจึงทำให้มีน้ำหนักเกินมากกว่าปกติซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งของความเสี่ยงต่อการหลบล้ม (นงนุช วรไชยสัง, 2551)

ผลการศึกษาบังพับัญญาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามีดมีนงนง และเป็นลมบ่อยอยู่ร้อยละ 32.86 ซึ่งจากการซักถามขณะให้การล้มภายนอน ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเวลาเดตตัวนอนตอนกลางวัน จะเกิดอาการขึ้นบ่อย และขณะลุกขึ้นยืนอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้ร่างกายเช การประคองตนเองขณะก้าวเดิน ทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการหลบล้มได้อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวมากร้อยละ 82.10 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และการใช้ยาในการรักษาโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 75.71 ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Alison Wells and Sue Gray (2013) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง Following NICE Guidance to Take Positive Steps to Prevent Falls พบว่า ปัญหาเรื่องการหลบล้มของผู้สูงอายุพบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยจากการศึกษาผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านแล้วมีการหลบล้มมาจากสาเหตุ 3 ด้าน ได้แก่ ตัวผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ และสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ

อาจมีเหตุปัจจัยเรื่องสภาพการป่วย การใช้ยาซึ่งยาไม่ผลข้างเคียงจากยาหรือของยา เช่น หน้ามีด วิงเวียนศีรษะได้ และผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเมื่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะต่างๆ กล่าวคือ มีการสูญเสียหรือมีการเสื่อมด้านหน้าที่ของเซลล์ในอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น สมอง ไต ปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ และกระดูกอ่อน เป็นต้น จากรายงานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคประดับข้อ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ความบกพร่องของการได้ยิน ความบกพร่องของการมองเห็น โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน (Meiner, 2012) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ดีมีเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ทำให้ร่างกายมีอาการเซ เลี้ยกการทรงตัวทำให้เกิดการหลบล้ม หากการบอกเล่าของผู้สูงอายุเพศชายรายหนึ่งในกลุ่มตัวอย่าง “ได้เล่าว่าขณะที่ตนเองมาสร้างเดินเชือยขึ้นได้เดินสะดุดกับเสาลั้ยทูน้ำในสวนทำให้ตนเองเช หลบล้มส่วนบริเวณแขนได้กระแทกกับพื้นทำให้ได้รับบาดเจ็บ แขนบวม มีแผลแตกอก ทำให้ไม่สามารถหยิบจับ และทำงานได้ลักษณะ

จากการสำรวจ และได้พูดคุยสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่าง ผลวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวอยู่ติดกับวัด ซึ่งทุกวันพระหรืองานประจำปีผู้สูงอายุชอบที่จะไปทำบุญซึ่งมีมากถึงร้อยละ 35.70 ซึ่งบางรายต้องเดินทางออกนอกบ้านเพื่อออกไปทำบุญที่วัดตามลำพังอีกทั้งต้องมีภาระที่ของไปทำบุญด้วยตนเองสาเหตุเพราลูกหลานออกไปทำงานข้างนอกบ้านและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เป็นถนนเดินลุกรัง และพื้นดินเวลาฝนตกทำให้พื้นลื่น อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุยังสามารถเท้าแตะซึ่งมีมากถึงร้อยละ 78.57 จากการสำรวจตามบ้านของกลุ่มตัวอย่างพบว่ารองเท้าแตะส่วนใหญ่มีสภาพไม่เหมาะสม เช่น เก่า ขาด ชำรุด และไม่เหมาะสมสมกับขนาดของเท้าที่สวมใส่จึงทำให้ขณะเดินไปวัดทำให้ผู้สูงเหล่านี้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการหลบล้มผู้วัยยังได้ไปสำรวจที่ปริเวณวัดดังกล่าว พบว่าปริเวณ

บันไดทางขึ้นไปส่งยังเป็นแบบบันไดที่ปูด้วยกระเบื้องเนื้อพิโน่่อนซึ่งมีความมันลื่นอึกหั้งยังเป็นจุดเสี่ยงอย่างมาก จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุรายหนึ่งได้ชี้ให้ดูจุดดังกล่าวว่า เวลาเฝาเด็กจะลื่นมากขณะยกขาขึ้นลงบันได เพราะจุดดังกล่าวไม่มีหลังคาดคลุม จึงทำให้เป็นจุดที่เสี่ยงทุกครั้งในขณะที่พื้นเปลี่ยนน้ำ (ลักษณะ สว่ายแสงจริยารัต คอมพ์ยัช) และกันพร นทีธนสมบัติ (2557) ผลการวิจัยยังพบว่าสภาพแวดล้อมที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นผลกระทบต่อการเลี้ยงต่อการหลบล้มของกลุ่มตัวอย่างก็คือการทำงานที่เป็นงานผลไม้ ซึ่งสภาพแวดล้อมภายในสวนไม่เหมาะสม จากการสำรวจและซักถามพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงรายหนึ่งเดินหล่นเข้าไปในโรงรากล้ำยขยะที่เดินไปตัดต้นกล้าม ซึ่งมองไม่เห็นรากกล้ายที่เน่าอยู่ในดินนานแล้ว ทำให้เดินตกไปในหลุมทำให้ได้รับบาดเจ็บอีกด้วย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มของผู้สูงอายุ (ด้านบาก) ภายนอก ให้คำแนะนำความรู้ในเชิงรุกทางด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุ และครอบครัวให้มีความเข้าใจพร้อมกับบัวสภาพแวดล้อม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์มาปรับใช้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหลบล้มทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในหลักการดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างทางด้านความดูแลภาวะสุขภาพของตนเองเป็นประจำพบว่ามีค่าคะแนนมากที่สุด ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 2.60) และข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในกลุ่มประชากร คือ ออกร่างกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ($\bar{X} = 2.27$, S.D.=.71) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุ(ด้านลบ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในกลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุไม่แต่งตัวรุ่มร่วมหรือยาคลุมสันเท้าขณะเดิน ($\bar{X} = 2.51$, S.D.= .51) ในขณะที่พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในกลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุไม่ใช้ผ้าเช็ดเท้าหรือพรเมเช็ดเท้าที่ไม่มียางกันลื่น ($\bar{X} = 2.26$, S.D.= .73) ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุ ($r=.196$) และจากการวิเคราะห์ทดสอบพหุคุณแบบขั้นตอน ตัวพยากรณ์ตัวที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือ โรคประจاتัวและปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบร่วมกับการป้องกันการหลบล้มในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 19.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งการสำรวจชุมชนดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากเป็นครอบครัวเดียวถึงร้อยละ 68.60 และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุในหมู่ชุมชนดังกล่าวมีโรคประจاتัวคือ โรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 82.10 จากการลัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งที่เป็นผู้สูงอายุเพศชายซึ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานาประมาน 8 ปี และได้รักษาอย่างต่อเนื่องไปพับแพทย์ต้มน้ำ แต่ผู้สูงอายุรายนี้ก็ยังมีความดันโลหิตสูงอยู่จากการออกกำลังใจในกลุ่มตัวอย่างบางรายยังพบว่า สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยยังไม่มีความเหมาะสมพื้นที่บริเวณในบริเวณในบ้านยังมีสิ่งกีดขวางทางเดิน วางของไม่เป็นระเบียบทาให้ไม่มีความปลอดภัยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการหลบล้มมาก เช่น ภายในห้องน้ำลื่นขณะเปลี่ยนน้ำแล้วลื่นจากการมีครบสูตร ก็ทั้งภายในห้องน้ำยังไม่มีรั้วจับ ไม่มีที่ยึดเกาะเวลาลียนอาบน้ำ พื้นกระเบื้องปูมันลื่นเช่นปูนสาหร่ายที่สำคัญอย่างหนึ่งของปัญหาการเกิดอุบัติเหตุล้วนล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการสำรวจพบปัญหาดังกล่าวเป็นไปตามที่ Graham, (2012) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบเชิงประจักษ์ทางด้านการให้การพยาบาลและดูแลคนไข้ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหลบล้มในโรงพยาบาล (Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls) ที่พบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การหลบล้มของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆจากการมีสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม

นอกจากนี้จากการสำรวจในพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ยังพบปัจจัยที่มีความเสี่ยงที่สำคัญและ

พบว่ามีมากที่สุดคือการนำเสื้อผ้าเก่า ขาดรุ่งริ่งมาใช้ใน การซื้อขาย ซึ่งจากการขาดของเชษชั้นนี้ทำให้บริเวณนี้เป็นที่ ของผู้สูงอายุไปเกี่ยวกับบริเวณแท็กท้าทำให้เป็นสถานที่ของการ หลอกล้มได้ และยังพบอีกว่ามีบ้านพักของกลุ่มตัวอย่าง บางราย ไม่มีพร้อมซื้อขายไปเกี่ยวกับบริเวณหน้าห้องน้ำ และ ตรงบริเวณบ้านได้ซึ่งเป็นจุดเดี่ยวที่สำคัญการปะนิบัติตัว เช่นนี้ยังถือเป็นการค่านิยมของคนไทย ซึ่งเมื่อล่วง ของบริเวณฝ่าเท้าที่เปียกน้ำเมื่อล้มผั้งกับพื้นกระเบื้อง หรือพื้นไม้มันลื่นก็จะทำให้เกิดความลื่นได้ง่าย ซึ่งจาก การปะนิบัติตัวภายในบ้านของกลุ่มตัวอย่างหลายหลังค่า เรือนนี้ล้วนผลให้เกิดความลื่นต่อการหลอกล้มได้อย่างมาก ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงผลลัพธ์ของการศึกษาเกี่ยวกับภาระ หลอกล้มในผู้สูงอายุ (ละออม สร้อยแสง จริยาواتร คอมพียดค์ และกานพาร นีธนสมบัติ, 2557) ที่พบว่า การใช้เศษผ้าหรือเสื้อผ้าเก่าที่ขาดรุ่งริ่ง เป็นที่ซื้อขาย เป็นปัจจัยด้านลิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นสถานที่ ให้ผู้สูงอายุหลอกล้มได้ นอกจากนั้นในขณะที่มีการออก สำรวจพื้นที่ดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งได้เล่าถึง ประสบการณ์สาเหตุของการลื่นล้มของตนเองว่า ใน ขณะเวลาเกิดฝนตกตรงบริเวณชายคานออกตัวบ้านที่มี พื้นกระเบื้องมันลื่นนุ่มที่ไม่มีหลังคาคลุมมิดชิดยังลื่นล้มให้ ตนเกิดการลื่นล้มด้วยการไม่สามารถยืนทรงตัวได้ใน ขณะเวลาที่เท้าเปียกและพื้นลื่นน้ำอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. เพยเพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหลอกล้ม ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแก่ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน
2. ผู้นำชุมชนนครกำแพงงานหรือนโยบาย ที่ชัดเจนในการสนับสนุนแนวคิดด้านสภาพแวดล้อมที่ ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างจริงจัง
3. เจ้าหน้าที่และบุคลากรในทีมสุขภาพ ประจำสัมมلن์ให้ความรู้ในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถทำได้เองที่ บ้านและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่าง สม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือ คนในครอบครัวในการดูแลป้องกันการเกิดการหลอกล้ม ในผู้สูงอายุ
2. ควรขยายพื้นที่เป้าหมายให้ครอบคลุม ตำบลอนามัยห้อมและตำบลที่ได้มาเป็นแนวทางในการ แก้ปัญหาและป้องกันการเกิดการหลอกล้มในผู้สูงอายุ
3. ควรพัฒนาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการ พลัดตกหลอกล้มของผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยรวม ทั้งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และคณะ. (2556). การพัฒนาและประเมินผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. *Pacilic Rim International of Nursing Research*, 16(3), 222-235.
- ทิพเนตร งามกาลย์ และคณะ. (2554). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไวรากษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลรามาธิบดีเวชสาร*, 17(1),108-125.
- นงนุช วรไธสง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเลี้ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- นาวรัตน์ จิตรมนตรี, นิตยา ภาสุนันท์ และจันทนา วนฤทธิ์ชัย. (2541). การศึกษาสภาพแวดล้อมในบ้านที่เลี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 16 (3),34-45.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: หมochanบ้าน.
- ประเสริฐ อัลสันต์ชัย และคณะ. (2544). โครงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะหกล้มและผลแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโดยแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2556). เอกสารบรรยายภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2556). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ พฤกษะศรี วิภาวดี คงยิ่นทร์ และปิยะนุช จิตตันนท์ (2551). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. *สังชลันครินทร์เวชวารสาร*, 26(4),323-337.
- พิญประอรา ยังเจริญ และสุภาพ อารีเอ็อ. (2550). การป้องกันการพลัดหกล้ม : กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 13(3),302-322.
- เพ็ญศรี เลาสวัลเดชชัยกุล ยุพาริน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุธวัฒนะ. (2543). ปัจจัยเกี่ยวข้องและผลจากภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพฤษศาสตร์วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(2),16-20.
- ภาวดี วิมลพันธ์ และชนิษฐา พิศคลาด. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดหกล้มต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3),98-109.
- ลัดดา เถี่ยมวงศ์. (2547). แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารพฤษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 5(2),42-47.
- ละออม ลักษณะ จริยารัตน์ คอมพัคช์ และกนกพร นีธิธรรมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนเมืองพัฒนา. *วารสารพยาบาลทั่วไป*, 15(1),122-129.
- วรรณนิภา บุญยะยงค์. (2545). ปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุและกลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, 7(1),31-40.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. สำนักงานสำราญสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี.

- วิพรรณ ประจวบเมฆะ และคณะ. (2556). รายงานการศึกษา โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลารรณ สมตน พัชกี้ย์ ระหวรุกุ และ ชัยใจ อำนวยลักษ์ชื่อ. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการหลบล้มสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(3), 58-70.
- คินาท เช่นอก. (2553). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหลบล้มแบบหน้าจอจัดเรียงผู้สูงอายุที่มีภาวะบริการคลินิกผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงวันที่ 30 กันยายน 2557). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- Wells, A. and Gray, S. (2013). Following NICE Guidance to Take Positive Steps to Prevent Falls. Clinical Review, NRC, 15(1), 729-732.
- American and British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Fall Prevention. (2000). Guidelines for the Prevention of falls in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society, 49(5), 664-672.
- Bridget C. Graham. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. Medsurg Nursing, 21(5), 267-270.
- Carolyn M. Aldwin, Diane F. (2004). Gilmer. Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives. California: Kate Peterson.
- Lyons, S., Adams, S., & Titler, M. (2005). Evidence-Based Protocol Fall Prevention for Older Adults. Journal of Gerontological Nursing, 31(11), 9-14.
- Mary M. Burke, Joy A. Laramie. (2004). Primary care of the older adult: a multidisciplinary approach. 2nd ed. Philadelphia: Barbara Cullen.
- Meiner, C. A. (2012). Nursing for wellness in older adults. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pender, A.J. (2011). The healthy proviotion model manual. University of Michigan.
- Resnick, B., & Junlapeeya, P. (2004). Fall in Community of Older Adults : Finding and Implication for Practice. Applied Nursing Research, 17(2), 81-91.



ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่โรงพยาบาลระดับตertiary แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร

The Needs amongst Caregivers in Pediatric Thalassemia at a Tertiary Level Hospital in Samutsakhon Province

สุภาพร เชยชิด*

ทิพวัลย์ ธีรศิริโรจน์*

ชุติมา ดาวล้อม**

บทคัดย่อ

การศึกษาที่เป็นการวิจัยเชิงพรรณณา มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ดูแลกับความต้อง การของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคชาลัสซีเมีย และ ระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย กับความต้อง การของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคชาลัสซีเมีย กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่ได้รับการ รักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุ玆มาเรเวชกรรມ ในโรงพยาบาล ระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 54 คน เก็บ ข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2557 โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการรวม ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรง คุณวุฒิ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายถดถด ค่าที (*t*-test) และ F-test (ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย โดยรวม พบร้าผู้ดูแลมีความ ต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.24 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 0.51) และพบว่ารายได้ของผู้ ดูแลแตกต่างกัน ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแล เด็กโรคชาลัสซีเมียแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลกับความต้องการ ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ไม่พบความ แตกต่าง

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลและบุคลากร ทางสุขภาพ ควรให้ความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็ก ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียอย่าง มีประสิทธิผลต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : ความต้องการ, ผู้ดูแล, เด็กโรคชาลัสซีเมีย

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักกัลยาณ์ราชานครินทร์

Abstract

This study was a description research. The objective was to study the relationship between the attribute with the needs of caregivers in pediatric thalassemia and period of care in pediatric thalassemia with the needs of caregivers. The sample included 54 caregivers for pediatric thalassemia who were treated in pediatric thalassemia clinic of Banphaeo hospital. Data was collected between March to April 2014 by questionnaires which developed from the literature and calibrated by luminaries. Data were analyzed by using descriptive statistics, T - test, and F - test (ANOVA).

The Results showed that the needs of caregivers take care was in high level. ($\bar{x} = 2.24$ S.D. = 0.51) income

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคชาลัสซีเมียเป็นโรคเลือดจากเรื้อรังทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสัญโภตินิชั่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของยีโนโภตินิในเม็ดเลือดแดง (สถาบันวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงมากและล่วงผลกระทบต่อระบบบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขภาวะจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว ระบบเศรษฐกิจ และเป็นภาระของประเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรรณ旦 ตันไพบูลย์, 2546. อ้างถึงใน วรินทร์ วัฒนาวนิทเสถียร, 2554)

ในประเทศไทยพบว่ามีพำนัชของโรคชาลัสซีเมียมากถึงร้อยละ 30-40 ของประชากรหรือประมาณ 18-24 ล้านคน มีผู้เป็นโรคประมาณร้อยละ 1 หรือประมาณ 600,000 คน โดยอุบัติการณ์ของชาลัสซีเมียแต่ละชนิด

differences of caregivers correlated with the needs of caregivers take care of pediatric thalassemia are statistically significant (p -value < 0.05). Gender, age, education, occupation and time for take care were not correlated with the needs of caregivers take care of pediatric thalassemia.

The results of this research. Researchers have suggested nurses and healthcare personnel enhanced caregivers to have knowledge and give recommendations take care of pediatric thalassemia. For caregivers can take care of pediatric thalassemia in an efficient and productive future.

Keywords : Needs, Caregivers, Pediatric thalassemia

ไม่ต่ำกว่า 50% ของความต้องการ (สถาบันวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556). โรคชาลัสซีเมีย เป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีพยาธิกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แต่เด็กยังไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เต็มที่ ผู้ดูแลของเด็กเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่สุด ที่ทำหน้าที่ดูแลและให้ความช่วยเหลือกระทำการรักษาต่างๆ แก่เด็ก การที่ผู้ดูแลจะมีพยาธิกรรมในการดูแลบุตรที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ถูกต้องเพียงใดนั้นจำเป็นต้องมีการรับรู้ เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง จากการสำรวจผู้ป่วยเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่มาเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุ้งการเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2557 พบร้ามีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวน 65 -70 ราย ซึ่งมีทั้งรายเก่าและรายใหม่ ซึ่งถือว่ามีจำนวนมาก

การดูแลช่วยเหลือรวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสิ่งสำคัญในการ

ช่วยส่งเสริมกระบวนการทางกายหรือลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ตลอดทั้งช่วยในการปรับแบบหน้าที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังทฤษฎีการดูแลของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งได้กล่าวว่า การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องการดูแล และยังรวมถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors : BCFs) ที่แตกต่างกัน พบร่วมมือปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลนั้นแตกต่างตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความแตกต่างกันในการดูแล

จากสถานการณ์ข้างต้น ในฐานะผู้วิจัยจึงสนใจสำรวจความต้องการของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย เพื่อเป็นแนวทางวางแผนการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย และผู้ดูแล โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาระหน้าที่ในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตผู้ดูแลและเด็กโรคชาลัสซีเมียต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- คึกคักความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ในแผนกผู้ป่วยนอกรุ่มเราะกรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร
- เปรียบเทียบค่าระดับค่าเหนื่อยและความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียที่มีคุณลักษณะของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลที่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

- ผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่มีคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกัน ความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียแตกต่างกัน
- ผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียที่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียแตกต่างกันมีความต้องการของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาด้านควաวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยพบว่าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่สำคัญ คือ ทฤษฎีการดูแลของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งได้กล่าวว่า การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้พยายามสามารถให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมโดยการทำแทน หรือการชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นต้น จากทฤษฎีและการศึกษาในเรื่องความต้องการของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน พบร่วมมือปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลนั้นแตกต่างตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และยังพบร่วมระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรุ่มเราะกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากร

ผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรุ่มเราะกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีจำนวน 65 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรามาก่อน (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ครีสติตียนราภูร, 2547) ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากตัวอย่าง ได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือการวิจัยของ(รสคุณธ์ เจืออุปถัมย์,2553) และ(อรัญญา ไพรัลย์, 2550) แบ่งเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ตอบ (Checklist) และเป็นคำamoto จำนวน

- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลเด็กโรคชาลลซีเมีย ความสัมพันธ์ ของผู้ดูแลกับเด็กโรคชาลลซีเมีย ลักษณะคำามเป็นลักษณะปลายปิด (Close-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเป็นคำamoto ปลายปิด (Open-Ended Questions

or Opened form) จำนวน 8 ข้อ

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคชาลลซีเมีย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะคำamoto เป็นลักษณะปลายปิด ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเป็นคำamoto ปลายปิด จำนวน

3 ข้อ

3. แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแล ด้านการดูแลเด็กโรคชาลลซีเมีย ประกอบด้วยข้อคำamoto เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีความต้องการ

ให้ 0 คะแนน

มีความต้องการน้อย

ให้ 1 คะแนน

มีความต้องการปานกลาง

ให้ 2 คะแนน

มีความต้องการมาก

ให้ 3 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลลซีเมีย ด้วยการจัดระดับคะแนนออกเป็น 4 กลุ่ม นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 0-3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบลท์ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	0	หมายถึง	ระดับไม่มีความต้องการ
ค่าคะแนนเฉลี่ย	0.01 - 1	หมายถึง	ระดับมีความต้องการน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.01 - 2	หมายถึง	ระดับมีความต้องการปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.01 - 3	หมายถึง	ระดับมีความต้องการมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

- ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการให้จัดจากมหาวิทยาลัยคริสต์ียน ลงนามขอรับบัตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียน เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ตรงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม - เดือนเมษายน 2557

4. ขณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว

อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะสนับสนุนทางวิชาการและแสดงเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณ และนำออกจาก การเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะมีการสอบถามความสมัครใจในการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

5. ในขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัย ผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อสามารถตอบคำถามหรือให้คำอธิบายเพิ่มเติมในการนี้ที่ก่อสูมตัวอย่างไม่เข้าใจคำถามบางข้อ หลังตอบคำถามเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตอบคำถามบางข้อหรือตอบไปไม่ตรงคำถามผู้วิจัยสอบถามและอธิบายแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน

6. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาวิเคราะห์ หากค่าสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนตรวจสอบความสมบูรณ์และการจัดระเบียบทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการบรรยาย สถิติค่าที่ (*t-test*) และ *F-Test*

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความล้มเหลวของคุณลักษณะของผู้ดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลใน การดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย และระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วย นอกรุ่มเรือนแพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 54 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2557 โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการรวม

ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนอในชื่อ "มาตรฐาน ชี้แจงผลการวิจัยได้นำเสนอรายละเอียดด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้"

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคชาลล์ซีเมีย
ส่วนที่ 3 ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย

ส่วนที่ 4 ความล้มเหลวของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลโดยจำแนกตามเพศ กับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลโดยจำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความล้มเหลวของผู้ดูแลกับเด็กโรคชาลล์ซีเมีย ระยะเวลาการดูแล และโรคประจำตัวกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย

การเจาะจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย และข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 54 คน ซึ่งข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความล้มเหลวของผู้ดูแลกับเด็กโรคชาลล์ซีเมีย ระยะเวลาการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมีย ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคชาลซีเมีย ($n = 54$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10	18.5
	หญิง	44	81.5
อายุ	น้อยกว่า 35 ปี	18	33.3
	35 - 60 ปี	31	57.4
	มากกว่า 60 ปี	5	9.3
ระดับการศึกษา			
	การศึกษาระดับต่ำ ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	27	50.0
	การศึกษาระดับปานกลาง	23	42.6
	การศึกษาระดับสูง	4	7.4
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	13.0
	เกษตรกรรม	11	20.4
	ค้าขายและธุรกิจส่วนตัว	35	64.9
	รับราชการ	1	1.9
รายได้			
	ต่ำ ภูมิหรือเท่ากับ 10,000 บาท	30	55.6
	10,001 – 15,000 บาท	11	20.4
	>15,000 บาทขึ้นไป	13	24.1
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กโรคชาลซีเมีย			
	ผู้ปกครอง	41	75.9
	ญาติ	12	22.3
	ผู้อื่น	1	1.9
ระยะเวลาในการดูแล			
	ดูแล < 1 ปี	11	20.4
	ดูแล 1-5 ปี	22	40.7
	ดูแล > 5 ปี	21	38.9

จากตารางที่ 1 การแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.5 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 35 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีอาชีพรับค้าขายและธุรกิจล้วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.9 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ

10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโรคชาลซีเมีย โดยเป็นผู้ปกครอง คิดเป็นร้อยละ 75.9 ระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคชาลซีเมียมากที่สุดคือ 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.7 ระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคชาลซีเมีย รองลงมาคือ มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคชาลล์สซีเมีย
 การแจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูล
 ทั่วไปของเด็กโรคชาลล์สซีเมีย และข้อมูลมีความสมบูรณ์
 ครบถ้วน จำนวน 54 คน ซึ่งข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่
 เด็กเป็นโรคชาลล์สซีเมีย ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
 เป็นต้น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กโรคชาลล์สซีเมียจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 54$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	21	38.9
	หญิง	33	61.1
อายุ	แรกเกิด – 11 เดือน	3	5.6
	1 - 5 ปี	17	31.5
	6 - 10 ปี	21	38.9
	11 - 15 ปี	13	24.1
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	9.3
	อนุบาล	4	7.5
	ประถมศึกษา	35	64.8
	มัธยมศึกษา	10	18.5
ระยะเวลาเจ็บป่วยเป็นโรคชาลล์สซีเมีย			
	< 11 เดือน	5	9.3
	1 - 5 ปี	23	42.6
	6 - 10 ปี	20	37.0
	11 - 15 ปี	6	11.1

จากตารางที่ 2 การแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พ布ว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาอีก คิดเป็นร้อยละ 31.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีร้อยละ 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ระยะเวลาที่เด็กเป็นโรคชาลล์สซีเมีย 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.0 คิดเป็นร้อยละ 64.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ระยะเวลาที่เด็กเป็นโรคชาลล์สซีเมีย 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.3 คิดเป็นร้อยละ 11.1

ส่วนที่ 3 ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแล เด็กโรคชาลัสซีเมีย
เด็กโรคชาลัสซีเมีย และข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 54 คน ซึ่ง
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียโดยรวม ($n = 54$)

ความต้องการ	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม	2.24	0.51	มาก

จากตารางที่ 3 แสดงความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียระดับมาก ($n = 54$)

ความต้องการของผู้ดูแลระดับมาก	\bar{x}	S.D.
การดูแลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ	2.74	0.52
การดูแลเรื่องพัฒนาการและการเจริญเติบโต	2.65	0.58
ให้เด็กโรคหอบหืดรู้ว่าท่านรักและเอาใจใส่	2.61	0.59
พยายามเปิดโอกาสในการซักถามและตอบข้อสงสัย	2.54	0.63
แพทย์เปิดโอกาสในการซักถามและตอบข้อสงสัย	2.54	0.69
ເຫັນວ່າມີຄວາມຕ່າງໆທ່ານ	2.48	0.77
คำแนะนำในการรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง	2.48	0.77
สามารถในครอบครัวบังปູ້ຫາໃນการดูแล	2.48	0.63
ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการติดต่อสวัสดิการการรักษาเด็ก	2.46	0.71
การดูแลเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา	2.44	0.76
มีสมาชิกในครอบครัวเด็กไปพบแพทย์หากท่านไม่สามารถ	2.41	0.65
ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	2.41	0.85
มีสมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้ หากท่านไม่สามารถดูแลได้	2.37	0.78
การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร	2.37	0.80
ได้รับการดูแลรักษาเมื่อตนเองเจ็บป่วย	2.35	0.87
สามารถในครอบครัวเด็กรู้ดูแลค่าของท่าน	2.33	0.80
ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็ก	2.33	0.93
การดูแลเรื่องภารกิจ	2.28	0.81
มีที่พิงทางใจเมื่อท่านเกิดอาการท้อแท้	2.22	0.81
มีเวลาเพื่อไปปฏิบัติภารกิจทรงทางศาสนา เช่น สาดมนต์ ฯลฯ	2.19	0.77
มีเวลาพักผ่อนนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเครียด และความความเมื่อยล้า	2.19	0.82
มีสมาชิกในครอบครัวจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กโรคชาลัสซีเมีย	2.17	0.84
การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกาย	2.15	0.92

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมียระดับมาก ($n = 54$) (ต่อ)

ความต้องการของผู้ดูแลระดับมาก	\bar{X}	S.D.
มีเวลาเพื่อไปเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น เข้าโบสถ์ เข้าวัดฯ พำนพับแพททีดี	2.13	0.77
การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อน	2.11	0.96
มีสมาธิกในครอบครัวช่วยดูแลต่อแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือเด็ก	2.07	0.82
ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่าน	2.06	1.01
มีเวลาในการออกกำลังกาย	2.00	0.86

จากตารางที่ 4 แสดงความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมียระดับมากที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การดูแลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ รองลงมาคือ การดูแลเรื่องพัฒนาการและและการเจริญเติบโต

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมียระดับปานกลาง ($n = 54$)

ความต้องการของผู้ดูแลระดับปานกลาง	\bar{X}	S.D.
มีเวลาเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.96	0.88
ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	1.94	0.89
มีสมาธิกในครอบครัวช่วยบ่งเบาการะดูแลทำงานบ้าน	1.93	1.93
เวลาเพื่อจะไปเที่ยวพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด	1.80	1.05
มีญาติ และเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเด็กเมื่อป่วย	1.76	0.93
เวลาเพื่อจะพบปะเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน	1.74	1.03
มีเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพจากโรงพยาบาลมาเยี่ยม	1.72	1.01

จากตารางที่ 5 แสดงความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมียระดับปานกลางที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีเวลาเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวัน รองลงมาคือ ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฯลฯ

ตารางที่ 6 การทดสอบความแตกต่างความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมียเมื่อจำแนกตามเพศ ($n = 54$)

เพศ	X	S.D.	t	p - value
ชาย	2.22	0.50	0.207	0.651
หญิง	2.24	0.51		

จากตารางที่ 6 ไม่พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลล์ซีเมียเมื่อเปรียบเทียบโดยจำแนกตามเพศ

ตารางที่ 7 การทดสอบความแตกต่างความต้องการของผู้ดูแลซึ่งจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความล้มเหลวของผู้ดูแลกับเด็กโรคชาลัสซีเมีย ระยะเวลาการดูแล ($n = 54$)

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	F	p - value
อายุ					
น้อยกว่า 25 ปี	8	2.31	0.25	0.218	0.883
26 - 34 ปี	10	2.13	0.46		
35 - 60 ปี	31	2.24	0.60		
มากกว่า 60 ปี	5	2.30	0.29		
ระดับการศึกษา					
การศึกษาระดับต่ำ ถึง ป.6	27	4.38	1.16	0.384	0.886
การศึกษาระดับกลาง	23	9.04	1.62		
การศึกษาระดับสูง	4	2.54	0.42		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	2.12	0.75	0.622	0.684
เกษตรกรรม	11	2.15	0.56		
ธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย	35	6.96	0.94		
รับราชการ	1	3.00	-		
รายได้					
$\leq 10,000$ บาท	30	4.71	13	6.28	3.034*
10,001 – 15,000 บาท	11	2.00	0.66		
$>15,000$ บาทขึ้นไป	13	6.28	1.43		
ความล้มเหลวของผู้ดูแลกับเด็กโรคชาลัสซีเมีย					
ผู้ปกครอง					
ญาติ	41	4.43	1.1	0.485	0.747
ผู้อื่น	12	4.64	0.67		
ระยะเวลาในการดูแล					
ดูแล < 1 ปี	1	2.74	-		
ดูแล 1 – 5 ปี	11	4.72	0.57	1.562	0.210
ดูแล > 5 ปี	22	2.25	0.47		
	21	2.13	0.59		

จากตารางที่ 7 พบรความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < 0.05$) แต่ไม่พบรความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย เมื่อเปรียบเทียบโดยจำแนก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความล้มเหลว ของผู้ดูแลกับเด็กโรคชาลัสซีเมีย ระยะเวลาการดูแล และโรคประจำตัว

อภิปรายผล

การสำรวจความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลติดภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมีย ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุ้งมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวนห้องหมอด 54 คน ผลการคีกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียที่มีคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ ชาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกัน มีความต้องการของ

ผู้ดูแลในการสนับสนุนการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1991) โดยไม่พบความแตกต่างกันเมื่อจำแนกดามคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่วัยล 57.4 มีอายุระหว่าง 35 - 60 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ถือว่ามีความสามารถและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สามารถเลือกแนวทางในการตัดสินใจและเลือกแนวทางในการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาส่วนตัวและปัญหาในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้ป่วยเอง ร้อยละ 79.5 ซึ่งผู้ป่วยเองในนี้หมายถึงบิดาและมารดา มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง รองลงมาคือ ญาติร้อยละ 22.3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทิพวัลย์ ธีรลิริโรจน์ สุภาพร เซย์ชิด และภานิษชา จังสุกงค์กุล (2560) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบทีดีที่มารักษาในแผนผู้ป่วยนอก ภูมิภาคธรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาครผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดีที่มีคุณลักษณะ ทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกัน มีความต้องการของผู้ดูแลในการสนับสนุนการดูแลเด็กโรคหอบทีดอยู่ในระดับมาก โดยไม่พบความแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่วัยล 81

มีอายุระหว่าง 31 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 38.4 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ถือว่ามีการพัฒนาความสามารถ ผ่านประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สามารถเลือกแนวทางในการตัดสินใจ เลือกแนวทางในการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาส่วนตัว และปัญหาในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นมารดา ร้อยละ 98 ซึ่งมารดาเป็นคนที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง รองลงมาคือ ญาติผู้ใกล้ชิดร้อยละ 23 ซึ่งลักษณะสังคมไทยนั้นมีการอยู่ร่วมกันของญาติพี่น้อง ซึ่งมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีอิทธิพลกับการดูแลผู้ป่วย ให้ความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลจึงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่น่าสนใจนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียที่สามารถทำได้ในแผนผู้ป่วยของภูมิภาคธรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ที่พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคชาลัสซีเมียในระดับมาก คือ การดูแลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ และต้องการในการดูแลเรื่องพัฒนาการและการเรียนเติบโตของเด็กโรคชาลัสซีเมีย ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- พิพวัลย์ ชีรัสิริโรจน์ สุภาพร เชยชิด และนันชา จงสุกังค์กุล. (2560). ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบที่เด็กที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุญใจ ศรีสุติย์นรากร. (2547). พิมพ์ครั้งที่ ๓ ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พนิดา จริตรัมย์ และคณะ. (2556). ความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพักรักษาตัวที่บ้าน. พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สารบุรี.
- บุพพิน ศิริโภเช่น. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัยนาโนบีเดพยานลารวารลาร, 2(1), 84-93.
- รสศุภนร์ เจ้ออุปถัมย์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมบับรรณาธิการไทย พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นล์.
- 华林宏 วัฒนาวนิท์เสถียร. (2554). ผลของการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคชาลัสซีเมียโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในเยาวชน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2556. จาก http://www.dmsc.moph.go.th/webroot/thalassemia/thal_knowledge1.html.
- สรเกียรติ อาชานุภาพ. (2551). ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2556. <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2556. <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/26367>.
- สมฤทธิ์ ลิทธิมคง. (2541). ความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา ไพรவัลย์. (2550). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.
- วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ริม.
- Best, J. (1977). *Research in education*. 3 ednd Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice hall, Inc
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, (12), 758-776.
- Gaynor, S. E. (1990). The long haul : the effects of home care on caregivers. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, (22), 208-212.

-
- Global initiative for asthma (2004).. Global strategy for asthma management and prevention. *NHLBI/WHO workshop report*.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M. & Morton, P. G. (1998). *Critical care nursing holistic approach*. 7thed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Klein, S. (1989). Caregiver burden and moral development. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 21(2), 94-97.
- Kosberg, J. C., Cairl, K., & Keller, D. M. (1990). Components of burden: Interventive implication. *The Gerontologist*, 30, 236-242.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, 61-67.
- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 613-619.
- Matthis, E. J. (1991). Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. *Home Healthcare Nurse*, 9(3), 23-25.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). Ceregiving and the experienceof subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burder. *Research on Aging*, 7(1), 137-152.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th ed. st. Louis : Mosby-Year Book.
- Yammne, T. (1973). *Statistics : An introductory analysis*. 3th ed. New York: Harpar & Row Publisher,Inc.



ผลของเพลงบรรเลงต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ The Effect of Instrumental Music on Preoperative Anxiety of Major Surgery Patients

ภิญญา ศิริกุลเสถียร*
จินดากร ศรีพระราม**
ชนิษกานต์ เลิศเกียรติกุล***
อรุณรัตน์ รอตเชื้อ****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพลงไทยเดิม ดนตรีบรรเลงไทยลูกทุ่ง ดนตรีบรรเลงเพลงสุนทรภราณ์และดนตรีบรรเลงเพลงเพื่อชีวิตเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด คือแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเพชรชัยและแบบประเมินความวิตกกังวลแ芳 เมื่อตัวอย่างขนาดทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดใหญ่ในโรงพยาบาลราชวิถี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน กลุ่มผู้ป่วยได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดส่วนข้ากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับคู่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงประกอบด้วยวันก่อนผ่าตัด 1 วันผู้ป่วยได้ฟังเพลงบรรเลง 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 15 นาที และในวันผ่าตัดได้ฟังเพลงบรรเลงที่ห้องก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 20 นาที ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงบรรเลงที่ชอบมี 5 ประเภท คือ ดนตรีบรรเลงสรรพเสียงจากธรรมชาติ ดนตรีบรรเลง

ผลกระทบวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในกลุ่มฟังเพลงบรรเลงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฟังเพลงบรรเลง 0.05 และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มฟังเพลงบรรเลงมีความวิตกกังวลดก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มก่อนฟังเพลงบรรเลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

*อดีตหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี

**อดีตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการโรงพยาบาลราชวิถี

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการโรงพยาบาลราชวิถี

****อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตียน

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการนำโปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงมาใช้ในการให้บริการจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติ รวมทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล ผ่านตัวดัชนี คำสำคัญ: เพลงบรรเลง, ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่

Abstract

The purpose of this quasi experimental research was to compare preoperative anxiety of major surgery patients in the experimental group who listened to instrumental music before their operations with the patients who received only conventional care. It was also to compare the anxiety of major surgery patients before and after listening to instrumental music. The samples of this study were Rajavithi Hospital's forty major surgery patients equally divided into the control group and the experimental group. The samples were selected by the purposive sampling method depending on the inclusion criteria and assigned to the experimental and control groups by the matched pair technique. The tool used was a music listening program which required the experimental group to listen to instrumental music for fifteen minutes three times a day before the surgery for one day; on the operation day, the patients again listened to instrumental music for twenty minutes in the pre-operating room. Genres of music played were chosen by the patients among natural music, typically Thai classical music, Thai country music, Suntraraporn band music and song-for-life

music. Data collections were done by two questionnaires, one for the State Anxiety Scale and the other for Trait Anxiety Scale. The reliability of the Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire for the State-Trait Anxiety Scale was 0.96. Statistical techniques used in data analysis were percentage, median, quartile and Mann - Whitney test.

The results of this study revealed that the anxiety of patients in the experimental group was significantly lower than that of the control group at the .05 level. The patients' anxiety after listening to instrumental music was significantly lower than before listening to instrumental music at the 0.05 level.

In Conclusion the implementation of this music listening program helps reduce the patients' anxiety. It also allows perioperative nurses to perform their professional role independently. This is to enhance good relationships between the nurses and the patients including their family members as well as to increase the quality of perioperative nursing care.

Keywords: Instrument music, Preoperative anxiety, Major surgery patients

ความสำคัญของปัญหาการริจัย

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคแขนงหนึ่งทางการแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างมากในการที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภาระต่อไปได้ตามปกติ แต่การผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดเล็ก การผ่าตัดดูดเงินหรือการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้ามาก่อนก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ประกอบด้วย บุคคลแสดงอาการของพฤติกรรมเมื่อได้รับรู้ว่าต้นเองต้องได้รับการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเกิดขึ้นในช่วงระดับ 11 % ถึง 80 % (Starkweather, et al, 2006) ซึ่งความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง อาทิ เช่น ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดความกลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การพึงพาผู้อื่น และปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดและความกลัวตายที่อาจเกิดจากการทำผ่าตัดได้

ดังนั้นการผ่าตัดจึงเป็นต้นเหตุอย่างหนึ่ง ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความวิตกกังวล เพราะการผ่าตัดนั้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเลี่ยงต่อความพิการหรือสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะบางประการ ผู้ป่วยจะมีความหวาดกลัวและความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะต้องใช้เวลาผ่าตัดนานหรือทำผ่าตัดใหญ่ จากการศึกษาพบว่า ระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด (Moon, 2001 อ้างถึงใน เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) ผู้ป่วยบางคนอาจนอนไม่หลับในเดือนก่อนผ่าตัด และในวันที่อปีกห้องผ่าตัด ก็เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่ต้องรออยู่ในห้องก่อนผ่าตัด (Pre-operating room) ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมาก (Mitchell, 2003) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตรการผ่าตัดนานจะมีความวิตกกังวลสูงซึ่งผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พบร่วม หัวใจเต้นเร็วขึ้นและถี่ขึ้น หายใจเร็วขึ้น หลอดเลือดขยายตัวมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น ความไม่สมดุลของสารน้ำ

ในร่างกาย เกิดการคั่งของโซเดียม มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเสี่ยงภาวะเลือดออกมากในขณะผ่าตัด จึงเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องหาทางแก้ไขและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย และสามารถเขียนกับการผ่าตัดได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางศัลยกรรมมีหลายวิธีการฟังคนตระเป็นวิธีหนึ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวล เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ดันตรีมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน รวมทั้งเกิดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติของผู้ป่วยทำให้ลดการหายใจ อัตราชีพจร ความดันโลหิตลดลง

โรงพยาบาลราชวิถีมีวิสัยทัศน์เป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำระดับนานาชาติและพันธกิจมุ่งมั่นสู่การเป็นผู้นำทางวิชาการ เพื่อเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำระดับนานาชาติ ให้บริการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ในระดับตติยภูมิและสูงกว่ารวมทั้งระบบปรับส่งต่อที่มีคุณภาพและบุคลากรทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพด้วยระบบบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่รวมถึงมียุทธศาสตร์ เช่น ส่งเสริมพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางและส่งเสริมงานวิจัย พัฒนา ประมีนเทคโนโลยีและจัดทำมาตรฐานบริการ เป็นต้น จากสถิติการบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2554 พบร่วมผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดรวมทั้งสิ้นจำนวน 31,561 32,024 และ 32,808 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จำนวน 16,913 17,270 และ 17,852 รายตามลำดับ จากสถิติจะเห็นว่า มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่มากขึ้นด้วยในแต่ละปี เช่นเดียวกัน และจากการศึกษา narrowing (Pilot study) ในเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2554 จากจำนวนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 60 คน มาρอที่ห้องก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี พบร่วม ผู้ป่วยร้อยละ 54 ชอบพังเสียงเพลง ผู้ป่วยร้อยละ 30 ชอบความเงียบ และผู้ป่วย

ร้อยละ 16 ชอบดูโทรทัศน์ รวมถึงการสำรวจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้ญี่ห้อก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ที่ชอบดูดนตรีจำนวน 30 คน พบว่า ชอบดูดนตรีเพลงไทยเดิมร้อยละ 44 ชอบดูดนตรีเพลงลูกทุ่งร้อยละ 33 ชอบดูดนตรีเพลงสุนทรภรณ์ร้อยละ 13 ชอบดูดนตรีเพลงเพื่อชีวิตร้อยละ 10 ซึ่งการฟังดนตรีเป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) สามารถนำมาใช้เป็นกิจกรรมหนึ่งในการพยาบาลร่วมกับการรักษาของแพทย์ได้และเป็นกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลที่เลียกว่า ปฏิบัติการบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดที่ต้องให้การพยาบาลช่วยเหลือ บรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยอิทธิพลของดนตรีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยหญิงที่ต้องผ่าตัดโครนารีเวชพบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองที่ใช้ดนตรีมีค่าคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและอาการที่แสดงออกของร่างกายจากการวัดค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร และอัตราการหายใจต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม การศึกษานี้จัดว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการใช้ดนตรีระหว่างช่วงเวลา ก่อนผ่าตัดในการลดความวิตกกังวล และการแสดงออกทางกายของสัญญาณชีพที่ลดลงในผู้ป่วยหญิงที่ต้องผ่าตัดโครนารีเวช (Labragne & McEnroe-Petitte, 2014) จะเห็นได้ว่าดนตรีเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งโดยไม่ต้องใช้คำพูดแต่อาศัยความสมบัติต่างๆ ของเสียงดนตรีเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ รวมถึงช่วยเบี่ยงเบนความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้

จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว รวมทั้งประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแสดงความวิตกกังวลแตกต่างกันไป บางรายมีความรู้สึกกระวนกระวายและกังวลใจมากจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการผ่าตัดเท่าที่ควร ติดต่อกับสารเข้าใจยาก ทำให้ต้องพูดย้ำหลายครั้ง

ซึ่งก่อให้เกิดความความตึงเครียดในกล้ามเนื้อยิ่งขึ้น หรือมีความตื่นเต้นมาก วิตกกังวลในการทำผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น จนบางครั้งต้องด่าผ่าตัดหรือถือใน การผ่าตัดออกไป ทำให้ต้องสูญเสียเวลาค่าใช้จ่ายใน การเตรียมการผ่าตัดแต่ละครั้ง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของดนตรีหรือเพลงบรรเลงใน การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ เนื่องจากดนตรีเป็นสุนทรียศาสตร์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อีกทั้งค่าใช้จ่ายไม่สูง โดยการจัดดนตรีให้ฟังผ่านทางหูฟังซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกที่ผู้ป่วยสามารถสัร้งจินตนาการไปตามเสียงเพลง ทำให้ผู้ป่วยสงบ เพลิดเพลินและเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลดีลดความวิตกกังวลต่างๆ ก่อนผ่าตัด และนำไปสู่ระบบการบริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ระหว่างกลุ่มฟังเพลงบรรเลงกับกลุ่มที่ไม่ทำการพยาบาลตามปกติ
- เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังฟังเพลงบรรเลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การผ่าตัดเป็นการคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ต้องรออยู่ในห้องก่อนผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง (Mitchell, 2003) ประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่แปลงใหม่ต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยเกิดความกลัว ความสามารถควบคุมสติให้มั่นคงและมั่นใจจะลดลง รวมทั้งการปรับสภาพจิตใจให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะลดลงด้วย นอกจากนี้ผลของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ก่อให้เกิดปัญกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของ Kehlet (cited in Salmon & Kaufman, 1990) พบว่าระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดมีผลเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อม莫ร์เรียท่อต่อการผ่าตัดและเป็นผลให้ร่างกายกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติที่ยานานอกไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bradt, et al, (2013) พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลต่อการตอบสนองของร่างกาย เช่น ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น การหายของแผลชา และเพิ่มความเลี้ยงต่อการติดเชื้อ และถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก จะมีผลต่อระบบต่อการเริ่มให้ยาสลบ อีกทั้งการรู้สึกตัวหลังผ่าตัดจะช้าอกไป เพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยอาจรับประทานยา ก่อนผ่าตัด แต่ยก็มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เป็นลามเหตุของอาการร่วงซึ่ง มีภาวะหายใจลำบาก และอาจมีปัญกิริยา กับยาสลบทำให้ผู้ป่วยพื้นจากการดมยาชา รวมถึงการวางแผนจานหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ก่อนนานาขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะมีผลกระทบต่อร่างกาย ปล่อยสารเเดคทิโคลามีนและฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้นทำให้อัตราและจังหวะการเต้นหัว ใจดีดปักติดจนเป็นลามเหตุ ให้แพทย์ต้องเลื่อนการผ่าตัดตลอดจนมีต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้เสียการควบคุมตนเองและมีการแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่นเมียไม่ให้ความร่วมมือกระสับกระส่ายมีอาการคลื่นไส้อาเจียนหรือเหงื่ออออกมากเป็นต้นส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการทำผ่าตัดได้ (ดวงดาว อรัญญาสน์ และคณะ, 2555) ดังนั้นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้คือการใช้กิจกรรมด้านดนตรี

การฟังดนตรีหรือเพลงบรรเลงเป็นแนวทางหนึ่งในการเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะวิตกกังวล เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและอยู่ใกล้ตัวบุคคลเป็นอย่างมาก ความน่าอัศจรรย์ของเสียงเพลงหรือดนตรีสามารถปรับสภาพของอารมณ์ให้ดีขึ้นนำไปสู่ความสุขสบาย เพลิดเพลิน

จากการศึกษาเรวๆ นี้ที่สำรวจทีมคัลย์แพท โรงพยาบาลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต่อการรับรู้เกี่ยวกับดนตรีและดนตรีบำบัดที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด พบว่าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 629 คน ส่วนใหญ่คิดเป็น 93 % เชื่อว่าดนตรีเป็นประโยชน์ ในช่วงเวลาผ่าตัด หมายถึงเมื่อใช้ดนตรีทำให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ที่ดี และกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น 74 % มีความยินดีที่ฟังดนตรีก่อนที่จะผ่าตัด รวมถึงมีการบันทึกจำนวนที่ต้องการฟังดนตรีก่อนผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 84 และต้องการฟังดนตรีในระหว่างผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 77 นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าจำนวนผู้ป่วย 88% ที่ยอมรับให้ดนตรีเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งที่พากเพียรรับการผ่าตัด และผู้ป่วยจำนวน 50% ยอมรับให้มีการเลี้ยงเวลาบ้างที่พากเพียรฟังดนตรีก่อนที่จะถูกส่งไปห้องผ่าตัด จะเห็นว่าดนตรีเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด ซึ่งการศึกษานี้เป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญในการศึกษาความคิดเห็นของทีมบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยถึงประโยชน์ของดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล (Lane, Palmer and Chen, 2019) และ Hamel, (2001) ศึกษาเรื่องผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลาเตรียมการใส่สายสวนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับอนุญาตให้นำเครื่องเล่นเทปและชีดิเพลงที่ชอบส่วนตัวเข้าไปฟังด้วยตลอดเวลา ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด นอกจากนี้การศึกษาของ Lee, Henderson and Shum (2004) ศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนทำหัตถการ ในผู้ป่วยแบบไม่นอนโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนที่ยังคงโดยใช้ดนตรีที่ผู้ป่วยเลือกเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายสามารถลดภาวะความดันโลหิตและชีพจรได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสูนีร์ ลูชีร์ยะชาร (2547) ศึกษาเบรี่ยบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟังเพลงไทยและฟังเพลงต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่ฟังเพลงไทยมีความสงบและผ่อนคลายมากกว่าผู้ป่วยที่ฟังเพลงต่างประเทศ ดังนั้นดนตรีที่ใช้คือ เพลงไทยลูกทุ่ง มะเริงเต้านม ดันตรีที่ใช้คือ เพลงไทยลูกทุ่ง

บรรเลงและเพลงไทยสากลบรรเลง ผลการคึกข้าพบว่า กลุ่มที่ได้รับดูตีรีบันบัดมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่างกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการคึกข้าพบของดูตีรีบันภาษาผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (พิม พร ลีลวัฒนาภูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลดาวัลย์ ภูมิวิชชุเวช 2547 ยังถึงใน บุษกร มินาลันต์, 2550) พบว่าดูตีรีบันในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ในขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลในวันแรกมากที่สุด รวมถึง Hick (1980) กล่าวว่า ดูตีรีบันภาษาสากลที่ทุกคนยอมรับได้และเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และช่วยในการผ่อนคลายพฤติกรรม ทำให้ลดความตึงเครียด ผู้ป่วยรู้สึกสบายโดยมีการสร้างจินตนาการที่ดีไปตามเสียงดนตรีและสิ่งหนึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปี่ยงเบนความสนใจออกจากความรู้สึกวิตกกังวลได้

สมมติฐานการวิจัย

- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังฟังเพลงบรรเลง
- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มทดลองหลังฟังเพลงบรรเลงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าก่อนฟังเพลงบรรเลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยโดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ระหว่างกลุ่มฟังเพลงบรรเลงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังฟังเพลงบรรเลงซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือเป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะสำคัญหรือ

damyalslabหรือเป็นการผ่าตัดหลักเพื่อรักษาโรคร่วม หรือโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วย หรือใช้เวลาในกระบวนการผ่าตัด 1 - 4 ชั่วโมง และใช้ทีมพยาบาลผ่าตัด 3 - 6 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกสูติ - นรีเวช แผนก หู คอ จมูก และแผนกศัลยกรรมหัวใจปอดฯ โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการฟังเพลงบรรเลง 20 คน (กลุ่มทดลอง) ซึ่งเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคนละช่วงเวลา โดยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ 1) เพศเดียวกัน 2) อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน และ 3) ได้รับการผ่าตัดใหญ่ชนิดเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ดังนี้

- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงโดยคำนึงถึงดูมุ่งหมายในการศึกษา เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วยวัสดุประสงค์ กิจกรรม เกลาโดยประมาณ และวิธีดำเนินการโดยใช้แนวการสร้างโปรแกรมการฟังดูบัดของสุนีย์ สุวีระชจร (2547)

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินความวิตกกังวลขณะแพชชญ (STAI Form Y-1) และแบบประเมินความวิตกกังวลแห่ง (STAI Form Y - 2) ของ Spielberger (1983) ซึ่งผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะแพชชญและแบบวัดความวิตกกังวลแห่งไปทดสอบกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ตีกัดลักษณะหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณ หาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลfa ตามวิธีของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวลขณะแพชชญและแบบวัดความวิตกกังวลแห่ง = 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือเพื่อทำการทดลองในโรงพยาบาลราชวิถี โดยขออนุมัติการทำวิจัย ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย แจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตทำการวิจัยในผู้ป่วย และได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยได้

2. ปรึกษาขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หัวหน้าแผนกคลินิกรม หัวหน้าศูนย์คลินิก - นรีเวช หัวหน้าศึก ทุ ค อ จมูกและพยาบาลประจำห้องผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และการเก็บข้อมูล

3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลองและระยะทดลอง ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตัดเลือกผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทุกคนเพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบาย ในการตอบแบบสอบถามแล้วทำการสอบถามในแบบประเมินแบบ ก. (ความวิตกกังวลขณะแพชญ) และในแบบประเมินแบบ ข. (ความวิตกกังวลแบบแบ่ง) หรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งเป็นการ Pre - test ของผู้ป่วย

ระยะทดลอง

1. กลุ่มทดลองใน 1 วันก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฟังเพลงบรรเลงที่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือก ซึ่งมีแผ่น CD เพลงบรรเลงจำนวน 5 แผ่น คือ ดนตรีบรรเลงสรรพ เลี้ยงจากธรรมชาติ ดนตรีบรรเลงเพลงไทยเดิม ดนตรีบรรเลงเพลงไทยลูกทุ่ง ดนตรีบรรเลงเพลงสุนทราภรณ์ และดนตรีบรรเลงเพลงพื้นบ้านโดยฟังครั้งละอย่างน้อย 15 นาที เก็บระยะพัก ต่อมาฟังครั้งที่ 2 อีกอย่างน้อย 15 นาที และครั้งที่ 3 พังก่อนนอนในวันแรกผู้ป่วย

จะได้รับฟังเพลงบรรเลง 3 ครั้ง ส่วนในวันรุ่งขึ้นที่ทำการผ่าตัด ขณะที่ผู้ป่วยรอที่ห้องก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและชีพจร เสิร์จแล้วให้ผู้ป่วยฟังดนตรีอีก 1 ครั้ง อย่างน้อย 20 นาที แล้ววัดความดันโลหิตและชีพจรอีกครั้ง แล้ววัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะแพชญและความวิตกกังวลแบ่งเพื่อเป็นการประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองอ่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งเป็นการ Post - test ณ ห้องก่อนผ่าตัด

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยล้างความคุ้นเคยต่อเนื่องกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แล้ววัดความวิตกกังวลขณะแพชญและความวิตกกังวลแบ่งของผู้ป่วยซึ่งเป็นการ Pre - test ในวันก่อนผ่าตัดต่อมาผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติและในวันผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยที่ห้องก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและชีพจร ต่อมาให้ผู้ป่วยรออยู่ที่ห้องก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 20 นาที แล้ววัดความดันโลหิตและชีพจรอีกครั้ง เสิร์จแล้ววัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะแพชญและแบบวัดความวิตกกังวลแบ่งเพื่อเป็นการประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองอ่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งเป็นการ Post - test ณ ห้องก่อนผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรคชนิด การผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด และข้อมูลความเชื่อชอบเกี่ยวกับดนตรี วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ วิเคราะห์โดยการคำนวนหาค่ามัธยฐาน (Median) และควอไทล์ที่ 1, 3 (Q1, Q3)

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ หลังให้การพยาบาลตามปกติและหลังใช้โปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Mann - Whitney โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

4. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ในกลุ่มทดลองของ และหลังพัฒนาบรรเทา ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Mann - Whitney โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีจำนวนสูงสุดและมีจำนวนเท่ากันทั้งกลุ่มก่อนและหลังการทดลองซึ่งโดยส่วนรวมคิดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 5 เป็นเพศชาย อายุล้วนใหญ่อุ่นในช่วงอายุ 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 41 - 50 ปี เหมือนกันคิดเป็นร้อยละ 45 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่และโสดเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40 การศึกษาระดับประณีตคือภาษาล้วนในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 30 และระดับการศึกษาปริญญาตรีเท่ากันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann - Whitney ($N = 20$) สองกลุ่มคือร้อยละ 35 สิทธิในการรักษาพยาบาลครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบัตรประจำตัวประชาชนหน้าร้อยละ 40 และร้อยละ 45 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 45 ตามลำดับรายได้ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 8,000 บาท / เดือน โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 45 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 55 ตามลำดับ การผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร้อยละ 35 เป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องและส่องชั้นเนื้อตรวจ รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกออกคิดเป็นร้อยละ 25 และผ่าตัดมดลูกออกพร้อมรังไข่คิดเป็นร้อยละ 10 รวมถึงการครอบฟันเพลงบรรเทา ก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 7 คน เลือกคนตัวบุคคลไทยลูกหุ่นคิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยจำนวน 5 คน เลือกคนตัวบุคคลไทยลูกหุ่นคิดเป็นร้อยละ 25 ผู้ป่วยจำนวน 4 คน เลือกคนตัวบุคคลไทยเดิมคิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยจำนวน 3 คน เลือกคนตัวบุคคลไทยเดิมคิดเป็นร้อยละ 3 และผู้ป่วยจำนวน 1 คน เลือกคนตัวบุคคลไทยเดิมคิดเป็นร้อยละ 5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าว่าไหล์ที่ 1, 3 (Q₁, Q₃) ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann - Whitney ($N = 20$)

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p - value
	Median	(Q ₁ , Q ₃)	Median	(Q ₁ , Q ₃)	
ก่อนการทดลอง	82.00	(68.00, 99.00)	79.00	(71.00, 83.75)	0.507
หลังการทดลอง	75.00	(64.25, 96.00)	67.50	(63.25, 80.00)	0.107
ความแตกต่าง	- 1.50	(- 5.00, 4.50)	- 3.00	(- 1.25, - 14.25)	< 0.001*
หลัง - ก่อน การทดลอง					

* p < .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ค่ามัธยฐาน (Median) และควอไทล์ที่ 1, 3 (Q1, Q3) ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน แต่ค่ามัธยฐาน (Median) และควอไทล์ที่ 1, 3 (Q1, Q3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($N = 20$)

คะแนนความวิตกกังวล ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับสูง (120 - 160)	1	5	0	0
ระดับกลาง (80 - 119)	9	45	10	50
ระดับต่ำ (40 - 79)	10	50	10	50
หลังการทดลอง				
ระดับสูง (120 - 160)	1	5	0	0
ระดับกลาง (80 - 119)	8	40	5	25
ระดับต่ำ (40 - 79)	11	55	15	75

จากตารางที่ 2 พบร่วมกันว่า ก่อนการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 50 ตามลำดับและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 50 ตามลำดับ

หลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ระดับกลางและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55 ร้อยละ 40 และร้อยละ 5 ตามลำดับแต่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำและระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และควอไทล์ที่ 1, 3 (Q1, Q3) ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney ($N = 20$)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value
	Median	(Q ₁ , Q ₃)	Median	(Q ₁ , Q ₃)	
กลุ่มทดลอง	79.00	(71.00, 83.75)	67.50	(63.25, 80.00)	0.001*

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าไถล์ที่ 1, 3 (Q1, Q3) ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองที่ผู้ป่วยได้ฟังเพลงบรรเลงมีค่าคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังเพลงบรรเลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ความแตกต่างของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มฟังเพลงบรรเลง มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยลง เมื่อพิจารณาอีก步 ได้ว่า การผ่าตัดใหญ่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและมีความวิตกกังวล ซึ่งทำให้ความเมื่นคงปลอดภัยถูกกุศลตามนั้นเมื่อนำมาโปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงที่ผู้ป่วยชอบมาใช้ในกลุ่มทดลองทำให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพิ่มการใช้การปรับตัวเพื่อเชชญปัญญาแบบ Emotional focused coping คือ การปรับตัวแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นอันดับแรก โดยการยอมรับภาวะที่เข้ามาคุกคามหรือวิกฤตที่เกิดขึ้นและพยายามมองโลกในเม่นมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบใจ ภาวะเครียดและความวิตกกังวลลดลง (Wartella, 2009 อ้างถึงใน ทศพร ธรรมรักษ์ และคณะ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับ Long (1987) ได้กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปฏิริยาความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ป่วยมักมีจินตนาการว่าการผ่าตัดก่อให้เกิดบาดแผล ต้องเสียเลือด และถ้าเป็นการผ่าตัดใหญ่ แล้วอาจมีความเจ็บปวดมากขึ้น ถึงแม้มีความเสี่ยงขั้นตรายจากการติดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น

จนอาจถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้สามารถสังเกตได้จากในระยะก่อนการทดลองค่ามัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีค่ามากกว่าระยะหลังการทดลอง นอกเหนือนี้เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวลขึ้นทำให้ว่างกายอ่อนแรงในสภาพไม่สมดุล มีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลโดยระบบประสาทชิมพา เทศกุณกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น เพิ่มการหลั่งสารเคนท์โคลามีน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น (Mazzeo, 1995) ดังนั้นการใช้ดนตรีหรือฟังเพลงบรรเลงช่วยลดระดับความวิตกกังวลและการตอบสนองทางสิริจะได้เนื่องจากดนตรีทำให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการประสานกันของคลื่นเสียงดนตรีกับแบบแผนจังหวะการลับลับเทือนของร่างกาย ผลลัพธ์ของการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่สมองส่วนลิมบิก ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมด้านอารมณ์ ความรู้สึกและการรับรู้ซึ่งดนตรีมีผลต่อสมองส่วนลิมบิกโดยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์ คือ ลดความวิตกกังวลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สมองส่วนลิมบิกซึ่งทำงานประสานกับสมองส่วนคอร์เทกซ์โดยการส่งสัญญาณการตอบสนองด้านอารมณ์ คือ การผ่อนคลายและลดระดับความวิตกกังวล เมื่อเกิดการผ่อนคลายแล้ว สมองส่วนลิมบิกจะส่งสัญญาณประสาทอย่างอัตโนมัติไปยังไฮโพทาลามัส กระตุ้นให้เกิดการหลั่ง Corticotropin releasing hormone และลดการทำงานของระบบประสาทชิมพา เทศก ทำให้ลดการกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มระดับการรับรู้ ลดการกระตุ้นของระบบประสาทกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลให้เกิดการตอบสนองด้านสิริโดยลดการทำงานของระบบหัวใจ ระบบการทำงาน ความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับของอิพิโนฟินและความดันโลหิต (Zahourek, 1989 อ้างถึงใน สุเมลชาติ ดวงบุญพา และคณะ, 2551) และการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีจำนวน 6 เรื่อง จากจำนวน 19 เรื่อง พบร่วดดนตรีช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Evans, 2001) นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีโดยมีการใช้หูฟังและปรับระดับความดังของเสียงได้ส่วนเพลงบรรเลงนั้นไม่มีเนื้อร้อง ผู้ป่วยจึงไม่ต้องคิดตามเนื้อร้องและหูฟังยังช่วยป้องกันเสียงรบกวนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่ถูกกระตุ้นหรือรบกวน มีการศึกษาผลของการใช้เครื่องหูฟังในห้องผู้ป่วยวิกฤตของ Chilan (1998) พบร่วมกับการใช้เครื่องหูฟังขณะฟังดนตรีช่วยลดระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงผ่อนคลายและมีสมาธิในการฟัง สามารถเบี่ยงเบนความรู้สึกของผู้ป่วยจากสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริมา วงศ์ฟู (2556) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มานอนรับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระปรมินทรมหาภารีราชานุรักษ์ โดยให้ผู้ป่วยใช้เครื่องเล่นเพลง MP3 พร้อมหูฟังชนิดครอบ เลือกฟังเพลงตามความชอบประกอบด้วยเพลงไทยสากลไทยลูกทุ่งคลาสสิกดนตรีไทยดนตรีบรรเลงเลียงธรรมชาติและเพลงสวดมนต์ที่มีอัตราความเร็ว 60-80 ครั้ง/นาที เพื่อกับอัตราการเต้นของหัวใจมุขย์เพ็บว่าความวิตกกังวลหลังการศึกษาของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลในช่วงนอนรับผ่าตัดควรมีทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ชอบฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้และดนตรีที่ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีจังหวะ 60 - 80 ครั้งต่อนาทีเพื่อกับอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นจังหวะปกติทำให้รู้สึกสงบ สร้างสมາธิและช่วยในการปลดปล่อยอาการเกร็งและความหมกเมulen ของร่างกายรวมทั้งผู้วิจัยมีเลียงเพลงบรรเลง 5 ประเภท ให้ผู้ป่วยได้เลือกเพื่อสอดคล้องกับสนิยมและความชอบของผู้ป่วยอันจะก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายความเครียดลดความกังวล ทำให้สบายใจและมีความสุข จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้กลุ่มฟังเพลงบรรเลงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามผลมหัศจรรย์การวิจัย ข้อที่ 1

2. ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มทดลองหลังฟังเพลงบรรเลงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด น้อยกว่าก่อนฟังเพลงบรรเลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมฟังเพลงบรรเลงมีการอธิบายวัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมายและแนวทางการปฏิบัติให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นหลักการที่จำเป็นช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและส่งผลถึงแนวทางการปฏิบัติให้ผู้ป่วยฟังเพลงบรรเลงอย่างตั้งใจและเพลงบรรเลงที่ผู้วิจัยจัดให้ฟังเป็นแบบแต่ละบุคคล ผู้วิจัยสามารถควบคุมเพลงบรรเลงและระยะเวลาที่จัดให้ฟังได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้วิจัยดูแลให้ฟังเพลงบรรเลงด้วยตนเองตลอดการวิจัย นอกจากนี้เพลงบรรเลงที่ผู้วิจัยจัดเลือกเป็นดนตรีที่ผ่อนคลาย มีจังหวะ 60 - 80 ครั้งต่อนาทีที่ทำให้กับอัตราการเต้นของหัวใจโดยที่จังหวะช้าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ดนตรียังมีผลต่อระบบประสาหัตโน้มติกระตุ้นต่อมพิทูอิการีให้หลั่งสารเอนโดรฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขสามารถลดความวิตกกังวลได้ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Guzzetta (1989) กล่าวว่า ดนตรีจะมีผลต่อระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งระบบลิมบิกนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกวิตกกังวล องค์ประกอบของดนตรีในส่วนของการประสานเสียงและจังหวะ จะมีผลโดยตรงต่อระบบลิมบิกนี้ เมื่อผู้ป่วยได้ฟังดนตรีจึงสามารถทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเพลิดเพลินต่อการฟังดนตรี ทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น ลดการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกประเภทของดนตรีที่ตนชื่นชอบจากดนตรีที่ผู้วิจัยจัดให้ การฟังดนตรีที่ตนชื่นชอบจะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการผ่อนคลาย และยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ไม่เกิดความรำคาญ ทั้งนี้เนื่องจากผลของดนตรีที่รู้สึกชอบสามารถเข้าสู่ระบบลิมบิก ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและความวิตกกังวลของบุคคลจึงทำให้รู้สึกได้พักผ่อนและผ่อนคลายมากขึ้นใน

ขณะที่บุคคลได้ฟังดนตรีและเสียงดนตรีที่รู้สึกชอบสามารถดึงดูดความสนใจของบุคคลจากความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ช่วยให้บุคคลสุขสบายนماกขึ้นจากการฟังดนตรี (สถาพร กลางcar, 2540) ซึ่งผลการศึกษาจำนวนผู้ป่วย 20 คนของกลุ่มทดลองที่ชอบฟังเพลงบรรเลงก่อนผ่าตัด พบร่วม ผู้ป่วยจำนวน 7 คน ชอบฟังดนตรีบรรเลงไทยลูกทุ่งผู้ป่วยจำนวน 5 คน ชอบฟังดนตรีบรรเลงเพื่อชีวิตผู้ป่วยจำนวน 4 คน ชอบฟังฟังดนตรีบรรเลงสรรพเลียงจากธรรมชาติผู้ป่วยจำนวน 3 คน ชอบฟังดนตรีบรรเลงเพลงลุนทราราภรณ์และผู้ป่วยจำนวน 1 คน ชอบฟังดนตรีบรรเลงไทยเดิมจะเห็นว่าความชื่นชอบในดนตรีของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างส่วนใหญ่ชอบดนตรีบรรเลงไทยลูกทุ่งที่ฟังแล้วมีความสุกิดดิเป็นร้อยละ 35 และรองมาชอบฟังดนตรีบรรเลงเพลงเพื่อชีวิตดีเป็นร้อยละ 25 ซึ่งส่วนใหญ่จะฟังเพลงชนบทผ่อนหนหรืออนอนเล่น อ่านหนังสือและโอกาสฟังเพลงบรรเลง 1-3 ชั่วโมง ใน 1 วัน รวมถึงได้สอบถามผู้ป่วยในกลุ่มทดลองว่า ถ้าหันได้ฟังเพลงบรรเลงก่อนผ่าตัดความวิตกกังวลของหันจะเป็นอย่างไรผู้ป่วยจำนวน 17 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 85 ตอบว่าความวิตกกังวลลดลง มีผู้ป่วยจำนวนห้าอย่าง คนหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ตอบว่าความวิตกกังวลเท่าเดิม และจากผลการศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนทำการผ่าตัดการให้ผู้ป่วยแบบไม่นอนโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนที่ห้องกองโดยใช้ดนตรีที่ผู้ป่วยเลือกเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lee, Henderson and Shum, 2004) และจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังฟังเพลงบรรเลงผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าก่อนฟังเพลงบรรเลง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้หายในกลุ่มทดลองหลังฟังเพลงบรรเลงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มก่อนฟังเพลงบรรเลง

จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สนับสนุน การใช้โปรแกรมการฟังเพลงบรรเลงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับ

การผ่าตัดให้หายมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและรออยู่ห้องก่อนผ่าตัดมีความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความรู้สึกกลัวและความทุกข์ทรมาน ซึ่งการฟังเพลงบรรเลงก็สามารถปฏิบัติได้ง่ายและทำได้เจ้ายิ่งสูง แต่ในการเริ่มโครงการได้ก็ตาม สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ควรดำเนิน คือ มีการทำความเข้าใจกับบุคคลการทุกคนให้รับทราบขั้นตอนการปฏิบัติ มีความเข้าใจและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถสนับสนุนให้บุคคลการที่มีสุขภาพดีให้เห็นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยฟังเพลงบรรเลงที่ตนนิยมชอบ เพื่อผ่อนคลายและช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
2. พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องก่อนผ่าตัดมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่เน้นการให้โปรแกรมการฟังเพลงบรรเลง ซึ่งสามารถใช้เวลาเพียงเล็กน้อยและเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ที่พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ อบอุ่นใจ เป็นขึ้น ไม่รู้สึกว่าเหวและความวิตกกังวลลดลง
3. พยาบาลควรเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการฟังเพลงบรรเลงหรือดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลโดยพิจารณาระดับการศึกษาและประสบการณ์ผ่าตัดที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เพราะมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้
4. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลของการฟังเพลงบรรเลงหรือดนตรี ไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านอื่นๆ อาทิเช่น ความเจ็บปวด ความเครียดและความซึมเศร้า เป็นต้น
5. ควรสอนแทบทุกการฟังเพลงบรรเลงหรือดนตรีในการสอนวิชาการพยาบาลต่างๆ เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำดนตรีไปใช้ในการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของเพลงบรรเลงต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (Day surgery) ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและผู้ป่วยที่ต้องตัดอวัยวะของร่างกาย เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของเพลงบรรเลงต่อความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง
3. ใน การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการควบคุมตัวแปรทางชั้อนและตัวแปรเกินต่างๆ เช่น ยาที่ก่อให้เกิดอาการด้วยไดรับ ประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน และระดับการศึกษา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การวิจัย มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง
4. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาเพลงบรรเลงประเภทต่างๆ ของไทยหรือดูเครื่องสากลที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- ดวงดาว อรัญญาลันน์, และคณะ. (2555). ผลการใช้ชุดทดสอบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาความรู้สึกแบบหง้าม. *วิทยานิพนธ์วิชาชีวศึกษา*. 8(2): 102-108.
- ทศพร ธรรมรักษ์ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในห้องผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารสภากาชาดไทย*. 32(2): 50-64.
- บุษกร บินชาลันต์. (2550). ดนตรีบำบัด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บริษัท วี.พรินท์.
- สถาพร กลางค่า. (2540). ผลของการฟังดนตรีตามความรู้สึกชอบต่อการลดความวิตกกังวลของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยและรู้สึกตัวในห้องไอ. ชี.ยู. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์วิทยาลัยนานาชาติ.
- สุนีย์ สุธีวิรชัช. (2547). ศึกษาเปรียบเทียบผลสัมผัสบันดาลกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.
- สมลชาติ ดวงบุญชา, สมจิต หนูเจริญกุล, และชาญ กีรติบุญครี. (2551). ศึกษาประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอิ่มตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*. 14(3):312-327.
- สิริมา วงศ์พุ. (2556). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มานอนรับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวีนครราช. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2562, จาก <http://www.cbh.moph.go.th>.
- เอื้องพร พิทักษ์สังข์และคณะ. (2554). การศึกษาความวิตกกังวลความเครียดและความต้องการช้อปปิ้งของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารพยาบาลศิริราช*. 4(1):35-42.

- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). *Music interventions for preoperative anxiety*. [Online]. Retrieved May 29, 2019, from <http://www.thecochanelibrary.com>.
- Chlan, L. (1998). Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilator assistance. *Heart & Lung*. 27(3): 169–175.
- Evans, D. (2001). Music as an intervention for hospital patients. A systematic review. *The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*. 5(4): 1 – 6.
- Guzzetta, C.E. (1989). Effect of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit with presumptive acute myocardial infarction. *Heart & Lung*. 18: 606 – 616.
- Hamel, W. (2001). The effects of music intervention on anxiety in the patient for cardiac catheterization. *Intensive and Critical Care Nursing*. 17: 279 – 285.
- Hick, F. (1980). The power of music. *Nursing Time*. 88: 72 – 74.
- Labrague, J. L. & McEnroe-Petite, M. D. (2014). *Influence of Music on Preoperative Anxiety and Physiologic Parameters in Women Undergoing Gynecologic Surgery*. [Online]. Retrieved May 30, 2019, from <http://cnr.sagepub.com>.
- Lane, D., Palmer, B. J. and Chen, Y. (2019). A Survey of Surgeon, Nurse, Patient, and Family Perception of Music and Music Therapy in Surgical Contexts. *Music Therapy Perspectives*. 37: 28 – 36.
- Lee, D., Henderson, A. and Shum, D. (2004). The effect of music on preprocedure anxiety in Hong Kong Chinese day patients. *Journal of Clinical Nursing*. 13: 297 – 303.
- Long, B. C. (1987). *Preoperative nursing in medical - surgical nursing: Concepts and clinical practice*. St Louis: C. V. Mosby.
- Mazzeo, A. J. (1995). Sedation for the mechanically ventilated patient. *Critical Care Clinics*. 11: 937 – 955.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 12: 806–815.
- Salmon, P. & Kaufman, L. (1990). Preoperative anxiety and endocrine response to surgery. *The Lancet*. 17: 1340.
- Spielberger, C. D. (1983). *The measurement of State and Trait Anxiety: Conceptual and methodological issue in emotion*. New York: Ravan Press.
- Starkweather, A. R., Witek-Janusek, L., Nockels, R. P., Peterson, J., & Mathews, H.L. (2006). Immune function, pain, and psychological stress in patients undergoing spinal surgery. *Spine*. 31 : E641-E647.



ความสุข
Happiness

ณุปราภนี แต่งงานช์*

ช่อเอ็ง อุทิตาสร**

พิมพ์ตะวัน จันทัน***

ดร.จิตรา ดุษฎี เมฆา****

ดร.ชนิชญา สาลีหมัด*****

บทคัดย่อ

มนุษย์ทุกคนต้องการมีความสุข เนื่องจาก ความสุขเป็นการแสดงให้เห็นถึงความผาสุกในชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสุขขึ้นอยู่กับการรับรู้ ของบุคคล ได้แก่ ความสำเร็จ ในชีวิต ความพึงพอใจ ในชีวิต การรู้สึกมั่นคงในชีวิต และการมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ความสุขยังเป็นแนวคิดที่นำมาศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิต เทคนิคการสร้างความสุขประกอบด้วย

การส่งเสริมอารมณ์ทางบวก มีลักษณะภาพที่ดี มีความกระตือรือร้นในสิ่งที่ทำ มีชีวิตอย่างมีความหมาย มีความสำเร็จ รู้จักตนเอง มีความหวัง มองโลกในแง่ดี มีความกตัญญูและการให้อภัย ดังนั้นบุคคลที่สามารถพัฒนาตนเองให้มีความสุขได้ก็จะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิต ที่ดีได้

คำสำคัญ : ความสุข, คุณภาพชีวิต

Abstract

Happiness is a human being's desire. It is a sense of well-being and high quality of life. Happiness depends on their own perception including life success, life satisfaction, life security, and self-esteem. Furthermore, happiness can be applied as a concept related to quality of life. Happiness the strategy that

will be promoted happiness consist of positive emotion, relationships, engagement, meaning, accomplishments, self-knowledge, hope, optimism, gratitude, and forgiveness. According, human is able to develop happiness and also enhance a high quality of life.

Keywords : Happiness, Quality of life

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

**อาจารย์ประจำ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

***นักวิชาการอิสระ

****ทัศน้าคุณย์พัฒนาศักยภาพมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยครินทร์วิโรฒ

*****อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยครินทร์วิโรฒ

บทนำ

คำว่า "ความสุข" เป็นคำที่หลายคนไม่สามารถให้ความหมายได้ชัดเจน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าเป็นสิ่งที่ใครๆ แสวงหา ประเทศไทยก้าวสู่การรวมกลุ่มกันเป็นสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nations, ASEAN) หรือประชาคมอาเซียน ทำให้ปัจจุบันนี้สังคมเต็มไปด้วยบรรยายของภาระและข้อบังคับ ที่มีตั้งแต่การแข่งขัน ระดับบุคคลไปถึงระดับประเทศ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ การแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจมากขึ้น การแพร่หายของเทคโนโลยี สื่อออนไลน์ต่างๆ เกิดเป็นค่านิยมของสังคมที่ให้ความสำคัญกับบัตรอุ งานเกิดความเชื่อผิดๆ ที่ว่า ความสุขคือการได้ครอบครองเป็นเจ้าของในสิ่งต่างๆ หลักคนจะใช้เวลาไปทำงานหาเงินเพื่อให้ซื้อสิ่งที่คิดกันว่าเป็นความสุข และเมื่อบุคคลเหล่านั้นไม่สามารถปรับตัวต่อความกดดัน จากสังคมแห่งการแข่งขัน ได้ ก็เกิดความเครียด วิตกกังวล และบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามมา ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย แนวคิด องค์ประกอบของความสุข จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการสร้างความสุขด้วยตนเองและผลของการมีความสุขก่อให้เกิดความรู้สึกที่อิ่มอิ่นใจ มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี เกิดเป็นคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลเหล่านั้นตามมา

ความหมายของความสุข

นักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามความหมายและองค์ประกอบของความสุขไว้หลายทรายรูปแบบ โดยนักวิชาการต่างประเทศได้นิยามความหมายของความสุขไว้ ดังนี้

อริสโตเตล (Aristotle, 1970) และ อาร์คเล (Aegyle, 1987) เห็นตรงกันว่า ความสุขคือความเชื่อว่าตนเองจะได้รับประโยชน์สูงสุดตามต้องการเป็นประสบการณ์เชิงบวกที่เรียกว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อความสำเร็จนั้นมาถึงแล้วและบรรลุผลดังที่ตั้งเป้าประสงค์ไว้

ดีนเนอร์ (Diener, 1984) ได้ให้ความหมาย

ของความสุขในเรื่องของสภาวะอารมณ์ด้านบวก ที่มีมากกว่าสภาวะอารมณ์ด้านลบที่บุคคลนั้นมีการประเมินตนเองต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

ไอน์สไตน์ (Einstein, 1992) ได้กล่าวว่า ชีวิตที่เรียบง่ายและเงียบสงบ จะนำความสุขมากให้ยิ่งกว่าการไล่ติดตามความสำเร็จ รวมทั้งความกังวลทั้งหลายที่มากับมันตลอดเวลาด้วย

ในประเทศไทย ชิ่งส่วนใหญ่ความสุขนั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจและการณ์ที่เป็นนามธรรม ความหมายของความสุข ส่วนใหญ่ความหมายของความสุข ในเชิงพระพุทธศาสนา เนื่องจากประเทศไทยเป็นเมืองพุทธที่มีหลักความเชื่อทางศีลธรรม จริยธรรม และวัฒนธรรมมีพระพุทธศาสนาเป็นราชฐานมาอย่างช้านาน นักวิชาการหลายท่านได้นิยามความหมายและองค์ประกอบของความสุข ดังนี้

พระธรรมปัญญา (ป.อ.ปยุตโต) ได้กล่าวว่า ความสุขมี 2 แบบ คือ เป็นความสุขจากภายใน หมายถึง มีความสงบสุขในใจตนเองหรือมีความสุขจากการรู้เท่าทันเข้าใจความจริงของสิ่งทั้งหลายเป็นความสุขทางปัญญา เนื่องจากเห็นแจ้งความจริงเป็นความโปรด় ไม่มีความติดขัดบีบคั้นใจเป็นความสุขภายนอก นอกจากนี้ท่านพระธรรมปัญญา ยังได้แบ่งประโยชน์สุขออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ประโยชน์สุขระดับที่ 1 ด้านรูปธรรมที่ตามองเห็นหรือเห็นได้กับตา คือ การมีสุขภาพดี การมีทรัพย์สินเงินทอง การมีอาชีพการทำงานเป็นหลักเป็นฐาน การมียศฐานะ ตำแหน่ง การเป็นที่ยอมรับ ในสังคม การมีมิตรสหายบริวารและการมีชีวิตครอบครัวที่ดี

ประโยชน์สุขระดับที่ 2 ด้านนามธรรมที่ลึกซึ้งจากความองเห็นคือเรื่องของคุณงามความดี การมีสุขที่เกิดจากความมั่นใจในคุณค่าของชีวิต การได้บำเพ็ญประโยชน์ ช่วยเหลือกือกูลแก่เพื่อนมนุษย์ ความมีครรภาระในสิ่งที่ดีงามที่เป็นหลักของจิตใจ และการมีปัญญาที่ทำให้รู้จักการปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายได้ถูกต้อง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ชีวิตเป็นอยู่ด้วยดี

ประโยชน์สุขระดับที่ 3 ด้านนามธรรมขั้นโลภุตระที่อยู่เหนือภาระและความไม่หลวบของโลกธรรมคือความเป็นผู้มีจิตใจเป็นอิสระด้วยความรู้เท่าทันต่อสิ่งทั้งหลาย รู้โลกและชีวิตตามความเป็นจริง จนกระทั่งว่าโลกธรรมเกิดขึ้นมากระบวนการทั้งทั้งก็ไม่ห่วนไหว 旺ใจและปฏิบัติได้ถูกต้องตามเหตุปัจจัย ปล่อยให้กฎธรรมชาติทั้งหลายก็เป็นกฎธรรมชาติอยู่ตามธรรมชาติ ความทุกข์ที่มีอยู่ในธรรมชาติก็คงเป็นทุกข์ของธรรมชาติไปไม่เข้ามากระบวนการทั้งทั้งนี้เป็นจิตใจของเราได้เป็นผู้มีสุขอยู่กับตนเองตลอดเวลา

พระธรรมโภคอาจารย์ (ปัญญาณทวิกิจุ) ได้กล่าวถึงความสุขว่า สภาพจิตที่เป็นปกติที่นั่นแหล่งเรียกว่าความสุข ลุกขึ้นเพราะว่าจิตปกติไม่ขึ้นไม่ลง ไม่เอียงขวา เอียงซ้าย ไม่มีอะไรมาผูกมัดจิตใจ เป็นอิสระ เป็นไฟแก่ตัว อย่างนี้เรียกว่า "ปกติ"

กระทรวงศึกษาธิการ (2542) ได้ให้ความหมายของความสุขว่า หมายถึง ความรัก การแบ่งปัน การประพฤติชอบ มีความสุขและไม่เบียดเบี้ยนผู้อื่น

อภิชัย มงคล และคนอื่นๆ (2544) ได้ให้คำจำกัดความของความสุขในนี้คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสุขในการจัดการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต มีคุณภาพจะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จะเห็นได้ว่า นักวิชาการต่างประเทศและไทยได้นิยามความหมายของความสุขตามที่ต่างกันตามมุมที่มอง ความเชื่อและภาระที่ความสุขของแต่ละบุคคล นักวิชาการทางตะวันตกจะมองความสุขเป็นเรื่องของจิตวิทยาและพฤติกรรมนิยม ซึ่งมองให้เชิงวิทยาศาสตร์ที่พยายามหาคำตอบให้กับปรากฏการณ์นั้นได้ ส่วนในประเทศไทยมองความสุขในเรื่องของความเชื่อทางศาสนาและคีลธรรม มาเป็นบรรทัดฐานในการคิด วิเคราะห์และเชื่อมโยง ซึ่งไม่ว่าความสุขจะถูกนิยามความหมายทางด้านใด ก็ล้วนแล้วแต่เป็นที่ต่างกัน เช่น ความสุขระดับปัญญา และคุณธรรม จะเห็นได้ว่า ความสุขจึง ปัจเจกบุคคลที่แตกต่างกันทั้งสิ้น สรุปได้ว่า ความสุขจึงหมายถึง สภาพทางอารมณ์ด้านบวกของบุคคล ที่ส่งผล

ทำให้เรงขับเคลื่อนในทุกช่วงเวลาชีวิตของมนุษย์ โดยความสุขนี้อาจเกิดได้ทั้งภายในและภายนอก

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสุข

ด้วยความหลากหลายในการให้คำจำกัดความต่อความสุขจึงมีการบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขที่มีความเชื่อมโยงทั้งจากแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ แนวคิดทางปรัชญา แนวคิดทางศาสนาและแนวคิดทางจิตวิทยา จึงสรุปได้ดังนี้

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สมัยก่อนเน้นความสำคัญไปที่ความสุขในระดับสากลความสุขกับประชาชนในสังคม แนวคิดดังกล่าวได้ก่อขึ้นมาจากนักคิดนักปรัชญาที่สำคัญ คือ เจรเมย์ แบรนเดม (Jeremy Bentham: ชาอังกฤษแนวคิดหลักของแบรนเดม เรียกว่าประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ได้ถูกพัฒนามาจนในท้ายที่สุดกล้ายมาสู่ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สมัยใหม่ในเรื่องอรอตประโยชน์ (Utility) หลักอรอตประโยชน์ของแบรนเดมได้รับการพัฒนาให้มีความซับซ้อนมากขึ้น เมื่อจอห์น ลัจาร์ต มิลล์ (John Stuart Mill) นักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษนำหลักการดังกล่าวมาปรับเพิ่มเติม หลักอรอตประโยชน์ตามความคิดของมิลล์ เป็นหลักที่รวมจริยศาสตร์ และนิติศาสตร์เข้าไว้ด้วยกันโดยมิลล์ ถือว่าหลักอรอตประโยชน์ถือเป็นหลักการแรกทางจริยศาสตร์ ซึ่งจะไม่มีหลักการใดสำคัญหรือเป็นหลักการพื้นฐานไปยิ่งกว่า โดยมิลล์ได้ขยายมิติทางด้านคุณภาพของความรู้สึกสุข (Quality) เข้าไปประกอบกับแนวคิดเชิงปริมาณ (Quantity) ซึ่งในที่ต่างกันนั้นมิลล์นั้นความสุขมีความแตกต่างในคุณภาพและความสุขมีลักษณะระดับที่ไม่เท่ากัน เช่น ความสุขระดับสูงกว่าและต่ำกว่า เป็นต้นซึ่งแตกต่างจากแบรนเดม ที่ให้น้ำหนักความสุขเท่ากัน แต่เขาก็ได้ว่าความสุขมีหลากหลายระดับซึ่ง เช่น ความสุขระดับปัญญา และคุณธรรม จะเห็นได้ว่า ความสุขทางกายภาพ (สาลักษณ์ กิตติประภัสร์ และคณะ, 2553)

หากันลือเศรษฐศาสตร์แห่งความสุข เอียนไวว่า

การวัดสภาพการณ์เศรษฐกิจทั่วไปของชาติ เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP : Gross Domestic Product) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือชี้วัด ความสำเร็จของนโยบายบริหารของรัฐบาลที่บ่งชี้ว่า ประเทศที่ร่วมมือมีความสุขมากกว่าประเทศที่ยากจน นักเศรษฐศาสตร์กลุ่มนิยมเห็นว่า เลือกทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากอยู่ในบริบทของเศรษฐกิจผลผลิตแบบตัวตอก ซึ่งเป็นประชาธิปไตยและมีสื่อ มีเสรีภาพ นอกจากนี้ ความสุขในการทำงานก็ถือว่าเป็นพลังผลักดันที่สำคัญ ต่อผลลัพธ์ทางบวกในการทำงานทั้งหลายมากกว่า ผลผลิตทั่วไป (Anielski, 2007)

แนวคิดทางปรัชญา

เรื่องความสุขเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจและ เป็นข้อถกเถียงของนักปรัชญาตัวตนตามนานาตั้งแต่ สัมยกรีก แนวคิดที่น่าสนใจ เช่น แนวคิดด้านปัญญา นิยมที่มีการให้ความเห็นเกี่ยวกับความสุขที่มาจากการ มีปัญญาความรู้ และความสงบทางจิตใจ ซึ่งในการนี้มี นักคิด เช่น กลุ่มโซเครติส เพลโต และอริสโตเติล เป็นต้น ที่ได้ให้ความเห็นว่า ความสุข คือ สิ่งที่ได้ใน เส้นทางที่จะไปสู่ความดีงามสูงสุดซึ่งก็คือปัญญาความรู้ คุณธรรม เป็นที่น่าลังเกตว่าความหมายของความสุข ของอริสโตเติล คือ การเป็นอยู่ และการกระทำที่ดี หรือ ความพอเพียง ในตนเอง หรือความหมายและจุด มุ่งหมายของชีวิตและมนุษย์ ความสุขของอริสโตเติล จึงมองถึงมิติตัวเจตใจและจิตวิญญาณด้วย ความสุข เป็นการกระทำการอันบริสุทธิ์ของจิตวิญญาณที่สอดคล้อง กับเหตุผล ดังนั้นความสุขจึงเป็นการปฏิบัติธรรมหรือ การทำในสิ่งที่ดีงาม นักปรัชญาแนวประโยชน์นิยม (Utilitarian) ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องเหตุผลในการกระทำ แต่ต้องอาศัยเหตุปัจจัยที่ดีในการกระทำการด้วย ออาทิ การฝึกนิสัย ในการทำดี ซึ่งมาจากกฎแห่งธรรมะหรือ พระเจ้า (Turner, 2011)

แนวคิดทางศาสนา

1) ศาสนาคริสต์

ในแباءยุโรปมองความสุขเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับโชคชะตา โอกาสและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี

อย่างไรก็ตาม ความสุขตามปรัชญากรีมักเกี่ยวข้องกับ คีลธรรม ส่วนในศาสนาคริสต์เห็นว่า สุธรรมดปรารถนา ของการดำรงชีวิตของมนุษย์นั่นคือ ความสุข ทั้งนี้ความ ชับช้อนจากความคิดหรือเหตุผลของคนจากทำให้คนมี ความสุขภายใต้ แต่เมื่อเข้าจำกัด เพราะความสุขที่สมบูรณ์ แบบนั้นไม่สามารถไปถึงได้ในชีวิตนี้ มนุษย์จะบรรลุ ความสุขสมบูรณ์แบบได้ในชีวิตหน้าท่านนั้น (Knight, 2008)

2) ศาสนาพุทธ

แนวคิดเรื่องความสุขของศาสนาพุทธส่วนใหญ่ จะแตกต่างจากการศึกษาทางตะวันตก โดยมีรากฐาน จากพุทธศาสนาเพื่อขออภัยถึงการดำรงชีวิตอย่างมี ความสุข โดยมุ่งไปถึงความสุขระดับสูงที่ปราศจากการ ยึดมั่นในอัตตาตัวตน ความสุขที่เป็นอิสระโดยไม่ต้อง แสวงหาและการพัฒนาทางปัญญาซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ สูงขึ้นเอง แนวความคิดทางพุทธศาสนากล่าวถึงปัญญา ในฐานะที่เป็นการพัฒนาจิตใจขึ้นสูงสุด หรือก็คือความ สามารถที่จะเข้าใจในทุกสิ่งตามธรรมชาติของลิงนั้น (ด้วยใจที่เป็นกลางและไม่ทุกข์) ความสุขคือการรู้เท่า ทันความทุกข์ หรืออภินัยหนึ่ง การเห็นทุกข์ทำให้เป็น สุข โดยคนเราจะพัฒนามีความสุขมากขึ้นเรื่อยๆ จาก การมีทุกข์ที่น้อยลง จนกระทั่งไม่มีทุกข์ กิเลส ตัณหา และอัตตาตัวตนเหลืออยู่เลย จนถึงระดับที่เรียกว่า นิพพานคือบรรลุ ซึ่งความสุขในระดับนี้จะทำประโยชน์ ให้แก่โลก ไม่มีความต้องการใดๆ ที่จะทำเพื่อตนเอง อีกแล้ว ซึ่งจะสอดคล้องกับความหมายของคำว่า ประโยชน์สุข ทั้งนี้แนวทางที่จะนำไปพัฒนาทุกข์คือ มรรค 8 นั่นเองทั้งนี้นิพพานคือความสุขขั้นเป็นที่สุดนั้นจะบรรลุ ได้ด้วยการอาชันนากิเลสในทุกรูปแบบ

แนวคิดทางจิตวิทยา

นักจิตวิทยาทางตะวันตกหลาย คนได้กล่าวถึง ความสุขในหลายทัศนะ โดยเฉพาะปัจจัยที่ทำให้เกิด หรือเกี่ยวข้องกับความสุข Cosmides and Tooby (2004) เชื่อว่า ความสุขมากจากการได้ประสบ กับเรื่องราวทางบวก ส่วน Lewis (Cited in Averill & More, 2004) เห็นว่า ความสุขมากจากการได้พบปะบุคคล สำคัญ ขณะเดียวกันการได้รับการยอมรับหรือชื่นชม

หากผู้อ่อนแก่สามารถทำให้บุคคลมีความสุขขึ้นได้ ทั้งนี้มีนักจิตวิทยาให้ความสำคัญว่าความสุขเกิดจากการเห็นคุณค่าของตนเองและต้องการการได้รับการยอมรับและสร้างคุณค่าให้ตนเองและผู้อื่นด้วย

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเป็นแขนงวิชาหนึ่งของจิตวิทยาในปี ค.ศ.1998 เมื่อศาสตราจารย์ Martin Seligman ได้แต่งพจนานุกรมความสุขที่แท้จริง (Authentic Happiness) ที่แบ่งระดับความสุขของมนุษย์ออกเป็น 3 ขั้น คือ ความสุขขั้นแรกเป็นชีวิตที่สำราญ (The Pleasant Life) ความสุขขั้นที่สองเป็นชีวิตที่ดี (The Good Life) ความสุขขั้นที่สามเป็นชีวิตที่มีความหมาย (The Meaningful Life)

ชีวิตที่สำราญ (The Pleasant Life) เป็นความสุขขั้นแรกของชีวิต คือ การที่มีอารมณ์เชิงบวก เช่น ความเพลิดเพลิน ความสนุกสนาน ความอัศจรรย์ใจ ภาระทางอารมณ์ที่ตอบสนองกับสิ่งที่มากระตุนชั่วคราว และจะรู้สึกว่ามีแค่ช่วงแรกและระดับของความสุขจะลดลงเรื่อยๆ ยกตัวอย่าง เช่น เราเก็บเงินไว้ทานอาหารในภัตตาคาร ตกทานดังแรกจะมีความสุขมากที่ได้

ทานอาหารภัตตาคารแล้วอ้วอ่าย แต่เมื่อเราทานมันบ่อยๆ เราก็เบื่อๆ

ชีวิตที่ดี (The Good Life) เป็นความสุขขั้นที่สองของชีวิต คือ การที่เรามีสมานิจดลจอกับการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างไม่เบื่อหน่าย ทำให้เวลาผ่านไปอย่างรวดเร็วโดยที่เรามิรู้ตัว เช่น การทำงานที่เรารักทำให้รู้สึกว่าเราสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างเต็มที่และสนุกไปกับมัน

ชีวิตที่มีความหมาย (The Meaningful Life) ความสุขขั้นสูงสุดในชีวิต คือ การที่ได้ทำสิ่งที่รักแล้วสิ่งนั้นส่งผลดีต่อให้คนรอบๆ ข้างและทำให้เราได้มีความสุขไปด้วย เป็นการเติมเต็มความหมายให้แก่ชีวิต เช่น การได้ทำประโยชน์ให้สังคม

จากการศึกษาถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุข ผู้เขียนทำได้ทำการสืบค้นองค์ความรู้เกี่ยวกับความสุขจากงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถสรุปเป็นแผนภาพที่เชื่อมโยงแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุขได้ดังนี้



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุข

จากรูปที่ 1 แผนภาพข้างบนสามารถอธิบายความเชื่อมโยงของแนวคิด/ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุข ได้ดังนี้

ความสำเร็จในชีวิต (Life success)

ความสำเร็จในชีวิต คือความสุข ความพอใจ ความสำเร็จในชีวิตสัมพันธ์กับงาน และปัจจัยที่ไม่ใช่งาน เช่น ครอบครัว สังคม ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ ของความสำเร็จ ดังต่อไปนี้ (Mitroff and Denton, 1999)

1. ความรู้สึกต่อสิ่งที่ทำสำเร็จ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นมาจากการในและคงอยู่ความสำเร็จ รัดติดหulary เช่น หลังจากหมดดันแล้วเรายังมีความสุขับตัวเองใหม่ และอะไรที่เราทำสำเร็จบ้าง ถ้าเรารอใจ และมีความสุขแล้วล่ะก็ เราจะมีความสำเร็จในชีวิตแล้ว

2. ความสมดุลของงานและครอบครัว การจะเป็นผู้ประสนความสำเร็จจำเป็นต้องรักษาระดับความสมดุลของชีวิต งาน และครอบครัว มีความสุขในการทำงาน เป็นเวลาภานาน ได้รับเลื่อนตำแหน่งเป็นที่พ่อใจ มีความสุขในบ้านและครอบครัว ให้ความสำคัญเรื่องงาน และครอบครัวเท่าๆ กัน มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

3. การช่วยเหลือสังคม การประสนความสำเร็จ จำเป็นต้องคำนึงถึงผู้อื่นและส่วนรวม งานเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความสำเร็จ ความสำเร็จคือสิ่งที่คุณให้กับสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีส่วนร่วมในสังคม และมีความสุขในสังคม

4. การช่วยเหลือผู้ร่วมงาน นอกจากตัวเอง ครอบครัวงาน สังคม ต้องคำนึงถึงผู้ร่วมงานด้วย คือ มีสัมพันธภาพที่ดี มีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดี ใช้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นแบบอย่างให้แก่ผู้อื่น

จะเห็นได้ว่าความสำเร็จในชีวิตเป็นเรื่องทั่วไป มิติ การประสนความสำเร็จในชีวิตไม่สามารถมุ่งเป้าไปที่ตนเองเพียงอย่างเดียวหรือเรื่องงานเพียงอย่างเดียว จะต้องเกี่ยวข้องกับมิติอื่นๆ ด้วยเสมอ ไม่ว่าเรา จะประสนความสำเร็จในชีวิตมากแค่ไหน เรายังไม่มีวัน มีความสุขได้เลย หากเราไปสนใจอยู่กับสิ่งที่เราไม่มี

ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของความสุข จากการให้คำนิยามของนักวิชาการในสาขาต่างๆ ที่นิยามคำว่า "ความสุข" ที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่

Orem (1991) “ได้กล่าวถึงความสุขว่า คือ ภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ความสุขยังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน จิตใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะของตนเองว่ามีความพึงพอใจในชีวิตมีความยินดีที่จะได้บรรลุเป้าหมายของตน

Miller, et al. (1986) กล่าวว่า ความสุขของผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบที่ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างสมบูรณ์และเข้มแข็งไว้ดังนี้

1. มองโลกในแง่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิต
2. มีความรัก คือ พร้อมที่จะให้และรับความรักจากผู้อื่น
3. มีความศรัทธาในสิ่งที่ถูกต้องและแน่นอน
4. มีอารมณ์ขัน
5. มีความยืดมั่นในตนเองในทางที่เหมาะสม
6. ให้อำนาจแก่คนเอง
7. มีการจัดการกับความเครียด
8. มีความสัมพันธ์กับสังคม

วิทยากร เศียงกุล (2548) กล่าวว่า ความสุข คือ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต หรือการมีอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกมากกว่าทางลบ

ในทางพุทธศาสนา โดยพุทธกาลภิกขุ (2547) กล่าวว่า ความสุขแบ่งเป็น 2 อย่าง คือ Pleasure และ Peace ความสุข คือ ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางกายและทางใจ

ดังนั้นหากคนเรามีความพึงพอใจในชีวิต ชีวิตย่อมเกิดความสุขได้

คุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการและ มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยเช่นว่า ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วการพัฒนาตัวเอง ก็จะ

ทำได้ดีและรวดเร็ว ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความสุข ดังนี้

1. Orem (1991) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ภายในจิตใจ

2. Meeberg (1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทั่วๆ ไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินผลชีวิตของตนเองตามความพึงพอใจในสภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางอารมณ์ ทางสังคม และมีความสุขอยู่กับสิ่งเหล่านี้ได้

3. สุวรรณ์ มหัตనรัตน์ (2540) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล ในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความลัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภัยใต้วัฒธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นเป็นเรื่องที่มีความลัมพันธ์กับความสุขอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ การที่คนเรามีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมส่งผลให้คนคนหนึ่นมีความสุขในชีวิตตามมาด้วยเช่นกัน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ต้องปลูกฝังและเสริมสร้างให้เกิดขึ้นทั้งด้วยตนเองและจากการสนับสนุนของบุคคลรอบข้าง ซึ่งแนวทางในการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองนั้นจะแตกต่างไปตามสภาพการณ์และประสบการณ์ต่างๆ ที่แต่ละคนได้รับ Branden (1981) อธิบายไว้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเกิดมาจาก 2 แหล่งใหญ่ๆ คือตนเองและสิ่งอื่นๆ ในวัยเด็ก สิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ สัมพันธภาพของบิดา มารดา และบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อเด็ก รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูของบิดา มารดา

พัฒนาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลมีความคิดต่อตนเองที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะส่งผลอย่างมากในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองดังนี้

- การได้รับการยอมรับนับถือ ความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต
- การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งจะมีผลต่อสถานภาพ ตำแหน่ง และชื่อเสียงของบุคคลนั้น
- การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความประณญาณ
- การไม่เสียใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เช่น ข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่ไม่เป็นประโยชน์

ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในสังคม มีความกล้าแสดงความคิดเห็น ในขณะเดียวกันก็จะมีความสามารถในการรับฟังคำวิจารณ์ต่างๆ ได้ มีความมั่นใจในตนเองที่จะประสบความสำเร็จ ความรู้สึกปรับตัวเอง ยอมรับนับถือตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในตนเอง บุคคลนั้นย่อ滂กิจความสุขในชีวิตอย่างแห่งอนาคต ความผาสุกในชีวิต (Well-being)

ประเวศ วงศ์ (2547) ได้กล่าวว่า ความสุขนั้นประกอบด้วยความผาสุกในชีวิตทั้ง 4 ประการ ได้แก่

- ความผาสุกทางกาย (Physical well-being) ได้แก่ ความจำเป็นพื้นฐานหรือปัจจัย 4 คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขอนามัย เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งความจำเป็นอื่นๆ เช่น การขันส่ง การคุณนำคม การห้องเที่ยว สาธารณูปโภคต่างๆ
- ความผาสุกทางใจ (Mental well-being) ได้แก่ ความมีอิสรภาพ ความสันโดษ ความพอใจ ร่าเริง แจ่มใส ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา มีความเครียดน้อย เห็นความสำคัญของคุณค่าและความดี

3. ความผาสุกทางสังคม (Social well-being) เช่น ความปลดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในชีวิต เช่น มีเงินออม มีสวัสดิการที่ดี ชุมชนเข้มแข็ง มีความเชื่อว่าทรัพย์สิน ไม่มีการคอร์ปชั่นในทุกระดับของสังคม

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เช่น การปฏิบัติตามแบบทางสายกลาง คือ ไม่ตึ่งหรือหย่อนเกินไปในการดำเนินชีวิต ลดความโลภและความเห็นแก่ตัวลงเพื่อการพัฒนา

ความผาสุกในชีวิตเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งจะประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมาก นั่นหมายถึง มีความผาสุกในชีวิตมากและบุคคลนั้นก็จะเกิดความสุข (Happiness)

ความมั่นคงในชีวิต (Life security)

ความมั่นคงในชีวิต หมายถึง การที่ประชาชนได้รับหลักประกันด้านลิธิ ความปลอดภัย การตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคักร์ดิคิรี ไม่ประสบปัญหาความยากจน ไม่สิ้นหวัง และมีความสุข ตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาด้วยภาพของตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ประดิ่น คือ ความปลอดพ้นจากความกลัว (Freedom from fear) และความปลอดพ้นจากความขาดแคลน (Freedom from want) โดยมีประดิ่นในเรื่องความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางอาหาร ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ ความมั่นคงด้านธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของบุคคล ความมั่นคงของชุมชน และความมั่นคงปลอดภัยทางการเมือง (จิราพร มะโนวัง, 2558)

ดังนั้นแนวทางในการพัฒนาความมั่นคงในชีวิตที่สำคัญจึงต้องวางแผนฐานจากความมั่นคงในครอบครัว และสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีภายหลังจากที่ร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงและอยู่ในครอบครัวที่มีความสุขแล้วจึงก้าวสู่การพัฒนามิติงานและรายได้ เพิ่มความมั่นคงใน

ชีวิตและทรัพย์สินและทางการยอมรับทางสังคม และการมีส่วนในการเมืองและธรรมาภิบาล ส่วนสุดท้ายที่จำเป็นเป็นอันดับต่อไปคือ การพัฒนาด้านที่อยู่อาศัย การศึกษาสังคมและวัฒนธรรม และสิทธิ公民 เป็นธรรม หากคนนั้นได้รับการพัฒนาความมั่นคงในชีวิตอย่างครบถ้วน ในทุกมิติแล้ว คนคนนั้นจะเกิดความสุขในชีวิตอย่างแน่นอน

องค์ประกอบของความสุข

ความสุขมีมากหลายหลายรูปแบบ ในที่นี้ผู้เขียนขอแบ่งองค์ประกอบของความสุขเป็น 2 รูปแบบ คือ ความสุขในการเรียนและความสุขในการทำงาน

ความสุขในการเรียน

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) ได้กำหนดองค์ประกอบที่ช่วยในการเรียนรู้ของเด็กให้เกิดเป็นความสุขในการเรียนรู้และมีการดำเนินการเรียนการสอนไปได้อย่างมีความสุขโดยได้กำหนดหลักแนวคิดที่สำคัญไว้ 6 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 การได้รับการยอมรับจากเพื่อนและครู เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีความสุขในการเรียน เพราะมนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันโดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่เสมอไม่มากก็น้อย เด็กนักเรียนก็เช่นกัน ย่อมต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและครูซึ่งเป็นอีกสังคมที่สำคัญรองลงมาจากการอบรมครัว การที่เด็กได้รับแรงขับเคลื่อนและลัมพันธภาพด้านบวก โดยเฉพาะการยอมรับจากเพื่อนและครู ถือเป็นความสุขที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง เด็กควรจะมีความสุขในชีวิตความต้องการในวัยของเด็กเอง อาจเป็นเรื่องพื้นๆ ที่ไม่ใช่ปัจจุบัน เช่น เรื่องพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ก็จะทำให้เด็กรู้สึกถึงความอุ่นใจและความสุขที่อยากจะเรียนรู้ในทุกวัน

ประการที่ 2 ครูควรมีความเมตตา กรุณาจริงใจและอ่อนโยน โดยการถ่ายทอดความเลือสรู้ความรู้สึกนี้ออกไปถึงเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ก็จะทำให้เด็กรู้สึกถึงความอบอุ่นและเชื่อใจในตัวครู เสมือนสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวที่จะกลับปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้

ประการที่ 3 เด็กควรมีความรู้สึกภูมิใจในตัวเอง เรียนรู้ที่จะเห็นคุณค่าของตนเอง รู้จักปรับตัวได้ตลอดเวลา การเห็นคุณค่าของตนเองนั้นเป็นต้นกำเนิดของเรื่องขับเคลื่อนที่ดีที่จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกมั่นใจและกล้าที่จะเรียนรู้ ตัดสินใจมากขึ้น

ประการที่ 4 การมีโอกาสที่จะเลือกเรียนในสิ่งที่ตนสนใจและเกิดความสนุก เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกยืดหยุ่น ผ่อนคลายและได้มีสิทธิในการเลือกที่จะเรียนรู้ตามความสนใจของตนเอง ซึ่งถ้าผู้เรียนได้เลือกสิ่งที่ตนเองต้องการเรียนรู้ เพื่อหาคำตอบสิ่งที่ตนเองต้องการแล้ว เปรียบเสมือนแม่กุญแจและลูกกุญแจ ที่สามารถเข้าไปปริศนาคำตอบได้

ประการที่ 5 ครูจัดการเรียนการสอนที่สนุก แปลกใหม่ กระตุ้นเริงจุงใจให้เกิดการเรียนรู้ เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน เพราะการที่ผู้เรียนได้เรียนเนื้อหาผ่านการจัดการเรียนการสอนที่สนุกและแปลกใหม่ เป็นการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ให้มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น การเลือกวิธีการจัดการเรียนการสอนควรเหมาะสมกับเนื้อหา และช่วงวัยของผู้เรียนด้วย

ประการที่ 6 สิ่งที่เรียนรู้ผู้เรียนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก เพราะตัวอย่างที่แสดงได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม สามารถใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ เป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของเนื้อหาในการเรียนรู้

ความสุขในการทำงาน

สุนี ผลดีเยี่ยม (2552) ได้สรุปองค์ประกอบที่ทำให้เพื่อนร่วมงานทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข โดยประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

- เพื่อนร่วมงานที่ดี มีความรักใคร่สามัคคีช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อิ้มแย้มแจ่มใส เป็นห่วงเป็นใยกัน ทำให้เกิดความสุขในที่ทำงาน

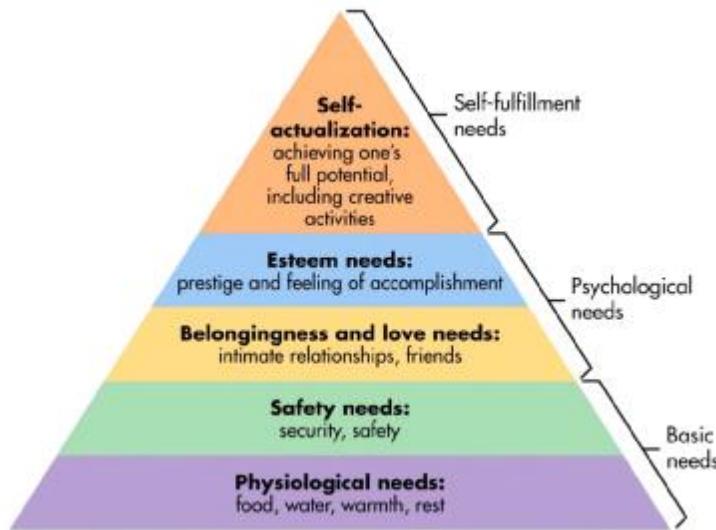
- ตัวเราเอง ความมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีการเห็นคุณค่าในตนของเราและมีจิตใจที่พร้อมจะทำงาน มีจิตใจเปิดกว้างยอมรับคำพูดของเจ้านาย และนำสิ่งที่ดีไปวิเคราะห์ปรับใช้ เพื่อให้การทำงานของเรามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- หน่วยงานที่มีความมั่นคง มีชื่อเสียง เป็นสิ่งที่มีแรงจูงใจให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง

- การมีทรัพยากรการเรียนรู้ที่พร้อม เป็นสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ทำงานอยากจะทำงานและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

- บรรยายศาสตร์ในการทำงาน เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ภาระงานนั้น ดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ร่วมงานจะต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการให้รางวัลยกย่องผู้ที่ทำงานได้ดี เพื่อเป็นกำลังใจ

จากรูปแบบองค์ประกอบขอบข่ายตั้น จะเห็นได้ว่า สิ่งที่เป็นพื้นฐานของความสุขการเรียนและการทำงาน คือการเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Maslow (1943) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ดี ตระหนักรถึงคุณค่าของตัวเอง เข้าใจตัวเอง ยอมรับและเชื่อมั่นในความสามารถที่ตัวเองมี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เพราะมีผลต่อการตัดสินใจโดยความคิดเพียงอย่างเดียวันนี้ไม่เพียงพอต่อการสร้างความมั่นใจในตัวเองได้



รูปที่ 2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

(ที่มา : <https://www.google.com/search?q=maslow+theory+self+esteem&source>)

โดยทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow (1943) แบ่งเป็นพีระมิด 5 ขั้นเริ่มจากฐาน คือ 1) ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นพื้นฐานของชีวิต 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ความต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยอันตรายทั้งทางกายและจิตใจ ความมั่นคงในงาน ในชีวิตและสุขภาพ 3) ความต้องการทางสังคม (Social Needs) ต้องการความรัก มิตรภาพ ความใกล้ชิดผูกพันต้องการเพื่อน การมีโอกาสเข้าสู่สมาคม สังสรรค์กับผู้อื่น 4) ความต้องการเกียรติยศซึ่งยอมรับ (Esteem Needs) และ 5) ความต้องการเติมความสมบูรณ์ให้ชีวิต (Self-actualization Needs) ต้องการความสำเร็จ ในการสร้างความสุขสุดความเจริญก้าวหน้า การพัฒนาทักษะความสามารถ ให้ถึงขีดสุด การก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในอาชีพและการงานนั้นเอง

แนวทางในการพัฒนาความสุข

มีการนำเสนอแนวทางในการสร้างความสุขได้หลายแนวทาง ทั้งในแนวคิดทางเครือญาติศาสตร์ ปรัชญา ศาสนา และแนวคิดทางจิตวิทยา ในที่นี้ผู้เขียนขอนำ

เสนอเทคโนโลยีการพัฒนาความสุขตามแนวคิดจิตวิทยา เชิงบวก เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่ที่น่าสนใจ เทคนิคการพัฒนาความสุขตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตซึ่งมีความล้มเหลวซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปประยุกต์ใช้ในหลากหลายบริบทของสังคมไทย ในส่วนนี้จะเป็นเทคนิคการพัฒนาความสุขตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

Martin Seligman (2011) ได้พัฒนาทฤษฎี "P.E.R.M.A." เป็นแนวคิดในการพัฒนาความสุข (Happiness) และความผาสุกในชีวิต (Well-being) โดยมีคำย่อขององค์ประกอบหลักของความสุขที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบ คือ

สภาวะของอารมณ์ที่ดี (Positive Emotion)

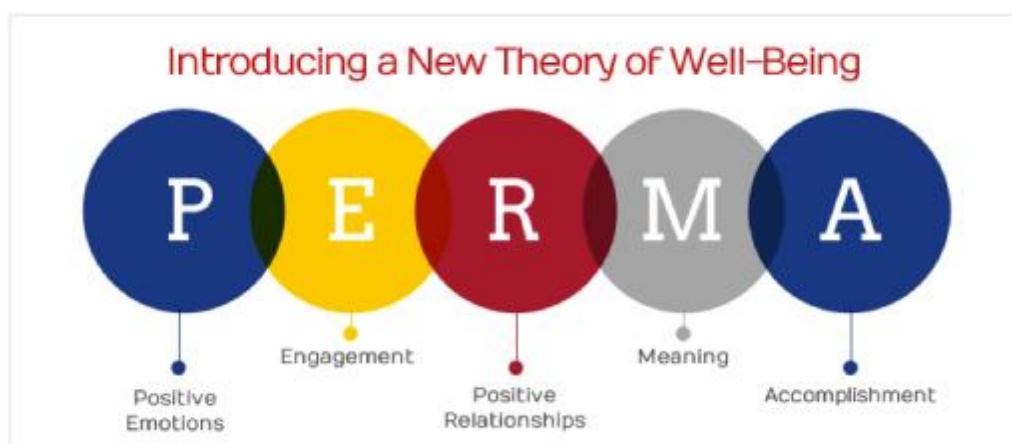
เป็นความรู้สึกและอารมณ์ที่มีผลดีต่อบุคคล เช่น ความสุข ความเพลิดเพลิน ความตื่นเต้น ความพอดี ความภูมิใจ และความอัศจรรย์ฯ

สติรู้ตื่นลืนให้หลงในกิจกรรม (Engagement) เป็นความรู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมจนกระหงลีมเวลาที่กำลังผ่านไป โดยกิจกรรมต้องใช้ทักษะความสามารถที่มีความท้าทายแต่ว่ายังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ทำให้มีความประทันาที่เร่งร้าวที่จะทำกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมาย

ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) เป็นความรู้สึกได้รับการยอมรับจากลังคอมรอบข้าง ไม่ว่าจะเกี่ยวกับอาชีพการทำงาน ครอบครัว คู่ชีวิต และความสัมพันธ์แบบอื่นๆ

การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย (Meaning) เป็นการค้นหาความหมายของชีวิตและการเรียนรู้ว่ามีอะไรที่ ยิ่งใหญ่กว่าตนเพื่อช่วยให้พยายามทำตามเป้าหมาย

การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishments) เป็นการสร้างความสำเร็จและความเชี่ยวชาญให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 PERMA Model

จากรูปที่ 3 ที่แสดงถึงรูปแบบของ PERMA Model สุดารัตน์ ตันติวิทาน (2560) นำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปประยุกต์ใช้ในหลากหลายบริบทของสังคมไทย สร้างเทคนิคการพัฒนาความสุขตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ดังนี้

การรู้จักตนเอง (Self-Knowledge) เป็นการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความต้องการและเป้าหมายของชีวิตทั้งในระดับลึกและระดับภายนอก ตลอดจนการเข้าใจจุดแข็งและจุดบกพร่องของตนเอง เทคนิคภาษาฯ ที่ทำให้เรารู้จักตนเองมากขึ้น คือ ทบทวนตนเองอยู่เสมอว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีจุดเด่นและจุดเด่นอย่างไร มีความสนใจและต้องการสิ่งใดจะทำให้เราตั้งเป้าหมายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ความหวัง (Hope) เป็นแรงจูงใจภายในของบุคคลอันก่อให้เกิดความเชื่อและความรู้สึกว่าตัวจะประสบความสำเร็จ สำหรับเทคนิคในการสร้างความหวัง คือ การตั้งเป้าหมายและวางแผนก้าวเดินไปทีละขั้นด้วยความมานะพยายามพร้อมกับประเมินผลความสำเร็จแต่ละขั้นไปจนประสบความสำเร็จ

ความอัลโกริ듬 (Optimism) เป็นความรู้สึกความเชื่อมั่นในสิ่งที่ทำ มีความรู้สึกที่ดีต่อทุกสิ่งทุกอย่างโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค มีความพยายามมุ่งมั่นต่อสู้เพื่อความสำเร็จ สำหรับเทคนิคในการสร้างความอัลโกริ듬ในเบตต์ คือ การฝึกมองหาสิ่งดีๆ ที่อยู่รอบตัว หรืออาจเป็นการบันทึกเหตุการณ์หรือนึกถึงเหตุการณ์ที่ดี ซึ่งหากทำบ่อยครั้งจะพบว่าความสุขนั้นสามารถเกิดขึ้นได้

ความกตัญญู (Gratitude) เป็นการรับรู้ถึงประสบการณ์เชิงบวกและรู้สึกขอบคุณกับบุคคลที่ทำให้ประสบการณ์เชิงบวกเกิดขึ้นสำหรับเทคนิคในการสร้างความคุณภาพด้วยน้ำใจ เรียกว่า Gratitude Journal เป็นการแสดงความรู้สึกขอบคุณต่อคนที่มีบุญคุณต่อเราอาจจะโดยการเขียนบอกรายงานในใจแสดงความขอบคุณซึ่งการแสดงความขอบคุณจะทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับคำขอบคุณมีความสุข

การให้อภัย (Forgiveness) เป็นความคิดและความเต็มใจที่จะละทิ้งสิ่งที่ทำให้ไม่พอใจ สำหรับเทคนิคในการให้อภัย คือ การปรับมุมมองของการพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นให้หลากหลายมุมมอง จากนั้นให้นึกถึงสิ่งดีๆ ที่เข้าเดียวกัน รู้จักการให้อภัยในสิ่งที่เข้าได้กระทำให้สภาวะจิตใจของเรางามมากขึ้น

สรุป

ความสุข เป็นนามธรรม ซึ่งยากที่จะอธิบายออกมากเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แต่เป็นสิ่งที่ทุกคนควรรู้สึก ดังนั้นการที่เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และเทคนิคของการสร้างความสุข ตลอดจนสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถที่จะเข้าถึงคำว่าความสุขอย่างแท้จริง ซึ่งหลักการและเทคนิคการสร้างความสุขด้วยตนเองด้วยจิตวิทยาเชิงบวกส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญที่ความติดข้องบุคคล การที่บุคคลรู้จักปรับความคิดมีทัศนคติและมุมมองที่ดี นั่นการมองในแง่บวก พัฒนาที่ตัวบุคคล จะทำให้บุคคลเหล่านั้นเข้าถึงความสุขได้อย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2542). แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะเก่ง ดี มีสุข. กรุงเทพฯ: กองวิจัยทางการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- จิราพร มะโนวัง. (2558). ความมั่นคง ในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านป่าช้างวิรพันธ์ ตำบลนางแล อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : (ม.บ.ท.)
- ประเวศ วงศ์. (2547). มนตร 12 ลู่ประเทคโนโลยียนเป็นสุขถ้าปราบนาความอุยร์เย็นเป็นสุขก็ต้องใช้ตัวชนี วัดความอุยร์เย็นเป็นสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พุทธาสภิกุช. (2547). พุทธาสภิกุชกับการแนะนำแนวทางการดำเนินชีวิต. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 6(2), 175-208.
- วิทยากร เชียงกฎ. (2548). จิตวิทยาในการสร้างความสุข. กรุงเทพฯ : สายธาร.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2545). ปฏิรูปการเรียนรู้ผู้เรียนสำคัญที่สุด. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ครุสภาน.
- สุตราตัน. ตันติวิวัฒน์. (2560). จิตวิทยาเชิงบวก: แนวคิด การพัฒนา และความท้าทายในอนาคต. วารสารพุทธิกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 9(1), 142-167.
- สุนี ผลดีเยี่ยม (2552). การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การทำงานกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีความสุข. กรุงเทพฯ : (ม.บ.ท.).

- สุวรรณ์ มหัตโนรันดร์กุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด โรงพยาบาลส่วนปฐุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารกรมสุขภาพจิต, 5(3), 4-15.
- เสาวลักษณ์ กิตติประภัสสร และคณะ. (2553). พัฒนาการแนวคิดเรื่องความสุขที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สุข และเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพ : เครือข่ายนานาชาติเพื่อสังคมอยู่เย็นเป็นสุข (เอราวัณ).
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2544). รายงานวิจัยการศึกษาด้วยชี้วัดความสุขของคนไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชั่นต์.
- Anielski, M. (2007). *The Economics of Happiness : Building Genuine Wealth*. Canada : New Society Publishers.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Routkedge.
- Aristotle. (1970). *Physica*. Oxford : Clarendon Press.
- Averill, I., & More, T.A. (2004). *Happiness*. In Lewis, M. & Haviland-Jones, M.(Eds.). *Handbook of Emotions*. 2nd ed.. NY : The Guilford Press.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2004). *Evolutionary Psychology and the Emotions*. In Lewis, M. & Haviland-Jones, M. (Eds.). *Handbook of Emotions*. 2nd ed.. NY : The Guilford Press.
- Csikzentmihalyi, M. & Jeremy, H. (2003). Happiness in everyday life: the use of experience sampling. *Journal of Happiness*, 4(2), 185-189.
- Diener, Ed et al. (1984). Subjective Well-Being. *Phychology Bulletin*. (49),71-75.
- Knight, K. (2008). The Summa Theologica of St. Thomas Aquinas. *Supplement to the third part of the Summa Theologica of St.*: L.22, C.4.
- Martin Seligman. (2011). *Positive Psychology Coaching in practice*. Florence Productino Ltd, Stoodleinh, Devon, UK.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*. (50),370-96.
- Miller, et al. (1986). Psychological and Traditional Determinants of Structure. *Administrative Science Quarterly*, 31(4),539-560.
- Mitroff, I.I. and Denton, E.A. (1999). *A spiritual audit of corporate America*. San Francisco: Jossy-bass.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing : concepts of practice*. St. Louis, Missouri : Mosby-Year Book Inc.,
- Pennsylvania University. (2018). *Authentic Happiness*. [Online]. Retrieved October 25, 2018, from <https://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/learn>.
- Turner, F. J. (2011). *Social work treatment : Interlocking theoretical approaches*. Oxford University Press.



ระบบสุขภาพเพียงกับการพยาบาล Sufficiency Health System and Nursing

ดร.คำฤทธิ์ ช่างเมือง *

บทคัดย่อ

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ เป็นแนวคิด ที่นับเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ที่ได้รับการนิยมและได้รับการยอมรับในทุกๆ ภาคี ในการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อให้เข้าใจแนวพระราชดำริ ได้มากขึ้น บทความนี้จึงขอนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับระบบสุขภาพเพียงกับการพยาบาล ทั้งองค์ประกอบ ดังนี้เช่น วัสดุสุขภาพเพียง และแนวทางการประยุกต์ระบบสุขภาพเพียงกับการพยาบาล ระบบสุขภาพที่สามารถประยุกต์แนวพระราชดำรินี้มาใช้

Abstract

Sufficiency Economy Philosophy in accordance with the royal initiative of His Majesty the King, Rama 9, is the original concept that Thai people can adapt in every context. The nursing profession is an important profession in the health system so that professional nurses can apply this initiative Philosophy

of His Majesty the King, Rama 9 to their practice. This article therefore presents the content about the sufficiency health system with nursing profession including the components, key performance indexes, and approaches in applying a sufficient health system to nursing.

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

บทนำ

เรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ ไม่ใช่เรื่องใหม่ เป็นเรื่องที่ประชาชนไทยรับรู้และเรียนรู้กันมานานร่วมสามสิบปี แต่การนำไปประยุกต์เพื่อใช้ในการดำเนินธุรกิจต้องมีความหลากหลาย ในระบบสุขภาพไทยจึงได้มีการศึกษาแนวคิดนี้อย่างจริงจังและนำไปสู่การศึกษากระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียง ในชุมชนและพัฒนาด้านนี้ซึ่งวัดสุขภาพพอเพียง ดังนั้น บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจแนวคิดสุขภาพพอเพียง เพื่อประยุกต์ในการดำเนินงานซึ่งอาจเป็นหัวเรื่องการและเป้าหมายในการปฏิบัติงานไม่ใช่เพียงเพาะเป็นแนวคิดที่พัฒนาจากพระราชดำริของพระองค์เท่านั้น แต่เพราแนวคิดสุขภาพพอเพียงเป็นการเดินทางสายกลางและความพอดีที่จะทำให้คนไทยมีสุขภาพดีได้และยังไปกว่านั้น โลกแห่งการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันที่ต้องรับมือกับโรคหรือภาวะสุขภาพที่หลากหลายและซับซ้อน ดูเหมือนว่าทางออกที่เรียบง่ายและเป็นประโยชน์คือการใช้วิถีสุขภาพพอเพียงมากำหนดการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบัน

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ ที่มีมานานกว่า 30 ปี พระองค์ท่านมีพระประ圣สอนักที่ให้ประชาชนได้ใช้เป็นแนวทางในการใช้ชีวิตประจำวันและสามารถดำเนินอยู่ได้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการพัฒนาที่ต้องอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี ตลอดจนใช้คุณธรรม ความรู้ และดำเนินธุรกิจด้วยความเพียร เพื่อป้องกันตนเองให้รอดพ้นจากภัย สามารถดำเนินอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของโลก ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

(สศช.) ในฐานะหน่วยงานหลักในการวางแผนของประเทศไทยได้ตรากฎบัญถึงความสำคัญของแนวคิดดังกล่าว จึงได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ มาร่วมกันพิจารณาถึงกรอบพระบรมราชโฉลหและพระราชดำรัสที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจพอเพียงสรุปอภิธานเป็นนิยามความหมาย "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" และนำความกราบบังคมทูลฯ ขอพระราชทานพระบรมราชโฉลห-วินิจฉัยจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ซึ่งพระองค์ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ประทานพระบรมราชโฉลหให้ สศช.นำไปเผยแพร่เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของทุกฝ่ายและเป็นแนวทางการดำเนินธุรกิจกับประชาชนทั่วไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

แนวคิดหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงประกอบด้วยองค์ประกอบ ๓ องค์ประกอบ และเงื่อนไข ๒ ข้อ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550, 2554)

องค์ประกอบที่ ๑ ความพอประมาณ(Moderation) หมายถึงความพอดีต่อความจำเป็นและเหมาะสมกับฐานะของตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งวัฒนธรรม ในแต่ละห้องเรียน ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป และต้องไม่เบียดเบี้ยนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

องค์ประกอบที่ ๒ ความมีเหตุผล(Reasonableness) หมายถึง การตัดสินใจดำเนินการอย่างมีเหตุผลตามหลักวิชาการ หลักกฎหมาย หลักคุณธรรม และวัฒนธรรมที่ดีงาม โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างถ้วนถี่ รู้จุดอ่อน จุดแข็ง "โอกาส อุปสรรค" และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบคอบ รู้จักเลือกนำเสนอสิ่งที่ดีและเหมาะสมมากที่สุด

องค์ประกอบที่ ๓ การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (Self-Immunity) หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้สามารถปรับตัวความเสี่ยง ปรับตัวและรับมือได้อย่างทันท่วงที

ทั้งนี้การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความพอเพียงนั้นจะต้องเสริมสร้างให้คนในชาติมีพื้นฐานจิตใจในการปฏิบัติตามเงื่อนไข 2 ข้อต่อไปนี้

เงื่อนไขที่ 1 มีคุณธรรม (Morality) บุคคลครอบครัว องค์กร และชุมชน ที่จะนำรัฐชนบทของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ต้องนำระบบคุณธรรม และความเชื่อสัตย์สุจริตมาประพฤติปฏิบัติก่อน โดยเริ่มจาก การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว การศึกษาอบรมในโรงเรียน การสังสอน ศีลธรรมจากศาสนา ตลอดจนการฝึกซ้อม ชีวิตรองตนเอง

เงื่อนไขที่ 2 มีความรู้ (Knowledge) เป็นความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านี้มาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจึงได้ขับเคลื่อน "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" มาเป็นปรัชญาหรือแนวคิดหลักในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินับปี 9 (พ.ศ. 2545-2549) และฉบับปี 10 (พ.ศ. 2550-2554) รวมทั้งได้เตรียมสร้างความเข้าใจไปยังภาคส่วนต่างๆเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นคุณค่าและน้อมนำไปประยุกต์ในวิถีชีวิตของตนเองต่อไป

จากปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นการพึ่งตนเอง การรู้จักพอประมาณ อย่างมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันที่ดี ภายใต้การมีคุณธรรม และความรู้ที่เหมาะสมนั้น ทำให้ประชาชนไทยที่ต้องการเดินแนวทางสายกลางลงใจนำมากเป็นแนวปฏิบัติดำเนินธุรกิจ ทั้งภาคการเกษตรและแนวทางการดูแลสุขภาพด้วย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเอกสาร "เศรษฐกิจพอเพียง สู่สังคมอยู่ยืนเป็นสุข" เพื่อประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติระหว่างวันที่ 27-29 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ต่อมาคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยนได้ตระหนักรความสำคัญของแนวคิดสุขภาพพอเพียง จึงจัดการประชุมวิชาการนานาชาติ "Toward the Modern Challenges of Nursing Profession

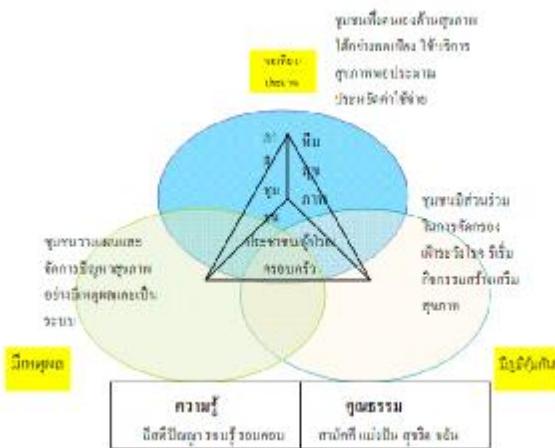
for Sufficiency Health" เมื่อวันที่ 19-20 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการนำรัฐชนบทของเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชน ใน การประชุมครั้งนั้น นายแพทย์ ประชญ บุณยวงศ์ วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้นได้นำเสนอแนวทางการประยุกต์ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กับระบบสุขภาพโดยกำหนดเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสุขภาพ 3 อย่าง คือ 1) ความเสมอภาคของ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 2) คุณภาพของการบริการสุขภาพ และ 3) ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุผลพอประมาณ ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบต้องมีการดำเนินการให้มีความสมดุล กัน 乃ระบบสุขภาพภายใต้หลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน ภายใต้เงื่อนไขสองข้อคือ การมีคุณธรรมและมีความรู้ (ประชญ บุณยวงศ์วิโรจน์, 2552) ทั้งนี้ลักษณะของระบบสุขภาพพอเพียงประกอบด้วย (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2549)

1. มีภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
2. มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผล ในด้านการเงิน การคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ
3. มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
4. มีการพัฒนาสุขภาพที่บูรณาการอย่างสมดุล ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ โดยยึดหลัก 'ทางสายกลาง และความสมดุล' ฯ
5. มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากผลกระทบทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศไทย
6. มีคุณธรรม จริยธรรม คือชื่อตรง ไม่หลอกมากและรู้จักพอ

ต่อมาทีมนักวิจัยและอาจารย์พยาบาลจากมหาวิทยาลัยมหิดลโดยการนำของ ศาสตราจารย์ ดร.รุจานา ภู่พญลักษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.มณี อาภานันทกุล และ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุสุมा คุวัฒน์สัมฤทธิ์ (รุจา ภู่ไพบูลย์) และคณะ (2554, 2555) ได้ทำการศึกษาแนวคิด สุขภาพเพื่อยกระดับชีวิต โดยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติ การอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาชุมชนสุขภาพเพื่อยัง

และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนสุขภาพเพื่อยัง รวมทั้งพัฒนาด้านนี้ชัดสุขภาพเพื่อยังที่สอดคล้องกับ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้วย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แนวคิด "ชุมชนสุขภาพเพื่อยัง" ประยุกต์ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
(รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ, 2555)

กระบวนการพัฒนาชุมชนสุขภาพเพื่อยังเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่นำไปในชุมชนเพื่อนำมา พัฒนาชุมชนด้านสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ที่มีสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในชุมชน และภาคีส่วนอื่นที่มีในชุมชน ให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้าน สุขภาพ ได้อย่างพอเพียงหรือพอประมาณในการดูแล สุขภาพ มีเหตุผลในการวางแผนและจัดการด้านสุขภาพ และการมีภูมิคุ้มกัน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง โรค สร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมดจะเป็นการพัฒนาที่ระดม การมีส่วนร่วมจากองค์กรภาครัฐในชุมชนร่วมกับครอบ ครัวและชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสุขภาพ เพื่อร่วม กันสร้างสุขภาพเพื่อยัง ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้ความ รับรองและมีคุณธรรมในการทำงานร่วมกันในชุมชน (รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ, 2555)

จากการวิจัยในชุมชนตัวอย่างแห่งหนึ่ง พบผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนสุขภาพเพื่อยังที่ได้คือ

คนในชุมชนส่วนใหญ่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชุมชน ทั้งความสะอาด การพึ่งพาตนเองด้วยการปลูกผัก การใช้สมุนไพร มีการพูดคุยลือสารเพื่อความเข้าใจกันมากขึ้นในระดับครอบครัว เกิดความสามัคคีกันมากขึ้นและบางคนลดการสูบบุหรี่และบริโภคสุราลงได้ กลุ่มเด็กและวัยรุ่นมีภาวะผู้นำมากขึ้น มีความรู้มากขึ้น และสามารถอ่านและทำความเข้าใจฉลาดภายใต้ นอกจากนั้นกลุ่มบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งแม้ว่าการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไม่มีความแตกต่าง แต่พบว่าความสุขในการทำงานของบุคลากรก่อนและหลังการใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการปฏิบัติงานของบุคลากร ในชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสุขในการทำงาน ($r = .709, p = 0.01$)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานที่น้ำหนาคิดปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการทำงานมาก มีระดับความสุขในการทำงานมาก (รุจิรา ภูพูลย์ และคณะ, 2554)

ผลจากการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นชัดเจน ว่ากระบวนการในการประยุกต์แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการปฏิบัติงานนำมาซึ่งความสุขในการทำงานของบุคลากรและเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในชุมชน เห็นได้จากสิ่งแวดล้อมมีความสะอาด มีการพึงพาคนเองด้วยการปลูกผัก การใช้สมุนไพร มีการสร้างความเข้าใจกันมากขึ้น ในระดับครอบครัว เกิดความสามัคคีกันมากขึ้น จนทำให้บ้านคุณภาพดี กลุ่มเต็กและวัยรุ่นมีภาวะผู้นำมากขึ้น และมีความรู้ในเรื่องการอ่านและทำความเข้าใจภาษาไทยได้ดีขึ้น จึงอาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่าแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำมาใช้กำหนด "สุขภาพ"

ของชุมชนได้อย่างไร้ตามการกำหนดสุขภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้จริงจังเพียงใด ย่อมต้องมีเกณฑ์หรือตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้

ตัวชี้วัดสุขภาพพอเพียงที่สอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สำหรับตัวชี้วัดสุขภาพพอเพียงที่สอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนั้น จากผลการศึกษาพบว่าได้ดัดแปลงมาเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล จำนวน 8 ตัวชี้วัด 2) ระดับครอบครัว จำนวน 12 ตัวชี้วัด และ 3) ระดับชุมชน จำนวน 16 ตัวชี้วัด (มนต์ อาภานันทกุล, รุจิรา ภูพูลย์ และกุลสุมา คุวัฒน์สัมฤทธิ์, 2558) โดยมีรายละเอียดของแต่ละระดับ ดังนี้

ลักษณะของปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง	ระดับ		
	บุคคล	ครอบครัว	ชุมชน
ก. ความพอประมาณ	1. ใช้วิธีพิจารณาเป็นอยู่แบบเรียบง่าย	2. ครอบครัวผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านที่ปลอดสารพิษเลี้ยงสัตว์ที่จำเป็นไว้บริโภค กายในบ้านแทนการซื้อจากภายนอก	5. คนในชุมชน แยกเปลี่ยนอาหาร/ผลผลิตทางการเกษตรกัน

ถ้ามีผลกระทบ เศรษฐกิจพอเพียง	ระดับ		
	บุคคล	ครอบครัว	ชุมชน
ข. ความมีเหตุผล	1. มีเงินเก็บออม ไว้ใช้เมื่อ ขามจำเป็น	2. ครอบครัวมีการคุ้มครอง สมัชิกในครอบครัวที่ไม่ สาขะเบื้องต้นก่อนเข้า ให้ รับประทานยาสามัญประจำ บ้านหรือยาสมุนไพร แต่ถ้า ไม่ดีขึ้นจะถูกหัก薪ห้อง บริการสาธารณสุข 3. ครอบครัวใช้สารเคมีใน การผลิตดัดดูดิบทางเกยตร น้อยลง และใช้สารอินทรีย แทน	4. ชุมชนมีส่วนร่วมในการ จัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ก้าวขั้นตอน ขั้นตอน ต้นไม้ 5. มีการประสานงานกับ อบต. ในการส่งผู้ป่วยอาการ หนัก 6. ไปโรงพยาบาล 7. มีสถานที่/อุปกรณ์ที่ สนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพในชุมชน เช่น สถานที่ ออกกำลังกายของชุมชน มี ลานออกกำลังและมีเครื่อง ออกกำลังที่ใช้ร่วมกัน มีลาน กีฬาเปิดต่อ ลานสุขาสุน 8. ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่าง สงบสุข คนในชุมชนมีความ รักสามัคคี ไม่ทำให้คนอื่น เดือดร้อน
ค. การมีภูมิคุ้มกัน	1. ดูแลสุขภาพตนเองให้ แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ 2. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำลาย สุขภาพ	3. ครอบครัวมีความสุข ความ อบอุ่น 4. สมัชิกในครอบครัวมี สุขภาพดีและใจดี 5. ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อม ภายในบ้านให้น่าอยู่ ปลูก ต้นไม้ ก้าวขั้นตอน	6. ชุมชนมีการรวมกลุ่มทำ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายการ ทำอาหารสุขภาพ 7. มีรพ.สต. ให้บริการ สุขภาพ ให้การคุ้มครอง เบื้องต้น ให้คำปรึกษาและ ความรู้ด้านสุขภาพแก่คนใน ชุมชน

ลักษณะของปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง	ระดับ		
	บุคคล	ครอบครัว	ชุมชน
			8. เจ้าหน้าที่รัฐสต. ในหมู่บ้านมีความเข้มแข็งในการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน 9. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในหมู่บ้านมีความเข้มแข็งในการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน 10. ชุมชนร่วมกับสถานีอนามัยมีการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน เช่น การกำจัดบุยงลาย 11. ผู้นำชุมชนให้ความสนใจสุขภาพของชุมชน
ง. การมีความรู้	1.ใช้ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาลดไข้ หรือยาสมุนไพรหรือรับประทานอาหารพืชสมุนไพรพื้นบ้าน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย 2.ใช้บริการการรักษาจากรพ. สต. /โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมาก 3. มีความรู้ภูมิปัญญาท่องถิ่น และความรู้ที่ว่าไปด้านสุขภาพ	4. ครอบครัวมีความรู้ภูมิปัญญาท่องถิ่นและความรู้ที่ว่าไปด้านสุขภาพ และมีการแสวงหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่รพ. สต. 5. ครอบครัวมีการแสวงหาความรู้/ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุตรหลาน	6. ชุมชนมีการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และข่าวสารต่างๆ 7. ชุมชนได้รับความรู้เรื่องสุขภาพ อาหาร การเกษตร และเรื่องอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ 8. มีการกระจายข่าวของชุมชนผ่าน อสม. และประชาชนที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน เป็นสื่อกลาง แจ้งข่าวด้านสุขภาพ 9. มีสถาบันทางสังคม เช่น สถานศึกษา วัดที่อยู่ใกล้หมู่บ้าน อบรมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นที่พึ่งทางใจให้คนในชุมชน

ลักษณะของปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง	ระดับ		
	บุคคล	ครอบครัว	ชุมชน
๑. การมีคุณธรรม	๑.ใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า กินอุ่น อย่างประหยัด ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่	๒. ครอบครัวสุขและสุขภาพให้เกิดสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ๓. ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดี ด้านคุณธรรมในเรื่องการประพฤติซื่อสัตย์ มีวินัยแก่สมาชิกในครอบครัว	๔. ชุมชนอยู่ร่วมกันแบบดูแลเพื่อพ้าอักษรัน เกื้อกูลกัน ช่วยเหลือคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

จากดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงที่ทั้ง ๓ ระดับ ดังกล่าว เมื่อพิจารณาในแต่ละระดับพบประเด็นที่น่าสนใจและควรนำไปสู่การทดสอบเพื่อความชัดเจนดังนี้

๑. ระดับบุคคล พบร่วมกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจริงๆ อยู่ในแนวคิดด้านการมีภูมิคุ้มกันกับด้านความรู้ กล่าวคือเน้นการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำลายสุขภาพ และใช้ยาสามัญประจำบ้าน ยาสมุนไพรหรือวัสดุทางานอาหารเพื่อสมูนไพรเพื่อบำรุงรักษา เช่น ผัก ผลไม้ ไข่ เป็นต้น สำหรับสุขภาพที่ดีนี้ รวมทั้งการมีความรู้ภูมิปัญญาที่องค์กันและความรู้ที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ส่วนแนวคิดด้านอื่นของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยังเป็นแนวคิดพื้นฐานล้ำหลังบุคคลที่ทำให้เกิดความสูญจากการรู้จักกับความรู้ แลระยะอย่างประกายด้วยง่าย

๒. ระดับครอบครัว พบร่วมกับแนวคิดทุกด้าน เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกประเด็น ทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม และการมีความพอเพียงในการใช้ชีวิต ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพพอเพียงของครอบครัวได้อย่างชัดเจน

๓. ระดับชุมชน พบร่วมกับแนวคิดทุกด้านเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด โดยเฉพาะเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน การกำจัดขยะ กำจัดดูด ดูแลต้นไม้ เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดี มีผลต่อสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อสามารถนำไปใช้ได้จริง

ส่งเสริมสุขภาพด้วยการดูแลรักษาเบื้องต้นและให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนได้

แนวทางการประยุกต์ระบบสุขภาพพอเพียงกับการพยาบาล

ต่อมาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒, ๒๕๕๙) ได้ให้ความหมายของระบบสุขภาพพอเพียงไว้ว่า "เป็นกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสุขภาวะ ทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญาโดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เชื่อมแข็งเพียงพอและเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุนที่เหมาะสม"

เมื่อพิจารณาลักษณะของระบบสุขภาพพอเพียงและดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงที่ที่มีวิจัยทางการพยาบาล คณะกรรมการแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้ข้อสรุปมาแล้วนั้นทำให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพประชาชนตามระบบสุขภาพพอเพียงในขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลสามารถทำได้ ดังนี้

๑. ประเมินสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว เป็นเบื้องต้นโดยประยุกต์ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง ชุดนี้ ซึ่งอาจต้องปรับปรุงตัวชี้วัดให้เข้าใจง่ายและเลือกบางตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพพอเพียงในระดับบุคคลและครอบครัว โดยประเมินบริบททางสังคม/แหล่งประโภชน์ที่มีอยู่ ที่สามารถเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพพอเพียงในครอบครัวได้ การรณรงค์ให้สังคมลดสินค้าหรืออาหารฟุ่มเฟือย ที่ขายกันในตลาดหรือโรงเรียน การใช้สมุนไพรหรือยาสมัชัญประจำบ้านที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการใช้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสม
3. ส่งเสริมให้สามารถครอบครัวตระหนักรู้ความสำคัญของสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ส่งเสริมให้มีความรู้ว่ามีปัญญาท่องร่องและความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพและมีการแสดง forth ความรู้เพื่อดูแลตนเองได้
4. ร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นจัดการสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการกำจัดขยะเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การปลูกต้นไม้ การเปลี่ยนขยายเป็นปุ๋ย
5. พยายบาลเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ ห้องการรู้จักใช้ชีวิตที่พอเพียง สร้างเริ่มสุขภาพตนเองด้วยวิธีธรรมชาติ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำลายสุขภาพ เช่น น้ำดื่มอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลือกปรุงอาหารและซับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ที่สามารถหาได้ในครัวเรือนหรือในชุมชน
- การประยุกต์แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้เกิดสุขภาพพอเพียงในทุกระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความจำเป็นอย่างยิ่ง นโยบายที่ประชาชนควรเลือกเดินทางส่ายกลางในท่านกลางสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ชีวิตความผาสุกในครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). เศรษฐกิจพอเพียง สุสังคมอยู่เย็นเป็นสุข. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 27-29 ตุลาคม 2549. ณ อิมแพ็คเมืองทองธานี.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติดูบบ์ที่ 12. (2559). (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2560, จาก <http://www.info.dmh.go.th/ilaw/files/healthplan12.pdf>.
- ปราญ บุณยะงค์โรจน์. (2552). "Sufficient Health: Mission and Health Care System Reformation" เอกสารประกอบการประชุมนานาชาติ "Toward the Modern Challenges of Nursing Profession for Sufficiency Health" เมื่อวันที่ 19-20 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เที่ยนร่วมกับ Monash University, Australia และ University of Pretoria, South Africa.
- มนี อาภาันทิกุล รุจา ภูใบูลย์ และกุสุมา คุวัฒนสัมฤทธิ์. (2558). การวิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารสภากาการพยาบาล, 30(1), 41-57.
- รุจา ภูใบูลย์ และคณะ. (2554). "กรณีศึกษาหมู่บ้านคุลาติน: การพัฒนาชุมชนสุขภาพพอเพียงโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม". เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 14 เกษตรศาสตร์-ธรรมศาสตร์-มหิดล-กองทัพเรือ เรื่อง "2015 ประชุมวิชาการ: ความท้าทายของประเทศไทย บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง". วันที่ 20 ตุลาคม 2554 ณ ห้องประชุมสุธรรม อารีกุล อาคารสารนิเทศ 50 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรี-วัน.

รุจा ภูพูลย์ และคณะ. (2555). กระปวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35(1), 28–38.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล โรงพยาบาล 21 เช่นนี้.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดประจำสุขภาพแห่งชาติ (สปส.). (2549). ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง: บทนำเสนอในสังชชา

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549. [ออนไลน์]. ลีบคันเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2560,
จาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/11226>.



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์นักวิชาการ ส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น หากกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับและจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลัง ของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมควร

1. บทความที่รับตีพิมพ์

1.1 บทความวิจัย หรือวิทยานิพนธ์ : เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล หรือที่เกี่ยวข้องในสาขาพยาบาลศาสตร์

1.2 บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติทางการพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องในสาขาพยาบาลศาสตร์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้นิพนธ์หรือผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยและบทความวิชาการให้ถูกต้องตามรูปแบบดังนี้

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 และลือความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

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

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อห้องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 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 (คากุล ช่างแม่, 2550) (Fawcett and Downs, 2006)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ ให้เรียงลำดับเรื่อง ดังนี้

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

5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

6) การวิเคราะห์ข้อมูล

7) สรุปผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8) การอภิปรายผลการวิจัย

9) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะการทำวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างเป็นเส้นคู่ ชื่อตารางไม่เส้นแนวตั้ง หรือ colum ดังต่อไปนี้ ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n=115$)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกผิด	- 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) ดังต่อไปนี้

1) หนังสือ

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

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อบทความ. // ชื่อวารสาร. // ปีที่ (ฉบับที่)/:/ เลขหน้า-เลขหน้า.
ราชช โลพันธุ์ครี. (2530). เรื่องเลี้ยงແຫບ. วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน // (ปีที่พิมพ์). // ชื่อวิทยานิพนธ์. // ระดับวิทยานิพนธ์ ชื่อสาขาวิชา คณะ ชื่อ
มหาวิทยาลัย.

สมหมาย ถิรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดโรคจอประสาทตาลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชากร (วัดไโรเชิง).
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาระบบทั่วไป
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสตீียน.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเตอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง // (เป้าพิมพ์). // ชื่อเรื่อง. // [ประเภท]. // สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.
สมคักดี คล皇子สิทธิ์. (2544). ความสนใจในการเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา.
[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) บทความทั้งสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ. // ชื่อบทความ. // ชื่อหนังสือพิมพ์ /:/ หน้า.
คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวไทยนา". 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 โดยกรอกข้อมูล ในแบบฟอร์มสำหรับส่งบทความ ดาวน์โหลดแบบฟอร์มจากเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

3) ผู้เขียนที่ต้องส่งบทความตีพิมพ์ ขอให้จัดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด ในข้อ 2 หากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

3.2 การพิจารณาการประเมินบทความ กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณา จึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน

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

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

3.6 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3.7 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.8 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.9 ในกรณีที่บุคคลใดได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.3 และจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

3.10 ข้อคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการของผู้เขียน หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

นางรัญญารัตน์ หวานแท้

144 หมู่ 7 ถนนพระประโคน – บ้านแพ้ว ตำบลอนนยาหยหอม

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

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อทความวิจัย

สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน
ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*

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

ดร. จันทร์จิรา วงศ์ขุมทอง**

ดร. เนตรชานก ศรีทุมมา***

ดร. นงลักษณ์ จินทนากิจ****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ชื่อเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับกลางและระดับสูง สังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 5 แห่ง จำนวน 109 คน ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยใช้แนวคิดสมรรถนะภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) และสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ John Adair (2012) ประกอบ ด้วยชุดข้อคำถาม 7 ด้าน รวม 77 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามของการวิจัยชื่อเรื่องนี้พบว่า มีค่าความสอดคล้องและความตรงกับลิستี่ต้องการวัด (Item Objective Congruence Index : IOC) เท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และ ใช้สถิติ เพื่อการวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีองค์ประกอบ 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 76 ปัจจัยทั้งนี้ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกองค์ประกอบของแต่ละโมเดล ที่นัยสำคัญทางสถิติในระดับ 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) ความสัมพันธ์ กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda = 0.85$) ประกอบด้วย 15 ปัจจัย ($\lambda = 0.37–0.69$) (3) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบัน และอนาคต ($\lambda = 0.84$) ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ($\lambda = 0.48–0.74$) (4) การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda = 0.77$) ประกอบด้วย

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต 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) จิตวิญญาณ การเป็นองค์การ ($\lambda = 0.64$) 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 รวมทั้งการคิดเชิงนวัตกรรมทั้งในการบริหารจัดการและการบริการการพยาบาล เป็นอันดับแรก รวมทั้งให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการสร้างความสามัคันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กรและภายนอก องค์กร รวมถึงการรับผิดชอบต่อชุมชนและการสร้างพันธมิตรในต่างประเทศ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาลได้รับการพัฒนาเป็นผู้นำที่เข้มแข็งทั้งใน ด้านความสามารถทางการบริหารและคุณลักษณะ ความเป็นผู้นำ รวมถึงระบบการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ การสร้างวัฒนธรรมและคุณค่าร่วมเฉพาะของฝ่ายการพยาบาล ให้กับทีมผู้บริหารในสังกัดฝ่ายการพยาบาลสำหรับปัจจุบันและสำหรับอนาคตด้วย

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 admidnistrative 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. คากุล ช่างไม่*

บทคัดย่อ

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ การให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาอ่อน健ดีเด่นการดูแลแบบหนึ่ง ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่อน เนื่องจากการดูแลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งในบทความนี้ เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" พบว่า 1) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา 3) ภาระการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงแปรผัน และ 4) ความต้องการของผู้ดูแลเป็นลิงสำคัญ ดังนั้น การสนับสนุนความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยจึงควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการปฏิบัติพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา อาทิผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย 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 car or dependent care, 3) the burden of caring for patients and quality of life of family caregivers are related inversely to

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย

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 preactical 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 สมาชิกการสารพยาบาลศาสตร์ 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

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

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)
ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การสั่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารสั่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) บัญชีอมทรัพย์ เลขที่ 404-052839-7

สาขาพระประโทน (นครปฐม) และให้สั่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินไปยัง

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม 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
อาคารสำนักงานสภาคิสต์จักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

 คณะคริสตศาสสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th