



วารสารโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์

Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital

ISSN 1686-8579

เจ้าของ	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์		
ที่ปรึกษา	นพ.สุกิจ	ศรียุทธวรรณ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	นพ.ศุภวิช	สุวัฒน์พิมพ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์
	นพ.กำพล	รัชวรพงศ์	หัวหน้าฝ่ายวิชาการ
	ร.อ.พญ.สิริสรพวงค์	ยอดอาวุธ	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยา
บรรณาธิการ	นพ.ทิพา	เกียรติปานอภิกุล	

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	
ศ.นพ.ชนพ ช่างโชติ		ศ.นพ.วีระพล จันทรดียิ่ง	
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย			
รศ.ดร.กัญญดา ประจักษ์ศิลป			
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร			
นพ.อนันต์ มโนมัยพิบูลย์		นพ.สุรพจน์ เมฆนาวัน	
พญ.ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล		พญ.ธันดา ตระการวณิช	
โรงพยาบาลกลาง			
นพ.ชัยพร สุวิชากุล		นพ.มนตรี สิริไพบูลย์กิจ	
พญ.จิรัฐคณา จันทรงาม		นพ.สุทัศน์ ภัทรวรรณ	
นางสาวสุวดี สุขินิตย์		พญ.อารีรัตน์ ชัยเรืองยศ ดร.ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ	
โรงพยาบาลตากสิน			
ทพญ.อังคณา ลีโทชลิต		พญ.วรวรรณ ชัยน่านาม	
		นางเพลินตา สิริมานุวัฒน์	
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร			
นายรุจิโรจน์ ไบมาก			

กองบรรณาธิการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ทพญ.จินตนา สาระบรรจง	นพ.วันชัย จันทราพิทักษ์	พญ.อภิชาดา พึ่งจิตต์ประไพ
นางชวพร ลีลาเวทพงษ์	น.ส.อารีย์ บุรพาวิจิพงษ์	นางสาววรรดิรัตน์ สายัณห์หรษา
นางกสิกรณ์ ใสธิพันธุ์	นางสำเนียง วสันต์ชื่น	

เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

น.ส.เพ็ญพิชญ์ ภู่งศ์พันธุ์	พญ.อังคณา เทพเลิศบุญ	น.ส.พัชรา สิริวัฒนเกตุ
น.ส.อรณิชา เป็ลยนภักดี		

กำหนดออก	ปีละ 2 ฉบับ มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม
สำนักงาน	ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โทร. 0-2289-7106
พิมพ์ที่	ห้างหุ้นส่วนจำกัด นำงการพิมพ์
	74 ซ.16 ถ.สาธุประดิษฐ์ แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กรุงเทพฯ 10120
	โทร. 0-2211-1998, 0-2211-9664 โทรสาร. 0-2212-6237 Email: namkangltd@yahoo.com



วารสารโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์

Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital

• ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2559 •

• Volume 12 Number 2 July - December 2016 •

สารบัญ

CONTENTS

บทความวิชาการ

ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของ
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัด
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
นิรพนธ์ กิตติสุภรณ์พันธ์ ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์
กรรณิการ์ สุวรรณโคต

สมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น
โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ภัทรารัตน์ ดันนุกิจ

ผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของ
พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
นิตยา ศักดิ์สุภา กรรณิการ์ สุวรรณโคต
สุคนธ์ ไข่แก้ว

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม พัทธรา สิริวัฒนเกตุ
วิระญา กิจรัตน์ ณัฐธยาน์ วงษ์วาทย์
ธนรัช สุขกาย ภัทราวดี มากมี

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สุวนคนบำบัด
ร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา
กนกวรรณ ใจภักดี ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
พรศิริ พันธสี

รายงานผู้ป่วย

การศึกษาผลของการควบคุมอาหารและออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มี
น้ำหนักตัวเกินในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
อุกฤษฏ์ อุเทนสุด

บทความปริทัศน์

การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์ในการรักษาโรคข้อศอก
เทนนิสในผู้เล่นเทนนิส
อังคณา เทพเลิศบุญ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น
พัชรา สิริวัฒนเกตุ ธนรัช สุขกาย ประวิทย์ ทองไชย

ORIGINAL ARTICLE

1 The Effects of CLEAR Supervision Skill Development Program of
Head Nurses at a Tertiary Level Hospital in the Medical Service
Department under the Bangkok Metropolitan Administration
Niraphan Kitisuponpan Prangtip Ucharattana
Khannika Suwonnakote

16 The first line nurse administrator's competency in Hospital Of
Medical Service Department Bangkok Metropolitance
Administration
Patrrarat Tannukit

27 The effects of shift report through Lean management program of
professional nurses in an intensive care unit at a tertiary level
hospital in Medical Service Department Under the Bangkok
Metropolitan Administration
Nittaya Saksupa Khannika Suwonnakote
Sukhon Khaikheaw

40 Factors Affecting Satisfaction in the Performance of Satisfaction
Prapokklao Hospital, ChantaburiProvince
Surasak Im-iam Patchara Sirivattanaket
Wiraya Kijrat Natthaya Wongwad
Thanarat Sukkay Patrawadee Makmee

54 The effect of postoperative pain management program by using
aromatherapy and music therapy in postoperative patients with
open reduction internal fixation of leg
Kanokwan Jaipakdee Kanokporn Nateetanasombat
Pornsiri Punthasee

CASE REPORT

69 A study of diet control and exercise in overweight patients in
Wetchakarunrasmi Hospital
Ukris Utensute

REVIEW ARTICLE

81 The application of biomechanics for treatment of Tennis elbow in
tennis players
Aungkana Theplertboon

91 Factors are Affecting to Emotional Eating in Adolescent
Patchara Sirivattanaket Thanarat Sukkai
Prawit Thongchai



วารสารโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์

Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital

คำชี้แจงการส่งบทความ



วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์ มีการพิมพ์เผยแพร่อย่างสม่ำเสมอ ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม-ธันวาคม) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย รายงานการสำรวจทางระบาดวิทยา รายงานผู้ป่วย และบทความวิชาการทางการแพทย์ รวมทั้งผลงาน วิชาการด้านแพทยศาสตรศึกษาและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ โดยบทความที่ดีพิมพ์จะได้รับการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ 2 ท่าน ในด้านความเหมาะสมทางจริยธรรม ความถูกต้อง วิธีการดำเนินการวิจัย ความชัดเจนของการนำเสนอ ซึ่งรายชื่อผู้พิมพ์และผู้กลั่นกรอง จะได้รับการปกปิดโดยกองบรรณาธิการก่อนส่งเอกสารให้ผู้เกี่ยวข้อง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขบทความก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้ ข้อความและความคิดเห็นในบทความนั้น ๆ เป็นของเจ้าของบทความโดยตรง

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

ประเภทบทความ

1. **บทความวิชาการ (Original article)** ได้แก่ รายงานผลวิจัย (Research work) รายงานการสำรวจทางระบาดวิทยา (Epidemiological study and survey) รายงานผู้ป่วย (Case reports) และรายงานสิ่งประดิษฐ์ (invention report)

2. **บทความปริทัศน์ (Review article)** เป็นบทความที่รายงานความรู้และหลักการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากหนังสือ หรือวารสารต่าง ๆ หรือจากผลงาน

และประสบการณ์ของผู้พิมพ์มาเรียบเรียง โดยมี การวิเคราะห์ วิวิจารณ์เปรียบเทียบ

3. **ปกิณกะ (Miscellany)** บทความประเภทอื่นที่เหมาะสม จดหมายถึงบรรณาธิการ

หลักเกณฑ์ทั่วไปและเงื่อนไข

การส่งบทความ ให้ส่งฉบับจริง 2 ชุด พร้อม file ข้อมูล มายังกองบรรณาธิการโดยให้ระบุข้อมูล ชื่อ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ มาที่...

นพ.ทิวา เกียรติปานอภิกุล กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

8 ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม

เขตบางคอกแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

e-mail : mdping143@gmail.com

โทร. 0-2289-7498

และแนบไฟล์ต่อมาที่ น.ส.เพ็ญพิชญ์ ภู่งศ์พันธุ์

ศูนย์บริหารความเสี่ยง e-mail: pppp.rmckp@

gmail.com โทร. 0-2289-7351, 08-1851-6097 และ

น.ส.อรณิชา เปลียนภักดี e-mail: pearonc93@

yahoo.com

บทความต้องเป็นบทความที่ไม่เคยพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อพิมพ์ที่ใด ในกรณีที่เรื่องนั้นเคยพิมพ์ในรูปบทความย่อ หรือวิทยานิพนธ์ หรือเคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใด ๆ จะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบด้วย สำหรับเรื่องที่ทำการศึกษาในคน จะต้องมีหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

การเตรียมบทความ

1. **การพิมพ์ต้นฉบับ** ใช้กระดาษ A4 โดยใช้อักษรชนิด (Angsana New) ขนาด 16 เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้วทุกด้าน และใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า มุมขวาบน

ผู้นิพนธ์ควรเตรียมบทความตามแนวทางการเขียนบทความทางวิทยาศาสตร์สุขภาพของคณะบรรณาธิการวารสารนานาชาติ คือ บทความที่เขียนส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ ควรเขียนเรียงลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง และผู้นิพนธ์บทความย่อ เนื้อหาหลัก กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

2. **ปกชื่อเรื่อง (Title page)** เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษาประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

- **ชื่อเรื่อง (title)** สั้น กระชับรัด ไม่ใช้คำย่อ และครอบคลุมสาระสำคัญของบทความทั้งหมด

- **ชื่อผู้นิพนธ์ (authors)** เขียนชื่อ-สกุล พร้อมวุฒิการศึกษา คุณวุฒิภาษาไทยให้เขียนตัวอักษรตามพจนานุกรม คุณวุฒิภาษาอังกฤษ เขียนตัวย่อโดยไม่ต้องมีจุด

3. **บทคัดย่อ (Abstract)** เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ในตัวเอง โดยเขียนให้ได้ใจความ นิพนธ์ต้นฉบับให้เขียนบทคัดย่อแบบ Structured abstract เขียน 4 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุป ส่วนรายงานผู้ป่วยและบทความวิชาการให้เขียนบทคัดย่อแบบ Standard abstract

4. **เนื้อเรื่อง** หัวข้อหลักควรประกอบด้วย

- **บทนำ** กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาศึกษา รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย

- **วิธิดำเนินการวิจัย** บอกรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างและขนาด แสดงวิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบสั้นๆ เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก บอกรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งบอกรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- **ผลการวิจัย** นำเสนอให้เข้าใจง่าย โดยใช้ตารางแผนภูมิหรือรูปภาพประกอบ และชื่อกำกับมีคำอธิบายโดยสรุป ส่วนตารางให้มีเฉพาะเส้นแนวขวาง 3 เส้นที่ด้านบนสุด ด้านล่างสุด และเส้นแบ่งหัวข้อตารางกับเนื้อหาเท่านั้น รูปภาพควรเป็นรูปที่จัดทำขึ้นเอง ถ้าเป็นรูปจากแหล่งอื่น จะต้องระบุที่มา รวมทั้งเอกสารลิขสิทธิ์จากสำนักพิมพ์ต้นฉบับด้วย สำหรับผู้ป่วยต้องไม่ทราบว่าเป็นบุคคลใด และอาจต้องมีคำยินยอมจากผู้ป่วยด้วย

- **วิจารณ์** ให้วิจารณ์ผลงานวิจัยที่นำเสนอสรุปผลการวิจัยทั้งหมดสั้น ๆ เปรียบเทียบผลการวิจัยกับการศึกษาอื่น ๆ ให้ความเห็นเกี่ยวกับการวิจัย วิจารณ์วิธิดำเนินการวิจัย ความน่าเชื่อถือทางสถิติ ข้อจำกัดของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะนำไปใช้การวิจัยที่ควรพัฒนาต่อไปในอนาคต

- **รายงานผู้ป่วย** ควรมีหัวข้อบทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ และสรุป

- **รายงานสิ่งประดิษฐ์** ควรมีหัวข้อบทนำ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์และสรุป

- **บทความวิชาการ** ให้ปรับหัวข้อหลักตามความเหมาะสมกับบทความนั้น ๆ

5. **กิตติกรรมประกาศ** แสดงความขอบคุณผู้สนับสนุนการวิจัย และผู้ให้คำแนะนำด้านต่าง ๆ

6. **เอกสารอ้างอิง** ให้ใส่หมายเลข 1, 2, 3,... ไว้ท้ายประโยคที่พิมพ์ตัวพิมพ์ยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลขหนึ่ง และเรียงลำดับอันดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลักดังนี้

ชื่อผู้เขียน ชื่อภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อสกุลตามด้วยอักษรแรกของชื่อต้นและชื่อกลางเป็นตัวพิมพ์ใหญ่ ชื่อภาษาไทย ให้เขียนชื่อเต็มทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล ใส่ชื่อผู้เขียนทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ถ้าเกิน 6 คน ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al หรือคณะ

การอ้างอิงวารสาร ให้ใส่ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารตาม index medicus (ถ้าเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม) ปี ค.ศ. (ภาษาไทยใช้ พ.ศ.); ปีที่ (volume): หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้าย. โดยเลขหน้าที่ซ้ำกันไม่ต้องเขียน เช่น หน้า 152 ถึงหน้า 158 ให้เขียน 152-8.

การอ้างอิงหนังสือตำรา ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องเขียน). ชื่อเมือง (ใช้ชื่อเมืองแรกชื่อเดียว): ชื่อโรงพิมพ์; ค.ศ. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. In: ชื่อบรรณาธิการ, editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องเขียน). ชื่อเมือง: ชื่อโรงพิมพ์; ปี ค.ศ. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม ให้เขียน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; สถานที่จัดประชุม; เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

การอ้างอิงบทความคัดย่อจากที่ประชุมวิชาการ (published proceedings paper) บทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปการประชุม ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงรายงานทางวิชาการหรือรายงานทางวิทยาศาสตร์เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (issued by funding) ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

การอ้างอิงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

ตัวอย่าง: Bureau of Reproductive Health. Youth Friendly Health Services (YFHS). Available at http://rh.anamai.moph.go.th/yfsh_54.html. Retrieved March 19, 2012.

การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ ให้เขียนชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

การแก้ไขบทความเพื่อส่งตีพิมพ์

ผู้นิพนธ์แก้ไขและอธิบายข้อสงสัยตามที่ถูกถามกลับ และกองบรรณาธิการให้ข้อเสนอแนะให้ครบทุกประเด็น และระบุว่าได้แก้ไขประเด็นใดบ้าง รวมทั้งอธิบายประเด็นที่ไม่ได้แก้ไข

ผู้นิพนธ์ส่งกลับให้กองบรรณาธิการภายใน 4 สัปดาห์หลังได้รับเอกสาร ถ้าไม่ได้ส่งกลับตามที่กำหนดหรือแก้ไขตามข้อเสนอแนะ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการถอนบทความออกจากการพิจารณาการตีพิมพ์ในฉบับที่ตอบรับนั้น โดยจะพิจารณาการลงฉบับต่อไป (ที่บทความยังไม่เต็ม) แต่ต้องส่งฉบับที่แก้ไขแล้วเสร็จภายใน 12 สัปดาห์เท่านั้น

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นชื่อที่ได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามจากพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ.2519 เพื่อน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณอย่างหาที่สุดมิได้ กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ขอมุ่งมั่นดำเนินตามรอยเบื้องพระยุคลบาทในการทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยวารสารฯ ฉบับนี้เป็นปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2559 ซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai - Journal Citation Index : TCI) และอยู่ในระยะเวลาการรับรองคุณภาพวารสารตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2562

ในวารสารฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์โดยตรงในรูปแบบงานวิจัยกรณีศึกษา และบทความ ได้แก่ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สุคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา การศึกษาผลของการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์ในการรักษาโรคข้อศอกเทนนิสในผู้เล่นเทนนิส และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่น่าสนใจ ปัญหาที่พบจากการทำงานมาพัฒนาปรับปรุง เพื่อยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาล ได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร สมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ท้ายนี้ ขอขอบคุณท่านเจ้าของบทความทุกท่านที่ได้นำบทความมาตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ รวมทั้งท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้เกียรติพิจารณาบทความเพื่อช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่สนใจ ได้ศึกษาค้นคว้างานวิชาการในรูปแบบต่าง ๆ ที่จะช่วยให้งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการพัฒนาและตอบสนองการแก้ไขปัญหาที่พบได้อย่างแท้จริง

ทิวา เกียรติปานอภิกุล
บรรณาธิการ



บทความวิชาการ

Original Article

ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

นิรพันธ์ กิตติสุภรณ์พันธ์ พย.ม.*, ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ วทบ.,ค.ม.***, กรรณิการ์ สุวรรณโคต วทบ.,M.S.,ค.ด.***

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือรักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงานของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 30 คน เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.98 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.568) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.497) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะการนิเทศแบบเคลียร์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 4.93$, $p < 0.05$)

สรุปผลการวิจัย: โปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์สามารถพัฒนาทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการนิเทศแบบเคลียร์ไปใช้ในการพัฒนาทักษะการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติการนิเทศที่เน้นเรื่องการให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้ผู้รับการนิเทศแก้ปัญหาด้วยตนเอง

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ การนิเทศแบบเคลียร์ หัวหน้าหอผู้ป่วย



บทความวิชาการ

Original Article

The Effects of CLEAR Supervision Skill Development Program of Head Nurses at a Tertiary Level Hospital in the Medical Service Department under the Bangkok Metropolitan Administration

Niraphan Kitisuponpan M.N.S.* , Prangtip Ucharattana, M.Ed.** , Khannika Suwonnakote, Ph.D.***,

*Professional Nurses, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department under Bangkok Metropolitan Administration.

**Associate Professor, Major advisor, Graduate school, Christian University of Thailand.

***Assistant Professor, Co-advisor, Graduate school, Christian University of Thailand.

Abstract

Objective: To study the effects of CLEAR supervision skill development program of head nurses at a Tertiary Level Hospital in the Medical Service Department under the Bangkok Metropolitan Administration and to compare CLEAR supervision skill before and after the training in CLEAR supervision skill development program.

Materials and Methods: Research samples were 30 head nurses who have been working at Charoenkrung Pracharak Hospital. The samples were selected by using purposively sampling. The research instruments were sets of personal data questionnaire, CLEAR supervision skill questionnaire, and CLEAR supervision skill development program which were tested for content validity by five experts. The content validity index was 0.98, and the Cronbach's Alpha Coefficient was 0.95. The data were analyzed by mean, standard deviation, and paired t-test.

Result: The research results revealed that before training the program, head nurses had CLEAR supervision skill at a moderate level ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.568), and after training the program, the overall of the supervision skill was at a high level ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.497) and its five dimensions of the supervision skill was also at a high level at $p < 0.05$. ($t = 4.93$, $p < 0.05$)

Conclusions: CLEAR supervision skill development program were to improve supervision skill of head nurses. Based on the finding of this research, it is recommended that nurse administrators should be enhanced and encouraged to use this program to develop nursing supervision skill for head nurses emphasis on advisory practical supervision in all units, especially the supervision that focused on advising nurses to solve problems on their own.

Keywords: Skill development program, CLEAR supervision, head nurse

บทนำ

การพยาบาลเป็นบริการที่จำเป็นต่อสังคมในการช่วยเหลือผู้ให้บริการทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ความสามารถ มีทักษะและจริยธรรม เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์กับผู้ให้บริการ¹ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องมีการควบคุมงานและติดตามผลการปฏิบัติงาน กลวิธีหนึ่งในการควบคุมงาน ได้แก่ การนิเทศงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ทราบว่าการที่ทำเหมาะสมหรือไม่ จำเป็นต้องมีการชี้แนะและให้ความรู้เพิ่มเติมหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อคุณภาพการบริการพยาบาลที่ดีและความปลอดภัยของผู้ป่วย² การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารการพยาบาลภายใต้บุคลากรที่มีจำกัด³ การนิเทศเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการให้ความช่วยเหลือ ดูแลและพัฒนาสมรรถนะของบุคคล เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ⁴ การนิเทศการพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้น ส่งเสริมบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน และสามารถพัฒนาตนเองให้เจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน⁵

สภาการพยาบาลได้กำหนดให้องค์กรพยาบาลมีระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยมีการควบคุมและการประเมินผลงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ⁶ กล่าวคือ ทุกหน่วยงานในองค์กรพยาบาลต้องมีการมอบหมายงาน ควบคุม และประเมินผลงานของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่ององค์กรพยาบาลจึงจัดให้มีระบบการนิเทศการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นกลไกและสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่ดี⁷ การนิเทศการพยาบาลแบ่งเป็น 2 แบบ คือ การนิเทศทางการบริหาร (managerial supervision) และการนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) การ

นิเทศทางการบริหารแตกต่างจากการนิเทศทางคลินิกแต่มีความเชื่อมโยงกัน การนิเทศทางการบริหารเป็นการนิเทศเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบายโดยกำหนดเป็นกระบวนการไว้ชัดเจน และมีการนำนโยบายหรือแนวทางไปปฏิบัติในทุกหน่วยขององค์กรพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่องค์กรกำหนด ส่วนการนิเทศทางคลินิกเป็นการเพิ่มศักยภาพและทักษะของผู้ปฏิบัติงานให้สามารถเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ มีการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ทศนคติ ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนิเทศการพยาบาลเป็นสมรรถนะสำคัญของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ หัวหน้าหอผู้ป่วยในฐานะผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ดำเนินงานการพยาบาลในระดับหอผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการกำกับดูแล คุม และชี้แนะการทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้ใกล้ชิดและสั่งการโดยตรง เพราะเป็นผู้ที่รู้ความเป็นไปของปัญหาที่เกิดขึ้นในจุดปฏิบัติงาน⁸ ปัญหาการนิเทศการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า จะทำการนิเทศเมื่อพบปัญหาขณะปฏิบัติงาน ไม่มีการวางแผนล่วงหน้า ไม่มีระบบการนิเทศที่ชัดเจน การนิเทศมักกระทำในรูปแบบการสั่งการ หาข้อบกพร่องตำหนิ มุ่งให้งานสำเร็จ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการนิเทศได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่เป็นการร่วมกันปฏิบัติงาน ผู้รับการนิเทศวางแผนการปฏิบัติงานด้วยตัวเอง ให้อิสระในการปฏิบัติ ให้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงพัฒนา และให้การเสริมแรง ชมเชยช่วยเหลือและแนะนำ⁹

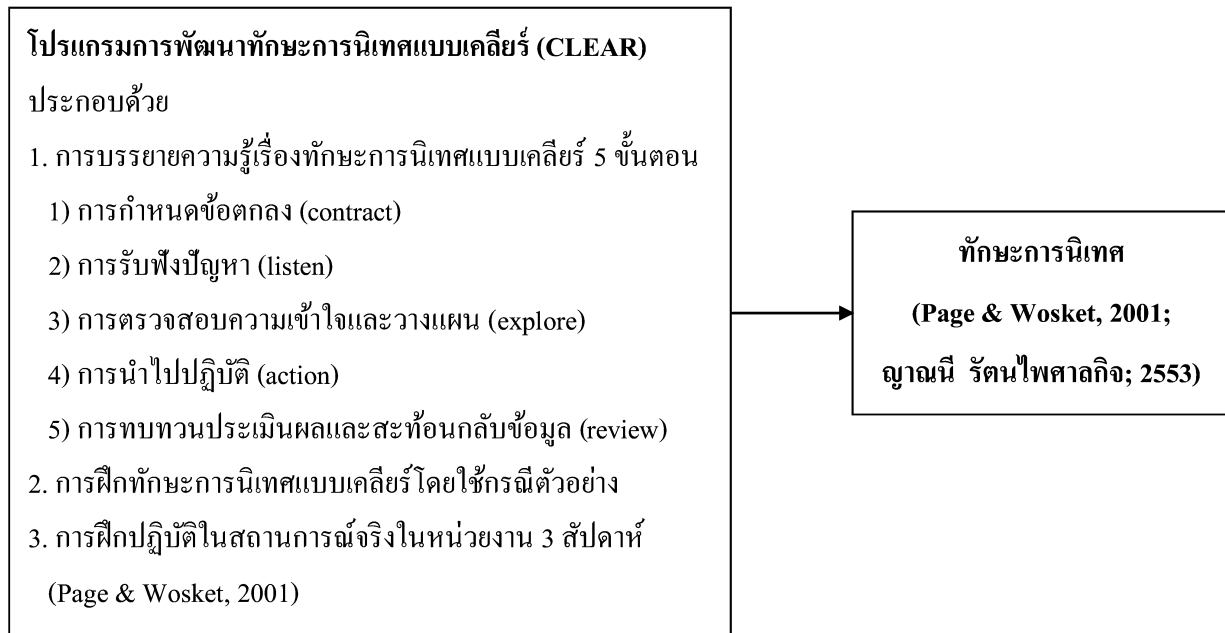
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ทำหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานวิชาชีพ การนิเทศการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพและระบบสื่อนงานสำหรับผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับให้สามารถนิเทศ กำกับ ควบคุม

ติดตามงานอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาลและความต้องการการนิเทศการพยาบาลของผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์โดยใช้แบบสอบถาม พบปัญหาเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำการนิเทศขณะปฏิบัติงานประจำหรือเมื่อพบปัญหา เครื่องมือในการนิเทศใช้ตารางการนิเทศประจำวัน ประจำสัปดาห์ และประจำเดือน ไม่มีคู่มือการนิเทศ ไม่มีแผนในการติดตามผลลัพธ์ ไม่มีรูปแบบชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานมาก เป็นคณะกรรมการหลายโครงการ ทำให้ไม่สามารถทำการนิเทศอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่ขึ้นรับตำแหน่งโดยไม่มีการเตรียมความพร้อมเรื่องการนิเทศการพยาบาล ด้านผู้รับการนิเทศผู้วิจัยสำรวจพยาบาลวิชาชีพประจำการในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จำนวน 20 ราย เกี่ยวกับความต้องการรูปแบบการนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส พบว่า ต้องการให้มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน มีการนัดหมายการนิเทศล่วงหน้า ต้องการบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่เครียด ลักษณะการนิเทศควรเป็นการแนะนำ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ยอมรับความแตกต่างในศักยภาพแต่ละบุคคล การนิเทศด้านสมรรถนะควรกระทำเป็นรายบุคคล และด้านทักษะทางคลินิกควรนิเทศเป็นกลุ่ม ใช้คำถามเพื่อทราบความรู้ที่พร้อมและเติมเต็มในสิ่งที่ขาด ไม่สอนซ้ำในเรื่องที่รู้แล้ว และระยะเวลาในการนิเทศไม่นานเกินไป จากผลการสำรวจดังกล่าวประกอบกับตัวชี้วัดคุณภาพของฝ่ายการพยาบาลไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และข้อเสนอแนะจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพจากการสำรวจสภาพการณ์การนิเทศการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้ฝ่ายการพยาบาลต้องเร่งพัฒนาระบบการนิเทศให้

เป็นรูปธรรมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยและศึกษาผลของโปรแกรมที่สร้างขึ้นว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการนิเทศแบบเคลียร์ตามแนวคิดของ Page & Wosket¹⁰ และประยุกต์จากงานวิจัยของ ญาณิรัตน์ไพศาลกิจ¹¹ และอุษา วีระเดชกำพล¹² ซึ่งแนวคิดการนิเทศแบบเคลียร์ของ Page & Wosket¹⁰ เป็นรูปแบบการนิเทศงานแนวใหม่ที่เป็นกระบวนการเชิงระบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดข้อตกลงการนิเทศ (contract) 2) การรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อนิเทศร่วมกัน (listen) 3) การตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน (explore) 4) การนำไปปฏิบัติ (action) และ 5) การทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล (review)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ และเปรียบเทียบทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงาน ที่ให้การนิเทศพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยงานคลินิกของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยใน จำนวน 19 คน แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน และหน่วยงานทางคลินิก จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของ

หัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วยการสอนแบบบรรยาย แผนการสอนเรื่องการนิเทศแบบเคลียร์ คู่มือการนิเทศแบบเคลียร์ การฝึกทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ โดยใช้กรณีตัวอย่าง และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงานเป็นเวลา 3 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) แบบประเมินทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 36 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยของ ญาณนี รัตนไพศาลกิจ¹¹ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านมีค่า CVI 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามหนังสือเลขที่ 209 และผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

คนของกรุงเทพมหานครตามหนังสือรับรองเลขที่ 019 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ.2559 โดยนำแบบประเมินทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยตอบแบบประเมิน ก่อนดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการนิเทศแบบเคลียร์ โดยการสอนแบบบรรยาย มีการอภิปรายกลุ่ม ฝึกปฏิบัติกรณีตัวอย่าง และกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยนำไปปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพที่หน่วยงานของตนเองเป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยใช้คู่มือและแผนการสอนเรื่องการนิเทศแบบเคลียร์เป็นแนวทางในการนิเทศ ผู้วิจัยติดตามการดำเนินการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการไปให้คำปรึกษาด้วยตนเองและทางโทรศัพท์ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ประเมินผลโดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทำแบบประเมินทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยฉบับเดิมอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการนิเทศก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการทดสอบค่าที (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าหน่วยงานส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในร้อยละ 63.3 อายุ 56-60 ปี ร้อยละ 46.7 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 63.3 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 1-5 ปี และมากกว่า 21 ปี ขึ้นไป มีจำนวนเท่ากันร้อยละ 30.0 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 เคยได้รับการฝึกอบรมการนิเทศทางการพยาบาล และเคยได้รับการฝึกอบรมการ

บริหารการพยาบาลมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 93.3

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์มีทักษะการนิเทศระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.568) และในรายด้านทั้ง 5 ด้านอยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ 1) ด้านการกำหนดข้อตกลงของการนิเทศ 2) ด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศ 3) ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน 4) ด้านการปฏิบัติการนิเทศ และ 5) ด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการปฏิบัติการนิเทศมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.54) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล ($\bar{X} = 2.40$, S.D. = 0.75) ดังตารางที่ 1

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะการนิเทศโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.497) ในรายด้านพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะในการนิเทศในระดับมากทั้ง 5 ด้านเช่นกัน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการปฏิบัติการนิเทศมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.50) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.56) ดังตารางที่ 1

4. ทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์โดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของทักษะการนิเทศโดยรวมและรายด้านของหัวหน้าหอผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ (n = 30)

ทักษะการนิเทศ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการกำหนดข้อตกลงของการนิเทศ	2.69	0.69	ปานกลาง	3.19	0.59	มาก
2. ด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศ	2.74	0.79	ปานกลาง	3.27	0.56	มาก
3. ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน	2.46	0.80	ปานกลาง	3.06	0.56	มาก
4. ด้านการปฏิบัติการนิเทศ	2.99	0.54	ปานกลาง	3.33	0.50	มาก
5. ด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล	2.40	0.75	ปานกลาง	3.14	0.67	มาก
โดยรวม	2.74	0.568	ปานกลาง	3.23	0.497	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ โดยใช้ paired t-test (n = 30)

ทักษะการนิเทศ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านการกำหนดข้อตกลงของการนิเทศ	2.69	0.69	3.19	0.59	-3.53	0.001
2. ด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศ	2.74	0.79	3.27	0.56	-4.11	0.000
3. ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน	2.46	0.80	3.06	0.56	-3.98	0.000
4. ด้านการปฏิบัติการนิเทศ	2.99	0.54	3.33	0.50	-4.13	0.000
5. ด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล	2.40	0.75	3.14	0.67	-5.64	0.000
โดยรวม	2.74	0.568	3.23	0.497	-4.93	0.000

5. ทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ ด้านการกำหนดข้อตกลงของการนิเทศสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การนิเทศและผู้รับการนิเทศก่อนการนิเทศ ข้อ 2 ระบุวัน เวลา และเรื่องที่จะนิเทศไว้อย่างชัดเจนและประกาศให้ทุกคนทราบ ข้อ 6 กำหนดสิ่งที่คาดหวังร่วมกันเมื่อเสร็จสิ้นการนิเทศ และข้อ 7 กำหนดตัวชี้วัดของการนิเทศและการประเมินผลร่วมกับผู้รับการนิเทศ ส่วนอีก 3 ข้อ ไม่พบความแตกต่าง ได้แก่ ข้อ 2 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทกระบวนการและประโยชน์ของการนิเทศก่อนการนิเทศ ข้อ 3 กำหนดขอบเขตการนิเทศเป็นกลุ่มหรือบุคคลหรือตำแหน่งงานใด และข้อ 4 กำหนดเรื่องที่จะนิเทศ ระยะเวลาสถานที่และวางแผนการนิเทศร่วมกับผู้รับการนิเทศ และด้านการปฏิบัติการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 ประเมินความรู้ความสามารถของผู้รับการนิเทศก่อนทำการนิเทศ ข้อ 19 มอบหมายงานให้พยาบาลตามความรู้ความสามารถ ข้อ 21 เยี่ยมตรวจผู้ป่วยพร้อมกับทีมสุขภาพ ร่วมให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาล ข้อ 22 เยี่ยมตรวจบุคลากรเพื่อสอบถามสภาพการทำงาน ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติงาน ข้อ 26 สอน/แนะนำผู้รับการนิเทศได้ตรงกับความต้องการการนิเทศของผู้รับการนิเทศ ข้อ 27 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อติดตามแผนการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ข้อ 28 เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศซักถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน และข้อ 30 สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศได้อย่าง

เหมาะสม ส่วนอีก 6 ข้อไม่พบความแตกต่าง ได้แก่ ข้อ 20 เยี่ยมตรวจผู้ป่วยขณะรับและส่งเวรร่วมกับทีมพยาบาล ข้อ 23 เยี่ยมตรวจอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อให้มีพอเพียงและพร้อมใช้ ข้อ 24 จัดให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนให้การปฏิบัติการพยาบาล ข้อ 25 สอน/แนะนำให้ผู้รับการนิเทศรู้วิธีการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลตามสถานการณ์ที่พบ ข้อ 29 ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้ผู้รับการนิเทศแก้ปัญหาด้วยตัวเอง และข้อ 31 มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับการนิเทศเหมาะสมตามสภาพการณ์ ส่วนอีก 3 ด้านได้แก่ การรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศ ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน และด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูลของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะการนิเทศโดยรวมรายด้านและรายข้อของหัวหน้าหอผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์โดยใช้ paired t-test (n = 30)

ทักษะการนิเทศ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการกำหนดข้อตกลงของการนิเทศ						
1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การนิเทศและผู้รับการนิเทศก่อนการนิเทศ	3.17	0.74	3.70	0.46	-4.00	0.000
2. สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทกระบวนการและประโยชน์ของการนิเทศก่อนการนิเทศ	2.87	0.73	3.17	0.83	-1.79	0.083 NS
3. กำหนดขอบเขตการนิเทศเป็นกลุ่มหรือบุคคลหรือตำแหน่งงานใด	2.97	0.85	3.30	0.75	-1.836	0.077 NS
4. กำหนดเรื่องที่จะนิเทศ ระยะเวลา สถานที่และวางแผนการนิเทศร่วมกับผู้รับการนิเทศ	3.00	0.871	3.07	0.907	-0.311	0.758 NS
5. ระบุนวัน เวลา และเรื่องที่จะนิเทศไว้อย่างชัดเจนและประกาศให้ทุกคนทราบ	2.47	0.937	3.07	0.828	-2.827	0.008
6. กำหนดสิ่งที่คาดหวังร่วมกันเมื่อเสร็จสิ้นการนิเทศ	2.57	0.971	3.10	0.662	-2.898	0.007
7. กำหนดตัวชี้วัดของการนิเทศและการประเมินผลร่วมกับผู้รับการนิเทศ	2.33	0.922	2.97	0.928	-2.919	0.007
ด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศ						
8. รับฟังปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันกับผู้รับการนิเทศก่อนกำหนดเรื่องที่จะนิเทศ	2.70	1.022	3.43	0.679	-3.717	0.001
9. กำหนดเรื่องที่จะนิเทศจากปัญหาหรือความต้องการของหน่วยงาน/ องค์กรร่วมกับผู้รับการนิเทศ	3.00	0.871	3.30	0.651	-2.068	0.048

ทักษะการนิเทศ	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ		t	p-value.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
10. กำหนดวัตถุประสงค์ให้ตรงกับปัญหา และความต้องการของหน่วยงาน/ องค์กร	2.80	0.887	3.37	0.669	-3.458	0.002
	2.77	0.935	3.33	0.661	-3.458	0.002
11. จัดลำดับความสำคัญและความต้องการ ของผู้ปฏิบัติงานเพื่อประกอบการวาง แผนการนิเทศ	2.47	0.937	2.93	0.828	-2.841	0.008
12. กำหนดการประเมินผลตามตัวชี้วัดเมื่อ การนิเทศเสร็จสิ้น						
ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน	2.67	0.802	3.30	0.596	-4.289	0.000
13. พิจารณาปัญหาอย่างรอบคอบก่อนการ วางแผนการนิเทศ	2.77	0.858	3.27	0.640	-3.340	0.002
14. วางแผนการนิเทศให้เหมาะสมกับ หัวข้อเรื่องที่นิเทศและวัตถุประสงค์ การนิเทศ	2.27	0.944	3.00	0.743	-3.515	0.001
15. วางแผนการนิเทศโดยใช้แบบฟอร์ม แผนการนิเทศ						
16. กำหนดตารางการนิเทศในแต่ละ หน่วยงานล่วงหน้า	2.77	0.935	3.33	0.661	-3.458	0.002
17. เขียนแผนการนิเทศเป็นลายลักษณ์ อักษร	2.47	0.937	2.93	0.828	-2.841	0.008
ด้านการปฏิบัติการนิเทศ						
18. ประเมินความรู้ความสามารถของผู้รับ การนิเทศก่อนทำการนิเทศ	2.50	0.861	3.03	0.809	-3.117	0.004
19. มอบหมายงานให้พยาบาลตามความรู้ ความสามารถ	2.90	0.885	3.27	0.583	-2.257	0.032
20. เยี่ยมตรวจผู้ป่วยขณะรับและส่งเวร ร่วมกับทีมการพยาบาล	2.93	1.048	3.20	0.961	-1.682	0.103 NS

ทักษะการนิเทศ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
21. เยี่ยมตรวจผู้ป่วยพร้อมกับทีมสุขภาพ ร่วมให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาล	2.60	0.932	3.13	0.776	-3.395	0.002
22. เยี่ยมตรวจบุคลากรเพื่อสอบถามสภาพ การทำงาน ปัญหาอุปสรรคที่พบจาก การปฏิบัติงาน	3.03	0.765	3.53	0.571	-3.746	0.001
23. เยี่ยมตรวจอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เพื่อให้มีพอเพียงและพร้อมใช้	3.30	0.651	3.50	0.682	-1.649	0.110 NS
24. จัดให้มีการประชุมปรึกษาทางการ พยาบาลก่อนให้การปฏิบัติการพยาบาล	3.03	0.850	3.27	0.828	-1.756	0.090 NS
25. สอน/แนะนำให้ผู้รับการนิเทศรู้วิธีการ ปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามมาตรฐานการ พยาบาลตามสถานการณ์ที่พบ	3.27	0.691	3.43	0.626	-1.306	0.202 NS
26. สอน/แนะนำผู้รับการนิเทศได้ตรงกับ ความต้องการการนิเทศของผู้รับการ นิเทศ	2.90	0.759	3.30	0.535	-2.693	0.012
27. ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อ ติดตามแผนการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการ พยาบาลอย่างครอบคลุม	2.83	0.834	3.23	0.774	-2.845	0.008
28. เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศซักถาม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการ ปฏิบัติงาน	3.23	0.728	3.53	0.571	-2.340	0.026
29. ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้ผู้รับการ นิเทศแก้ปัญหาด้วยตัวเอง	3.27	0.828	3.47	0.571	-1.361	0.184 NS
30. สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับ การนิเทศได้อย่างเหมาะสม	3.07	0.785	3.43	0.626	-2.626	0.014

ทักษะการนิเทศ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
31. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับการนิเทศเหมาะสมตามสภาพการณ์	3.03	0.850	3.30	0.596	-1.547	0.133 NS
ด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล						
32. ทบทวนข้อปฏิบัติที่เป็นข้อตกลงที่ผ่านมาจากแบบบันทึกการนิเทศ	2.43	0.935	3.10	0.712	-3.808	0.001
33. สะท้อนกลับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนประเมินผลให้ผู้รับการนิเทศทราบและเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศแสดงความคิดเห็น	2.60	0.855	3.30	0.750	-4.583	0.000
34. สรุปผลการนิเทศและนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงาน	2.63	0.964	3.23	0.898	-3.393	0.002
35. บันทึกสรุปผลการนิเทศโดยใช้แบบบันทึกการนิเทศการพยาบาล	2.03	0.809	3.00	0.910	-6.547	0.000
36. วางแผนปรับปรุงการปฏิบัติการนิเทศครั้งต่อไปภายหลังประเมินการนิเทศ	2.33	0.959	3.07	0.740	-4.097	0.000

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ทักษะการนิเทศโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้านของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า หลังจากมีรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล และการฝึกปฏิบัติการนิเทศแบบเคลียร์ในสถานการณ์จริง

เป็นเวลา 3 สัปดาห์ในหน่วยงานตนเอง ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในหลักการและขั้นตอนของการนิเทศตามระบบ ซึ่งจะช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะในการนิเทศสูงขึ้น ถึงแม้ว่าการใช้รูปแบบการนิเทศระยะแรกอาจยังไม่ครอบคลุมเนื้อหา แต่เมื่อปฏิบัติหลายครั้งทำให้การนิเทศเป็นระบบและครอบคลุมเนื้อหาการนิเทศมากขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยได้มีการติดตาม ให้อำนาจปรึกษา และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการนิเทศทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และเกิด

ความมั่นใจในการที่จะใช้การนิเทศแบบเคลียร์ได้มากขึ้น และสามารถดำเนินการตามขั้นตอนของการนิเทศได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง มีการบันทึกและการประเมินผลการนิเทศ และมีบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือแสดงความคิดเห็นร่วมกันทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ให้การนิเทศ ซึ่งทำให้เข้าใจระบบการนิเทศและมีการนิเทศมากขึ้น ผู้รับการนิเทศมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน และเกิดผลสำเร็จของงานตามเป้าหมายขององค์กร สอดคล้องกับ สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วณิชปัญญาพล⁵ ที่กล่าวว่า เป้าหมายของการนิเทศทางการพยาบาล คือ เพื่อปรับปรุงการพยาบาลหรือการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ส่งเสริมบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะในการปรับปรุงวิธีปฏิบัติงาน สร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์เป็นการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะ รวมถึงทัศนคติ และความคิดริเริ่มในการนิเทศงานทางการพยาบาล ซึ่งนิตยา ศรีญาณลักษณ⁶ ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรว่า เป็นกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ทัศนคติและความสามารถของบุคคลในองค์กร มุ่งให้เกิดการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาการทำงาน ซึ่งจะทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้องกับ สิริกาญจน์ โชคสิทธิเกียรติ¹³ กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรและเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยฝึกฝนอย่างเป็นระบบให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ ทักษะหรือความชำนาญและเจตคติที่ดี อันจะส่งผลให้เกิด

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการนิเทศเป็นรายข้อทั้ง 5 ด้านของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า รูปแบบการนิเทศแบบเคลียร์ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะในการนิเทศเพิ่มขึ้น มีความกระตือรือร้นที่จะทำการนิเทศสามารถแก้ปัญหาและพัฒนางานในหน่วยงานของตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ในรายด้านบางข้อ ได้แก่ การกำหนดข้อตกลงของการนิเทศ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วม อธิบายได้ว่ากิจกรรมในข้อนั้นเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งก่อนการนิเทศผู้นิเทศจะบอกเรื่องที่จะให้การนิเทศกำหนดเป็นรายการกลุ่มหรือรายบุคคล รวมทั้งแจ้งให้ทราบระยะเวลาและสถานที่อยู่แล้ว จึงไม่มีความแตกต่างและเช่นเดียวกับด้านการปฏิบัติการนิเทศเป็นรายข้อของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์บางข้อไม่พบความแตกต่าง อธิบายได้เช่นเดียวกันว่า กิจกรรมเหล่านี้หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติทุกวันเป็นประจำอยู่แล้ว แต่มีบางหน่วยงานทางคลินิกที่ไม่ได้ปฏิบัติประจำ ได้แก่ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับทีมสุขภาพ ตรวจความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนให้ปฏิบัติการพยาบาล การให้คำแนะนำ การสอนงานและการร่วมปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามแม้ผู้นิเทศที่ขาดประสบการณ์การนิเทศและเพิ่งเข้าสู่ตำแหน่งก็สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์นี้ไปใช้ในการนิเทศงานให้เกิดบรรลุผลได้ รัชนิกร ศิริรักษ์¹⁴ กล่าวว่า การนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับ

ผู้นิเทศ โดยการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะและแนวทางการปฏิบัติการนิเทศงานที่ชัดเจน การมีส่วนร่วม ความเป็นอิสระในการนิเทศงานของผู้นิเทศ มีการกำหนดนโยบายและขอบเขตหน้าที่ที่ชัดเจน การสื่อสารและการประสานงานที่ดี การสนับสนุนทางวิชาการและการฝึกอบรม รวมทั้งต้องศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศงานเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า จากการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ซึ่งเป็นการนิเทศทางการพยาบาลแนวใหม่และเป็นการนิเทศอย่างมีระบบมาทดลองใช้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ ช่วยให้การบริหารงานและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกันและประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการนิเทศแบบเคลียร์ไปใช้ในการพัฒนาทักษะการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยงาน
2. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีนโยบายให้มีการนำโปรแกรมการนิเทศแบบเคลียร์ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ตำแหน่งใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลของ

พยาบาลวิชาชีพ หลังจากหัวหน้าหอผู้ป่วยนำโปรแกรมการนิเทศแบบเคลียร์มาใช้ในการนิเทศงาน

3. ศึกษาการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการนิเทศแบบเคลียร์ไปใช้กับพยาบาลที่ทำหน้าที่นิเทศงาน เช่น ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ

4. ศึกษาการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ปรารักษ์ทิพย์ อูจะรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะ และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่ได้ อนุญาตให้เก็บข้อมูล หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย และร่วมแสดงความคิดเห็น สนับสนุนส่งเสริม ให้โอกาสและเวลาแก่ผู้วิจัย จนได้ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: ธนาเพรช; 2556.
2. รัชนี อยู่ศิริ, กมลรัตน์ เอิบสิริสุข, จุรีย์ นฤมิตเลิศ, พรทิพย์ ชีวะพัฒน์. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย; 2551.
3. กฤษดา แสงวดี, นิชากร ศิริกนกวิไล. สถานการณ์ด้านกำลังคนด้านสุขภาพของสำนักปลัดกระทรวงและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ แนวทางการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2554.
4. Hawkin P, Shohet R. Supervision in the helping professions. 3rded. Glasgow: Bell & Bain; 2006.
5. สุพิศ กิตติรัชดา, วารีย์ วณิชปัญญพล. การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพการนิเทศการพยาบาล. Nursing supervision. กรุงเทพฯ: สยามเจริญพาณิชย์; 2551
6. สภาการพยาบาล. คู่มือการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับทุติ-ตติยภูมิ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2555.
7. หรรษา เทียนทอง. การนิเทศทางการพยาบาล. เข้าถึงได้จาก <http://www.Med.cmu.sc.th/hospital/nis>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2559.
8. นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ธนาเพรช; 2557.
9. รัชตวรรณ ศรีตระกูล. กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น แนวคิดหลักการ และทฤษฎีการนิเทศทางการพยาบาล. เข้าถึงได้จาก www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/.../20-10-1758?...6. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2559.
10. Page S, Wosket V. Supervising the counsellor. A cyclical model. London: Routledge; 2001.
11. ญาณนี รัตนไพศาลกิจ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการบริหารการพยาบาล, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
12. อุษา วีระเดชกำพล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการนิเทศงานของของหัวหน้างานพยาบาลในโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
13. สิริกาญจน์ โชคสิทธิเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการฝึกอบรมและสมรรถนะของพนักงานบริษัทในเขตสวนอุตสาหกรรมโรจนะ อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [บริหารธุรกิจบัณฑิต], สาขาบริหารธุรกิจ, พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2553.
14. รัชนีกร ศิริวิรักษ์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.


บทความวิชาการ

Original Article

สมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ภัทรรัตน์ ตันนุกิจ ปร.ด*

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร เพื่อนำสาระมากำหนดแนวคิดสมรรถนะ ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 20 คน ระบุระดับความจำเป็นของสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น และขั้นตอนที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญยืนยันระดับความจำเป็นของสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น คัดเลือกสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ระดับมากขึ้นไปและเป็นความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ ($Md > 3.50$, $IR < 1.50$)

ผลการวิจัย: พบว่า สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกได้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริหารทางการแพทย์ 2) ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ 3) ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 4) ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์ และ 5) ด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร

สรุป: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ ควรนำผลการวิจัยมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

คำสำคัญ: การบริหารทางการแพทย์ สมรรถนะ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น กรุงเทพมหานคร



บทความวิชาการ

Original Article

The first line nurse administrator's competency in Hospital Of Medical Service Department Bangkok Metropolitance Administration

Pattrarat Tannukit. Ph.D

Senior Professional Level, B.M.A. General Hospital, Medical Service Department, Bangkok

Abstract

Objective: The purposes of this research was to study the competency of the first line nurse administrator in hospital of Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration.

Materials and Methods: Research was conducted as follows: 1) A literature review and conducted for a conceptual research framework and 2) the first line nurse administrator's competency was studied using the Delphi technique. The data consisted of information from 20 experts. 3) Items were selected regarding the first line nurse administrator's competency based on a median of more than 3.50 and interquartile range of less than 1.50.

Results: The first line nurse administrator's competency was subdivided into 5 competencies as follows: 1) nursing administration 2) technical competency 3) human resource management and human resource development 4) academic and nursing research and 5) practice accordance to Bangkok Metropolitan's policy.

Conclusion: Nursing organization in hospital of Medical Service Department should apply the finding of this research for developing first line nurse administrator's competencies in hospital of Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration.

Key words: nursing administration, competency, the first line nurse administrator, Bangkok Metropolitance Administration

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีในศตวรรษที่ 21 ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของการบริการ สุขภาพ โดยเฉพาะการเน้นคุณภาพบริการภายใต้ การขาดแคลนอัตราากำลังของพยาบาลวิชาชีพ¹ ส่วนประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2545 มาตรา 51 และ 52 กำหนดให้ประชาชนมี สิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการด้านสาธารณสุขที่ ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษา พยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ เสียค่าใช้จ่าย ส่วนรัฐต้องจัดและส่งเสริมการ สาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ในขณะเดียวกัน ประชาชนมีความสนใจและสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น จึงมีความคาดหวัง ต่อคุณภาพของการบริการ ทำให้ผู้ให้บริการ ต้องปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ภายใต้ จรรยาบรรณวิชาชีพ ทั้งยังตื่นตัวต่อการรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) อย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน² ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่มีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัด ต้องผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) การปฏิบัติให้ได้ผลตามนโยบาย ดังกล่าว โรงพยาบาลต้องมีการดำเนินกิจกรรม พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้บริหารถือเป็น ส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ³ โดยเฉพาะผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบใน การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย องค์กร โดยการบริหารจัดการในฐานะหัวหน้า หอผู้ป่วย³ ผ่านการปฏิบัติของพยาบาลประจำการ⁴ แต่จากภาวะขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนผู้บริหารทางการพยาบาล ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่

ก้าวสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลยังเป็นผู้บริหารที่มีอายุน้อย ขาดประสบการณ์ในการทำงาน และเข้าสู่ตำแหน่งด้วยความจำเป็น⁵ จากปัจจัย ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ และการปฏิบัติงานขององค์กรพยาบาล ทำให้ องค์กรพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับสมรรถนะ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพราะ สมรรถนะเป็นคุณลักษณะพื้นฐาน (underlying characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลและเป็นตัว ผลักดันให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ ความรับผิดชอบหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้⁶ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงจำเป็นต้อง ตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาและ ประเมินสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไม่มี การศึกษาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการ พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะ สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้ เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยสอบถาม ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ 3 รอบ ด้วยกรอบแนวคิด สมรรถนะของ Spencer and Spencer⁶ ซึ่งระบุว่า สมรรถนะเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผล จากความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่

และความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบริหารทางการแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาทางการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการสอนวิชาการบริหารการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี และ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้รับรางวัลด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้เป็นผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลเอกชน มหาวิทยาลัยเอกชน และสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำส่งและรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ หรือส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ตามความต้องการและความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน กรณีผู้วิจัยมีข้อสงสัยในคำตอบจะใช้การโทรศัพท์สอบถามผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง

การสอบถามข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญดำเนินการ 3 รอบ รอบที่ 1 แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงถึงสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ส่วนรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ที่ได้จากการบูรณาการข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหา จากแบบสอบถามรอบที่ 1 ร่วมกับองค์ประกอบสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จัดหมวดหมู่ตามประเด็นสำคัญได้สมรรถนะ 5 ด้าน รวมทั้งสิ้น 14 ข้อ นำรายละเอียดสมรรถนะ 14 ข้อ มาสร้างข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นถึงความจำเป็น คือ คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง สมรรถนะนั้นมีความจำเป็นมากที่สุด จำเป็นมาก จำเป็นปานกลาง จำเป็นน้อย และจำเป็น

น้อยที่สุด ส่วนรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น รอบที่ 2 ที่ได้รับข้อความให้มีความชัดเจนและความสอดคล้องตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พร้อมระบุดำเนินงานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แบบสอบถามรอบนี้ ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน รวมทั้งสิ้น 14 ข้อ แล้วนำผลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์หาความจำเป็น โดยการหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อดูความสอดคล้องโดยพิจารณาสมรรถนะที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความจำเป็นระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดคือ มีค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 แล้วนำมาสรุปเป็นสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลจากความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่ม (categorized) เพื่อสร้างแบบสอบถามสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมาจัดทำเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อสอบถามระดับความจำเป็นของสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น กำหนดระดับคะแนน ดังนี้ ระดับคะแนน 5 หมายถึง มีความจำเป็นมากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความจำเป็นมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความจำเป็นปานกลาง ระดับ

คะแนน 2 หมายถึง มีความจำเป็นน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความจำเป็นน้อยที่สุด นำระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (median: Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IR)

ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความจำเป็นของสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นมาจัดทำเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดระดับคะแนน เช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 2 นำระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (median: Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IR) และแปลผลสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น เกณฑ์การแปลความหมายค่ามัธยฐาน ดังนี้ 1.00 - 1.49 หมายถึง สมรรถนะนั้นมีความจำเป็นน้อยที่สุด 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความจำเป็นน้อย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความจำเป็นปานกลาง 3.50 - 4.49 หมายถึง มีความจำเป็นมาก และ 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความจำเป็นมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายค่า

พิสัยระหว่างควอไทล์ ดังนี้ ค่าต่ำกว่า 1.50 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่า มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

นำสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นที่มีระดับความจำเป็นมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน 4.50 ขึ้นไป) และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50) มาสรุปเป็นสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย จำนวนข้อสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารทางการแพทย์ ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์ และด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 ข้อ ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนข้อสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	จำนวนข้อ		รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	
1. ด้านการบริหารทางการแพทย์	4	-	4
2. ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพเฉพาะ	2	-	2
3. ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	3	-	3
4. ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์	2	-	2
5. ด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร	3	-	3

จากตารางที่ 1 สมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี 5 สมรรถนะ จำนวน

14 ข้อ ทุกข้อเป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นระดับมากที่สุด

สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์
พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์
กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน
ได้แก่ ด้านการบริหารทางการแพทย์ ด้านเทคนิค

เชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากร
มนุษย์ ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์
และด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของ
กรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน (Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระดับความจำเป็นของสมรรถนะสำหรับผู้
บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สมรรถนะ สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น	Mdn	IR	ระดับความจำเป็น
ด้านการบริหารการพยาบาล			
1. สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน	5	0	มากที่สุด
2. สามารถเป็นที่ปรึกษาทางการบริหารพยาบาล	5	1	มากที่สุด
3. ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้ถูกต้อง	5	0	มากที่สุด
4. ใช้กลวิธีการคิดที่หลากหลายในการบริหารการพยาบาล เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดสร้างสรรค์ การคิด เชิงระบบ เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ			
1. มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการพยาบาล ต่าง ๆ เช่น case management, disease management, การพยาบาล เฉพาะสาขา การบันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2. สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง / การพยาบาลเฉพาะทาง	4.5	1	มากที่สุด
ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์			
1. บริหารอัตรากำลังได้สอดคล้องกับภาระงาน และความ ปลอดภัยของผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด
2. ประเมินบุคคล ตามสมรรถนะ และผลการปฏิบัติงาน ด้วยหลักธรรมาภิบาล	5	0	มากที่สุด
3. สามารถพัฒนาบุคลากรตามหลักสมรรถนะ และสอดคล้อง กับผู้รับที่รับผิดชอบด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติในงาน (in-service training)	5	0	มากที่สุด

สมรรถนะ สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น	Mdn	IR	ระดับความจำเป็น
ด้านการบริหารการพยาบาล			
1. สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน	5	0	มากที่สุด
2. สามารถเป็นที่ปรึกษาทางการบริหารพยาบาล	5	1	มากที่สุด
3. ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ถูกต้อง	5	0	มากที่สุด
4. ใช้กลวิธีการคิดที่หลากหลายในการบริหารการพยาบาล เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดสร้างสรรค์ การคิด เชิงระบบ เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ			
1. มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการพยาบาล ต่าง ๆ เช่น case management, disease management, การพยาบาล เฉพาะสาขา การบันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2. สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง / การพยาบาลเฉพาะทาง	4.5	1	มากที่สุด
ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์			
1. บริหารอัตรากำลังได้สอดคล้องกับภาระงาน และความ ปลอดภัยของผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด
2. ประเมินบุคคล ตามสมรรถนะ และผลการปฏิบัติงาน ด้วยหลักธรรมาภิบาล	5	0	มากที่สุด
3. สามารถพัฒนาบุคลากรตามหลักสมรรถนะ และสอดคล้อง กับผู้ป่วยที่รับผิดชอบด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติในงาน (in-service training)	5	0	มากที่สุด
ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์			
1. สนับสนุนการจัดทำ/การพัฒนามาตรฐาน/คู่มือ/แนวทาง ปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	5	1	มากที่สุด
2. สามารถทำการวิจัย/เป็นผู้นำ/เป็นผู้สนับสนุนในการวิจัย ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการพัฒนางานวิจัยจากงาน ประจำ (routine to research)	5	1	มากที่สุด

สมรรถนะ สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น	Mdn	IR	ระดับความจำเป็น
ด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร			
1. ปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับนโยบายของกรุงเทพมหานคร	5	1	มากที่สุด
2. ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานได้ทันทั่วทั้งที่ตามนโยบายของ ผู้บริหาร	5	0	มากที่สุด
3. มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานตามนโยบายของผู้บริหาร	5	0	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี 5 ด้าน คือ ด้านการบริหารทางการแพทย์ ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์และด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร ซึ่งสมรรถนะด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ ด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์และด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานครสอดคล้องกับสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นของ Republic of Georgia⁷ ส่วนสมรรถนะด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chase⁸ ส่วนสมรรถนะด้านการบริหารทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu HY, et al⁹ จากสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน พบว่า

สมรรถนะด้านการบริหารทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความจำเป็นมากที่สุดทุกข้อ โดยเฉพาะความสามารถในการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน อาจเป็นเพราะว่าผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติตามเป้าหมายขององค์กร โดยผ่านพยาบาลประจำการ⁴ จึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา ตลอดจนต้องมีทักษะใน

การคิดที่หลากหลาย ซึ่ง Nishiyama & Partskhladze⁷ กล่าวว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ต้องมีสมรรถนะด้านวิสัยทัศน์ทางการดูแล และการบริหารจัดการ ซึ่งส่งผลให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีความสามารถในการสอนงาน และการเป็นต้นแบบที่ดี และ Rosenfeld, et al¹⁰ ยังได้กล่าวว่า การวางแผนและการจัดการเป็นสมรรถนะหลักสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น นอกจากนี้ Bradley, et al¹ ยังระบุว่าผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นต้องการมีทักษะด้านการคิด (thinking skills) ด้วยเช่นกัน

สมรรถนะด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความจำเป็นมากที่สุดทุกข้อ โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง/การพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดพยาบาลระดับปฏิบัติการมากที่สุด ทั้งยังมีหน้าที่ในการกำกับติดตาม การนิเทศ การสอนงานและการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสอดคล้องกับ Chase⁸ ที่กล่าวว่าทักษะการจัดการ บริการ สุขภาพเฉพาะทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงล้วนเป็นสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในขณะที่ Office for Health Management¹¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและ Bradley, et al ได้กำหนดให้การปฏิบัติที่เป็นต้นแบบเชิงวิชาชีพ การนิเทศ

การกำกับติดตาม และการสอนงานแก่พยาบาลระดับปฏิบัติการ เป็นบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

สมรรถนะด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีระดับความจำเป็นมากที่สุดทุกข้อ โดยเฉพาะความสามารถในการประเมินบุคคลตามหลักธรรมาภิบาล และการพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะที่สอดคล้องกับการบริการผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ซึ่งถือเป็นสมรรถนะที่สำคัญที่สุด อาจเนื่องจากทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์กรมากที่สุด¹² การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในสถานการณ์การขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดพยาบาลระดับปฏิบัติการมากที่สุด จึงต้องมีความสามารถในการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่ง Office for Health Management¹¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและ Rosenfeld, et al¹⁰ ได้กำหนดให้การบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น นอกจากนี้ Chase⁸ ยังได้กล่าวว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นยังจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการรักษาบุคลากรทางการพยาบาลด้วย

สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยทางการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีระดับความจำเป็นมากที่สุดทุกข้อ โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดทำ/การพัฒนามาตรฐาน/คู่มือ/แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการสุขภาพ วิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากสังคมฐานความรู้และความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาล ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการ

พยาบาลจากการวิจัยทางการพยาบาล โดยเฉพาะการเป็นผู้สนับสนุนการวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งสุวดี สุชีนิตย์¹³ พบว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนางานประจำสูงงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกลาง ได้แก่ การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและหัวหน้าหน่วยงานให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ Chase⁸ ยังพบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องมีสมรรถนะด้านกระบวนการวิจัยด้วยเช่นกัน

สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีระดับความจำเป็นมากที่สุดทุกข้อ โดยเฉพาะมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานตามนโยบายของผู้บริหาร อาจเป็นเพราะว่า กรุงเทพมหานคร เป็นเขตปกครองพิเศษ ซึ่งมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครที่มาจากการเลือกตั้งและอยู่ในวาระครั้งละ 4 ปี เป็นผู้บริหารสูงสุด การบริหารงานของกรุงเทพมหานครจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เป็นข้าราชการกรุงเทพมหานคร จึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Huston¹⁴ พบว่า สมรรถนะของผู้นำทางการพยาบาลปี ค.ศ.2020 ต้องมีความเข้าใจและสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมือง ที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการให้อำนาจและหน้าที่ และยังสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล¹⁵ ที่กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีความรู้ด้านสังคมและสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นด้วยเช่นกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการนำสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผู้เกี่ยวข้องควรพิจารณาสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และบริบทขององค์กร
2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
3. ควรมีการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรสำหรับพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลกลางที่สนับสนุนเงินทุนวิจัยและผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความร่วมมือในการข้อมูลในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Bradley LA, Maddox A, Spears P. Opportunities and strategies for nurse leader development: Assessing competencies. Nurse Leader 2008; 6: 26-33.

2. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน. การประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 11; 9-12 มีนาคม 2553; ศูนย์ประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี; ปทุมธานี: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
3. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
4. น้ำฝน โดมกลาง, สุชาดา รัชชกุล. บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่พึงประสงค์ในศตวรรษหน้า (พ.ศ.2551-2560). วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551; 20(3): 16-28.
5. อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์; 2553.
6. Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: Models for superior performance. New York: Wiley; 1993.
7. Nishiyama M, Wold JL, Partskhladze N. Building competencies for nurse administrators in the Republic of Georgia. Int Nurs Rev 2008; 55(2): 179-86.
8. Chase LK. Nurse manager competencies [PhD]. Iowa: University of Iowa; 2010.
9. Hsu HY, Lee LL, Fu CY, Tang CC. Evaluation of a leadership orientation program in Taiwan: Perceptorship and leader competencies of the new nurse manager. Nurse Education Today 2011; 31: 809-14.
10. Rosenfeld PS, Rosati RJ, Marren JM. Developing a Competency Tool for Home Health Care Nurse Manager. Home Health Care Mang Pract 2012; 24(10): 5-12.

11. Office for Health Management. Front-Line Competencies for Nurse and Midwife. Available at <http://www.officeforhealthmanagement.ie>. Retrieved March 2, 2013.
12. Swart J, Mann C, Brown S, Price A. Human Resource Development strategy and tactics. England: Elsevier; 2008.
13. สุวดี สุชีนิตย์. การรับรู้อุปสรรคและสิ่งเอื้ออำนวยต่อการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกลาง. การสัมมนาวิชาการประจำปี ครั้งที่ 10 วันที่ 30 สิงหาคม 2555; โรงแรมปรีnce พาเลซ มหานาค, กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภาคการพิมพ์; 2555.
14. Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. J Nurs Manag 2008; 16(8): 905-11.
15. สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์; 2553.



บทความวิชาการ

Original Article

ผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

นิตยา ศักดิ์สุภา พย.ม.*, กรรณิการ์ สุวรรณโคต วทบ.,M.S.,ค.ด.** , สุคนธ์ ไขแก้ว พย.บ.,ค.ม.***

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

บทนำ: การส่งเวรเป็นกิจกรรมของหลายหน่วยงาน แต่ยังพบปัญหา เช่น ใช้ระยะเวลานาน แนวทางการส่งเวรไม่ชัดเจน มีสิ่งรบกวนระหว่างการส่งเวร ส่งผลให้การเริ่มปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยในแต่ละผลัดล่าช้า การศึกษาครั้งนี้ จึงนำแนวคิดแบบลีนมาปรับรูปแบบการส่งเวร

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักกุมารโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน เลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 - 15 เมษายน พ.ศ. 2558 โดยศึกษาก่อนใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และหลังใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดลีนของวอมแม็กและโจนส์ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการทำงาน 5 ขั้นตอน คือ 1) การระบุคุณค่า 2) การสร้างสายธารแห่งคุณค่า 3) การไหล 4) การดึง และ 5) การสร้างความสมบูรณ์แบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ นาฬิกาจับเวลา และแบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบบันทึกจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปใช้ค่าความถี่ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบระยะเวลาในการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test


บทความวิชาการ

Original Article

ผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลื่นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

นิตยา ศักดิ์สุภา พย.ม.*, กรรณิการ์ สุวรรณโคต วทบ.,M.S.,ค.ด.** , สุนันท์ ไขแก้ว พย.บ.,ค.ม.***

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทยีน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทยีน

บทคัดย่อ (ต่อ)

ผลการวิจัย: พบว่าเวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ใช้เวลาคนละ 5.16 นาที (S.D. = 1.94) หลังใช้โปรแกรมโดยเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ใช้เวลาคนละ 4.70 นาที (S.D. = 1.49) ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลื่น มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น 4 เหตุการณ์ แต่ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลื่น ไม่มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

สรุปผลการวิจัย: พบว่า ระยะเวลาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลื่นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ไม่แตกต่างกัน ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: การส่งเวร การจัดการแบบลื่น



บทความวิชาการ

Original Article

The effects of shift report through Lean management program of professional nurses in an intensive care unit at a tertiary level hospital in Medical Service Department Under the Bangkok Metropolitan Administration

Nittaya Saksupa M.N.S.*, Khannika Suwonnakote, Ph.D**, Sukhon Khaikheaw, M.Ed.

*Professional Nurses, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok

**Assistant Professor, Major advisor, Graduate school, Christian University of Thailand

***Associate Professor, Co-advisor, Graduate school, Christian University of Thailand

Abstract

Introduction: Shift report is an activity of several units in hospital; there are some problems, such as take long time to shift report, unclear pattern and interrupt during shift report. As a result, it had the effect to the performance of nurse delayed during their worked period. Therefore, this study applies lean concept for improving the performance of nurse.

Objective: The purpose of this research was to study the effects of shift report through lean management program of professional nurses in an intensive care unit at a tertiary level hospital.

Materials and Methods: The quasi-experimental, the sample of 14 professional nurses who worked in a pediatric intensive care unit at a tertiary level hospital was purposively selected. The study duration was 2 weeks; 1 - 15 April 2016, to study shift report before and after applying shift report through lean management each week. The research instrument was the shift report of professional nurses through lean management program by Womack & Jones consisted of five process 1) value 2) Value stream 3) flow 4) pull system and 5) perfection. Data were collated by clock and an adverse event assessment. The content validity index (CVI) from five experts Equal to 0.92. Data were analyzed by frequency, percent, mean, standard deviation and Wilcoxon signed ranks test.



บทความวิชาการ

Original Article

The effects of shift report through Lean management program of professional nurses in an intensive care unit at a tertiary level hospital in Medical Service Department Under the Bangkok Metropolitan Administration

Nittaya Saksupa M.N.S.*, Khannika Suwonnakote, Ph.D**, Sukhon Khaikheaw, M.Ed.

*Professional Nurses, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok

**Assistant Professor, Major advisor, Graduate school, Christian University of Thailand

***Associate Professor, Co-advisor, Graduate school, Christian University of Thailand

Abstract (cont.)

Result: Average time of shift report of 14 professional nurses was 5.16 minutes (SD. = 1.94) and after Applying shift report through lean management program was 4.70 minutes (SD = 1.49). There were four types of adverse event before applying shift report through lean management program, but there was no adverse event after then.

Conclusions: Time spent during shift report before and after applying shift report through lean management program was no significant difference at 0.5. Adverse event, before and after, was significant at 0.5.

Keywords: shift report, Lean management

บทนำ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ขนาด 408 เตียง ได้นำระบบการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation [HA]) มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การบริการมีคุณภาพ ยึดหลักด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goal) และนำระบบลิ้นมาใช้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 พบว่า กิจกรรมการส่งเวร เป็นหนึ่งในหลายเรื่อง ที่แต่ละหน่วยงานนำเสนอ เนื่องจากทุกหน่วยงานมี ปัญหาที่คล้ายกัน คือ การใช้ระยะเวลานานในการ ส่งเวร ซึ่งแต่ละผลัดใช้การสื่อสารด้วยวาจา ร่วมกับการ ใช้แบบบันทึกสรุปข้อมูลผู้ป่วย (kardex) บาง หน่วยส่งข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย วิธีส่ง ข้อมูลแต่ละหอผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ การใส่ใจ การจดจำ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพแต่ละคน

การส่งเวรเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อให้ทีมพยาบาลทุกคนทราบข้อมูลความเจ็บป่วย ผ่านการสื่อสารข้อมูลของพยาบาลแต่ละผลัดด้วย วาจา มีการประชุมปรึกษาร่วมกันและการบันทึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลใน แต่ละผลัดระหว่างทีมพยาบาล¹ ทักษะที่สำคัญใน การส่งเวร คือ การสื่อสารส่งข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ ถูกต้องครบถ้วน สามารถนำไปวางแผนดูแลและ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ เป็นกระบวนการด้านการ บริหาร ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรใน การให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ

การส่งเวรในโรงพยาบาลเกิดปัญหาหลาย ประการ เช่น ขณะการส่งเวรไม่มีอุปกรณ์ที่มี ประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูล ทำให้การส่งและ

รับข้อมูลจากการส่งเวรไม่ครบถ้วน ไม่มีหลักฐาน ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง ไม่มีรูปแบบการส่งเวรที่ ชัดเจน ใช้ระยะเวลานาน ทำให้เริ่มปฏิบัติงานการ ดูแลผู้ป่วยในแต่ละผลัดได้ช้า ผู้ป่วยได้รับการดูแล แบบองค์รวมไม่ครบถ้วน ไม่ทราบปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ที่ศูนย์การแพทย์ เซนต์โจเซฟ มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเรื่องการ ให้ยาผิดเวลาและผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า² ทำให้ ระยะเวลานานนอนโรงพยาบาลนาน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของซิลเวีย³ พบว่า ในหอภิบาล ผู้ป่วยหนักใช้ระยะเวลา 11-15 นาที ในการส่งข้อมูล ผู้ป่วยแต่ละราย และมีสิ่งรบกวนระหว่างการส่ง ข้อมูลเฉลี่ย 1.2 ครั้ง ทุก 10 นาที ทำให้ไม่มีสมาธิ การ รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ร้อยละ 90 มีสาเหตุจากปัญหาด้านการสื่อสาร⁴ การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ระหว่างพยาบาล ถ้าข้อมูลไม่มีความชัดเจนและ ถูกต้อง จะส่งผลต่อเนื่องถึงการดูแลและการปฏิบัติ กิจกรรมทางการพยาบาล⁵ ปัญหาของการส่งเวรมี ดังนี้ 1) ไม่มีรูปแบบการส่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน 2) การส่งข้อมูลส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา 3) ใช้ระยะเวลานานในการส่งข้อมูล และ 4) มีสิ่งรบกวน ระหว่างการส่งเวร⁶ ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งข้อมูล 10 - 61 นาที⁷

หอภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร เป็นหน่วยงาน หนึ่งในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุง- ประชารักษ์ มีจำนวน 8 เตียง และมีพยาบาล วิชาชีพจำนวน 14 คน พยาบาลวิชาชีพในหน่วย งานนี้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิดที่รับไว้ใน โรงพยาบาล รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น และ ผู้ป่วยคลอดนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการตัดสาย สะดือด้วยอุปกรณ์ไม่ปราศจากเชื้อ จนถึงผู้ป่วยเด็ก อายุไม่เกิน 15 ปี มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็กด้าน อายุรกรรมและศัลยกรรม ที่มีอาการในภาวะวิกฤต ไม่รู้สึกตัว มีการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแล

อย่างต่อเนื่อง เผื่อระวังความเสี่ยงที่คุกคามชีวิต เช่น ท่อช่วยหายใจเคลื่อนหลุด ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวน หลอดเลือดดำ เป็นต้น หน่วยงานมีการปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด 8 ชั่วโมง จึงมีพยาบาลวิชาชีพ 3 ผลัด ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเวรโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบผู้ป่วยส่งข้อมูลให้พยาบาลที่รับผิดชอบต่อการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพทุกคนร่วมกันรับฟังบริเวณข้างเตียงผู้ป่วยแต่ละราย ใช้การสื่อสารด้วยวาจาอย่างมีอิสระในการส่งข้อมูลอาการ การเปลี่ยนแปลง และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้น ไม่ตั้งใจฟัง บางครั้งพูดคุยกันเองทำให้มีเสียงรบกวนขณะมีการส่งเวร ทำให้การรับข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือส่งข้อมูลที่เผลอไป และใช้ระยะเวลาการส่งเวรนาน บางครั้งใช้ระยะเวลาในการส่งข้อมูลอาการ 60 - 90 นาทีต่อราย ซึ่งผู้ป่วย 8 รายใช้เวลาเฉลี่ย 110 - 150 นาที ได้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการส่งเวร เช่น เจาะเลือดผิดวัน 1 ครั้ง ความคลาดเคลื่อนจากการให้สารน้ำ 2 ครั้ง เอกซเรย์ผิดคน 1 ครั้ง ความผิดพลาด ในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษา 5 ครั้ง^๑ จากการเก็บข้อมูลการส่งเวรหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 พบว่า การส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีการส่งเวรด้วยวาจาอย่างมีอิสระ ไม่มีรูปแบบการส่งเวรที่ชัดเจน เช่น การส่งข้อมูลอาการ การเปลี่ยนแปลง และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับผิดชอบผู้ป่วยพูดคุยกันเอง ขณะส่งเวรซึ่งรบกวนสมาธิในการฟัง เทคนิคที่ใช้ในการส่งเวร ส่วนใหญ่เลียนแบบจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นพี่ เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น ผลคือ

การส่งเวรไม่เป็นลำดับขั้นตอน ไม่มีเทคนิคที่ชัดเจน ไม่มีการเตรียมพร้อมในการส่งเวร ใช้เวลานาน ไม่มีความต่อเนื่อง ส่งข้อมูลซ้ำ ๆ และในบางครั้งลืมส่งข้อมูลที่สำคัญ

ลีน (lean) หมายถึง องค์การที่ดำเนินการโดยปราศจากความสูญเปล่าในทุกกระบวนการ วัฒนากการะบบการจัดการเป็นระบบการจัดการที่มีคุณภาพ มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอเมริกาและประเทศญี่ปุ่น เป็นวิธีหนึ่งในการสร้างคุณค่าสู่องค์การที่เป็นเลิศ รวมทั้งการนำหลักการเบื้องต้นมาผสมผสานในการปรับปรุงที่สอดคล้องกับนโยบาย และการทดลองปฏิบัติในองค์กร^๑ ซึ่งเป็นการจัดกระบวนการในระบบการควบคุมดูแลกิจกรรมต่าง ๆ โดยขจัดความสูญเปล่า การระบุคุณค่าช่วยจัดลำดับการดำเนินการสร้างคุณค่าที่ดีที่สุด ควบคุมดูแลกระบวนการไม่ให้หยุดชะงัก โดยลีนเป็นการหาทางสร้างงานใหม่มากกว่าการรีดกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของแรงงาน อุปกรณ์ เวลา และพื้นที่ที่ลดลง รวมทั้งใช้ในการประยุกต์เครื่องมือ วิธีการ และกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มุ่งทำความเข้าใจความต้องการและมุมมองของลูกค้า ลีนมีหลักสำคัญ 5 ประการ 1) การระบุคุณค่า (specify value) ส่วนที่มีคุณค่าของสินค้าหรือกระบวนการ 2) การสร้างสายธารแห่งคุณค่า (value stream) โดยแสดงทิศทางด้วยแผนภูมิของสายธารแห่งคุณค่า 3) การไหล (flow) ให้คุณค่าดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง 4) การดึง (customer pull) จากสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และ 5) การสร้างความสมบูรณ์แบบ (perfection) การสร้างคุณค่าโดยกำจัดความสูญเปล่า (waste / muda / non value added) อย่างต่อเนื่อง หลักการนี้มีประโยชน์ในด้านการศึกษาการผลิตสินค้าในธุรกิจและด้านบริการต่างๆ ตลอดจนบริการด้านสุขภาพ¹⁰ โรงพยาบาล Virginia Mason Medical Center นำการจัดการแบบลีนโดย

ใช้เครื่องมือสร้างมาตรฐาน เป็นการปรับปรุงการสื่อสารและข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วย ใช้มาตรฐานการส่งเวรตามเตียงผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นการเพิ่มคุณค่าในการพยาบาลผู้ป่วยซึ่งพบว่าเพิ่มผลผลิตทางการพยาบาลได้ ร้อยละ 36 มีการประยุกต์ใช้การจัดการแบบลีนในระบบสุขภาพซึ่งทำให้เกิดผลมากมาย ช่วยให้เห็นปัญหาและความสูญเสียเปล่าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการ¹¹

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อให้มีวิธีการส่งเวรที่ชัดเจน มีมาตรฐานสามารถให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งนำไปสู่มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

2. เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

3. เปรียบเทียบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรในหอผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานผลัดดึกและส่งต่อข้อมูลผลัดเช้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ได้แก่

1. โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีน ผู้วิจัยสร้างโดยใช้แนวคิดแบบลีนของวอมแม็กและโจนส์¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการทำงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การระบุกระบวนการสร้างคุณค่าในกระบวนการของงาน โดยวิเคราะห์คุณค่าของข้อมูลจัดข้อมูลที่ไม่มีคุณค่าออก 2) การสร้างกระแสธารแห่งคุณค่า ซึ่งดำเนินการจัดขั้นตอน ที่ไม่เกิดประโยชน์และสูญเสียเปล่าออก 3) การทำให้กิจกรรมที่มีคุณค่าดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นการจัดขั้นตอนการทำงานใหม่และการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานใหม่ให้ง่ายขึ้น 4) การให้ความสำคัญมุ่งเน้นกิจกรรมและเวลาที่ต้องสนองต่อความต้องการ และ 5) สร้างความสมบูรณ์แบบยั่งยืน โดยมีการส่งและรับข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยแต่ละรายในโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนใช้เทคนิคการปรับปรุงงานเพื่อเพิ่มผลผลิต (ECRS)¹² โดยจัดขั้นตอนที่ควรขจัด (E: eliminate) รวมขั้นตอนเข้าด้วยกัน (C: combine) เปลี่ยนการจัดลำดับขั้นตอนการทำงาน (R: rearrange) หรือการทำให้งานนั้นง่ายขึ้น (S: simplify) ในเรื่องการจัดหมวดหมู่เพื่อง่ายต่อการส่งข้อมูล ใช้เทคนิคการรวมขั้นตอนการทำงานหลายส่วนเข้าด้วยกัน ส่วนการส่งข้อมูลตาม

ระบบการทำงานของร่างกาย (review of systems) ซึ่งปรับข้อมูลจากแบบประเมินสภาวะสุขภาพของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ใช้เทคนิคจัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น จัดขั้นตอนการทำงานใหม่ และปรับปรุงขั้นตอนการทำงานใหม่ให้ดีขึ้น โดยปรับลดกิจกรรมหลักจาก 6 กิจกรรม เป็น 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การประเมินสภาพร่างกาย ตามระบบการทำงานของร่างกายโดยปรับจากแบบประเมินสภาวะสุขภาพของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 3) ภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม และ 4) การส่งข้อมูลผู้ป่วยด้านอื่น ๆ และลดกิจกรรมย่อยจาก 95 กิจกรรม เป็น 44 กิจกรรมย่อย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 นาฬิกาวัดเวลาที่มีตัวเลขบนหน้าปัดยี่ห้อ ALBA สามารถเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องจำนวน 1 เรือน ใช้วัดระยะเวลาของการส่งเวร หาคความเที่ยงโดยเทียบเคียงกับเวลามาตรฐานกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยฟังจากสถานีวิทยุช่วงคลื่นความถี่ FM 95.0 MHz. ในเวลา 8.00 น. ณ เวลาเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน

2.2 แบบประเมินเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยปรับจากแบบบันทึกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยเลือกเนื้อหาจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเวร ที่มีรายงานไว้จำนวน 10 เหตุการณ์ จาก 25 เหตุการณ์ในฐานข้อมูลเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร ปีงบประมาณ 2557 - 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 15 เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ดังนี้

1. ก่อนใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ส่งเวรโดยพยาบาลเจ้าของไข้เวลาประมาณ 07.45 น. ในแต่ละวัน จำนวน 14 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลัดดึกส่งต่อผลัดเช้า เก็บข้อมูลวันละ 2 คน จนครบ 14 คน ใช้เวลา 7 วัน ดำเนินการ pre-lean พร้อมทั้งบันทึกระยะเวลาจากนาฬิกา จำนวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก่อนใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีน หลังการส่งข้อมูลใน 48 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 7 วัน

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนที่สร้างขึ้นไปใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินการแบบลีนและการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนไปใช้ในการส่งข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ให้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน และให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนนำไปใช้ในการส่งเวร เป็นเวลา 7 วัน ติดต่อกัน

3. หลังใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีนในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ส่งเวรโดยพยาบาลเจ้าของไข้เวลาประมาณ 07.45 น. ในแต่ละวัน จำนวน 14 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลัดดึกส่งต่อผลัดเช้า เก็บข้อมูลวันละ 2 คน จนครบ 14 คน ใช้เวลา 7 วัน ดำเนินการ post-lean พร้อมทั้งบันทึกระยะเวลาจากนาฬิกา

4. ผู้วิจัยรวบรวมเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หลังใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลีน หลังการส่งข้อมูลใน 48 ชั่วโมง จากแบบประเมินเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และจำนวนร้อยละของข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเวร ประกอบด้วย อายุ ระบบของร่างกายที่เจ็บป่วย การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ประเภทผู้ป่วย เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบจำนวนครั้งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีอายุระหว่าง 23 - 42 ปี อายุเฉลี่ย 30.43 จำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 23 - 28 ปี ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 92.86 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 71.43 ระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 50 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 - 15 เมษายน 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 9 คน อายุระหว่าง แรกเกิด - 1 ปี ร้อยละ 55.56 ทุกคนเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบหายใจ การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 55.55 ประเภทผู้ป่วย เป็นประเภทที่ 5 ซึ่งเป็นประเภทที่ต้องให้ความช่วยเหลือทั้งหมด ร้อยละ 100

1.2 ระยะเวลาก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้น พยาบาลวิชาชีพผลัดเด็ก 4 คน ส่งข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพผลัดเช้า จำนวน 4 - 5 คน โดยทุกคนต้องรับฟังการส่งข้อมูลของผู้ป่วยทุกคน มีการส่งข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับอาการเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงซ้ำ 2 ครั้ง ทำให้ใช้เวลามากขึ้นโดยไม่เกิดคุณค่า ซึ่งเป็นความสูญเสียเปล่าจากการทำงานซ้ำซ้อนที่ทำแล้วทำอีก การกระทำที่ไม่มีคุณค่าแต่จำเป็น เกี่ยวกับการหาเอกสารใบบันทึกการให้ยาเพื่อใช้ในการส่งข้อมูล 1 ครั้ง ส่งข้อมูลแทรกเรื่องการเบิกยา 1 ครั้ง มีความสูญเสียเปล่าจากการส่งข้อมูลนอกเรื่อง และการหยุดคิดเพื่อหาข้อมูลที่จะส่งต่อ 7 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 ใช้ระยะเวลาการส่งข้อมูลน้อยที่สุด 2.48 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน พยาบาลวิชาชีพคนที่ 7 ใช้ระยะเวลาการส่งข้อมูลมากที่สุด 8.45 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน โดยเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ใช้เวลาคนละ 5.16 นาที (S.D. = 1.94)

หลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พยาบาลวิชาชีพผลัดเด็ก 4 คน ส่งข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพผลัดเช้า จำนวน 4 - 5 คน นำการจัดการแบบสิ้นมาใช้ โดยการลดระยะเวลาความสูญเสียเปล่าและระยะทางในการเดิน โดยมีการส่งและรับข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายพบว่า พยาบาลวิชาชีพคนที่ 5 ใช้ระยะเวลาการส่งข้อมูลน้อยที่สุด 2.23 นาที พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ใช้ระยะเวลาการส่งข้อมูลมากที่สุด 7.22 นาที โดยเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ใช้เวลาคนละ 4.70 นาที (S.D. = 1.49)

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้น ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักกุมารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test ($n = 14$)

ระยะเวลา	mean rank	sum of ranks	Z	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	6.89	62.00	-0.596	0.551
หลังใช้โปรแกรมฯ	8.60	43.00		

จากตารางที่ 1 พบว่า ระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้นไม่แตกต่างกัน ($Z = -0.596$, $p > 0.05$) ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ตารางที่ 2 จำนวนการเกิดและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำแนกตามชนิดของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	ก่อนการใช้		หลังการใช้	
	จำนวน	ระดับความรุนแรง	จำนวน	ระดับความรุนแรง
1. ไม่ได้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1	C	0	-
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปรับประเทาน	2	C	0	-
3. ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล	1	D	0	-
4. รอยแดงจากอุปกรณ์	2	C	0	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้น มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น 4 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปรับประเทาน 2) มีรอยแดงจากอุปกรณ์เกิดขึ้นเหตุการณ์ละ 2 ครั้งซึ่งมีความรุนแรงระดับ C 3) ไม่ได้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 ครั้งมี

ความรุนแรงระดับ C และ 4) มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล 1 ครั้ง มีความรุนแรงระดับ D หลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิ้นไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

วิจารณ์

1. การศึกษาระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลินของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิน มีการส่งข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับอาการ เครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงซ้ำ 2 ครั้ง ทำให้ใช้เวลามากขึ้นโดยไม่เกิดคุณค่า ซึ่งเป็นความสูญเสียจากการการทำงานซ้ำซ้อนที่ทำแล้วทำอีก¹³ การกระทำที่ไม่มีคุณค่าแต่จำเป็นเกี่ยวกับการหาเอกสารใบบันทึกการให้ยา เพื่อใช้ในการส่งข้อมูล 1 ครั้ง ส่งข้อมูลแทรกเรื่องการเบิกยา 1 ครั้ง มีความสูญเสียจากการส่งข้อมูลนอกเรื่อง และการหยุดคิดเพื่อหาข้อมูลที่จะส่งต่อ 7 ครั้ง ทำให้การส่งข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และไม่มีข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งเป็นความสูญเสียที่ส่งผลต่อการจัดจังหวะ ติดขัด เช่น การเกิดความสูญเสียหรือการรอคอยมุ่งเน้นการลดเวลาที่ไม่สร้างคุณค่าเพิ่มให้กับกระบวนการ ทำให้งานไม่สามารถดำเนินไปได้และเกิดการไหลของงานที่ไม่ต่อเนื่องจากโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลินใช้เทคนิคการปรับปรุงงานเพื่อเพิ่มผลผลิต (ECRS)¹² ในเรื่องการจัดหมวดหมู่เพื่อง่ายต่อการส่งข้อมูล ใช้เทคนิคการรวมขั้นตอนการทำงานหลายส่วนเข้าด้วยกัน โดยส่งข้อมูลตามระบบการทำงานของร่างกาย ซึ่งปรับข้อมูลจากแบบประเมินสภาวะสุขภาพของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ใช้เทคนิคการจัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น การจัดขั้นตอนการทำงานใหม่ และการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานใหม่ให้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิน ลดระยะเวลาความสูญเสียและระยะทางในการเดินโดยปรับวิธีการส่งและรับข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งตรงกับวอแม็กและโจนส์¹⁰ ในการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงคุณภาพ

ในความสูญเสียจากการเคลื่อนย้าย (transportation) เป็นความสูญเสียในการเคลื่อนย้ายจากจุดหนึ่งไปสู่จุดหนึ่งด้วยความจำเป็นหรือไม่ก็ตาม

2. เปรียบเทียบระยะเวลาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลินของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่า ระยะเวลาการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลินไม่แตกต่างกัน ($Z = -0.596, p > 0.05$) ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อาจเกิดจากประเภทผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ณ เวลาที่เก็บแตกต่างกัน ผู้ส่งอาจมีความตื่นตันทะลึงข้อมูลเพราะผู้วิจัยจับเวลาโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการแบบลินที่เป็นการวัดผลลัพธ์โดยการลดระยะเวลาต้องมีการบันทึกเวลา อาจทำให้ผู้ปฏิบัติบางคนไม่เป็นอิสระ อาจเกิดความประหม่า ทำให้ไม่เหมือนการทำงานในเวลาปกติที่ไม่มีคนมาสังเกตหรือจดบันทึกเวลา¹⁴ ระยะเวลาลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลินผลที่ได้ไม่แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิน อาจเกิดจากการอธิบายขั้นตอนการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ไม่ได้มีการฝึกปฏิบัติให้คล่องก่อน ซึ่งวันรุ่งขึ้นเก็บข้อมูลทันที จากข้อมูลทั่วไป พบว่า หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการจำนวน 10 คน ร้อยละ 71.43 ระยะเวลากการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 50 ซึ่งการรับรู้ของพยาบาลขึ้นกับประสบการณ์ทำงาน

3. เปรียบเทียบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการส่งเวรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลินของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบลิน มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น 4 เหตุการณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยา

รับประทานและมีรอยแดงจากอุปกรณ์เกิดขึ้น เหตุการณ์ละ 2 ครั้ง ไม่ได้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการและมีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล เหตุการณ์ละ 1 ครั้ง หลังการใช้โปรแกรมการส่งเวร ด้วยการจัดการแบบสลับ ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แสดงว่าหลังการใช้โปรแกรมการส่งเวรมีการส่งข้อมูล ที่ครบถ้วน ทำให้การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดลง แต่ข้อมูลที่ลดลงอาจเกิดจากจำนวนประเภท ผู้ป่วย ณ ขณะนั้น และระยะเวลาการเก็บข้อมูล อาจน้อยไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านบริหารทางการพยาบาล
ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำ โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสลับ ไปปรับ ใช้ในหอผู้ป่วยหนัก
2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย
 - 2.1 ควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ว่าเป็นผลจากการส่งเวร หรือไม่
 - 2.2 ควรมีการฝึกใช้โปรแกรมการส่งเวร ด้วยการจัดการแบบสลับให้ชำนาญก่อนการเก็บข้อมูล หลังใช้โปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสลับ
 - 2.3 ควรมีการประเมินความพึงพอใจการ ส่งเวรด้วยการจัดการแบบสลับของพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ สุคนธ์ ไขแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วย

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณน้องๆ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักกุมาร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Athwal P, Field W, Wagnell E. Standardization of change of shift report. J Nurs Care Qual 2009; 24(2): 143-7.
2. พิมพ์พรรณ สถาพรพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วย กึ่งวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครเชียงใหม่ [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิต วิทยาลัย, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2553.
3. Nursing handovers at the bedside. How frequent and what are the sources of interruptions?. Available at <http://www.esicm.org/news-article/article-Review-NAHP-handover-ICU-interruptions> Mar-2015-Gunther#sthash.Kdevndpp.dpuf. Retrieved April 12, 2015.
4. Haig KM, Sulton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improve communication between clinician: National Patient Safety Goals. Jt Comm Qual Patient Saf 2006; 32(3): 167-75.
5. McFetridge B, Gillespie M, Goode D, Melby V. An exploration of the hand over process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. Nurs Crit Care 2007; 12(6): 262-9.

6. สายทิพย์ ไชยรา. การพัฒนารูปแบบรายงานการส่งเวรด้วยกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร [พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต], แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
7. Bernadette S, Patricia O. Can technology improve inter shift report? What the research reveals?. J Prof Nurs 2006; 22(3): 197-204.
8. สถิติข้อมูลคุณภาพของหอผู้ป่วยหนักกุมาร. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร; 2557.
9. เกียรติขจร โสมมานะสิน. Lean: วิธีการสร้างคุณค่าสู่องค์กรที่เป็นเลิศ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.
10. Womack JP, Jones DT. Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation. New York: Simon & Schuster; 2003.
11. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. LEAN & seamless healthcare. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2552.
12. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2549.
13. วิทยา สุหฤตดำรง. Lean concept and application to service sector. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 10th HA national forum “lean and seamless healthcare”. นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2552.
14. เกตนิภา สนมวัฒนะวงศ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการการรับใหม่ผู้ป่วยอายุรกรรม งานผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ [พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต], สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.


บทความวิชาการ

Original Article

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม พทป.บ*, พัทธรา สิริวัฒนเกตุ พย.บ.** , วีระญา กิจรัตน์ พย.บ.***

ณัฐธยาน์ วงษ์วาทย์ พทป.บ****, ธนรัช สุขกาย วท.บ. ***** , ภัทราวดี มากมี ค.ด.*****

*แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระปกเกล้า

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

****แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเขาสกิม

*****นักพิสูจน์หลักฐาน สถาบันฝึกอบรมและวิจัยการพิสูจน์หลักฐานตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

*****อาจารย์ประจำวิชาวิจัยเชิงปริมาณ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

บทนำ: ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบ ซึ่งความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและเพื่อสร้างสมการถดถอยพหุคูณทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 129 คน วิเคราะห์ผลโดยค่าสถิติพื้นฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ด้วยตัวแปรทั้ง 5 ตัว พบว่า ตัวแปรด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN) และด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ ร้อยละ 66.20 โดยตัวแปรด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN) สามารถทำนายได้มากที่สุดเท่ากับ 2.058 รองลงมา ได้แก่ ตัวแปรด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) สามารถทำนายได้เท่ากับ 1.889 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป: จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ของสถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ทุกมิติ และควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเพิ่มเติม

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน



บทความวิชาการ

Original Article

Factors Affecting Satisfaction in the Performance of Satisfaction Prapokklao Hospital, Chantaburi Province

Surasak Im-iam BATM*, Patchara Siriwanakad B.S.** , Wiraya Kijrat B.S.***

Natthaya Wongwad BATM****, Thanarat Sukkay B.Sc***** , Patrawadee Makmee PhD*****

*Applied Thai Traditional Medicine Prapokklao Hospital

**Professional Nurse, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok.

*** Practical Nurse, Kang Hospital, Medical Service Department, Bangkok.

****Police Lieutenant, Institute of Training and Research of Scientific Crime Detection, Office of Police Forensic Science

*****Applied Thai Traditional Medicine Khe Sukim Hospital

***** Assistant teacher of Quantitative research methodology program of College of Research Methodology and Cognitive Science at Burapha University, Thailand.

Abstract

Introduction: Satisfaction is emotion of mankind that showed negative and positive. Positive emotion is cause of happy working life and satisfies to work.

Objectives: To study about factors affecting to job satisfaction of personnel in Prapokklao Hospital, Chantaburi and to derivative of multiple linear regression equation for prediction of job satisfaction of the personnel.

Method: Cross-sectional analytic research method is using as a research methodology. Sample recruited by multi-stage sampling were 129 personnel at Prapokklao Hospital, Chantaburi, Ministry of Health Care. Collecting the data is using a questionnaire that was created and developed by the researcher. The basic statistical values, correlation coefficient values, and multiple regression analysis values is using for the data analysis.

Results: By using multiple regression analysis, the results were showed that 66.20 percent of variance in the job satisfaction of personnel was predicted by safety and security needs (SN) factor (2.058) and esteem needs (EN) factor (1.889), respectively ($p < 0.01$). Thus, the multiple linear regression equation of raw scores and standard score were as following.

Conclusion: The researcher has recommended that directors of different level hospital should emphasize to job satisfaction among personnel in every dimensions, including to emphasizing for all factors affecting to job satisfaction among personnel.

Keywords: factors affecting satisfaction in the performance, job satisfaction in the performance of personnel

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกวิชาชีพเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิและตติยภูมิระดับสูง โดยส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการ นอกจากนี้ในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการที่เน้นการบริหารบุคลากรที่มีความเข้มแข็งและมีสมรรถนะสูง (high performance) ตลอดจนการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างส่วนราชการเข้าสู่ระบบใหม่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของปฏิบัติและผู้บริหาร ซึ่งองค์กรที่มีระบบการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดีก็จะสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร ให้สามารถทำงานขับเคลื่อนองค์กรได้อย่างมีความสุขและความพึงพอใจในการทำงานกับองค์กรนั้น

ทรัพยากรมนุษย์ในหน่วยงานนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมให้องค์กรนั้นๆ ประสบความสำเร็จ ทั้งยังเป็นตัวบ่งชี้ของความผูกพันและความมั่นคงของสมาชิกในองค์กร นอกจากนี้การที่บุคคลมีความผูกพันต่อองค์กรน้อย ย่อมนำมาซึ่งผลเสียต่อองค์กร ไม่ว่าจะเป็นด้านทรัพยากรที่องค์กรต้องสูญเสียในรูปของค่าจ้างเงินเดือนและสวัสดิการ ส่วนด้านบรรยากาศทำให้ขาดอริยาคยไมตรีที่มีต่อกันในการทำงานรวมทั้งสูญเสียเป้าหมาย ขององค์กรที่วางไว้ เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายการให้บริการขององค์กร การสูญเสียบรรยากาศที่ดีในการทำงานและแนวโน้มการลาออกจากองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ Havens and Aiken¹ ที่กล่าวถึงการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ดีว่า ต้องกระจายโครงสร้างขององค์กร ซึ่งเกี่ยวกับความยืดหยุ่นในการทำงาน การปลูกฝัง และการพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างอัตโนมัติ การ

สื่อสารระหว่างฝ่ายบริหารจัดการและฝ่ายปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Upenieks² ยังสนับสนุนการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ สนับสนุนการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ดี ถ้าบุคคลมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูงก็必将มีความเต็มใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรตามมาตรฐานการบริการ มาตรฐานวิชาชีพ และไม่คิดย้ายหรือลาออกจากองค์กร

จากการศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจพบว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบ ซึ่งความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรในระบบสุขภาพเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการโอนย้ายและลาออกจากงานในทุกวิชาชีพ ซึ่งเป็นเหตุให้ปัญหาการขาดแคลนอัตรา กำลังมีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากการย้ายงานของบุคลากรสุขภาพออกจากระบบบริการสุขภาพ และยังมีข้อจำกัดในการสรรหาและบรรจุบุคลากรใหม่ทดแทน ดังนั้น ในการบริหารจัดการด้านบุคลากร ให้มีความสุขในการทำงานย่อมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ปัญหา และเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานในการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Aiken³ ที่ศึกษาโปรแกรมการให้บริการทางการแพทย์แบบยอดเยี่ยม ศึกษาเปรียบเทียบสองกลุ่มระหว่างโรงพยาบาลที่ได้รับรองมาตรฐานทั่วไป กับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานยอดเยี่ยมจากสถาบัน American Nurses Credentialing Center พบว่า โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลยอดเยี่ยมมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า โรงพยาบาลธรรมดา การได้รับการรับรองว่าเป็นโรงพยาบาลยอดเยี่ยมนั้น เกิดจากการจัดโปรแกรมการพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับบุคลากรและเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี

จากการศึกษาของ Upenieks² ที่ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานพบว่า โครงสร้างทางเศรษฐกิจขององค์กรและปัจจัยทางด้านจิตวิทยามีอิทธิพลต่อการออกจากงาน นอกจากนั้นบริบทในการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วยบริบทในการทำงาน คือ การทำงานเป็นงานประจำ ความเป็นตัวของตัวเอง ผลตอบรับในการทำงาน ความขัดแย้ง ความทะเยอทะยาน การทำงานนอกเวลางาน สำหรับสิ่งแวดล้อมในการทำงานประกอบด้วย การควบคุมและการกำกับดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำ ความเครียด ความรับผิดชอบสูง และการมีส่วนร่วม

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข⁴ พบว่าอัตราส่วนระหว่างผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี แต่สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรยังคงไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของการให้บริการของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ดังนั้นความพึงพอใจของบุคลากรในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจ เพราะนอกจากจะมีความสำคัญกับการดำเนินงาน การขาดงานแล้ว ยังมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและคุณภาพในการบริการในโรงพยาบาลด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาปัจจัยและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อจะได้นำผลของการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานต่อไป

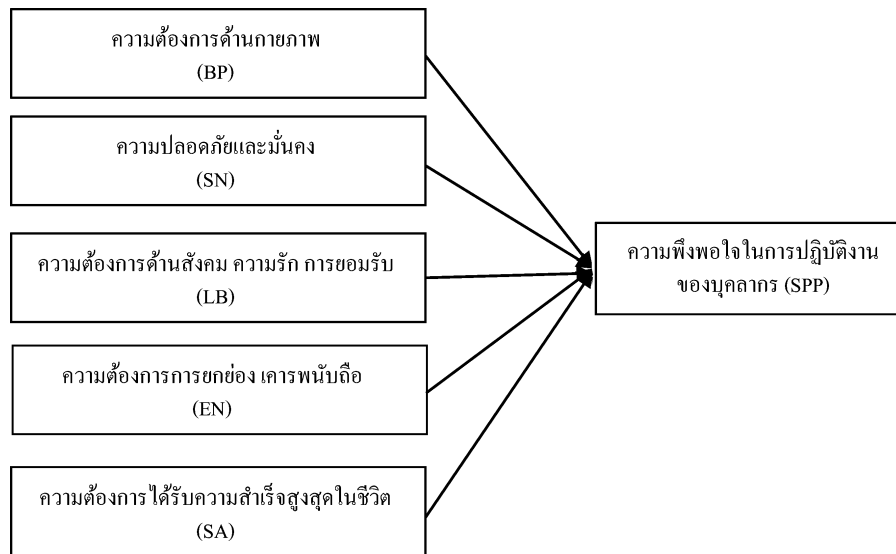
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ด้วยตัวแปรด้านความต้องการด้านกายภาพ ด้านความปลอดภัยและมั่นคง ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ ด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ และด้านความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัย โดยใช้ทฤษฎีลำดับความต้องการของ Maslow⁵ ซึ่งกล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการเป็นขั้นเพื่อนำไปสู่ความต้องการสูงสุดของตนเอง ประกอบด้วย 5 ขั้น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านกายภาพ (biological and physiological needs : BP) 2) ความปลอดภัยและความมั่นคง (safety needs : SN) 3) ความต้องการด้านสังคมความรักและการยอมรับ (love and belongingness needs : LB) 4) ความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (Esteem needs : EN) และ 5) ความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (self-actualization needs : SA) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ นั้นทำให้คนหรือผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไปสู่ความต้องการสูงสุดของตนเองและได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองคาดการณ์ไว้ ซึ่งความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของสุลัพร จิตต์เที่ยง⁶ ที่แบ่งความพึงพอใจออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านงานที่ได้รับมอบหมาย 2) ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก 3) ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมของหน่วยงาน 4) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ 5) ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ 6) ด้านการรักษาสมดุลงานการทำงานและชีวิตส่วนตัว และ 7) ด้านการสื่อสารของบุคคลในหน่วยงาน ซึ่งความพึงพอใจในการทำงานจะช่วยเพิ่มความสนใจในการปฏิบัติงานและบรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กรได้ ดังแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความต้องการด้านกายภาพ ด้านความปลอดภัยและมั่นคง ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ ด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ ด้านความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า

2. ตัวแปรความต้องการด้านกายภาพ ด้านความปลอดภัยและมั่นคง ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก ด้านการยอมรับความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ และความต้องการด้านการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิตสามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงระบบบริหารงานบุคลากรเพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการ

ทำงานและปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ

วิธีดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสำรวจรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) หาความสัมพันธ์ของตัวแปรและสร้างสมการทำนายเพื่อทำนายปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ด้วยตัวแปรทั้ง 5 ได้แก่ 1) ด้านความต้องการด้านกายภาพ (BP) 2) ด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN) 3) ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ (LB) 4) ด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) และ 5) ด้านความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (SA)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระปกเกล้า สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 2,188 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระปกเกล้า สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรตาม Tabachnick & Fidell⁷ ได้จำนวน 90 ราย และคำนวณโอกาสที่จะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนโดยใช้สูตรของ Cohen⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคำนวณจากสูตร

$$N \geq 50 + 8m$$

N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

m หมายถึง จำนวนตัวแปรต้น

เกณฑ์การคัดเลือก

1. บุคลากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เพราะสามารถตัดสินใจลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง
2. เป็นผู้มีระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ผ่านเกณฑ์ค่าความตรงเชิงเนื้อหามากกว่า 0.50 จำนวน 72 ข้อ จากทั้งหมด 72 ข้อ และทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วพบว่า แบบสอบถามเมื่อตัดข้อคำถามออก 12 ข้อ จาก 72 ข้อ นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่า เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงเท่ากับ 0.975 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร แบ่งเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านงานที่ได้รับมอบหมาย 2) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก 3) ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมของหน่วยงาน 4) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ 5) ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพ 6) ด้านการรักษาคุณภาพการทำงานและชีวิตส่วนตัว และ 7) ด้านการสื่อสารของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.957

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรตามทฤษฎีความต้องการของ Maslow แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความต้องการด้านกายภาพ 2) ความปลอดภัยและมั่นคง 3) ความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ 4) ความต้องการยกย่อง เคารพนับถือ และ 5) ความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.952

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วลง พื้นที่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 ฉบับ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาครบ 129 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ด้วยโปรแกรม SPSS (Statistics Package for the Social Sciences)
3. ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยโปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ใช้สถิติบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละเป็นดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 94 คน (ร้อยละ 72.90) และรองลงมาเพศชาย 35 คน (ร้อยละ 27.10)

อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46-55 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 31.00) รองลงมาช่วงอายุ 26-35 ปี จำนวน 39 คน (ร้อยละ 30.20) ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 15.50) ช่วงอายุ 36-45 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 12.40) และอายุตั้งแต่ 56 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 10.90) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 50.40) รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 33.30) ปริญญาโท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 8.50) มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.70) และระดับปริญญาเอก จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.10) ตามลำดับ

ตำแหน่งส่วนใหญ่ คือ ข้าราชการ จำนวน 39 คน (ร้อยละ 30.20) รองลงมาพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 คน (ร้อยละ 26.40) ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 26 คน (ร้อยละ 20.20) ลูกจ้างประจำ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 15.50) พนักงานข้าราชการ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.20) และลูกจ้างรายคาบ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ

ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากที่สุดได้แก่ ระยะเวลา 1-5 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 34.10) ระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 41 คน (ร้อยละ 31.80) ระยะเวลา 6-10 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.00) ระยะเวลา 16-20 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 8.50) ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 7.00) และระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.70) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านงานที่ได้รับมอบหมาย	3.595	0.542	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก	3.339	0.651	ปานกลาง
ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมของหน่วยงาน	3.322	0.886	ปานกลาง
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.023	0.744	ปานกลาง
ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ	3.265	0.734	ปานกลาง
ด้านการรักษาคุณภาพการทำงานและชีวิตส่วนตัว	3.232	0.741	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารของบุคคลในหน่วยงาน	3.204	0.650	ปานกลาง
รวม	3.285	0.550	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.285, S.D. = 0.550) หากพิจารณาความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยลำดับแรก คือ ด้านงานที่ได้รับมอบหมาย ($\bar{X}$ = 3.595, S.D. = 0.542) รองลงมาด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}$ = 3.339, S.D. = 0.651) ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมของหน่วยงาน ($\bar{X}$ = 3.322, S.D. = 0.886) ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 3.265, S.D. = 0.734) ด้านการรักษาคุณภาพการทำงานและชีวิตส่วนตัว ($\bar{X}$ = 3.232, S.D. = 0.741) ด้านการสื่อสารของบุคคลในหน่วยงาน ($\bar{X}$ = 3.204, S.D. = 0.650) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($\bar{X}$ = 3.023, S.D. = 0.744) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในตัวแปรพยากรณ์ที่สัมพันธ์กัน คือ ด้านความต้องการด้านกายภาพ (BP) ด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN)

ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ (LB) ด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) และด้านความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (SA) มีค่าระหว่าง 0.446 - 0.666 ซึ่งมีความสัมพันธ์กันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ทุกค่า

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยกันเอง พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสูงสุดคือ ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ (LB) และด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) มีค่าความสัมพันธ์ 0.666 ส่วนตัวแปรที่มีค่าต่ำสุด คือ ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ (LB) และด้านความต้องการด้านกายภาพ (BP) มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.446 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า สูงที่สุด ได้แก่ ด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) มีค่าความสัมพันธ์ 0.766 รองลงมาคือ ด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN) มีค่าความสัมพันธ์ 0.676 ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ (LB) มีค่าความสัมพันธ์ 0.653 ด้านความต้องการด้านกายภาพ (BP) มีค่าความสัมพันธ์ 0.539

และด้านความต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (SA) มีค่าความสัมพันธ์ 0.538 ตามลำดับที่

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกปัจจัย

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ตัวแปร	SPP	BP	SN	LB	EN	SA
SPP	1.000					
BP	0.539**	1.000				
SN	0.676**	0.541**	1.000			
LB	0.653**	0.446**	0.660**	1.000		
EN	0.766**	0.536**	0.593**	0.666**	1.000	
SA	0.538**	0.465**	0.466**	0.572**	0.558**	1.000

**p ≤ 0.01 *p ≤ 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าด้วยตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร ปรากฏว่า ตัวแปรด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN) และด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.01 ได้ร้อยละ 66.20 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 10.638

ตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 2 ตัวแปรโดยตัวแปรด้านความปลอดภัยและมั่นคง (SN) สามารถทำนายได้มากที่สุดเท่ากับ 2.058 รองลงมา คือ ตัวแปรด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) เท่ากับ 1.889 และมีค่าคงที่เท่ากับ 19.278 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ตัวแปรต้น	b	SE b	β	t	P-values
constant	19.278	5.789	-	3.330	0.001
ความปลอดภัยและมั่นคง (SN)	2.058	0.387	0.342	5.319**	0.000
ความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ (EN)	1.889	0.216	0.563	8.746**	0.000

R = 0.814 R square = 0.662 F = 123.379 Std.Error of the Estimate = 10.638

p ≤ 0.01** p ≤ 0.05*

สามารถเขียนสมการถดถอยพหุคูณ ได้ดังนี้

สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

$$SPP = 19.278 + 2.058(SN)^{**} + 1.889(EN)^{**}$$

สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z'_{SPP} = .342_{SN}^{**} + .563_{EN}^{**}$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปรากฏว่าสอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความต้องการด้านกายภาพด้าน ความปลอดภัย มั่นคง ด้านความต้องการด้านสังคม ความรัก การยอมรับ ด้านความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ ด้านความต้องการได้รับความสำเร็จ สูงสุดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาล พระปกเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นตามความต้องการของมนุษย์ของ Maslow⁵ ที่กล่าวว่า แรงจูงใจของคนเรามาจากความต้องการพฤติกรรมของคนเรามุ่งไปสู่การตอบสนอง ความพอใจ โดย Maslow แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการปัจจัย 4 ซึ่งมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ต่อมาเป็นความต้องการ ความปลอดภัย (safety needs) หลังจากที่มีมนุษย์ บรรลุความต้องการด้านร่างกาย ทำให้ชีวิตสามารถ ดำรงอยู่ในขั้นแรกแล้ว จะมีความต้องการด้าน ความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง เพิ่มขึ้นต่อไป ความต้องการความรักและการเป็น เจ้าของ (belonging and love needs) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากการที่มีชีวิตอยู่รอดแล้ว มีความ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินแล้ว มนุษย์จะเริ่ม มองหาความรักจากผู้อื่น ต้องการที่จะเป็นเจ้าของ

สิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองครอบครองอยู่ตลอดไป ความ ต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น (esteem needs) เป็นความต้องการอีกขั้นหนึ่งหลังจากได้รับความ ต้องการทางร่างกาย ความปลอดภัย ความรักและ เป็นเจ้าของแล้วจะต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ต้องการได้รับเกียรติจากผู้อื่น เนื่องจากคนทุกคน ต้องการมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เท่าเทียมกัน และสุดท้ายความต้องการความเป็น ตัวตนอันแท้จริงของตนเองต้องการความสำเร็จ สูงสุดของชีวิต (self - actualization needs) ซึ่งเป็น ความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 5 ด้านล้วนส่งผลต่อความพึงพอใจในการ ปฏิบัติทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร รุ่งเรือง⁹ ที่ศึกษาความพึงพอใจในงานของพนักงาน อุตสาหกรรมแปรรูปโครงสร้างเหล็กพบว่า พนักงาน มีความพึงพอใจด้านความมั่นคงในการทำงานอยู่ใน ระดับมาก วิไลวรรณ สุวรรณสิทธิ์และคณะ¹⁰ พบว่า ด้านการยอมรับนับถือส่งผลต่อความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงานในระดับมากเช่นเดียวกัน ส่วนจริยา เพิ่งมีศรี¹¹ พบว่า แรงจูงใจเรื่องการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงาน และผลการศึกษาความพึงพอใจในงาน ของพนักงานฝ่ายผลิตของ กิตติวัฒน์ บัวลอย¹² พบว่า ด้านการได้รับการยกย่องนับถือมีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจในงานในระดับมาก สอดคล้องกับ การวิจัยของ วินัย โกยอดุลย์¹³ ที่พบว่า ปัจจัยที่ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน คือ ความ มั่นคงในการปฏิบัติงานและการได้รับการยอมรับ นับถือ เช่นเดียวกับการศึกษาของอุไรรัตน์ ชนะบำรุง¹⁴ ที่พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือและความมั่นคง ในงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงาน

2 ตัวแปรความต้องการด้านความปลอดภัย มั่นคง และความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ

บุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ โดยตัวตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ ร้อยละ 66.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ตัวแปรที่มีค่าอำนาจการพยากรณ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวแปรด้านความต้องการด้านการยกย่อง เคารพนับถือ (EN) เท่ากับ 1.889 สามารถอธิบายผลในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านความปลอดภัยและมั่นคงในงาน พบว่าบุคลากรมีความรู้สึกว่าการทำงานที่องค์กรซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลทำให้ชีวิตมีความปลอดภัยและมั่นคง เพราะองค์กรมีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ในการทำงานที่ชัดเจนทำให้บุคลากรได้รับความคุ้มครองจากการปฏิบัติงานโดยไม่ต้องกังวลใจต่อการถูกโอนย้าย สับเปลี่ยนหน้าที่ หรือให้ออกจากงาน และยังมั่นใจได้ว่าจะไม่ถูกโอนย้ายหน้าที่โดยไม่เป็นธรรม สามารถทำงานในองค์กรได้จนเกษียณอายุ และในการทำงานมีเส้นทางก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจนวางแผนอนาคตได้ ดังนั้น เมื่อบุคลากรมีความรู้สึกมั่นคงในการทำงานมีความยั่งยืนของอาชีพ และมีความมั่นคงขององค์กร จึงส่งผลให้มีความรู้สึกพึงพอใจและปรารถนาที่จะทำงานอยู่กับองค์กรตลอดไป สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศศิธร อารีรักษ์¹⁵ ซึ่งพบว่า ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงานเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผูกพันต่อองค์กรได้มากที่สุด และผลงานวิจัยของ วุฒิรัตน์ อุ่นจิตติ¹⁶ ซึ่งพบว่า การทำให้พนักงานรู้สึกมั่นคงในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีและเกิดเป็นความผูกพันต่อองค์กรอย่างยั่งยืน รวมทั้งผลงานวิจัยของ สมชัย นิพัทธ์เจริญวงศ์¹⁷ ซึ่งพบว่า ข้าราชการตำรวจกองพลาธิการและสรรพาวุธ มีความรู้สึกมั่นคงในอาชีพและสามารถปฏิบัติงานได้ต่อไป โดยไม่ต้องกังวลใจว่าจะถูกโอนย้ายหรือเปลี่ยนแปลงงาน ส่งผลให้มีความรู้สึกผูกพันและปรารถนาที่จะทำงานอยู่กับกองพลาธิการและสรรพาวุธ

ด้านการได้รับการยกย่อง เคารพนับถือ พบว่าบุคลากรได้รับการยอมรับในความรู้ความสามารถในการทำงานจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และการที่ผู้บังคับบัญชามอบหมายให้ทำงานที่สำคัญ อีกทั้งสามารถให้คำปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงานได้ ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าคุณค่ามีความสำคัญสำหรับองค์กร ประกอบกับการได้รับการยกย่อง ชมเชยในผลงานและความสามารถ จึงเกิดความรู้สึกภูมิใจ มีกำลังใจที่จะปฏิบัติงานในองค์กรดียิ่งขึ้นไป ส่งผลให้พนักงานเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กร สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศศิธร อารีรักษ์¹⁵ ซึ่งพบว่า การได้รับการยอมรับในงานจากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงานว่ามีความสามารถได้รับการชมเชยจะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกผูกพันและพึงพอใจต่อองค์กร สมภาพ แสงจันทร์¹⁸ พบว่าปัจจัยด้านการได้รับการยอมรับเคารพนับถือสามารถพยากรณ์ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนได้ ศุภพร จิตต์เที่ยง⁶ พบว่า การได้รับการยอมรับในงาน และความมั่นคงในงาน สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรได้ และสุทัศน์ ตรุงค์เรือง¹⁸ ยังพบว่า ลักษณะงานและการได้รับการยอมรับนับถือยังสามารถทำนายความพึงพอใจของข้าราชการพลเรือนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาลของสถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ทุกมิติไม่ว่าจะเป็นด้านงานที่ได้รับมอบหมาย ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านภาวะผู้นำในองค์กรและวัฒนธรรมของหน่วยงาน ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ด้านการรักษาคุณภาพการทำงานและชีวิตส่วนตัว และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ซึ่งความพึงพอใจด้าน

ต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรให้กับองค์กรอย่างเต็มความสามารถเพื่อ ความมีชื่อเสียงที่ดี เป็นที่ยอมรับขององค์กรที่มี มาตรฐานการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพของ แต่ละวิชาชีพ

2. ผู้บริหารของโรงพยาบาลของสถานบริการ ทางสาธารณสุขควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรใน โรงพยาบาลเพิ่มเติม เนื่องจากผลการวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อสร้างสมการทำนายความพึงพอใจ เห็นว่า มี 2 ปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายความพึงพอใจ ของบุคลากรในการปฏิบัติงานได้ ได้แก่ ปัจจัยด้าน ความต้องการการยกย่อง เคารพนับถือ และปัจจัย ด้านความปลอดภัยและมั่นคง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญ ให้การยกย่องบุคลากรทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานด้วยตนเอง และระดับผู้บริหาร ซึ่งควรมี แนวทางในการทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลเกิด ความรู้สึกได้รับการยกย่อง ยอมรับนับถือ ตลอดจน เผยแพร่ชื่อเสียงให้เป็นที่ประจักษ์ เป็นตัวอย่าง แก่บุคลากรทุกระดับ เช่น ถ้าปฏิบัติงานหรือสร้าง ความดี สร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล ควรจัดให้มีการแสดงความยินดี ให้เกียรติในความสามารถของ บุคคลนั้น ๆ นอกจากนั้นในด้านของความปลอดภัย และความมั่นคงซึ่งต้องทำให้บุคลากรทุกคนใน โรงพยาบาลเกิดความมั่นคงในงานที่ปฏิบัติอยู่ ได้รับการปกป้องคุ้มครองและความปลอดภัยจากอันตราย ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานจากกฎเกณฑ์ ระเบียบต่าง ๆ แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ทำวิจัย หรือทำแล้วพยากรณ์ไม่ได้ และไม่สามารถนำมา สร้างสมการทำนายความพึงพอใจของบุคลากรใน การปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความ ต้องการด้านกายภาพ ปัจจัยด้านความต้องการด้าน สังคม ความรัก การยอมรับ และปัจจัยด้านความ ต้องการได้รับความสำเร็จสูงสุดในชีวิต โดยปัจจัย เหล่านี้จะส่งผลต่อความพึงพอใจการปฏิบัติงานของ

บุคลากรในโรงพยาบาลได้เช่นกัน จึงควรสร้างหรือ บริหารให้บุคลากรในโรงพยาบาลเกิดความพึงพอใจ ในด้านเหล่านี้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมรายละเอียด เกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ในองค์กรโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นต้น เพื่อ สนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ และ จะได้แนวทางในการพัฒนาบุคลากรในองค์กรให้ เกิดความรัก ความภูมิใจ ความยึดมั่นในองค์กร จนสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ ตรงตามมาตรฐานการให้บริการและมาตรฐานวิชาชีพ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความ สัมพันธ์และส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติ งานของบุคลากรเพิ่มเติม

3. ควรศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร โดยใช้เทคนิคการ วิเคราะห์เส้นทาง วิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง เชิงเส้นการวิเคราะห์พหุระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. Sullivan HD, Aiken LH. Shaping systems to promote desired outcomes: The magnet hospital. J Nurs Adm 1999; 29(2): 14-9.
2. Upenieks V. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. Health Care Manag2003; 22(2): 83-98.
3. Aiken LH, Havens DS, Sloane DM. The Magnet Nursing Services Recognition Program: A Comparison of Two Groups of Magnet Hospitals. Am J Nurs 2000; 100(3): 26-36.

4. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขปี 2556. เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.moph.go.th/content/สถิติสาธารณสุข-ปี-2556>. วันที่ค้นข้อมูล 14 กุมภาพันธ์ 2558.
5. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper; 1954.
6. ศุภพร จิตต์เที่ยง. ความพึงพอใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน บริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่ [รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาศิลปศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกริก; 2553.
7. Tabachnick BG, Fidell LS. using multivariate statistics. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
8. Cohen J. statisticcal power analysis for the behavioal sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrerce Erlbarm Associates Inc Publishes; 1998.
9. อุทุมพร รุ่งเรือง. ความพึงพอใจในการทำงาน ที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน บริษัท อุตสาหกรรมแปรรูปโครงสร้างเหล็ก [บริหารธุรกิจบัณฑิต]. สาขาการจัดการ, กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
10. วิไลวรรณ สุวรรณสิทธิ์. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่[พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
11. จรียา เพ็งมีศรี. ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานเอนามัยวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต], สาขาบริหารสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
12. กิติวัฒน์ บัวลอย. ความพึงพอใจในงานของพนักงานฝ่ายผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมพลาสติก [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต], สาขาการจัดการ, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2540.
13. วินัย โกยอตุลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของหัวหน้ากาประถมศึกษาอำเภอ [ครุศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาบริหารการศึกษา, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
14. อุไรรัตน์ ชนะบำรุง.การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาการศึกษา ใน สำนักงานศึกษาธิการอำเภอ [ครุศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาบริหารการศึกษา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
15. ศศิธร อารีรักษ์. ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา [ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาการวิจัยการศึกษา, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2549.
16. วุฒิรัตน์ อุณจิตติ.ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัท ไปรษณีย์ จำกัด ที่ทำการเชียงใหม่ [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต], บริหารธุรกิจ, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
17. สมชัย นิพัทธ์เจริญวงศ์. อิทธิพลของความพึงพอใจในงานต่อความผูกพันต่อองค์กร: ศึกษาเฉพาะกรณี กองพลาธิการและสรรพาวุธสำนักงานตำรวจแห่งชาติ [รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาศิลปศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกริก; 2551.

18. สมภาพ แสงจันทร์. ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่สัมพันธ์กับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2555; 2(2).
19. สุทัศน์ ตุงศ์เรือง. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ในสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเขตการศึกษา 5. [ครุศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาบริหารการศึกษา, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.


บทวิชาการ

Original Article

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธำบัต ร่วมกับ กับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา

กนกวรรณ ใจภักดี พย.ม.,* ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ,** พรศิริ พันธสี***

*โรงพยาบาลตากสิน

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัด เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา: พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัด น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันทางสถิติสำหรับค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและความดันโลหิตภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสுவคนธำบัตและดนตรีบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและความดันโลหิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: การวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมของผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ซึ่งไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปวด อาทิ เช่น ปัจจัยด้านสรีระ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมได้ทั้งหมด ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการวิจัย อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาลนั้น การนำเอาโปรแกรมการจัดการอาการปวด โดยใช้สுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัดมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้จากผู้ป่วยมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลง การไข้ยาแก้ปวดน้อยลง รวมไปถึงผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดด้วยตนเองได้ดีมากขึ้น

คำสำคัญ: อาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาสுவคนธำบัต ดนตรีบำบัด โปรแกรมการจัดการความปวดโดยใช้สுவคนธำบัตร่วมกับดนตรีบำบัด



The effect of postoperative pain management program by using aromatherapy and music therapy in postoperative patients with open reduction internal fixation of leg

Kanokwan Jaipakdee M.NS*, Kanokporn Nateetanasombat PhD**, Pornsiri Punthasee MSc***

*Taksin Hospital

**Associate Professor Huachiew Chalermprakiet University, Bangkok, Thailand

***Associate Professor Huachiew Chalermprakiet University, Bangkok, Thailand

Abstract

Objective: To study the effect of pain management program by using aromatherapy and music therapy in postoperative patients with open reduction internal fixation of leg.

Method: Forty samples were specifically selected in postoperative patients with open reduction internal fixation of leg, which consisted of twenty samples for experimental group and other twenty samples for control group. The experimental group received conventional nursing care and the pain management program by using aromatherapy and music therapy while the control group conventional nursing care.

Result: This study found that mean pain score of postoperative patients with ORIF after received this program were significantly less than before receiving program ($p < 0.01$). Mean pain score of postoperative patients with ORIF between experimental group and control group were not significantly different. Mean of pulse rate and blood pressure after receiving this program were significantly ($p < 0.05$). Furthermore, mean of pulse rate and blood pressure of postoperative patients with ORIF between experimental group and control group were not significantly different ($p < 0.05$)

Conclusion: The result showed the perspective of the operative patients with open reduction internal fixation of legs. The study was not able to control the factors that effected pain toleration such as anatomy, psychosis, social and culture. However, using pain management by aromatherapy and music therapy program integrated with conventional care based on the hospital standards increased the effective of the nursing care. The average of pain scale decreased, and there were less pain medicine usages. In addition, the patient could handle the pain effectively.

Keyword: pain, postoperative patients, open reduction internal fixation (ORIF), aromatherapy, music therapy, pain management program by using aromatherapy and music therapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกหักเป็นปัญหาที่สำคัญทางออร์โธปิดิก (orthopaedics) ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากสถิติพบว่า ประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 3 ของโลกที่มีสัดส่วนการเสียชีวิต 44 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน จากอุบัติเหตุบนท้องถนน^{1,2,3} อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้นพบว่ามีกระดูกหักของกระดูกซี่โครงด้วย อัตราสูงถึงร้อยละ 60-70 ลักษณะการบาดเจ็บของกระดูกซี่โครงหักกระดูกหัก ข้อเคล็ด และข้อเคล็ดโดยกระดูกหักเป็นลักษณะที่พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกส่วนล่างของร่างกาย คือ กระดูกขาซึ่งเมื่อเกิดกระดูกหักส่งผลให้เนื้อเยื่อและเส้นเลือดต่าง ๆ รอบ ๆ บริเวณนั้น ได้รับการบาดเจ็บตามไปด้วย เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย อาทิเช่น แผลติดเชื้อ กระดูกผิดรูป และข้อติด⁴ ดังนั้น การได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

การผ่าตัดจัดและใช้โลหะตามยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (open reduction and internal fixation) เป็นการรักษารูปร่างกระดูกหักที่นิยมใช้มากที่สุดวิธีหนึ่งซึ่งทำให้กระดูกเข้าที่ได้ง่าย ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้เร็ว⁵ เพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ⁶ แต่วิธีการผ่าตัดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดการชอกช้ำ บวมอักเสบของเนื้อเยื่อ ทำให้ปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดบริเวณนั้นถูกกระตุ้น เนื้อเยื่อได้รับอันตราย เกิดการปล่อยสารเคมีกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด⁷ ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังการผ่าตัดซึ่งเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปวดมากที่สุดถึง ร้อยละ 28.78 และมีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากภายใน 24-48 ชั่วโมง มากกว่า ร้อยละ 959

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นอาการปวดที่มี

ความรุนแรงและเจ็บปวด¹⁰ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน กล่าวคือ ด้านร่างกาย อาการปวดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วกล้ามเนื้อตึงตัว การขยายตัวของปอดลดลง ผู้ป่วยหายใจตื้น ทำให้เกิดปอดแฟบได้^{8,11,12,13} ด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีอารมณ์เศร้าหงุดหงิดง่าย¹⁴ สมองสับสน จดจำข้อมูลไม่ได้ ซึมเศร้าและหมดหวัง¹⁵ ส่วนผลกระทบด้านสังคม ทำให้ต้องหยุดทำงาน ครอบครัวขาดรายได้และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น^{16,17} เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

การจัดการอาการปวดมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งวิธีการจัดการอาการปวดหลังการผ่าตัด สามารถพบได้ในลักษณะของการจัดการอาการปวดโดยใช้ยาและการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการอาการปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียวสามารถลดอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดได้เพียงร้อยละ 40¹⁸ ดังนั้น การจัดการอาการปวดโดยใช้ยาอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการบรรเทาอาการปวด ทำให้มีความจำเป็นต้องอาศัยการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทของสหสาขาวิชาชีพของพยาบาลในการจัดการอาการปวด ถ้าพยาบาลไม่ใส่ใจในการประเมินและหาวิธีจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเร่งจัดการอาการปวดนั้นทันทีทันใด ความทุกข์ทรมานนั้นจะยังคงอยู่¹⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยามีด้วยกันหลากหลายวิธี ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการลดสิ่งเร้าภายนอก²⁰ การทำสมาธิ การฝึกกลมปราณ การทำจิตภาพบำบัด การสัมผัสและการนวด¹⁷ การเบี่ยงเบนความสนใจต่าง ๆ²¹ การใช้สุวนธบำบัด²² และการใช้ดนตรีบำบัด¹⁵ การจัดการอาการปวด

แบบไม่ใช้ยานี้ อาจใช้วิธีการผสมผสาน คือ ใช้ยาหลายขนาด หรือเทคนิคระงับปวดหลายชนิดร่วมกัน⁸ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการอาการปวด ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการบำบัดเสริมหรือเป็นวิธีการพยาบาลแบบผสมผสาน และยังเป็นการลดภาวะเสี่ยงจากการใช้ยา¹⁷

สุพรรณบำบัดถือว่าเป็นการใช้เทคนิคผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดการอาการปวด เป็นการบำบัดเสริมการบำบัดหลักหรือการให้การพยาบาลแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ด้วยคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหย มีผลต่อร่างกายเกือบทุกส่วน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้สุพรรณบำบัดให้เกิดประโยชน์ในการลดความปวดได้ดียิ่งขึ้น เมื่อมีการนำสุพรรณบำบัดมาใช้ร่วมกับวิธีระงับปวดหรือเทคนิคในการจัดการกับความปวดด้วยวิธีอื่น อย่างเช่น ดนตรีบำบัด ทั้งนี้เพราะดนตรีบำบัดเป็นอีกกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่ได้รับคามนิยมอย่างแพร่หลายในการนำมาใช้เพื่อช่วยลดอาการปวด เป็นการจัดการอาการปวดโดยใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ²³ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงคิดพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สุพรรณบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นการพยาบาลแบบผสมผสานโดยใช้การสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ตามทฤษฎีการรับกลิ่นและกลไกการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย เพื่อช่วยเสริมสร้างการผ่อนคลายร่วมกับการฟังดนตรีบรรเลงชนิดเสียงธรรมชาติซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจตามทฤษฎีความปวด (pain theories) โดยใช้รูปแบบแนวการจัดการอาการของดอดด์และคณะ²⁴ ที่เน้นการจัดการอาการโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดสูงสุดกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความปวดหลังการผ่าตัดซึ่งก่อนและหลังการจัดการอาการปวดโดยใช้สุพรรณบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและความดันโลหิตหลังผ่าตัดก่อนและหลังการจัดการอาการปวดโดยใช้สุพรรณบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและความดันโลหิตหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด pre - post test control group design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สุพรรณบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้เหล็กลัดตรึงกระดูกขา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เหล็กลัดตรึงกระดูกขา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2558 ถึง กรกฎาคม 2558 อายุอยู่ระหว่าง 20 - 59 ปี จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน²⁵ ซึ่งเป็นการศึกษาที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สูตร
คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size ใช้สัญลักษณ์ d) =
 $(\bar{X}_E - \bar{X}_C) \div S.D._C$ ดังนี้

$\bar{X}_E$ = คะแนนเฉลี่ยอาการปวดของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ = คะแนนเฉลี่ยอาการปวดของกลุ่มควบคุม

$S.D._C$ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
อาการปวดของกลุ่มควบคุม

$\bar{X}_E = 3.15$ $\bar{X}_C = 4.60$ $S.D._C = 1.31$

$d = (3.15 - 4.60) / 1.31 = 0.95$

เมื่อได้ขนาดอิทธิพล (d) แล้วนำไปคำนวณ
โดยใช้สูตรเพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จาก
statistical power table ซึ่งกำหนดอำนาจการทดสอบ
(power) 90% ระดับนัยสำคัญ 0.05

$$\text{ใช้สูตร } n = \frac{2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

α = type I error ผู้วิจัยกำหนด ณ ระดับ
นัยสำคัญ 0.05

ค่าจากการเปิดตาราง $Z_{1-\alpha}$ = สมมุติฐาน
one-tail = 1.645

β = type II error ผู้วิจัยกำหนดความคาด
เคลื่อน 1% หรือ $\beta = 0.10$ (Power = 90 %)

ดังนั้น จากการเปิดตาราง $\beta = 0.10$

ค่า $Z_{1-\beta} = 1.282$

d = ค่าขนาดอิทธิพล = 0.95

แทนค่าจากสูตรได้ $n = \frac{2(1.645 + 1.282)^2}{(0.95)^2}$
 ≈ 19.03

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 20 ราย โดยแบ่ง
เป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย
รวมทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งหมด 40 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าใน
การทดลอง (inclusion criteria)

ไม่มีประวัติหรือโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด

ถุงลมโป่งพอง และโรคภูมิแพ้ไม่มีประวัติแพ้ना้ำมัน
หอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และการแพ้เครื่องสำอาง
ต่าง ๆ การได้ยินปกติสามารถพูด อ่าน เขียน
ภาษาไทยได้ ไม่มีบาดแผลที่มือและสามารถใช้มือ
ได้ตามปกติมีระดับความปวด (pain scale) เท่ากับ
หรือมากกว่า 4 คะแนน

2) เกณฑ์ในการคัดเลือกรับออกจากกลุ่มตัวอย่าง
(exclusion criteria)

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการ
รักษาโดยการผ่าตัด เช่น มีภาวะข้อเคลื่อนหลุดออกมา
ผิดปกติภายหลังการเข้ากลุ่มเป็นเหตุให้สัญญา
ชีพผิดปกติ

3) เกณฑ์ในการหยุดการวิจัย

ผู้ป่วยไม่ชอบกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่น
ลาเวนเดอร์หรือขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น
ลาเวนเดอร์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ
ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่
กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี
3 ชุดประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล
และข้อมูลความเจ็บป่วย แบบประเมินอาการปวด
และสัญญาณชีพ (ใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข
หรือ Numeric Rating Scale : NRS) และแบบ
ประเมินการควบคุมอาการปวดด้วยตนเองของ
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
คู่มือการให้ข้อมูลความรู้ แผ่นพลิก (flip chart) และ
โปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สูตรคนบำบัด
ร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึด
ตรึงกระดูกขา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ
(validity)

แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล

ความเจ็บป่วย แบบประเมินอาการปวดและสัญญาณชีพ แบบประเมินการควบคุมอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา คู่มือการให้ข้อมูลความรู้ แผ่นพลิก (flip chart) และโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สูตรคนบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทั้งนี้ แบบประเมินการควบคุมอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ได้นำความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณดัชนีความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ได้ค่า CVI = 0.92

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

แบบประเมินอาการปวดและสัญญาณชีพ และโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สูตรคนบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรมนำมาปรับปรุงก่อนใช้จริง แบบประเมินการควบคุมอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วย 30 ราย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.75

การดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยพบผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการจัดการอาการปวดโดยใช้สูตรคนบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด โดยครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน พบผู้ป่วย

สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วย ประสบการณ์อาการปวด และขอความร่วมมือผู้ป่วยในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย อธิบายแบบประเมินอาการปวดและสัญญาณชีพ อธิบายเกี่ยวกับแนวทางรักษาในเรื่องของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ขั้นตอนนี้เป็นทำให้ความรู้แบบรายบุคคล และขอความร่วมมือตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย และเข้าพบผู้ป่วยอีกทั้งหมด 5 ครั้ง ในระยะหลังผ่าตัดและเพื่อให้เกิดความชัดเจนของโปรแกรมและลดปัจจัยแทรกซ้อนในเรื่องยาแก้ปวด จะพบผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง, 24 ชั่วโมง, 30 ชั่วโมง, 35 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการปวด ชีพจร และความดันโลหิต ก่อนการให้สูตรคนบำบัดและดนตรีบำบัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการปวดด้วยตัวเองตามที่ได้มีการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือ และมีจัดการอาการปวดแบบผสมผสาน ด้วยการให้สูตรคนบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดโดยเริ่มให้ผู้ป่วยสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ด้วยวิธี self therapeutic energyhealing คือ การกลิ้งน้ำมันหอมระเหยลงบนฝ่ามือข้างใดข้างหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง 5 รอบ แล้วให้ถูฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง ไปมาอย่างน้อย 10 ครั้ง แล้วนำสองมือมาป้องที่จมูก สูดหายใจเข้าลึก ๆ 5 วินาที ประมาณ 3-5 ครั้ง ติดต่อกัน จากนั้นใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ผู้ป่วยฟังดนตรีบรรเลงชนิดเสียงธรรมชาติผ่านหูฟังประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นประเมินอาการปวดและสัญญาณชีพ โดยแต่ละครั้งเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการอาการปวด

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน

ความปวดหลังผ่าตัดก่อนและหลังการจัดการอาการปวดโดยใช้สุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจร และความดันโลหิตหลังผ่าตัดก่อนและหลังการจัดการอาการปวดโดยใช้สุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้วยสถิติ pair t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและความดันโลหิตหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 32 คน (ร้อยละ 80) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 20 -29 ปี (ร้อยละ 40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50) และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น กระดูกหักแบบปิด ร้อยละ 82.50 ตำแหน่งการหักมากที่สุดคือกระดูกต้นขา ร้อยละ 32.50 ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่ คือ open reduction internal fixation with plate ร้อยละ 47.50 ระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 91-180 นาที ร้อยละ 60.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัด ร้อยละ 72.50 ไม่เคยใช้วิธีลดปวดแผลผ่าตัดด้วยตนเอง ร้อยละ 57.50 ส่วนระดับอาการปวดก่อนเข้าห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่ปวดปานกลางและปวดมาก ร้อยละ 45.50 พฤติกรรมที่แสดงออกมากที่สุดเมื่อปวดแผลผ่าตัด คือ แจ้งแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วย ร้อยละ 85 และกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนต้องการลดอาการปวดแผล ร้อยละ 97.50

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการผ่าตัด

ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดเมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดลดลง ในช่วงเวลาที่ 8, 24, 30, 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วงเวลาที่ 24 และ 35 ($p < 0.05$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

3. ค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วงเวลาที่ 8, 24, 30, 35 และ 48 ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$, $P < 0.05$,และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งยกเว้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกช่วงเวลาที่ 35 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกช่วงเวลาที่ 24 และ 35

4. ค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจร และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด พบว่า ไม่มีความแตกต่างของอัตราเต้นชีพจร และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ส่วนใหญ่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วงเวลาที่ 24, 30, 35 และ 48 ($p < 0.01$, $p < 0.05$, $p < 0.05$, $p < 0.01$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สูตรอนาบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด เมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (n = 20)

หลังผ่าตัด (ชั่วโมง)		ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด			
		Mean	S.D.	t	p-value
8	ก่อนได้รับโปรแกรม	8.15	1.97	7.62	0.001*
	หลังได้รับโปรแกรม	6.75	7.18		
24	ก่อนได้รับโปรแกรม	6.85	1.43	8.73	0.001*
	หลังได้รับโปรแกรม	4.9	1.41		
30	ก่อนได้รับโปรแกรม	5.70	1.29	3.57	0.002*
	หลังได้รับโปรแกรม	5.05	1.24		
35	ก่อนได้รับโปรแกรม	5.25	0.93	0.64	0.527
	หลังได้รับโปรแกรม	5.1	0.74		
48	ก่อนได้รับโปรแกรม	4.90	1	3.62	0.002*
	หลังได้รับโปรแกรม	4.2	0.94		

*p < 0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ($n_1 = 20$, $n_2 = 20$)

หลังผ่าตัด (ชั่วโมง)		ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด				
		Mean	S.D.	Mean Difference	t	p-value
8	กลุ่มควบคุม(n_1)	7.8	1.73	1.05	2.17	0.248
	กลุ่มทดลอง (n_2)	6.75	1.29			
24	กลุ่มควบคุม(n_1)	6.9	2.04	2.0	3.69	0.023**
	กลุ่มทดลอง (n_2)	4.9	1.29			
30	กลุ่มควบคุม(n_1)	5.85	1.59	0.80	1.79	0.174
	กลุ่มทดลอง (n_2)	5.05	1.19			
35	กลุ่มควบคุม(n_1)	6.0	1.58	0.90	2.30	0.006*
	กลุ่มทดลอง (n_2)	5.1	0.71			
48	กลุ่มควบคุม(n_1)	4.3	1.17	0.10	0.296	0.182
	กลุ่มทดลอง (n_2)	4.2	0.95			

*p < 0.01 ** p < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้ส่วคนรอบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด เมื่อจำแนกตาม ระยะเวลาหลังผ่าตัด (n = 20)

หลังผ่าตัด (ชั่วโมง)		ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ			
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	p-value
8	อัตราเต้นชีพจร	91.10	13.41	86.70	12.17	6.30	0.000*
	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	144.65	14.63	138.6	12.84	7.24	0.000*
	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	81.05	7.86	77.90	7.80	4.17	0.001*
24	อัตราเต้นชีพจร	91.10	13.41	84.05	10.36	4.54	0.000*
	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	145.00	11.22	140.15	8.94	4.84	0.000*
	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	78.85	7.61	76.80	7.90	1.97	0.063
30	อัตราเต้นชีพจร	89.10	10.83	84.50	8.98	4.06	0.001*
	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	143.65	11.21	139.85	10.56	4.24	0.000*
	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	78.35	6.81	75.60	5.41	2.26	0.017**
35	อัตราเต้นชีพจร	88.25	10.61	86.30	9.11	2.59	0.018**
	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	141.05	11.27	139.85	8.97	1.23	0.223
	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	76.65	6.20	76.40	5.88	1.42	0.171
48	อัตราเต้นชีพจร	83.80	8.66	80.40	8.28	6.29	0.000*
	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	136.05	8.51	131.35	6.42	3.67	0.002*
	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	73.15	5.77	70.05	6.29	3.90	0.001*

*p < 0.01 ** p < 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ($n_1 = 20$, $n_2 = 20$)

หลังตัด (ชั่วโมง)		กลุ่มควบคุม (n_1)		กลุ่มทดลอง (n_2)		Mean Difference	t	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.			
8	อัตราเต้นชีพจร	88.75	13.87	86.70	12.17	2.05	0.49	0.420
	ค่าความดันโลหิต	144.30	22.28	138.6	12.84	5.70	0.99	0.067
	ซิสโตลิก (SBP)							
	ค่าความดันโลหิต	80.90	10.55	77.90	7.80	3.0	1.02	0.090
	ไดแอสโตลิก (DBP)							
24	อัตราเต้นชีพจร	88.7	14.79	84.05	10.36	4.65	1.15	0.421
	ค่าความดันโลหิต	144.70	22.18	140.15	8.94	4.55	0.85	0.009*
	ซิสโตลิก (SBP)							
	ค่าความดันโลหิต	77.75	9.66	76.80	7.90	0.95	0.340	0.287
	ไดแอสโตลิก (DBP)							
30	อัตราเต้นชีพจร	84.95	10.66	84.50	8.98	0.45	0.14	0.264
	ค่าความดันโลหิต	142.1	16.92	139.85	10.56	2.25	0.504	0.034**
	ซิสโตลิก (SBP)							
	ค่าความดันโลหิต	78.55	9.12	75.60	5.41	2.95	1.24	0.111
	ไดแอสโตลิก (DBP)							
35	อัตราเต้นชีพจร	83.15	9.66	86.30	9.11	-3.15	-1.06	0.998
	ค่าความดันโลหิต	142.15	16.52	139.85	8.97	2.30	0.547	0.050**
	ซิสโตลิก (SBP)							
	ค่าความดันโลหิต	76.76	5.64	76.40	5.88	0.30	0.164	0.904
	ไดแอสโตลิก (DBP)							
48	อัตราเต้นชีพจร	82.20	9.86	80.40	8.28	1.86	0.625	0.354
	ค่าความดันโลหิต	145.25	21.31	131.35	6.42	13.9	2.79	0.001*
	ซิสโตลิก (SBP)							
	ค่าความดันโลหิต	74.30	7.82	70.05	6.29	4.25	1.89	0.307
	ไดแอสโตลิก (DBP)							

* $p < 0.01$ ** $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยส่วนใหญ่ผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดลดลง ในระยะหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 24, 30 และ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และพบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจรหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 24, 30, 35 และ 48 ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$, $p < 0.05$, และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกครั้งยกเว้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกในระยะหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 35 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกชั่วโมงที่ 24 และ 35 อธิบายได้ว่าจากการที่ผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาวิธีดังกล่าวทำให้เกิดการชอกช้ำ บวมอักเสบของเนื้อเยื่อเกิดการปล่อยสารเคมีโพรสตาแกรนดินออกมากระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด⁷ ส่งผลให้ความปวดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น¹¹ การจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยาในส่วนของการโปรแกรมฯ นี้ได้นำสுவคนธบำบัดและดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นกิจกรรมบำบัดแบบทางเลือกเป็นการพยาบาลแบบผสมผสานโดยสுவคนธบำบัดเป็นการบำบัดโดยใช้กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหย ซึ่งวิจัยครั้งนี้ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งมีคุณสมบัติ เมื่อสูดดมกลิ่นเข้าไปจะกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ให้ปล่อยสารแห่งความสุข (endorphine) ช่วยทำให้ผ่อนคลายและลดความปวดลง เมื่อผู้ป่วยเกิดความสงบผ่อนคลาย และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นในการจัดการกับอาการปวดการผสมผสานร่วมกับนวดนตรีมาใช้ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากตัวกระตุ้นที่เป็นความปวด จะช่วย

ให้ลดความปวดได้ดีเพิ่มขึ้นโดยสுவคนธบำบัด มีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการฟังดนตรียังมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในร่างกาย มีอิทธิพลต่อการไหลเวียนของโลหิตชีพ ลดอาการปวด ลดความเครียด ความวิตกกังวล^{21,27,28,29}

ผลการศึกษาข้อดีสอดคล้องกับการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา พบว่าผู้ป่วยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงและสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดรวมกับการใช้สுவคนธบำบัดพบว่า คะแนนความปวดต่ำกว่าไม่ได้รับโปรแกรมฯ

นอกจากนี้จากผลการวิจัยจะพบว่า ระยะหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 35 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกผลแปรผันตามกับระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด คือ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติจากการตั้งข้อสังเกต อาจเนื่องมาจากเป็นยามวิกาลเป็นช่วงระยะเวลาของการพักผ่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าสู่ระยะการนอนหลับ อาจทำให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมในการจัดการกับอาการปวดลดลง ยิ่งถ้าเข้าสู่ระยะการนอนหลับ (REM) เมื่อมีการปลุกผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรม จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ คือ การไหลของความดันโลหิต อัตราชีพจรการหายใจเพิ่มขึ้นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ³⁰ จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างได้

ส่วนสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดมีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด เมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะเวลาหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 และ 35 ($p < 0.05$, $p < 0.01$) ตามลำดับ จะเห็นว่าไม่ได้เป็นไปตามสมมติฐานทุกครั้งและ

พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราเต้นชีพจร และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังผ่าตัด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของอัตราเต้นชีพจรและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกส่วนใหญ่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะหลังผ่าตัดช่วงที่ 24, 30, 35 และ 48 ($p < 0.01$, $p < 0.05$, $p < 0.05$, $p < 0.01$) ซึ่งโดยรวมแล้วไม่ได้เป็นไปตามสมมติฐานทุกครั้ง และครั้งที่ไม่แตกต่างจะเห็นว่าคะแนนความปวดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแม้ว่าอาการปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองจะไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมทุกครั้งแต่มีข้อมูลเรื่องการใช้ยาแก้ปวดของทั้ง 2 กลุ่มซึ่งพบว่า การให้ยาระงับอาการปวดทางหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 17.84 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ lavender aromatherapy ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด laparoscopic adjustable gastric banding พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความต้องการยาแก้ปวดลดลงอย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการวิจัยและต่ออัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต เช่น ปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้า³¹ ระดับความอดทนต่อความปวดของแต่ละคนอาจแตกต่างกันออกไป³² รวมทั้งปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ความเจ็บปวด แสงและอุณหภูมิที่พอเหมาะ³³ ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีผลต่ออัตราเต้นชีพจรและความดันโลหิตอีกด้วย จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเต้นของชีพจร และความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย Ledowski³⁴ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดและการไหลเวียนโลหิตต่อมไร้ท่อ และระบบประสาทส่วนกลาง พบว่าความรุนแรงของความปวดไม่มีความสัมพันธ์ต่อ

ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันเลือดแดง การหายใจ epinephrine และ norepinephrine ในพลาสมา ซึ่งพบว่า ผลตรงข้ามกับความเชื่อที่ว่าความปวดหลังผ่าตัด มีผลกับสัญญาณชีพจึงตั้งข้อสังเกตว่า อาจเนื่องจากทีมของผู้ทำการวิจัยไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่าตัดนั้นมีการผ่าตัดอะไรบ้าง แต่ได้แสดงเป็นภาพรวมของการผ่าตัด หรือความรุนแรงของความปวด ซึ่งอาจจะทำให้เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการวิจัยได้

สรุป

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมของผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ซึ่งไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปวด อาทิ เช่น ปัจจัยด้านสรีระ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมได้ทั้งหมด ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการวิจัย อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาลนั้น การนำเอาโปรแกรมการจัดการอาการปวด โดยใช้สูดคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดมาใช้ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้จากผู้ป่วยมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลง การให้ยาแก้ปวดน้อยลง รวมไปถึงผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดด้วยตนเองได้ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดเสริมเนื้อหาที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทอิสระของพยาบาลในการบรรเทาอาการปวดแก่ผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลแบบผสมผสาน
2. นำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการอาการปวดในหอผู้ป่วยร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยพิจารณาตามช่วงระยะที่เหมาะสมตามผลที่ได้จากการวิจัย

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดในกลุ่มอื่น ๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบน ผ่าตัดช่องอก หรือผ่าตัดคลอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก. 2013; 1-8.
2. Braganza RJ. Pain of trauma in warfield CA, Fausett HJ, editors. Manual of Pain Management. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking; 2002. p.231-4.
3. Sivak M, Schoettle B. Mortality From Road Crashes in 193 Countries: A Comparison with Other Leading Causes of Death. Transportation Research Institute, Michigan: University of Michigan; 2014.
4. Kataria H, Sharma N, Kanojia RK. Small wire external fixation for high-energy tibial plateau fractures. J OrthopSurg 2007; 15(2): 137-43.
5. ชีรชัย อภิธรรมกุล. Orthopedic Trauma. พิมพ์ครั้งที่ 5. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2555. หน้า 1-146.
6. Hoffmann MF, Jones CB, Sietsema DL, Tornetta P, Koenig S. Clinical outcomes of locked plating of distal femoral fractures retrospective cohort. J OrthopSurg Res 2013; 8(43): 1-9.
7. Craig KD. Emotions and psychobiology. in McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Textbook of pain. London: China; 2006: p.231-239.
8. สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์; 2554.
9. นิตยา ชีววิโรจน์ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(4): 33-8.
10. พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. การบริหารความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด. ใน: เบญจมาศ ปรีชาคุณ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2551. หน้า 94-116.
11. Boni F. Pain Management after Major Surgery. in Kopf A, Patel NB, editors. Guide to Pain Management in Low-Resource Setting. International Association for the Study of Pain; 2009. p.103-13.
12. เจือกุล อโนธธรรม. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสารการพยาบาลศาสตร์ 2550; 25(1): 14-23.
13. ปฏิภาณ ตุ่มทอง. การดูแลระบบทางเดินหายใจ. ใน: เบญจมาศ ปรีชาคุณ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2551. หน้า 19-24.
14. เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุวีพร ธนศิลป์. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวมมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก 2555; 5(1): 30-42.
15. เพ็ญประภา อิมเอิบและคณะ. ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23(3): 52-63.
16. Good M, Anderson GC, Ahn S, Cong X, Hicks MS. Relaxation and Music Reduce Pain Following intestinal Surgery. Res Nurs Health 2005; 28: 240-51.

17. สุวพร เหลืองอ่วมกุล, ลดาวัลย์ นิธิโรจน์, และ ประคอง อินทรสมบัติ. การทบทวนวรรณกรรม: ผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการจัดการความปวด.วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก 2009; 2(2): 9-18.
18. Adams K. The effects of music therapy and deep breathing on pain in patients recovering from gynecologic surgery in the PACU. Electric (Theses). Music, Florida state University; 2005.
19. จิตชญา บุญนันท์ และปภาภินศิริผล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักภายหลังใส่โลหะตามกระดูก. วารสารชมรมพยาบาลอโรโปิติกส์ 2551; 13(2): 57-65.
20. รักชนก ชุเขียน และคณะ. ผลของโยคะต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(3): 42-54.
21. ดวงดาว ดุลยธรรม. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย, สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
22. จวง เผือกคง. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
23. Cassileth B, Gubili J. Complementary Therapies for Pain Management in Kopf A, Patel NB, editors. Guide to Pain Management in Low- Resource Setting. International Association for the Study of Pain; 2009. p.59-64.
24. Dodd et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001; 33(5): 668-76.
25. ขวัญจิต โอชุม. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
26. ชนาگانต์ บุญนุช และคณะ. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ 2549. เข้าถึงได้จาก <http://www1.si.mahidol.ac.th/km/node/1401>. เข้าถึงเมื่อ มีนาคม 12 2557.
27. Mandel SE, Hanser SB, Secic M, Davis BA. Effects of Music therapy on health- related outcomes in cardiac rehabilitation: a randomized control trial. J Music Ther 2007; 44(3): 176-97.
28. Twiss E, Seaver J, McCafferey R, The effect of Music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. Nurs Crit Care 2006; 11(5): 224-31.
29. บุญแดง บุญฤทธิ์. ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2540.
30. อวยพร นาคเพชร. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อบำบัดต่อความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

31. จิตาวรรณ นิมงาม. การจัดการความรู้ในการ
สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี (วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ภาค
วิชาพยาบาลศาสตร์, นครปฐม: มหาวิทยาลัย
คริสเตียน; 2556.
32. McCaffery M. Nursing management of patient
of the patient with pain. (2nded.). Philadelphia:
J. B. Lippincott. 1979.
33. Taylor C, Lillis, Lamones P. “Comfort” In
Fundamentals of nursing care. (4thed.).
Philadelphia: Lippincott. 2001.
34. Ledowski T, Reimer M, Chavez V, Kapoor V,
Wenk M. Effect of acute postoperative pain on
catecholamine plasma levels, hemodynamic
parameter and cardiac autonomic control.
J Pain 2012; 153(4): 759-64.



รายงานผู้ป่วย

Case Report

การศึกษาผลของการควบคุมอาหารและออกกำลังกายในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

อุกฤษฏ์ อุเทนสุด พ.บ. ว.ว. อายุรศาสตร์ บธ.ม.

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

จุดประสงค์: ศึกษาถึงผลของการควบคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกายในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน และนำผลสำเร็จจากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกิน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

รูปแบบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective studies) ที่เป็นกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินจำนวน 8 ราย เป็นชาย 5 ราย หญิง 3 ราย มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 100.00 กิโลกรัม และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 38.50 กก./ตร.ม. ทั้งหมดเป็นอาสาสมัครที่จะได้รับการจำกัดอาหาร ไม่เกินวันละ 1,000 kcal ร่วมกับการออกกำลังกายประมาณ 90 - 225 นาทีต่อสัปดาห์ โดยอาสาสมัครทั้ง 8 ราย ยินยอมที่จะนอนโรงพยาบาลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2558 เป็นระยะเวลาคนละไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ เพื่อให้การจำกัดอาหารและออกกำลังกายสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง ใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุด และติดตามต่อเนื่องอีกเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ผลลัพธ์: อาสาสมัครทั้ง 8 ราย นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 22.75 วัน (SD = 9.19) โดยทั้ง 8 ราย มีน้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 9.54 กิโลกรัม (9.85%, p value = 0.000) ในวันที่ออกจากโรงพยาบาลคิดเป็นน้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 2.93 กิโลกรัม ต่อสัปดาห์ ผู้ป่วย 6 ราย จาก 8 ราย เป็นเบาหวาน ซึ่งมีระดับ HbA1C เฉลี่ย 8.42% และเมื่อนัดติดตามผลที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าค่า HbA1C เฉลี่ยอยู่ที่ 6.57% ซึ่งลดลง 1.85% (p value = 0.008) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่า mAP, HDL-cholesterol และ LDL-cholesterol

สรุปผล: การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสามารถลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีเบาหวานร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: อ้วน น้ำหนักเกิน อาหารแคลอรีต่ำ



รายงานผู้ป่วย

Case Report

A study of diet control and exercise in overweight patients in Wetchakarunrasm Hospital

Ukris Utensute MD, MBA

Department of medicine, Wetchakarunrasm Hospital, Medical Service Department, Bangkok

Abstract

Objective: To study the effect of calorie restriction with exercise in overweight patients in Wetchakarunrasm hospital.

Methodology: A prospective studies of 8 volunteers consist of 5 male and 3 female which have a mean body weight of 100.00 kg. (mean BMI of 38.50 kg/m²). All of the patients were informed to stay in the hospital for at least 2 weeks per person for a calorie restriction of 1,000 kcal/day including exercise for 90-225 minutes per week between April 2014 and September 2015.

Result: An average duration of admission of 22.75 days (SD = 9.19). On the discharge date all of the patients lose their weight for 9.54 kg. (9.85%, p value = 0.000) (an average of 2.93 kg. per week). 6 out of 8 had diabetes mellitus type 2 with an average HbA1C of 8.42 %. At the 3 month follow up, their average HbA1C decreased to 6.57% which is 1.85 % lower than their weight prior to the time before the admission (p value = 0.008). There is no statistical significant in the change of mAP, HDL-cholesterol and LDL-cholesterol.

Conclusion: Diet control with exercise is an effective way to reduce weight in obesity patients. This study has similar result with other previous study but the number of the subject is still too small to conclude the result.

Keywords: Obesity, Overweight, LCDs

บทนำ

ภาวะน้ำหนักตัวเกิน หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม. ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินประมาณ 1,900 ล้านราย¹ และจากการศึกษา พบว่า ในปีพ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีความชุกของผู้ที่มีภาวะอ้วนที่อายุมากกว่า 18 ปีประมาณ ร้อยละ 36.5 ของประชากร โดยแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 28.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40.7 และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ^{2,3}

โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ นิ่วในถุงน้ำดี โรคไขมันเกาะตับ เป็นต้น ซึ่งมีหลักฐานจากการศึกษาจำนวนมากโดยเฉพาะการศึกษาที่ทำขึ้นในปี พ.ศ. 2552⁴ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 900,000 ราย ที่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 30 - 35 กก./ตร.ม. จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นลงประมาณ 2 - 4 ปี ในขณะที่ผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 40 - 50 กก./ตร.ม. จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นลงประมาณ 8-10 ปี

การรักษาโรคอ้วนควรเริ่มจากการชั่งปรอทและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและระดับความรุนแรงของโรคอ้วน ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และได้รับยาอินซูลินหรือยาชนิดที่มีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม^{5,6} เช่น glipizide, pioglitazone, rosiglitazone เป็นต้น แพทย์ควรให้การรักษาโดยมุ่งเน้นไปที่การปรับลดยาดังกล่าว ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการช่วยให้การลดน้ำหนักสามารถทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากการปรับลดยาที่เป็นสาเหตุทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแล้ว การรักษาโรคอ้วนในปัจจุบัน

จะมีแนวทางหลัก ๆ อยู่ 3 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (life style modification)⁷ โดยพื้นฐานหลักการคือการลดปริมาณอาหารลงอย่างน้อย 500 - 750⁸ kcal/วัน ร่วมกับการออกกำลังกายประมาณ 90 - 225 นาที ต่อสัปดาห์ (30 - 45 นาทีต่อวัน 3 - 5 วันต่อสัปดาห์) ซึ่งการออกกำลังกายที่แนะนำ คือ การเดินสายพาน การปั่น จักรยาน เต้นแอโรบิก และกระโดดเชือก เป็นต้น⁷ อีกสองวิธี คือ การใช้ยาลดน้ำหนักและการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก โดยสิ่งที่ควรในผู้ป่วยโรคอ้วนทุกราย คือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยมุ่งเน้นไปที่การปรับสัดส่วน ของอาหารที่กินร่วมกับการจำกัดพลังงานให้ลดลงอย่างน้อย 500-750⁸ kcal/วัน โดยการจำกัดอาหารและ พลังงานนั้นสามารถลดน้ำหนักได้ 0.5 - 1.0 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ซึ่งการลดอาหารดังกล่าวสามารถทำได้ในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยแพทย์หรือนักโภชนาการทางการแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

เพื่อให้การลดน้ำหนักมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการให้คำแนะนำการลดน้ำหนักโดยการรับประทานอาหารสูตร LCDs และ VLCDs ซึ่งจะทำในช่วงสั้น ๆ ประมาณ 2 - 3 เดือน และสามารถลดน้ำหนักได้มากถึง 20 - 30 กก. แต่ในระยะยาวพบว่าลดน้ำหนักได้ไม่แตกต่างจากอาหารสูตรอื่น ๆ⁷

LCDs หมายถึง low calorie diets เป็นการกินอาหารที่มีพลังงานรวม 800 - 1,200 kcal/วัน

VLCDs หมายถึง very low calorie diets เป็นการกินอาหารที่มีพลังงานรวม ≤ 800 kcal/วัน

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาถึงผลของการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกิน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักหรือ BMI โดยการควบคุมอาหารอย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับไขมันในเส้นเลือดได้ดีขึ้น

3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการนำมาปรับใช้กับ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า จากเหตุไปหาผล โดยมีการเสนอข้อมูลแนวทางการ ดูแลรักษาผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินในโรงพยาบาล เวชการุณย์รัศมี ซึ่งมีจำนวน 8 ราย โดยทั้งหมดมี เกณฑ์ในการรับการรักษา คือ อายุมากกว่าหรือ เท่ากับ 21 ปี มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม. และ ได้รับอาหารสูตร LCDs ร่วมกับการออกกำลังกาย ประมาณ 90 - 225 นาทีต่อสัปดาห์ (30 - 45 นาที ต่อวัน 3 - 5 วันต่อสัปดาห์)⁸ นอกจากนี้เพื่อให้ มีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเป็นไปอย่าง ถูกต้องแม่นยำตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้มากที่สุด ผู้ป่วยทั้งหมดจึงเข้าร่วมในการดูแลรักษาโดยนอน

ในโรงพยาบาลเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2558 โดยจะได้รับอาหารตามที่ นักโภชนาการเป็นผู้กำหนด และจัดให้มีการ ออกกำลังกายในห้องกายภาพบำบัด โดยมี นักกายภาพบำบัดคอยติดตามดูแลและควบคุมเพื่อ ไม่ให้เกิดอันตรายจากการออกกำลังกายที่ผิดวิธี หรือมากเกินไป เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วจะ มีการติดตามอาการและผลเลือดต่อเนื่องไปอีก 3 เดือน

เกณฑ์การคัดเข้า

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อเข้ารับ การควบคุมอาหารและออกกำลังกายนั้นมีเกณฑ์ 3 ข้อ คือ ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องสมัครใจที่จะ ควบคุมอาหารผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 21 ปี และมีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม.

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลอายุ เพศ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว

รายชื่อ	เพศ	อายุ (ปี)	น้ำหนักตัวก่อน โรงพยาบาล (กก.)	ดัชนีมวลกายวันที่ นอนโรงพยาบาล (กก./ตร.ม.)	ระยะเวลาที่เป็น โรคเบาหวาน (ปี)	ระยะเวลาที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง (ปี)
1	หญิง	56	105.00	47.94	17	17
2	หญิง	72	65.00	28.13	8	8
3	ชาย	55	78.00	27.64	15	15
4	หญิง	62	118.00	47.27	7	7
5	ชาย	61	88.00	34.38	1	1
6	ชาย	57	94.00	34.53	ไม่เป็นโรค	6
7	ชาย	65	107.00	37.91	7	7
8	ชาย	49	145.00	50.17	ไม่เป็นโรค	4
ค่าเฉลี่ย (S.D.)		59.63 (7.01)	100.00 (24.82)	38.50 (8.95)	6.88 (5.88)	8.13 (5.36)

จากข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 รายมีอายุเฉลี่ย 59.63 ปี เป็นชาย 5 คน และเป็นหญิง 3 คน ซึ่งมีค่าน้ำหนักตัวเฉลี่ย 100.00 กิโลกรัม และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 38.50 กก./ตร.ม. โดยในผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มนี้ทุกราย

มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.13 ปี ในขณะที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 6 ราย ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.88 ปี

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลระดับไขมันในเลือดและค่าน้ำตาลสะสม

รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	Cholesterol (มก./ดล.)	Triglyceride (มก./ดล.)	HDL-C (มก./ดล.)	LDL-C (มก./ดล.)	HbA1c (%)
1	หญิง	56	266	292	83.00	124.60	6.8
2	หญิง	72	231	162	76.00	122.60	9.0
3	ชาย	55	300	260	49.00	199.00	9.9
4	หญิง	62	240	127	78.00	136.60	8.2
5	ชาย	61	279	286	74.00	147.80	8.3
6	ชาย	57	146	209	46.00	58.20	x
7	ชาย	65	195	109	65.00	108.20	8.3
8	ชาย	49	90	70	29.00	47.00	x
ค่าเฉลี่ย		59.63	218.4	189.4	62.50	118.0	8.4
(S.D.)		(7.01)	(71.2)	(85.0)	(19.1)	(48.7)	(1.02)

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย มีระดับโคเลสเตอรอลเฉลี่ย 218.4 มก./ดล. ระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 189.4 มก./ดล. ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลเฉลี่ย 62.50 มก./ดล. ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลเฉลี่ย 118.0 มก./ดล. และค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย 8.4% ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลทุกรายจะถูกควบคุมและจำกัดอาหารโดยกำหนดพลังงานที่ได้รับต่อวันประมาณ 1,000 kcal. ซึ่งอาหารจะถูกจัดโดยนักโภชนาการของโรงพยาบาล และในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลจะมีการกำหนดตารางออกกำลังกายอย่างน้อย 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นระยะเวลาประมาณ 90 - 225 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งการออก

กำลังกายนี้ จะออกโดยการปั่นจักรยานอยู่กับที่ในห้องกายภาพบำบัดครั้งละ 30 - 45 นาที⁷ และจะถูกควบคุมโดยนักกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการออกกำลังกายที่ผิดวิธีหรือออกกำลังกายที่มากเกินไป ส่วนจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลนั้นขึ้นกับความพร้อมและความต้องการของผู้เข้าร่วมการศึกษา แต่ต้องไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งได้มีการแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทราบล่วงหน้าก่อนเข้ามานอนควบคุมอาหารในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารและออกกำลังกายในโรงพยาบาลมีดังต่อไปนี้

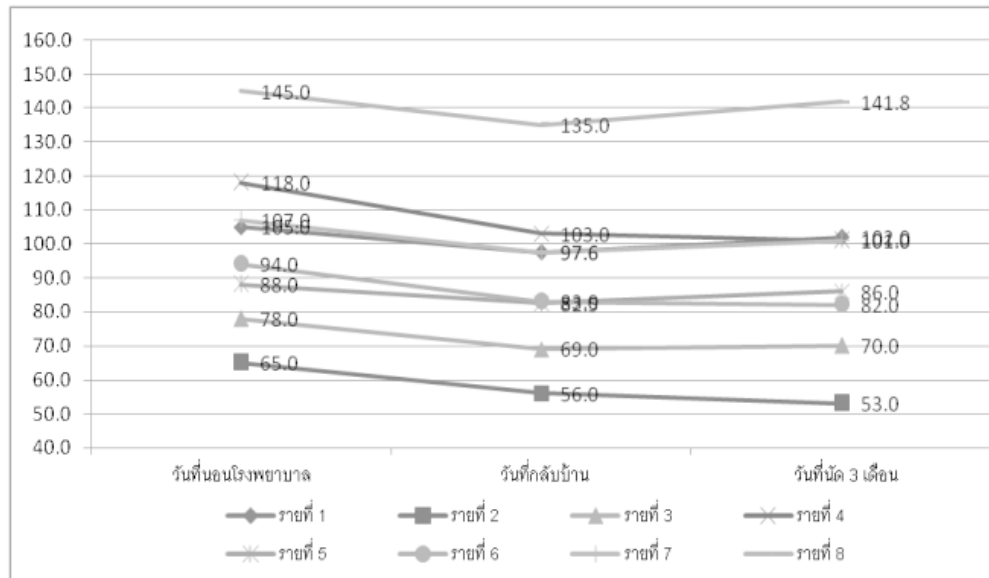
ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลน้ำหนักและดัชนีมวลกายก่อนนอนโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับวันออกจากโรงพยาบาล

รายที่	จำนวนวันที่นอน โรงพยาบาล (วัน)	น้ำหนัก วันที่นอน โรงพยาบาล (กก.)	น้ำหนัก วันที่ออกจาก โรงพยาบาล (กก.)	น้ำหนัก เปลี่ยน แปลง (%)	ดัชนีมวลกาย วันที่นอน โรงพยาบาล (กก./ตร.ม.)	ดัชนีมวลกาย วันที่ออกจาก โรงพยาบาล (กก./ตร.ม.)	ดัชนีมวลกาย เปลี่ยนแปลง (กก./ตร.ม.)
1	18	105.00	97.60	-7.05	47.94	44.56	-3.38
2	26	65.00	56.00	-13.85	28.13	24.24	-3.90
3	37	78.00	69.00	-11.54	27.64	24.45	-3.19
4	36	118.00	103.00	-12.71	47.27	41.26	-6.01
5	19	88.00	82.50	-6.25	34.38	32.23	-2.15
6	15	94.00	83.00	-11.70	34.53	30.49	-4.04
7	16	107.00	97.60	-8.79	37.91	34.58	-3.33
8	15	145.00	135.00	-6.90	50.17	46.71	-3.46
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	22.75 (9.19)	100.00 (24.82)	90.46 (23.93)	-9.85 (2.95)	38.50 (8.95)	34.82 (8.64)	-3.68 (1.10)

ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 22.75 วัน (S.D. = 9.19) โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยที่สุดคือ 15 วัน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่มากที่สุดคือ 37 วัน จากผลการควบคุม อาหารและออกกำลังกายพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย มีน้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 9.54 กิโลกรัม หรือร้อยละ 9.85 ของน้ำหนักเดิม เมื่อคิดเป็นต่อสัปดาห์พบว่า น้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 2.93 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลงจาก 38.50 กก./ตร.ม. เหลือ 34.82 กก./ตร.ม. นั่นคือดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ยคนละ 3.68 กก./ตร.ม. (S.D. = 1.10) ภายในระยะเวลาเฉลี่ย 22.75 วัน

เนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย เป็นคนไข้ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำที่โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จึงทำให้สามารถติดตามผลการรักษาและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายมีการวัดน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย เพื่อติดตามดูว่าสามารถลดน้ำหนักต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ โดยผลลัพธ์ของการติดตามผลที่ระยะเวลา 3 เดือน ดังแสดงในกราฟ

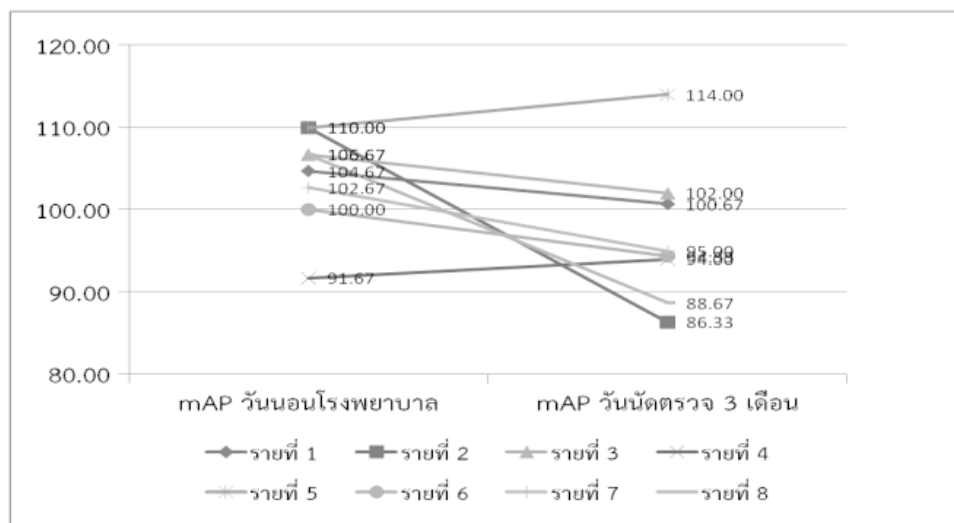
กราฟที่ 1 กราฟแสดงข้อมูลน้ำหนักเปรียบเทียบก่อนนอนโรงพยาบาล วันที่กลับบ้าน และวันที่นัดตรวจ 3 เดือน



จากการติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาในช่วง 3 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล พบผู้เข้าร่วมการศึกษา 8 ราย มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.64 กก. จากวันที่ผู้เข้าร่วมการศึกษากลับบ้าน โดยผู้เข้าร่วมการศึกษารายที่ 8 พบว่า ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน ผู้เข้าร่วมการศึกษากลับมาด้วยอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ร่วมกับมีขาบวม กดบวมทั้ง 2 ข้าง ผู้เข้าร่วมการศึกษารายนี้ให้ประวัติเพิ่มเติมว่าไม่ได้ควบคุมอาหารหรือออกกำลังกาย

เหมือนกับช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล ผลตรวจร่างกายพบว่า น้ำหนักเพิ่มจาก 135 กก. เป็น 156 กก. (เพิ่มขึ้น 21 กก.จากวันที่กลับบ้าน) ซึ่งแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยว่าผู้เข้าร่วมการศึกษารายนี้เป็น ภาวะหัวใจล้มเหลว และรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยาขับปัสสาวะจนอาการดีขึ้นจึงกลับบ้าน น้ำหนักตัวก่อนกลับบ้านซึ่งได้ 141.8 กก. ซึ่งก็น้อยกว่าน้ำหนักตัวก่อนเข้าโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาหาร (145 กก.) เช่นเดียวกับผู้เข้าร่วมการศึกษารายอื่นอีก 7 ราย

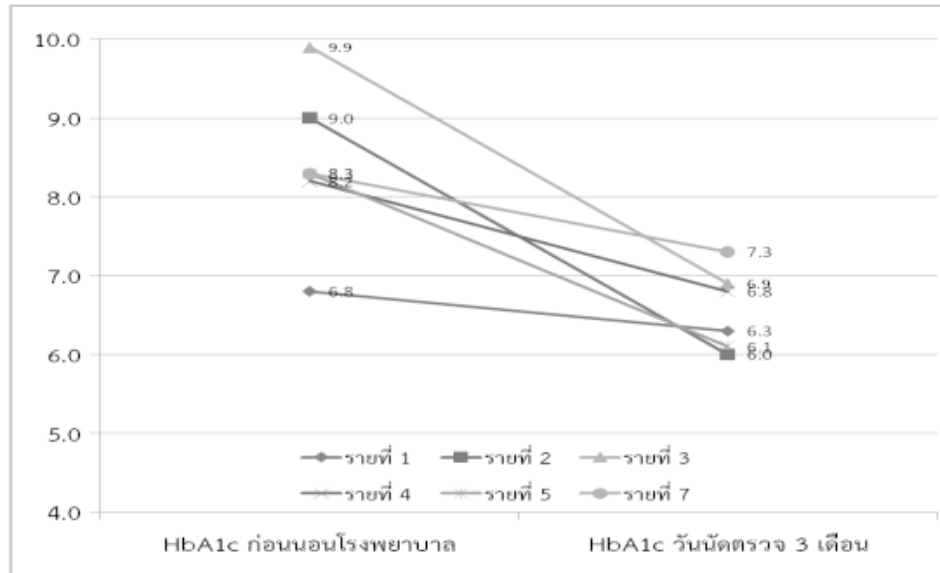
กราฟที่ 2 กราฟแสดงข้อมูลค่า mAP เปรียบเทียบก่อนนอนโรงพยาบาลกับวันที่นัดตรวจ 3 เดือน



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ mAP (mean arterial blood pressure) ของผู้เข้าร่วมการศึกษากันทั้ง 8 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของ mAP ก่อนนอนโรงพยาบาล

อยู่ที่ 104.04 มม.ปรอทในขณะที่วัดหลังจากนอนโรงพยาบาล 3 เดือน ค่าดังกล่าวลดลงเหลือ 96.88 มม.ปรอทซึ่งต่ำกว่าเดิม 7.16 มม.ปรอท

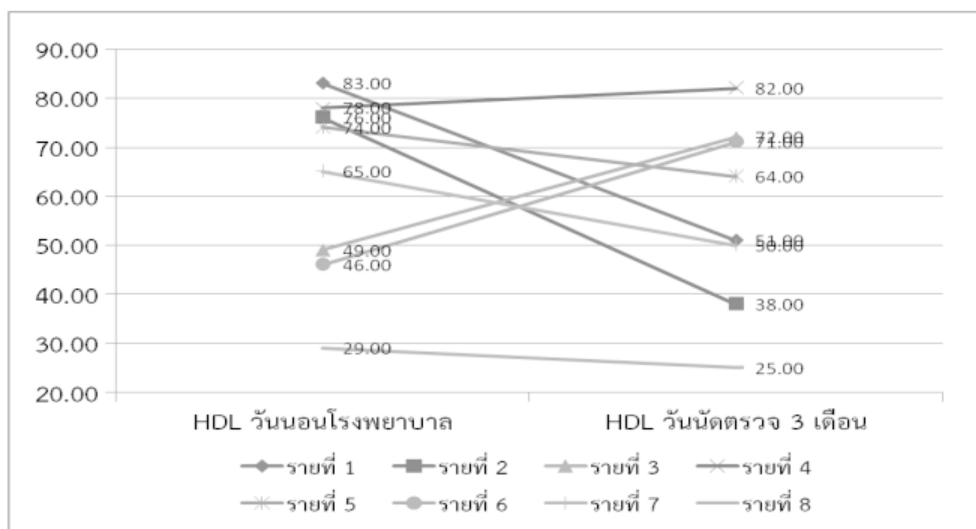
กราฟที่ 3 กราฟแสดงข้อมูลค่า HbA1C เปรียบเทียบก่อนนอนโรงพยาบาลกับวันที่นัดตรวจ 3 เดือน



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ HbA1c เฉพาะในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษากันทั้ง 6 รายที่เป็นเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยของ HbA1c ก่อนนอน

โรงพยาบาลอยู่ที่ 8.42% ในขณะที่ยอดหลังจากนอนโรงพยาบาล 3 เดือน ลดลงเหลือ 6.57% ซึ่งต่ำกว่าเดิม 1.85%

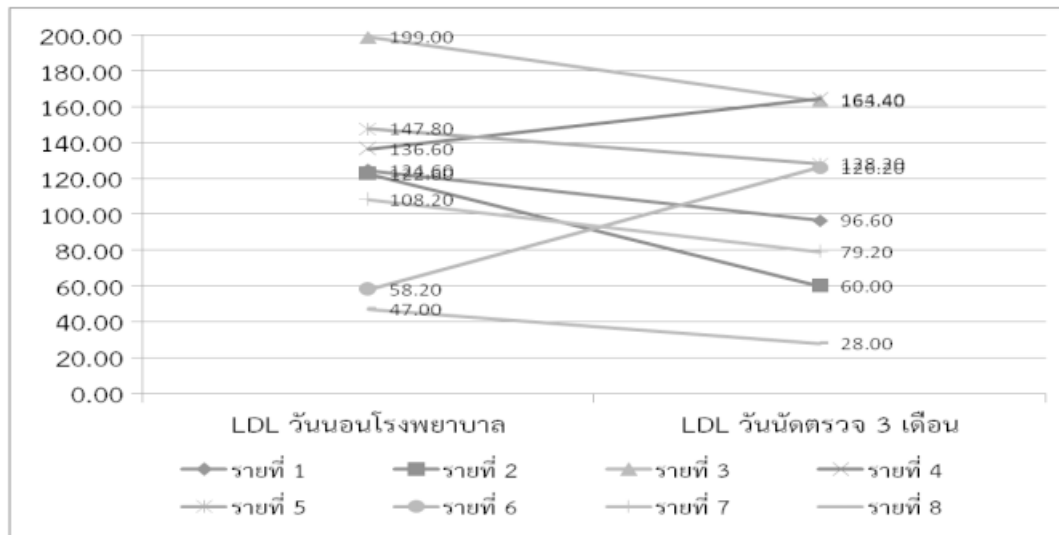
กราฟที่ 4 กราฟแสดงข้อมูลค่า HDL-cholesterol เปรียบเทียบก่อนนอนโรงพยาบาลกับวันที่นัดตรวจ 3 เดือน



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ HDL-C ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของ HDL-C ก่อนนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 62.50 มก./ดล.

ในขณะที่ตรวจหลังจากนอนโรงพยาบาล 3 เดือน ลดลงเหลือ 56.63 มก./ดล. ซึ่งต่ำกว่าเดิม 5.87 มก./ดล.

กราฟที่ 5 กราฟแสดงข้อมูลค่า LDL-cholesterol เปรียบเทียบก่อนนอนโรงพยาบาลกับวันนัดตรวจ 3 เดือน



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ LDL-C ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของ LDL-C ก่อนนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 118.00 มก./ดล. ในขณะที่ตรวจหลังจากนอนโรงพยาบาล 3 เดือน ลดลงเหลือ 105.75 มก./ดล. ซึ่งต่ำกว่าเดิม 12.25 มก./ดล.

อภิปรายกรณีศึกษา

จากแนวทางในการควบคุมอาหารประมาณวันละ 1,000 kcal/วัน ร่วมกับการออกกำลังกายประมาณ 90 - 225 นาทีต่อสัปดาห์ จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 คนสามารถลดน้ำหนักลงได้จริง ด้วยค่าเฉลี่ย 9.54 กิโลกรัม หรือร้อยละ 9.85 ของน้ำหนักตัวเดิม โดยไม่ต้องใช้ยาลดน้ำหนัก มีโอกาสเป็นไปได้ว่าก่อนหน้านี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษามีโอกาสเป็นไปไดวก่อนหน้านี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษามีโอกาสลดน้ำหนักได้ เนื่องจากควบคุมอาหารไม่ถูกวิธีและไม่ได้ออกกำลังกายอย่างจริงจังต่อเนื่อง เพราะในชีวิตจริงนั้นผู้เข้าร่วมการศึกษามี

กิจวัตรประจำวันที่บางครั้งอาจไม่สามารถเลือกอาหารหรือสัดส่วนของอาหารที่เหมาะสม รวมไปถึงไม่มีเวลาว่างมากพอที่จะออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญในการลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมการศึกษาคือวินัยในการกินและออกกำลังกายที่คนส่วนใหญ่ทำไม่ค่อยได้ ทำให้เมื่อมีการติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาใน 3 เดือนต่อมาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย เริ่มมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.64 กิโลกรัม มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 1 ราย มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 21 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 2 เดือน จากภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากไม่ได้ควบคุมอาหารและไม่ได้ออกกำลังกายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาจากผู้เข้าร่วมการศึกษทั้ง 8 ราย แสดงให้เห็นว่า หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีวินัยในการกินและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและควบคุมอาหารได้เหมือนกับที่ปฏิบัติตัวในโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้มีโอกาที่จะสามารถลดน้ำหนักได้เอง แม้ว่าแพทย์จะให้

คำแนะนำและให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกก็ตาม

ในกลุ่มผู้ป่วย 6 รายที่เป็นเบาหวานพบว่า การควบคุมอาหารและออกกำลังกายจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเช่นกัน ทั้งนี้จะเห็นได้จากค่า HbA1C เฉลี่ยของทั้ง 6 รายก่อนที่จะนอนในโรงพยาบาล อยู่ที่ 8.42% (6.8 - 9.9) แต่เมื่อออกจากโรงพยาบาลและนัดมาตรวจซ้ำอีก 3 เดือน พบว่าค่า HbA1C เฉลี่ยของทั้ง 6 รายลดลงเหลือเพียง 6.57% ซึ่งต่ำกว่าเดิม 1.85% (6.0 - 7.3) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน 2 รายจาก 6 ราย ที่ก่อนหน้านอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน แต่ระหว่างนอนโรงพยาบาล แพทย์ให้หยุดยาฉีด เพราะผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจนกระทั่งกลับบ้าน แพทย์จึงให้งดใช้ยาฉีดอินซูลินก่อนกลับบ้าน เมื่อถึงวันนัดเจาะเลือดใน 3 เดือนต่อมาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ไม่เกิน 7.0% ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 ราย จึงไม่ต้องกลับไปฉีดอินซูลินอีก ซึ่งผลของการศึกษานี้จะใกล้เคียงกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2541 Markovic TP ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยที่เป็น impaired fasting glucose จำนวน 20 ราย เพื่อดูว่าการจำกัดแคลอรีมีผลอย่างไรต่อการตอบสนองของอินซูลินของร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ ผลการศึกษาพบว่า ในวันที่ 28 หลังควบคุมอาหารและจำกัดแคลอรี ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 6.3 +/- 0.4 กิโลกรัม ในขณะที่ระดับ fasting plasma glucose ลดลงเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น⁹

ในการศึกษานี้พบว่า น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 9.85 ดัชนีมวลกายลดลง 3.68 กก./ตร.ม. และ HbA1c ลดลง 1.85% เมื่อผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย ในขณะที่ mAP, HDL-C

และ LDL-C มีแนวโน้มลดลงที่ระยะเวลา 3 เดือน เช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าโดย Arthur Weltman¹⁰ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการควบคุมอาหารและออกกำลังกายที่มีต่อระดับ HDL-C และ LDL-C โดยการแบ่งกลุ่มการทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มจำกัดอาหาร กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มจำกัด อาหารร่วมกับออกกำลังกายและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่จำกัดอาหารร่วมกับออกกำลังกายมีระดับ LDL-C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 10 สัปดาห์ ในขณะที่ระดับ HDL-C ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะระยะเวลาที่ใช้ในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายที่แตกต่างกัน และเกิดจากการที่จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ยังไม่มากพอที่จะคำนวณค่านัยสำคัญทางสถิติได้

ผลข้างเคียงของการลดน้ำหนักที่รวดเร็วนี้เคยมีการศึกษาในปี พ.ศ. 2536 ว่าผู้ป่วยโรคอ้วนที่ควบคุมอาหารด้วยสูตร VLCDs (การกินอาหารที่มีพลังงานรวม ≤ 800 kcal/วัน) และมีน้ำหนักลดลงมากกว่าสัปดาห์ละ 1.5 กิโลกรัม มีโอกาสที่จะเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้¹¹ แต่จากการติดตามผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย ตั้งแต่เข้านอนในโรงพยาบาลจนถึงวันนัดติดตามผล 3 เดือน ยังไม่พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอาการปวดท้อง หรือต้องกลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการของถุงน้ำดีอักเสบ (ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 8 ราย ยังไม่เคยได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์เพื่อดูว่ามีนิ่วในถุงน้ำดีหรือไม่) สำหรับผลข้างเคียงของสูตร LCDs นั้น ไม่พบผลข้างเคียงที่ชัดเจนจากการศึกษาในปี ค.ศ. 1989¹²

นอกจากนี้ยังมีการทำ meta-analysis เปรียบเทียบการใช้ LCDs กับการใช้ VLCDs ในการลดน้ำหนัก ผลการทำ meta-analysis จาก 6 การศึกษาที่เป็น randomized controlled trial พบว่าทั้ง 2 วิธีให้ผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักไม่แตกต่างกัน เพียงแต่ในระยะสั้น (น้อยกว่า 1 ปี) VLCDs สามารถลดน้ำหนักได้มากกว่า

LCDs ($16.1 \pm 1.6\%$ และ $9.7 \pm 2.4\%$ ตามลำดับ, $p = 0.0001$) ในขณะที่ระยะยาว (1-5 ปี) พบว่าการลดน้ำหนักด้วย VLCDs และ LCDs ให้ผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($6.3 \pm 3.2\%$ and $5.0 \pm 4.0\%$ ตามลำดับ, $p > 0.2$) อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงของการลดน้ำหนักทั้ง 2 แบบมีเพียงเล็กน้อยตามที่ได้กล่าวมา¹³

สำหรับข้อจำกัดของกรณีศึกษานี้คือ จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีจำนวนน้อยเพียงแค่ 8 คน ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่มีน้ำหนักเกินทั้งหมดได้ ซึ่งถ้าหากมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาโดยการควบคุมอาหารเพิ่มมากขึ้น ก็จะทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การลดน้ำหนักด้วยการใช้ LCDs ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกิน สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากมีการทำรายละเอียดการควบคุมอาหารเป็นแผนพบเพื่อแจกจ่ายให้กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลได้ เพียงแต่ในระยะยาว ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถควบคุมอาหารได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินและเป็นเบาหวานเมื่อมาตรวจแล้วพบว่า มีน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น บางครั้งแพทย์อาจมุ่งเน้นไปที่การปรับเพิ่มยาให้กับผู้ป่วย โดยที่แพทย์อาจลืมนึกถึงภาวะอื่นที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่เพิ่มให้กับผู้ป่วยเช่น ยาลดน้ำตาลกลุ่ม insulin secretagogue ยาฉีดอินซูลิน เป็นต้น ซึ่งในชีวิตจริงเมื่อผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหลังได้ยาก็จะเกิดการหิวมากขึ้น ทำให้อาจกินอาหารในปริมาณที่มากขึ้น จะส่งผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ร่วมกับมีระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มสูงขึ้น เมื่อกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง แพทย์อาจตัดสินใจเพิ่มยาอินหรือเพิ่มยาฉีดอินซูลินให้อีก กลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีที่สิ้นสุด ในทางกลับกันหากแพทย์ตัดสินใจไม่เพิ่มยาควรให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และลดน้ำหนักลงได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องกินยาหลายชนิด ลดผลข้างเคียงของยาต่อตับหรือไต และที่สำคัญช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาโดยไม่จำเป็นอีกด้วย เพียงแต่การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจนทำให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้นั้นต้องอาศัย ความตั้งใจ ความมุ่งมั่น และความมีวินัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยากในชีวิตจริงนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization media care. Obesity and overweight Fact sheet. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>. Retrieve 17 Apr, 2015.
2. Aekplakorn W, Mo-Suwan L. Prevalence of obesity in Thailand. *Obes Rev*. 2009; 10: 589-92.
3. Aekplakorn W, Hogan MC, Chongsuvivatwong V, Tatsanavivat P, Chariyalertsak S, Boonthum A, Tiptaradol S, Lim SS. Trends in obesity and associations with education and urban or rural residence in Thailand. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15: 3113-21.
4. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373: 1083-96.

5. Cheskin L. Prescription drugs that can cause weight gain. John Hopkins Health Alert. Accessed November 18, 2012.
6. Drugs.com. Prescription Meds Can Put on Unwanted Pounds. Accessed online November 18, 2012.
7. NHLBI Obesity Education Initiative. The Practical Guide : Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in adults. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf.
8. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM. Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. J AM Coll Cardiol 2014; 63(25): 2985-3023.
9. Markovic TP, Jenkins AB, Campbell LV, Furler SM, Kraegen EW, Chisholm DJ. The determinants of glycemic responses to diet restriction and weight loss in obesity and NIDDM. Diabetes Care 1998; 21(5): 687-94.
10. Arthur Weltman, Ph.D., Sharleen Matter, Ph.D., Bryant Stamford, Ph.D. Caloric restriction and/or mild exercise: effects on serum lipids and body composition. AM J Clin Nuts 1980; 33: 1002-9.
11. Weinsier RL, Ullmann DO. Gallstone formation and weight loss. Obes Res 1993; 1(1): 51-6.
12. Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GD Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. Int J Obes 13: 39-46.
13. Tsai AG, Wadden TA. The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. Obesity (Silver Spring) 2006; 14(8): 1283-93.



บทความปริทัศน์

Review Article

การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์ในการรักษาโรคข้อศอกเทนนิสในผู้เล่นเทนนิส

อังคณา เทพเลิศบุญ พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคข้อศอกเทนนิสเป็นโรคพบบ่อยที่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้งานมากเกินไปของเอ็นและกล้ามเนื้อกลุ่ม wrist extensor โดยเฉพาะ Extensor Carpi Radialis Brevis (ECRB) ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดเฉพาะที่บริเวณข้อศอกด้านนอกของแขนด้านขวา และพบว่า โรคนี้สัมพันธ์กับนักกีฬาหรือผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องมีการกระดกข้อมือด้านแรงและหงายฝ่ามือซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการบาดเจ็บแบบสะสม ความรู้พื้นฐานทางชีวกลศาสตร์ของแรงกระทำและการเคลื่อนไหวระหว่างการทำกิจกรรมจะช่วยให้เข้าใจกลไกการเกิดโรคข้อศอกเทนนิส ทั้งยังเป็นประโยชน์ช่วยในการรักษาและป้องกันการเกิดโรค

วัตถุประสงค์: เพื่อนำหลักการทางชีวกลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อศอกเทนนิสในผู้เล่นเทนนิสมาประยุกต์ใช้ในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

วิธีการดำเนินการศึกษา: เป็นการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา: มีปัจจัยเสี่ยงทางชีวกลศาสตร์ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อศอกเทนนิสในผู้เล่นเทนนิส เช่น อายุ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่สมดุล อุปกรณ์เครื่องมือกีฬาที่ไม่เหมาะสม จำนวนครั้งที่ทำซ้ำ ๆ ระหว่างการฝึกและการแข่งขัน และแรงกระทำต่อข้อที่มากเกินไป การประยุกต์หลักการเพื่อใช้ในการรักษาและป้องกันทำได้โดยการฝึกออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยเฉพาะแบบ eccentric exercise ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับรูปในเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บอย่างเหมาะสมและเพิ่มความแข็งแรงของความตึงตัวของเอ็นกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเชื่อมต่อแนวกระดูกเคลื่อนไหวที่ประสิทธิภาพ การยืดเอ็นกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็น การเพิ่มความก้าวหน้าในการฝึกอย่างเหมาะสม การฝึกการประสานงาน ประสาทการรับรู้ความรู้สึก บริเวณข้อต่อและการฝึกทักษะความชำนาญเฉพาะของแต่ละประเภทกีฬาที่มีความสำคัญในการทำให้เกิดการเชื่อมโยงกลศาสตร์การเคลื่อนไหวที่ดี การเลือกไม้เทนนิสที่หน้าไม้ใหญ่ เอ็นซึ่งไม่ตึงเกินไป มีจำนวนเอ็นมากต่อหนึ่งหน่วยพื้นที่ จะช่วยลดแรงกระทำและลดแรงส่งผ่านไปที่แขน นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์รัดบริเวณแขนที่ระดับประมาณ 4 นิ้วต่ำกว่าข้อศอก ซึ่งจะช่วยลดแรงที่จะกระทำบริเวณรอยโรค



บทความปริทัศน์

Review Article

การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์ในการรักษาโรคข้อศอก เทนนิสในผู้เล่นเทนนิส

อังคณา เทพเลิศบุญ พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ (ต่อ)

สรุป: การเล่นเทนนิสต้องอาศัยการเคลื่อนไหวและออกแรงอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการตีที่มีประสิทธิภาพ การส่งผ่านแรงที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์ทำได้โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อแนวการเคลื่อนไหวที่เป็นสาเหตุของโรคเป็นประโยชน์ในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูโรคข้อศอกเทนนิสในนักกีฬาเทนนิส

คำสำคัญ: ชีวกลศาสตร์การกีฬา โรคข้อศอกเทนนิส



บทความปริทัศน์

Review Article

The application of biomechanics for treatment of Tennis elbow in tennis players

Aungkana Theplertboon MD, PGDip.Sc.

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Sport Medicine and Rehabilitation Excellence Center, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration

Abstract

Introduction: Tennis elbow or lateral epicondylitis is a common overuse injury of the musculotendinous unit of the wrist extensor, especially Extensor Carpi Radialis Brevis (ECRB). The patients usually present with pain localized to the lateral elbow of the dominant arm. Additionally, it has been found in repetitive athletic or occupational activities associated with wrist extension against resistance and forearm supination that induced cumulative injury. A basic biomechanics and analysis of the forces, loads and motions during performing activities will improve the understanding of the pathomechanics of lateral epicondylitis and benefit for treatment and prevention.

Objective: To apply the biomechanical principles relevant to lateral epicondylitis etiology in tennis players and use for treatment and prevention.

Methodology: Review articles.

Results: There were several intrinsic and extrinsic risk factors associated with the pathomechanics of lateral epicondylitis, such as age, muscle weakness or imbalance, poor equipment, number of repetitions during training and competitions, and excessive joint loadings. The application of biomechanics for prevention, treatment and rehabilitation of tennis elbow in tennis players could be done by early resistance exercise, especially eccentric exercise, should be initiated in the patients to assist the appropriate tissue remodeling and increase tensile strength of the muscle-tendon unit for the proper biomechanical chain. Also, static stretching exercise should be trained to improve tendon flexibility. Moreover, training errors should be modified by appropriate progression, overload and adaptation. Coordination, proprioceptive and sport-specific training are also important to generate an optimal kinetic chain. Furthermore, the characteristics of the racquet, such as being larger head size, lighter, lesser tightly strung and have more strings per unit area, should be modified to absorb shock and reduce the force transmission to the arm. In addition, counterforce bracing reduces load on the lesion that should be correctly applied approximately 4 inches below the elbow joint.



บทความปริทัศน์

Review Article

The application of biomechanics for treatment of Tennis elbow in tennis players

Aungkana Theplertboon MD, PGDip.Sc.

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Sport Medicine and Rehabilitation Excellence Center, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration

Abstract (cont.)

Conclusion: Tennis activities require optimal activation of links in the kinetic chain outlined for power for efficient function with maximal performance. The incorrect flow of energy may induce injury. The application of biomechanics by modifying the risk factors of disease is useful for prevention, treatment and rehabilitation of tennis elbow in tennis players.

Keywords: Sports biomechanics, Tennis elbow, Lateral epicondylitis, Lateral elbow tendinopathy

ชีวกลศาสตร์การกีฬาและโรคข้อศอก เทนนิส

ชีวกลศาสตร์การกีฬา (Sports Biomechanics)¹ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและกีฬา โดยประยุกต์ใช้หลักกลศาสตร์เพื่ออธิบายผลของการเคลื่อนไหว ที่มีแรงทั้งภายในและภายนอกมากระทำ เพื่อพัฒนาสมรรถภาพ เทคนิค การฝึกซ้อม อุปกรณ์กีฬา ทำให้การเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพ รวมถึงการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูการบาดเจ็บ

โรคข้อศอกเทนนิส (Tennis elbow หรือ Lateral epicondylitis) เป็นโรคที่พบบ่อยของเอ็นและกล้ามเนื้อกลุ่มกระดูกข้อมือ (wrist extensor) ที่มีกำเนิดจากปุ่มกระดูก lateral epicondyle ของกระดูก humerus² ในความเป็นจริงแล้วการเรียกชื่อโรค lateral epicondylitis อาจจะไม่ถูกต้องมากนัก เนื่องจากพยาธิวิทยาของโรคยังไม่ชัดเจน³ คำที่น่าจะดีกว่า คือ lateralelbow tendinopathy⁴ โรคนี้พบในเพศชายและหญิงพอ ๆ กันและบ่อยขึ้นในกลุ่มคนผิวขาว มักเป็นที่แขนถนัด ความเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และเป็นมากที่สุดในช่วงอายุ 30-50 ปี⁵ โดยผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดเฉพาะที่บริเวณข้อศอกด้านนอก⁶

แม้ว่าโรคข้อศอกเทนนิสจะพบได้ในกีฬาหลายประเภท แต่ไม่มีกีฬาใดเกิดโรคนี้มากกว่ากีฬาเทนนิส³ มีการคาดการณ์ว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้เล่นเทนนิสเคยมีปัญหาปวดข้อศอกด้านนอก โดยพบมากกว่าในนักกีฬาสมัครเล่น² และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเล่นเทนนิสเกินวันละ 2 ชั่วโมง⁷ อย่างไรก็ตามนักเทนนิสที่เป็นโรคนี้เป็นเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด⁸ โดยพบว่า โรคข้อศอกเทนนิสสัมพันธ์กับนักกีฬาหรือผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องมีการกระดูกข้อมือต้านแรง (wrist extensor against resistance) และหงายฝ่ามือ (forearm supination) ซ้ำ ๆ^{2, 5} การหดตัวซ้ำ ๆ ของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการบาดเจ็บแบบสะสม นำไปสู่อาการ

ปวดล้าและไม่มั่นคง การเข้าใจลักษณะพื้นฐานทางชีวกลศาสตร์ของแรง (force) แรงกระทำ (load) และการเคลื่อนไหวระหว่างการทำกิจกรรมจะช่วยให้เข้าใจกลไกการเกิดโรคข้อศอกเทนนิส ทั้งยังเป็นประโยชน์ช่วยในการรักษาและป้องกันการเกิดโรคอีกด้วย

ชีวกลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคข้อศอกเทนนิสในผู้เล่นเทนนิส

โรคข้อศอกเทนนิสเป็นโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บจากใช้งานที่มากเกินไป (overuse injury) ที่พบได้บ่อย มักพบในนักกีฬาที่มีปัญหาในการตีกลับด้วยหลังมือ (poor executed backhand) ทำให้ข้อมืองอแบบไม่ได้ตั้งใจในขณะที่กล้ามเนื้อ Extensor Carpi Radialis Brevis (ECRB) หดตัวเพื่อทำให้ข้อมือและไม้เทนนิสมั่นคง⁹ การบาดเจ็บที่เกิดจากใช้งานที่มากเกินไปในการเล่นกีฬาเกิดได้จากความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอก เช่น อายุ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่สมดุล อุปกรณ์เครื่องมือกีฬาที่ไม่เหมาะสม จำนวนครั้งที่ทำซ้ำ ๆ ระหว่างการฝึกและการแข่งขัน และแรงกระทำต่อข้อที่มากเกินไป¹⁰

1. ปัจจัยเสี่ยงภายใน

อายุ ความแข็งแรงเอ็นและกล้ามเนื้อ

อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณสมบัติเชิงกลและส่วนประกอบของเอ็นมีการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษา⁹ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคข้อศอกเทนนิสเพิ่มขึ้น 2-3.5 เท่าในผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี เมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งอธิบายได้จากในวัยกลางคนหรืออายุที่มากขึ้น collagen ในเส้นเอ็นจะมีการเชื่อมต่อที่เพิ่มขึ้นทำให้ compliance ของ collagen ลดลงและมีส่วนของ elastin เพิ่มผลรวม คือ ทำให้มี compliance ของเส้นเอ็นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กล้ามเนื้อซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการส่งผ่านแรงเพื่อให้เกิดการ

เคลื่อนไหวก็มีการเปลี่ยนแปลง โดยกำลังกล้ามเนื้อลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น กีฬาเทนนิสเป็นกีฬาที่ต้องใช้แรงในการตีได้ถูกเทนนิสที่มีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว¹¹ ตามทฤษฎีของการส่งผ่านแรงเชื่อว่ากล้ามเนื้อและเอ็นเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มความมั่นคงและดูดซับแรงที่ผ่านมา เนื่องจากการส่งผ่านแรงไปตามข้อต่อที่มากเกินไประดับที่เนื้อเยื่อทนได้จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ¹² ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของเอ็นและกล้ามเนื้อทำให้ความยืดหยุ่นในการเคลื่อนไหวเปลี่ยนไป เกิดการส่งผ่านแรงที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีการใช้งานที่มากเกินไปและเกิดการบาดเจ็บ

ทักษะและเทคนิคการเล่นเทนนิส ประวัติการบาดเจ็บ

จากกฎการทำงานของกล้ามเนื้อตามลำดับ (the sequential action of muscles) คือ จะมีการรวมของแรงภายใน และมีการส่งผ่านแรงไปตามข้อหรือเกิดโมเมนต์ตึงเชิงมุมผ่านแนวแรงตามกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยการเคลื่อนไหวเหล่านี้ต้องมีแรงรวมที่เหมาะสมในเวลาที่ต้องการ¹³ การเล่นเทนนิสให้ได้ศักยภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการเคลื่อนไหวที่ดีผ่านการเชื่อมต่อของแนวการเคลื่อนไหว (kinetic chain) เพื่อให้เกิดแรงกระทำที่พอดี¹⁴ ซึ่งกลศาสตร์การเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดแรงกระทำและแรงเสียดทานต่อเอ็นและกล้ามเนื้อ ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ¹⁵ ทักษะพื้นฐานที่สำคัญในผู้เล่นเทนนิส¹⁶ ได้แก่ การเสิร์ฟลูก การตี ground stroke และการตี volley stroke ซึ่งในแต่ละส่วนสามารถแบ่งย่อยออกเป็นหลายช่วง ซึ่งเกี่ยวข้องกับแต่ละส่วนของร่างกายเพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์การเคลื่อนไหว (motion analysis) โดยปกติแนวการเคลื่อนไหวจะเริ่มจากส่วนต้นสุดเคลื่อนไปยังส่วนปลายสุด⁹ ตัวอย่างเช่น ในขณะที่เสิร์ฟลูกเทนนิสจะเริ่มส่งผ่านแรงจากเท้าเข้า ผ่านรยางค์ส่วนล่างไป

ลำตัวไหล่ศอกไปสิ้นสุดที่ข้อมือและมือ¹¹ ถ้าแนวการเคลื่อนไหวล้มเหลวตั้งแต่ส่วนต้น จะทำให้การส่งผ่านแรงที่ผ่านแต่ละส่วนของร่างกายเปลี่ยนไปและเกิดการด้อยประสิทธิภาพทางชีวกลศาสตร์ คือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนหนึ่งจะทำให้เกิดการ ทำงานที่มากเกินไปในอีกส่วนและเป็นปัจจัยให้เกิดการบาดเจ็บ^{14,15} แนวการเคลื่อนไหวนี้อาจแย่งได้จากหลายปัจจัย เช่น เทคนิคการตีลูกที่ไม่ถูกต้อง มีประวัติการบาดเจ็บก่อนหน้านี้ ร่างกายมีความยืดหยุ่นที่ไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้เกิดความไม่สมดุลในการเคลื่อนไหว¹⁶

การเกิดโรคข้อศอกเทนนิสสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ และการใช้แรงมากของแขนขณะตีลูก⁸ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการหดตัวแบบ eccentric ของกล้ามเนื้อกระดูกข้อมือในขณะที่ปะทะลูก¹⁴ การที่ยกกล้ามเนื้อถูกทำให้ยาวขึ้นซ้ำ ๆ ขณะกล้ามเนื้อทำงานจะเกิดแรงดึงตัวมากและอาจทำให้เกิดการฉีกขาดของส่วนกล้ามเนื้อ เอ็น และส่วนเชื่อมต่อกล้ามเนื้อกับเอ็น⁹ ในการตีลูกเทนนิสกล้ามเนื้อกระดูกข้อมือจะทำงานแบบยกกล้ามเนื้อยาวขึ้นก่อนจะหดสั้นขณะปะทะลูก¹⁴ แรงดึงตัวรวมและตำแหน่งที่เกิดความเครียดของกล้ามเนื้อขึ้นกับชนิดและกลศาสตร์การตีลูก มีการรายงานว่ คนที่เกิดโรคข้อศอกเทนนิสสัมพันธ์กับนักเทนนิสที่ตีลูกมือเดียวด้วยหลังมือ คนที่ตีลูกโดยใช้กล้ามเนื้อกระดูกข้อมือและคว่ำมือมากกว่าปกติจะสัมพันธ์กับกลศาสตร์การตีลูกที่ไม่ถูกต้อง¹⁷ ในการตีเทนนิสต้องอาศัยข้อมือที่มั่นคงในการจับไม้เทนนิส และการกระดูกข้อมือในการตีลูก⁴ ในขณะที่ตีลูกด้วยหน้าไม้ ผู้เล่นต้องถูกฝึกให้ตีลูกในขณะที่เหยียดข้อศอกและข้อมือ มีการศึกษาพบว่า นักเทนนิสจะใช้กล้ามเนื้อกระดูกข้อมือโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ ECRB ในขณะที่ตีลูกเกือบทุกครั้ง² ทำให้มีแรงที่มากกระทำต่อเอ็นของ ECRB⁴

2. ปัจจัยเสี่ยงภายนอก ได้แก่ โปรแกรมฝึกการแข่งขัน ไม้เทนนิส ลักษณะสนาม

จากกฎข้อที่ 3 ของนิวตัน (law of action and reaction) คือ ทุกแรงกิริยา (action) จะมีแรงปฏิกิริยา (reaction) ซึ่งมีขนาดเท่ากันในทิศตรงกันข้ามเสมอ เช่นเดียวกับการตีเทนนิสที่จะเกิดแรงกระทำระหว่างลูกกับไม้ตีเทนนิส โปรแกรมการออกกำลังกาย อุปกรณ์ และลักษณะสนามที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการส่งผ่านแรงและดูดซับแรงที่ไม่เหมาะสม เกิดการใช้งานที่มากเกินไป และเกิดการบาดเจ็บตามมา นักเทนนิสที่ต้องแข่งขันบ่อยโดยที่ร่างกายไม่พร้อมก็เสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บ พบว่าในแข่งขันแต่ละนัดอาจต้องตีลูกเลิฟมากถึง 50-150 ครั้ง การใช้กล้ามเนื้อที่มากเกินไปเป็นปัจจัยหนุนให้เกิดโรคข้อศอกเทนนิส¹⁰

การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์เพื่อป้องกัน รักษาและฟื้นฟูโรคข้อศอกเทนนิสในผู้เล่นเทนนิส

การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคข้อศอกเทนนิสสามารถทำได้โดยนำหลักการทางชีวกลศาสตร์มาปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ การตีเทนนิสที่ต้องตามหลักชีวกลศาสตร์ โปรแกรมการออกกำลังกายที่ต้องคุณลักษณะของนักกีฬา และอุปกรณ์ไม้ตีเทนนิสที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์บริเวณแขนช่วยในการรักษาด้วย

การตีเทนนิสให้ถูกหลักการทางชีวกลศาสตร์

มีการศึกษาพบว่า การเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสมด้วยหลังมือเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณข้อศอก⁹ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคข้อศอกเทนนิสอาจจะสัมพันธ์กับการตีเทนนิสด้วยหลังมือแบบมือเดียวอย่างไม่ถูกต้องใน

ผู้ที่หัดเล่นเทนนิส¹⁴ เทคนิคการตีที่ผิดหลักการทางกลศาสตร์ทำให้เกิดโรคมากขึ้นนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ มีการรายงานว่าการตีเทนนิสด้วยหลังมือแบบสองมือนั้นไม่ค่อยพบการเกิดโรคข้อศอกเทนนิสเพราะแรงตีจะถูกกระจายไปที่แขนทั้งสองข้างและมีการเปลี่ยนกลศาสตร์การเหวี่ยง^{2,8} นอกจากนี้การควบคุมร่างกายและไม้เทนนิสหลังจากถูกกระทบไม้เทนนิส (follow-through control) เป็นส่วนสำคัญในการลดแรงกระทำที่ส่งผ่านมายังร่างกาย ดังนั้น แพทย์และผู้ฝึกจะแนะนำให้ผู้เล่นตีเทนนิสให้คลายมือที่กำไม้หลังตีโดนลูกเทนนิสเพื่อลดการส่งผ่านแรงมายังข้อมือและข้อศอก⁹

โปรแกรมฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม

การฝึกที่ผิดวิธีเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการใช้งานมากเกินไปสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยเพิ่มความก้าวหน้าในการฝึกอย่างเหมาะสม⁹ จากงานวิจัย⁵ มีการแนะนำให้ออกกำลังกายตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ที่มีอาการปวดข้อศอกเล็กน้อย โดยให้ฝึกการออกกำลังกายแบบต้านแรง (resistance exercise) ตั้งแต่ในช่วงแรกโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบ eccentric เพื่อช่วยให้เกิดการปรับรูปใหม่ (remodeling) ในเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บอย่างเหมาะสมและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของความตึงตัวส่วนเอ็นกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเชื่อมต่อทางชีวกลศาสตร์ที่เหมาะสมนอกจากนี้ยังแนะนำให้ยืดเอ็นกล้ามเนื้อ ECRB ค้างแบบคงที่ (static stretching) ซึ่งเป็นส่วนที่สัมพันธ์กับโรคข้อศอกเทนนิสเชื่อว่า การยืดค้าง 30-45 วินาที มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็น และแนะนำให้ทำซ้ำ 3 ครั้งก่อนและหลังออกกำลังกายแบบ eccentric โดยให้พัก 30 วินาทีระหว่างการยืดแต่ละครั้ง⁵

การฝึกการประสานงาน (coordination) การฝึกประสาทการรับรู้ความรู้สึกบริเวณข้อต่อ (proprioception) และการฝึกทักษะความชำนาญ

เฉพาะของแต่ละประเภทกีฬา (sport-specific training) มีความสำคัญในการทำให้เกิดแนวการเชื่อมโยง กลศาสตร์การเคลื่อนไหวที่ดี มีการรายงานว่า ความไม่สมดุลของกลุ่มกล้ามเนื้ออย่างคืบหน้าอาจเป็น ปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อศอกเทนนิส ดังนั้น การปรับเปลี่ยนทางชีวกลศาสตร์เป็นประโยชน์ในการ ป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ⁷ และการประสานการทำงานของร่างกายแต่ละส่วนมีความสำคัญในการตีลูกเพื่อให้เกิดแรงตีที่เหมาะสม¹⁴ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแบบมีแบบแผนช่วยให้เกิดความมั่นคงของแนวการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการเชื่อมโยงประสานงานกันของโครงสร้างร่างกาย แล้วมีการรวมแรงที่เกิดจากการเคลื่อนไหวในแต่ละแนวกัน ทำให้เกิดแรงมาก โดยร่างกายออกแรงน้อย¹⁶ ตัวอย่างเช่น นักเทนนิส มืออาชีพจะตีลูกโดยกระดกข้อมือมากกว่าปกติและ กระดกมือตลอดการตีต่างจากผู้ที่ไม่ดีเทนนิสซึ่งจะ กระดกข้อมือน้อยกว่า¹⁴

อุปกรณ์ไม้เทนนิส ลักษณะพื้นสนาม

ปัจจัยที่มีผลในการส่งผ่านแรงกระทำ (shock transmission) ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ระดับความชำนาญ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการตี³ โดยไม้เทนนิส แต่ละอันจะมีพื้นที่ที่จะเกิดแรงส่งผ่านน้อย (sweet spot) ซึ่งจะช่วยลดแรงส่งผ่านมายังมือ ข้อมือและ ข้อศอก¹⁸ ดังนั้น นักเทนนิสจึงควรฝึกตีให้ไม่กระทบ ลูกที่จุดนี้ นอกจากนี้ยังพบว่า น้ำหนักของไม้และ เอ็นที่ซึ่งไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุทำให้เกิดแรงกระทำ มากต่อบริเวณเอ็นและกล้ามเนื้อของนักกีฬา⁸ จึงมีการแนะนำให้เลือกและปรับไม้เทนนิสให้มี คุณสมบัติในการดูดซับแรงและลดการส่งผ่านแรง ไปที่แขน ไม้เทนนิสรุ่นเก่าทำจากไม้ซึ่งหนัก แต่ ยืดหยุ่นจะช่วยลดแรงกระทำ ส่วนไม้ที่ใช้ในปัจจุบัน มักจะเบากว่าแต่แข็งเพื่อให้เกิดแรงตีที่มากกว่า แต่ ไม่สามารถดูดซับแรงกระทำได้ดีเท่าไม้เทนนิสที่ทำ จากไม้¹⁸ ขนาดหน้าไม้เทนนิสที่ใหญ่กว่า มีความถี่ที่

จะเกิดการสั่นมากกว่า น้ำหนักร่างกายที่มากกว่าและ ความชำนาญในการตีลูก จะช่วยลดแรงสั่นที่ส่งมา ที่แขน³ ดังนั้น การเลือกไม้เทนนิสควรเลือกให้มี น้ำหนักเบา เอ็นซึ่งไม่ตึงเกินไป มีจำนวนเอ็นมาก ต่อหนึ่งหน่วยพื้นที่เพื่อช่วยลดแรงกระทำที่ส่งผ่าน ไปยังข้อศอก² ในส่วนขนาดของด้ามจับ (tennis grip size) ก็อาจมีส่วนสำคัญที่จะปรับเปลี่ยนการทำงานของ กล้ามเนื้อแขนและลดแรงกระทำต่อเอ็นของ กล้ามเนื้อกระดูกข้อมือ¹⁹ โดยมีคำแนะนำว่าให้เลือก ขนาดด้ามที่ใหญ่ซึ่งสามารถคำนวณคร่าว ๆ โดยเส้น รอบวงด้ามจับเท่ากับความยาวจากเส้น proximal palmar crease ไปยังปลายนิ้วนา⁷ ในทางกลับกันก็ มีการรายงานว่า การเปลี่ยนขนาดด้ามจับไม่มีผล ต่อการทำงานของกล้ามเนื้อแขน¹¹ นอกจากนี้ยังมี การกล่าวถึงพื้นสนามเทนนิสที่แข็งจะทำให้เกิดแรง โมเมนต์ต่อลูกเทนนิสมากขึ้นและส่งผ่านไม่ไป ยังกล้ามเนื้อกระดูกข้อมือเพิ่มขึ้น³

อุปกรณ์รัดบริเวณแขน

การใช้อุปกรณ์รัดบริเวณแขน (counter bracing) ในผู้ป่วยโรคข้อศอกเทนนิสจะเกิดผลทางชีวกลศาสตร์ คือ ไปยับยั้งไม่ให้เกิดการใช้แรงกล้ามเนื้อเต็มที่ และทำให้เสมือนเกิดจุดเกาะใหม่ที่ตำแหน่งต่ำกว่า จุดเกาะจริง มีผลให้แรงกระทำลดลงที่จุดเกาะบน กระดูกของเอ็นกล้ามเนื้อกลุ่มกระดูกข้อมือ² นอกจากนี้อุปกรณ์นี้ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทนต่อความเจ็บในการกระดกและยึดข้อมือใน ผู้ป่วยโรคข้อศอกเทนนิส⁴ มีการรายงาน²⁰ ว่า อุปกรณ์รัดบริเวณแขนที่มีแผ่นรอง (brace with pad) จะช่วยลดแรงกระทำต่อปุ่มกระดูก lateral epicondyle ได้มากกว่าชนิดที่เป็นสายรัด (clasp-based brace) และยังพบว่า การรัดบริเวณแขนที่ระดับต่ำกว่าปุ่ม กระดูก lateral epicondyle ดีกว่าการรัดที่ตำแหน่ง ปุ่มกระดูก โดยแนะนำให้พันอุปกรณ์นี้ที่ตำแหน่ง ประมาณ 4 นิ้วต่ำกว่าข้อศอก⁴

สรุป

ผู้เล่นเทนนิสต้องเคลื่อนไหวและออกแรงอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการตีที่มีประสิทธิภาพ การส่งผ่านแรงที่ไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การบาดเจ็บ การประยุกต์หลักการทางชีวกลศาสตร์ในการป้องกันรักษาและฟื้นฟูโรคข้อศอกเทนนิสในนักกีฬาเทนนิสสามารถทำได้โดยปรับเปลี่ยนปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อแนวการเคลื่อนไหวที่เป็นสาเหตุของโรค เพื่อให้มีแรงกระทำบริเวณรอยโรคอย่างเหมาะสม ได้แก่ การฝึกออกกำลังกายแบบต้านแรง โดยเฉพาะแบบ eccentric exercise ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับรูปในเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บอย่างเหมาะสมและเพิ่มความแข็งแรงของความตึงตัวส่วนเอ็นกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเชื่อมต่อแนวการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพ การยืดเอ็นกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็น การเพิ่มความก้าวหน้าในการฝึกอย่างเหมาะสม การฝึกการประสานงาน ประสาท การรับรู้ความรู้สึกบริเวณข้อต่อ และการฝึกทักษะความชำนาญเฉพาะของแต่ละประเภทกีฬาที่มีความสำคัญในการทำให้เกิดการเชื่อมโยงกลศาสตร์การเคลื่อนไหวที่ดี การเลือกไม้เทนนิสที่หน้าไม้ใหญ่เอ็นซึ่งไม่ตึงเกินไป มีจำนวนเอ็นมากต่อหนึ่งหน่วยพื้นที่จะช่วยดูดซับแรงกระทำและลดแรงส่งผ่านมาที่แขน นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์รัดบริเวณแขนที่ระดับประมาณ 4 นิ้วต่ำกว่าข้อศอกซึ่งจะช่วยลดแรงที่จะกระทำบริเวณรอยโรค

เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ ราชนาวิ, 114203 ชีวกลศาสตร์และการเคลื่อนไหวทางการกีฬา (Biomechanics and motor movement in sports) [เอกสารประกอบการเรียนการสอน]. เข้าถึงได้จาก sutir.sut.ac.th>sutir>bitstream. เข้าถึงเมื่อ 2559 กันยายน 12.
2. Tosti R, Jennings J, Sowards JM. Lateral epicondylitis of the elbow. Am J Med 2013; 126(4): 357. 1-6.
3. Masini BD, Dickens JF, Owens BD. Chapter 2 Tennis elbow in athletes: more than just tennis?. In: Wolf JM, editor. Tennis elbow clinical management. 2015. Available from <http://www.springer.com/978-1-4899-7533-1>.
4. Scott A, Bell S, Vicenzino B. Elbow and arm pain. In: Brunker P, Karim K, Bahr R, Blair S, Cook J, Crossley K, et al, editors. Brukner & Khan's clinical sports medicine. 4thed. London: McGraw-Hill; 2012. p. 390-412.
5. Waseem M, Nuhmani, S, Ram CS, Sachin Y. Lateral epicondylitis: A review of the literature. J Back Musculoskelet Rehabil 2012; 25: 131-42.
6. Moore JS. Biomechanical models for the pathogenesis of specific distal upper extremity disorders. Am J Ind Med 2002; 4: 353-69.
7. Subbarao JV, Jayanthi N. Racket sports injuries. In: Buschbacher R, Prahlow N, Dave SJ, editors. Sports medicine and rehabilitation: A sport-specific approach. 2nd ed. PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.69-81.
8. de Smedt T, de Jong A, van Leemput W, van Lieven, D, van Glabbeek F. Lateral epicondylitis in tennis: update on Aetiology biomechanics and treatment. Br J Sports Med 2007; 41: 816-9.

9. Bartlett R, Bussey M, editors. Sports biomechanics reducing injury risk and improving performance. 2nded. New York: Routledge; 2012.
10. Martin C, Bideau B, Ropars M, Delamarche P, Kulpa R. Upper limb joint kinetic analysis during tennis serve: assessment of competitive level on efficiency and injury risks. *Scand J Med Sci Sports* 2014; 24: 700-7.
11. Eygendaal D, Rahussen FTG, Diercks RL. Biomechanics of the elbow joint in tennis players and relation to pathology. *Br J Sports Med* 2007; 41: 820-3.
12. Martin C, Bideau B, Bideau N, Nicolas G, Delamaeche P, Kulpa R. Energy flow analysis during the tennis serve: comparison between injured and noninjured tennis players. *Am J Sports Med* 2014; 42: 2751-60.
13. Bartlett R, editor. Introduction to sports biomechanics analyzing human movement patterns. 3rded. New York: Routledge; 2014.
14. Elliot B. Biomechanics and tennis. *Br J Sports Med* 2006; 40: 392-6.
15. Kibler WB. Clinical biomechanics of the elbow in tennis: implications for evaluation and diagnosis. *Med Sci Sports Exerc* 1994; 26: 1203-6.
16. Ellenbecker TS, Roetert EP, Kibler WB, Kovacs MS. Applied biomechanics of tennis. In: Magee DJ, Manske RC, Zachazewski, JE, Quillen WS, editors. Athletic and sport issues in musculoskeletal rehabilitation. China: Elsevier Saunders; 2011. p.265-86.
17. Loftice J, Fleisig GS, Zheng N, Andrews JR. Biomechanics of the elbow in sports. *Clin Sports Med* 2004; 23: 519-30.
18. Bahr R. Principles of injury prevention. In: Brunker P, Karim K, Bahr R, Blair S, Cook J, Crossley K, et al, editors. Brukner & Khan's clinical sports medicine. 4thed. London: McGraw-Hill; 2012. p.113-37.
19. Rossi J, Vigouroux L, Barla C, Berton E. Potential effects of racket grip size on lateral epicondylalgia risks. *Scand J Med Sci Sports* 2014; 24: 462-70.
20. Walther M, Kirschner S, Koenig A, Barthel T, Gohlke F. Biomechanical evaluation of braces used for the treatment of epicondylitis. *J Shoulder Elbow Surg* 2002; 11: 265-70.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น

พัชรา สิริวัฒนเกตุ พบ.*, ธนรัช สุขกาย วท.บ.**, ประวิทย์ ทองไชย ปร.ด***

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

**นักพิสูจน์หลักฐานสถาบันฝึกอบรมและวิจัยการพิสูจน์หลักฐานตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

***อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิจัยเชิงสำรวจ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

บทนำ: วัยรุ่นเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อและสุมเสี่ยงต่อการรับมือกับความเครียด ด้วยการสร้างพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ หรือที่เรียกว่า การกินตามอารมณ์ ซึ่งเป็นการกินที่ตอบสนองต่อผลกระทบทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวกได้แม้ไม่รู้สึกลึกซึ้ง ถ้าปล่อยให้เป็นในระยะเวลาอันยาวนานจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ จะส่งผลให้เกิดโรคอ้วน โรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ ดังนั้น ถ้าวัยรุ่นมีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรม และเกิดการพัฒนากายทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสุขภาพอนามัยได้อย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ในเด็กวัยรุ่น

วิธีดำเนินการศึกษา: การสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องนี้ใช้วิธีการของ Whittemore & Knafl

ผลการศึกษา: พบว่า การกินตามอารมณ์ เป็นการกินที่ตอบสนองต่อผลกระทบทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย แต่ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับปริมาณอาหาร และปัจจัยของพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับการกิน 2) ปัจจัยด้านอารมณ์ 3) ปัจจัยด้านผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิตในทางลบ 4) ปัจจัยทางการควบคุมตนเอง และ 5) ปัจจัยการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองและพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของครอบครัว

สรุป: พฤติกรรมการกินตามอารมณ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการกินที่ตอบสนองต่ออารมณ์ของวัยรุ่น ทั้งด้านลบและด้านบวก เป็นการกินที่ผิดปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้มีปัญหาต่อสุขภาพในระยะยาว และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: อารมณ์ องค์ประกอบของอารมณ์ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการกินตามอารมณ์ วัยรุ่น



บทความปริทัศน์

Review Article

Factors are Affecting to Emotional Eating in Adolescent

PatcharaSirivattanaket B.N.S*, ThanaratSukkai B.S **, PrawitThongchai Ph.D***

*Professional Nurse, CharoenkrungPracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok.

**Police Lieutenant, Insitute of Training and Research of Scientific Crime Detection, Office of Police Forensic Science.

***Assistant teacher of Survey research methodology program of College of Research Methodology and Cognitive Science at Burapha University, Thailand.

Abstract

Introduction: Adolescence is a turning point where adolescents risk coping with stress through eating disorder, also called as emotional eating, which is eating habits affected either positively or negatively by emotions such as a lack of appetite. If this disorder continues to develop into the adulthood, it will result in obesity and other chronic diseases. For this reason, it is important that adolescents have knowledge and attitudes on right eating habits, which will enhance their physical, mental, emotional, intellectual development.

Objective: To explain what factors have effects on adolescents' emotional-driven eating.

Methodology: Whittemore & Knafl's knowledge analysis on empirical data.

Results: It was found that eating habits by emotions had either positive or negative effects on the correlation of body weight without the correlation of food intake. The factors contributed to eating habits by emotions were 1) knowledge on food and attitudes on eating 2) emotions 3) negative impacts of traumatic events 4) self-control and 5) family upbringing and eating habits.

Conclusion: Emotional eating behavior is activity that support to adolescent emotional as positive and negative emotion. It is eating disorder, If do not treat or care correctly way that can affect of unhealthy and becoming to chronic disease.

Keywords: emotions, emotional factors, eating habits, eating habits by emotions, adolescents

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งโครงสร้างทางสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปวิถีชีวิตของมนุษย์จึงมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย สังคมในปัจจุบันเต็มไปด้วยการแข่งขัน ทำให้การดำเนินชีวิตอยู่ในความเร่งรีบจนลืมนึกถึงดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่เข้ามารุมเร้าทำให้เกิดความเครียดสูง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ เป็นอย่างมาก ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์ในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งเรื่องของทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นเอกลักษณ์ของคนไทยมาเป็นเวลาช้านาน เป็นแหล่งเพาะปลูกพืชผักหลากหลายชนิด ความอุดมสมบูรณ์ดังกล่าวทำให้วัฒนธรรมของไทยตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษมีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เมื่อสังคมไทยเริ่มมีการติดต่อกับต่างประเทศทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องของการกิน โดยได้รับมาทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสังคมไทย และพฤติกรรมการกินของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคม

พฤติกรรมการกินของประชากรไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทย พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มในการบริโภคผักและผลไม้ลดลงจาก ร้อยละ 21.7 ในปี 2546-2547 เป็นร้อยละ 17.91 ในปี 2551-2552 ประชากรวัยเด็ก (6-14 ปี) มีสัดส่วนของการบริโภคอาหารของเด็กและวัยรุ่นบริโภคอาหารแบบคนเมืองมากกว่าอาหารประจำท้องถิ่น วิถีชีวิตของคนเมืองเป็นแบบเร่งรีบ ทำให้มีเวลาในการเตรียมอาหารน้อยลง¹ จากการส่งเสริมการตลาดเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า อาหารฟาสต์ฟู้ดอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูปที่หาได้ง่าย สะดวกไม่สิ้นเปลืองเวลามาก สอดคล้องกับ

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ สำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2556 เป็นครั้งที่ 3 ซึ่งครั้งแรกสำรวจในปี 2548 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างในเดือนเมษายน ประมาณ 26,520 ครัวเรือนทั่วประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลจำนวนและพฤติกรรมของประชากรเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมื้อหลัก กลุ่มอาหารที่บริโภค ความถี่ในการบริโภค ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้ จากการสำรวจพบว่า ประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.0 บริโภคอาหารมื้อหลักในแต่ละวันครบ 3 มื้อ รองลงมา คือ บริโภคอาหาร 2 มื้อ และมากกว่า 3 มื้อ ร้อยละ 8.0 และ 3.8 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่บริโภคอาหาร 1 มื้อต่อวัน มีเพียงร้อยละ 0.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า วัยเด็ก (6-14 ปี) มีสัดส่วนของการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ สูงสุดร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ วัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 89.1 วัยทำงาน (25-59 ปี) และวัยเยาวชน (15-24 ปี) ร้อยละ 87.0 และ 86.7 ตามลำดับ สำหรับการบริโภคอาหารมื้อหลักที่มากกว่า 3 มื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของโรคอ้วนในประชากร พบว่า จะสัมพันธ์กับกลุ่มอายุ โดยวัยเด็ก (6-14 ปี) จะมีสัดส่วนสูงสุดและจะลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงถึงร้อยละของประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหารมื้อหลักและกลุ่มอายุ¹ (ปี 2556)

การบริโภค อาหารมื้อหลัก	กลุ่มอายุ (ปี)				
	รวม	6-14	15-24	25-59	60 ปี ขึ้นไป
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
มากกว่า 3 มื้อ	3.8	4.7	4.0	3.6	3.5
3 มื้อ	88.0	92.7	86.7	87.0	89.1
2 มื้อ	8.0	0.3	1.4	5.2	1.1
งดมื้อเช้า	6.2	2.3	7.2	7.4	4.2
งดมื้อกลางวัน	1.1	0.2	1.1	1.1	2.1
งดมื้อเย็น	0.7	0.0	0.7	0.7	0.9
1 มื้อ	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2

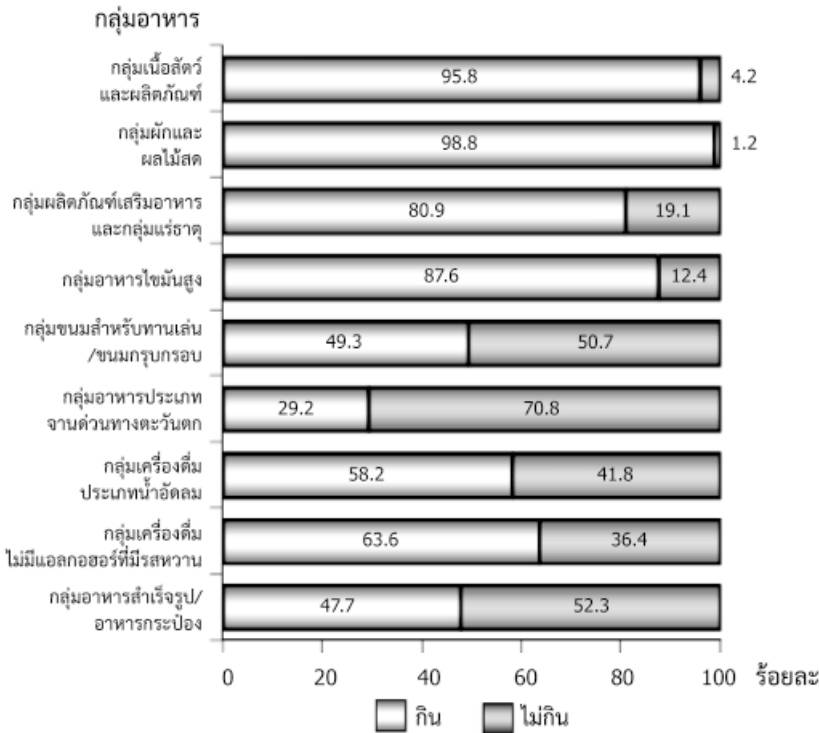
พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มต่าง ๆ ต่อ สัปดาห์พบว่า ใน 9 กลุ่มอาหารที่ประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไปบริโภคมี 4 กลุ่มที่มีสัดส่วนของการกิน เกินกว่าร้อยละ 80 คือ กลุ่มผักและผลไม้สด (ร้อยละ 98.8) กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ (ร้อยละ 95.8) กลุ่มอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 87.6) และกลุ่มผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารและกลุ่มแร่ธาตุต่าง ๆ (ร้อยละ 80.9) ส่วนกลุ่มอาหารอื่น ๆ ที่มีสัดส่วนรองลงมาคือ กลุ่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ที่มีรสหวาน (ร้อยละ 63.6) กลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม (ร้อยละ 58.2) กลุ่มขนมสำหรับทานเล่น ขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ 49.3) และกลุ่มอาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง (ร้อยละ 47.7) ในขณะที่กลุ่มอาหารประเภทจานด่วน มีสัดส่วนการกิน (ร้อยละ 29.2) (รูปที่ 1) เมื่อพิจารณา ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละกลุ่ม จำแนก อาหารเป็น 9 กลุ่ม พบว่า การบริโภคอาหารกลุ่มที่ ร่างกายต้องการเป็นประจำ ได้แก่ กลุ่มเนื้อสัตว์และ ผลิตภัณฑ์ ผู้ที่ทานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์มี สัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 70.8) และพบว่า สัดส่วนการ ทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์จะเริ่มลด

ลงตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น คือ เมื่อพิจารณาความถี่ ของการทานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์ กลุ่มวัยเด็ก (6-14 ปี) ร้อยละ 77.0 กลุ่มวัยเยาวชน (15-24 ปี) ร้อยละ 73.5 กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) ร้อยละ 71.0 และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 61.9 ซึ่งให้ เห็นว่ามีคนอ้วนและน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นอย่างมากใน สังคมไทยในปัจจุบัน¹

จากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขาด การออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ และ การดื่มสุรทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตายเปลี่ยนจาก ภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะโภชนาการเกินและ โรคอ้วนมากขึ้น การศึกษาของพัชรภรณ์ อารีย์ และ คณะ² ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัย สุขภาพ พบว่าเกิดจากพฤติกรรมการกิน อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมัน เค็ม มากเกินไป กินผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่ และดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นำมาสู่ภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนที่ส่งผล

กระทบต่อโรควิถีชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเมะเร็ง



รูปที่ 1 แสดงร้อยละของประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคและกลุ่มอาหาร¹

Erikson³ ได้อธิบายทฤษฎีพัฒนาการของวัยรุ่นว่า เป็นช่วงวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 13-20 ปี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น คือ ช่วงตั้งแต่อายุ 13-17 ปี ระยะนี้พัฒนาการของร่างกายต่อเนื่องมาจากวัยย่างเข้าสู่วัยรุ่น ทั้งส่วนสูง น้ำหนัก และลักษณะทางเพศภายนอกของร่างกายและการเคลื่อนไหวการเจริญเติบโตทางกายจะเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก วัยนี้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเจริญขึ้นทุกส่วนเช่น แขนขายาว มือเท้าใหญ่ ตะโพก ออกใหญ่ กว้างขึ้นมีพานขึ้นที่หน้าอก แต่ถึงแม้ทุกส่วนในร่างกายเจริญขึ้น ทว่าสัดส่วนในการเจริญเติบโตจะแตกต่างกันไป ไม่เติบโตโดยสัมพันธ์กันทำให้อวัยวะบางส่วนเกะกะ การเคลื่อนไหวร่างกายเก้งก้าง ผิดพลาดบ่อย นอกจากนั้นวัยรุ่นยังมีกลิ่นตัวแรง และฉุน เนื่องจากรูตามผิวหนังมีมาก ช่วงนี้จึงเป็น

ช่วงที่เริ่มมีสิวทั้งเด็กหญิงและเด็กชาย นอกจากอวัยวะของร่างกายจะเจริญเพิ่มขึ้นทั้งทางด้านขนาดส่วนสูงและน้ำหนักตัวแล้วยังมีการเจริญเกี่ยวกับลักษณะเพศชั้นที่สองออกมาอย่างเห็นได้ชัดคือเด็กชายและเด็กหญิงจะมีการเจริญที่เป็นไปตามเพศของตน เช่น เด็กชายเริ่มมีเสียงห้าวใหญ่ ไหล่กว้าง กล้ามเนื้อเป็นมัดมีหนวดเครา และมีขนในที่ลับและรักแร้ ส่วนเด็กหญิงจะมีเสียงแหลมเล็ก สะโพกผาย ทรวงอกขยาย เอวคอดเล็ก เป็นต้น วัยรุ่นตอนปลาย เป็นวัยรุ่นที่อายุตั้งแต่ 16 ปี หรือ 17 ปี ถึง 19 ถึง 20 ปี ในระยะนี้พัฒนาการทางร่างกายเจริญถึงระดับวุฒิภาวะสูงสุดทั้งในเพศหญิงและเพศชาย แต่เพศชายบางคนมีพัฒนาการต่อไปจนถึงอายุ 21-22 ปี ช่วงวัยรุ่นตอนปลายนี้ เด็กชายและเด็กหญิงจะเริ่มโตทันกันหลังจากที่เด็กหญิงมี

วุฒิภาวะล้าหน้ากว่าเด็กชายประมาณ 1-2 ปี ในวัยเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ช่วงวัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงที่อวัยวะสืบพันธุ์และต่อมเพศเจริญเจริญเต็มที่ในเพศหญิงหน้าอกและสะโพกจะขยายเต็มที่แบบผู้ใหญ่ สำหรับเพศชาย อวัยวะเพศและต่อมเพศเจริญเต็มที่เช่นเดียวกัน มีการหลั่งอสุจิมากขึ้นกว่าช่วงวัยรุ่นตอนต้นแม้ยามนอนก็มีการฝันเปียก ซึ่งถือว่าเป็นขบวนการที่เกิดตามธรรมชาติ เพื่อผ่อนคลายความกดดันของร่างกายที่ได้ผลิตอสุจิออกมา นอกจากนี้ หนวดเคราเห็นได้ชัดเจนในช่วงนี้ และมักมีพฤติกรรมในการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง โดยเฉพาะเพศชายจะมีมากกว่าเพศหญิง จากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของวัยรุ่น ทำให้เกิดความสับสนเสียในการบริหารจัดการอารมณ์ ด้วยการตอบสนองด้วยพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ

อารมณ์ของวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ประเภทก้าวร้าวรุนแรง เช่น อารมณ์โกรธ อิจฉาเกลียดชัง 2) ประเภทเก็บกดเอาไว้ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้าใจ กระอักกระอ่วนใจ สลดหดหู่ ขยะแขยง เสียใจ อารมณ์ประเภทนี้เป็นอันตรายต่อวัยรุ่นมากที่สุด และ 3) อารมณ์สนุก เช่น ความรัก ชอบ สุขสบาย พอใจ ตื่นเต้น เนื่องจากอารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ มีทั้งประโยชน์และโทษต่อบุคคลทั้งสิ้นและอารมณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ไม่คงที่แน่นอน ยากกว่าการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นดังนั้นจึงสมควรจะได้ศึกษาและรู้จักอารมณ์ต่าง ๆ ของวัยรุ่นบ้างพอสมควร การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลกระทบต่ออารมณ์ของเด็กวัยรุ่นอย่างมาก¹

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีภารกิจอื่น ๆ ค่อนข้างมากจนลืมไปว่าบุตรหลานกำลังเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้ไม่มีการเตรียมตัวมาก่อนล่วงหน้า เด็กบางคนมีพัฒนาการทางเพศเร็วก่อนวัย หรือ

บางคนอาจช้ากว่าวัย ความคิดของเด็กเองที่คิดว่าตัวเองมีความแตกต่างจากเพื่อน มีปมด้อยเรื่องรูปร่างหน้าตา ทำให้เด็กยอมรับตัวเองไม่ได้ ส่งผลเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ มีภาวะเครียด เกิดพฤติกรรมซึมเศร้า และอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Von Ah D et al⁵ ที่ว่าการเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยอาจจะเป็นสิ่งนำตืนต้นแต่ก็เป็นสิ่งที่ทำให้วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adults) รู้สึกถึงความเครียดด้วยเหมือนกัน เพราะหลังจากจบมัธยมปลาย (อายุ 18 หรือ 19 ปี) ก็ต้องเปลี่ยนแปลงตัวเองทันทีในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย ไม่ว่าจะเป็นการเรียนที่หนักขึ้น สภาพแวดล้อมใหม่ ๆ และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น และด้วยควมมีอิสระในการควบคุมชีวิตตนเองที่มากขึ้น ทำให้บางคนเกิดปัญหาในการสร้างพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง ซ้ำยังมีการเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วยนอกจากนี้ The Massachusetts Eating Disorders Association ยังได้กล่าวถึงสถิติในเรื่องความผิดปกติของการกิน ซึ่งในผู้หญิงอายุ 17-24 ปี มีจำนวนถึงร้อยละ 15 ที่มีปัญหาด้านการกิน และร้อยละ 40 ของผู้หญิงวัยรุ่นก็มีปัญหาด้านการกินเช่นกัน ในขณะที่ร้อยละ 91 ของผู้หญิงในช่วงวัยรุ่นมีความพยายามที่จะลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหาร และแนวโน้มเกี่ยวกับปัญหาด้านการกินเช่นนี้ก็ยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีปัญหาด้านการกินส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 อยู่ในช่วงวัย 12-25 ปี ใกล้เคียงกับผลการสำรวจของ Department of Health (สำนักอนามัย) ของประเทศอังกฤษที่ทำการสำรวจในปี 2008-2009 และปี 2009-2010 ตามลำดับซึ่งค้นพบว่า ผู้หญิงในวัย 20-30 ปี กินอาหารที่ไม่เหมาะสมและไม่มีสารอาหารที่ร่างกายต้องการ และในผู้หญิงที่อยู่ในช่วงอายุ

19-24 ปี ก็มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่ทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน⁴

จากปัญหาพฤติกรรมการกินในวัยรุ่นที่กล่าวมาพบว่า พฤติกรรมการกินตามอารมณ์เป็นสาเหตุหลักสาเหตุหนึ่ง ซึ่งพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ (emotional eating) เป็นการกินหรือการบริโภคที่มากขึ้นเป็นการตอบสนองต่อผลกระทบทางลบ และเป็นการกินที่ตอบสนองต่อระดับของอารมณ์ ซึ่งใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบในระดับต่าง ๆ หรือภาวะที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น เช่น ความวิตกกังวล การถูกขังใจ อารมณ์หวาดวิตกซึมเศร้าโกรธและเดี๋ยวเดียว หรือภาวะที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น โดยที่ไม่ได้รู้สึกหิวอยากกินอาหาร และไม่สามารถระบุได้ชัดเจนหรือเฉพาะเจาะจงว่ามาจากอารมณ์ภายในหรือความรู้สึก และที่สำคัญเป็นพฤติกรรมการกินที่ไม่มีความจำกัดปริมาณอาหารที่กิน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการกินอาหารที่มีลักษณะแคลอรีสูง อาหารมัน และอาหารเค็มจัด หรือหวานจัด^{5,6}

ดังนั้นปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นเรื่องที่สำคัญและควรเอาใจใส่อย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในระดับอุดมศึกษา ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศและจะเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการชี้นำประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ จึงควรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โดยตระหนักถึงปริมาณ คุณภาพ ความปลอดภัยของอาหารตามหลักโภชนาการ และรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นถ้าวัยรุ่นมีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วก็จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรม และเกิดการพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสุขภาพอนามัยได้อย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม การกินตามอารมณ์ในเด็กวัยรุ่น

คำจำกัดความ

อารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึกในสำนึกหรือเป็นแบบแผน (pattern) ที่ซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย ภาวะตื่นตัวทางสรีระ ความอ่อนไหวของความรู้สึก (ความรู้สึกพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ ชอบ ไม่ชอบ) และกระบวนการทางปัญญาเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่แต่ละบุคคลประสบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีหลายองค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบทางสรีระ องค์ประกอบทางปัญญา องค์ประกอบด้านความรู้สึก องค์ประกอบทางพฤติกรรม โดยความรู้สึกนี้สามารถเกี่ยวโยงกับภาวะตื่นตัวทางสรีระ (เช่น หัวใจเต้นเร็ว) ประสบการณ์ในภาวะรู้สำนึก เช่น กำลังคิดถึงความรักที่มีต่อใครบางคน และการแสดงออกทางพฤติกรรม (เช่น ยิ้ม หรือ หน้าตาบูดบึ้ง) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบทั้งหมดนี้เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่ามีความสำคัญต่อตัวเอง^{6,7}

องค์ประกอบของอารมณ์ หมายถึง องค์ประกอบทางปัญญา องค์ประกอบทางความรู้สึก องค์ประกอบทางสรีระ และองค์ประกอบด้านการกระทำ บางครั้งองค์ประกอบเหล่านี้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เช่น บุคคลคิดว่า “ไม่ได้รับความยุติธรรม” ความคิดนี้ก่อให้เกิดความรู้สึก “โกรธ” ซึ่งสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ คือ “หน้าแดง เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว” และการแสดงพฤติกรรม คือ “การกำมือแน่น” เป็นต้น อย่างไรก็ตามบางครั้ง องค์ประกอบเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เช่น บุคคลที่อยู่ท่ามกลางอากาศร้อนอาจจะรู้สึก “หงุดหงิด อึดอัด และโกรธ” โดยไม่รู้ถึงสาเหตุว่า “เพราะเหตุใดจึงโกรธ” หรือ “กำลังโกรธอะไร” เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การนิยามคำว่า อารมณ์ จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ

ทั้งหมดของอารมณ์ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องคำนึงว่า ในบางกรณีอาจจะเกิดขึ้นไม่ครบทุกองค์ประกอบ คำถามสำคัญเกิดขึ้นในประเด็นนี้คือ ปรัชญาการณใดที่องค์ประกอบของอารมณ์เกิดขึ้นไม่ครบทุกองค์ประกอบจะยังระบุได้หรือไม่ว่าบุคคลมีอารมณ์หรือไม่ เช่น บุคคลอาจจะคิดว่า “ไม่ได้รับความยุติธรรม” แต่ความคิดนี้อาจจะถูกควบคุมด้วยสติบุคคลจึงไม่รู้สึกรู้สึก “โกรธ” หรือสามารถระงับ “ความโกรธ” เอาไว้ก็ได้ ซึ่งในกรณีนี้สามารถเข้าใจว่าไม่ใช่ “อารมณ์” เพราะคำว่า อารมณ์ มักจะเชื่อมโยงกับ “ความรู้สึก” ดังนั้น เมื่อไม่เกิดความรู้สึก จึงไม่สามารถระบุได้ว่าบุคคลนั้นมีอารมณ์⁸

จากความหมายของอารมณ์ที่กล่าวข้างต้น จะพบว่า อารมณ์ มีหลากหลายชนิด และมีลักษณะที่เด่นชัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักจิตวิทยาหลายท่านมีการจำแนกประเภทของอารมณ์โดยการคำนึงถึง สิ่งเร้าที่มากกระตุ้น และรูปแบบที่ตอบสนองพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นอารมณ์ 3 ชนิดหลัก ๆ คือ ความโกรธ (anger) ความกลัว (fear) และความพึงพอใจ (pleasure) ส่วนอารมณ์อื่น ๆ นั้นเป็นผลมาจากอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งในสามอารมณ์นี้หรือมากกว่า เช่น อารมณ์รังเกียจเดือดดาล เคียดแค้น เป็นรูปแบบของอารมณ์โกรธ อารมณ์อิจฉาและความรู้สึกผิดเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์กลัว อารมณ์รักและความสุขอยู่บนพื้นฐานของความพึงพอใจ ส่วนความเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์กลัวและอารมณ์โกรธ⁹

พฤติกรรมการกิน หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁹ ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับ

ประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุนทรีย์ในการรับประทานอาหารด้วย ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ว่า เป็นการศึกษาถึงวิธีการที่บุคคล กลุ่มหรือชุมชนยอมรับอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรมในการเลือกอาหารบริโภค และใช้พลังงานจากการกินอาหารมากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลของอาหารที่บริโภคต่อสุขภาพร่างกาย

พฤติกรรมการกินตามอารมณ์ หมายถึง การกินหรือการบริโภค ที่ตอบสนองต่อผลกระทบทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย แต่ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับปริมาณอาหาร

การกินตามอารมณ์บวก หมายถึง การนำสิ่งที่สามารถรับประทานได้เข้าปาก โดยผ่านการเคี้ยวหรือไม่ผ่านการเคี้ยวเข้าสู่ร่างกายด้วยความรู้สึกด้านบวก เช่น สนุก มีความสุข อยากเลี้ยวฉลองเพลิน ๆ รู้สึกดี

การกินตามอารมณ์ลบ หมายถึง การนำสิ่งที่สามารถรับประทานได้เข้าปาก โดยผ่านการเคี้ยวหรือไม่ผ่านการเคี้ยวเข้าสู่ร่างกายด้วยความรู้สึกด้านลบ เช่น โกรธ หงุดหงิด เศร้า วิตกกังวล เครียด เหนื่อย เหนง กังวล

วิธีดำเนินการศึกษา

การสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องนี้ใช้วิธีการของ Whittemore & Knafl⁴ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา (problem identification)
2. การสืบค้นวรรณกรรม (literature review) โดยกำหนดขอบเขตของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น หรืออนิสิต

ปริญาตรี ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 - 2559 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการสืบค้นจากรายการอ้างอิงและการสืบค้น ด้วยมือจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ของมหาวิทยาลัย ต่าง ๆ ตรวจสอบหลักฐานที่ได้และคัดเลือกเฉพาะที่ ตรงตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา ได้หลักฐานเชิง ประจักษ์จำนวน 50 เรื่อง ทั้งที่มีการตีพิมพ์งาน วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์จากสถาบันการศึกษา พยาบาลต่าง ๆ รวมถึงวรรณกรรมที่สืบค้นได้ใน ห้องสมุดและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Blackwell Synergy, Science Direct, OVID, Springer Link, MD Consult และคำสำคัญที่ใช้ใน การสืบค้นมีดังต่อไปนี้ emotional eating, eating self regulation, parent feeding, eating behavior, emotion, emotional eating in adolescent

ผลการสืบค้นได้หลักฐานทั้งหมดจำนวน 51 เรื่อง เป็นแนวปฏิบัติที่มาจากการทบทวนงานวิจัย เชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างเป็นระบบ (evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs) จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยวเชิงทดลองแบบสุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) จำนวน 17 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองแบบมี การเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (quasi-experiment) จำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยที่มีการ ศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) จำนวน 8 เรื่อง การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายและเชิงคุณภาพ (descriptive) จำนวน 6 เรื่อง และบทความ 5 เรื่อง

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ความหมายของการกินตามอารมณ์พบว่า มีผู้ให้ ความหมายต่าง ๆ ไว้ดังนี้ การกินตามอารมณ์ (emotional eating) เป็นการกินหรือการบริโภคที่

มากขึ้นที่ตอบสนองต่อผลกระทบทางลบ เช่น ความ วิตกกังวล การถูกขัดใจ โดยไม่สามารถระบุได้ ชัดเจนหรือเฉพาะเจาะจงว่ามาจากอารมณ์ภายใน หรือความรู้สึก^{5,6} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ M. Garaulet et al.¹¹ ที่ให้ความหมายของการกินตาม อารมณ์ (emotional eating) หมายถึง การกินที่ตอบ สอนต่อระดับของอารมณ์ ซึ่งใช้ในการแก้ปัญหา กับผลกระทบด้านลบในระดับต่าง ๆ เช่น อารมณ์ หวาดวิตก ซึมเศร้า โกรธ และเดี๋ยวเดียว โดยที่ไม่ได้ รู้สึกหิวอยากกินอาหาร ซึ่งภาวะดังกล่าวมีความ สัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเพิ่มเติมการ ศึกษาของ Bonnie M.¹² นอกจากอารมณ์ด้านลบแล้ว ยังมีอารมณ์ด้านบวกด้วย ได้แก่ มีความสุข รู้สึก สนุก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Haycraft E.¹³ ที่ได้อธิบายการกินตามอารมณ์ว่า เป็นพฤติกรรม การกินที่มีบทบาทและการแสดงออกที่ตอบสนอง ต่ออารมณ์ในด้านลบหรือภาวะที่มีความเครียด เพิ่มขึ้น โดยไม่มีความจำเป็นต่อปริมาณอาหารที่กิน แต่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการกินอาหารที่มี ลักษณะแคลอรีสูง อาหารมัน และอาหารเค็มจัด หรือ หวานจัด การกินที่ตอบสนองต่อระดับของอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเด็กวัยรุ่น ส่วนการศึกษาของ Patel KA and Schlundt DG.¹⁴ พบว่า ในผู้หญิงอ้วน นั้นมีพฤติกรรมการกินอาหารทั้งในขณะที่มีอารมณ์ ในด้านบวก และในขณะอารมณ์ในด้านลบ และ ในการศึกษาของ Klump KLet al.¹⁵ ที่อธิบายว่า ในเพศหญิงฮอร์โมนจากรังไข่ ได้แก่ ฮอร์โมน progesterone และ estradiol เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา ที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความ ผิด ปกติเกี่ยวกับการกินที่แสดงออกในช่วงที่มีประจำ เดือน เนื่องจากเป็นช่วงที่ฮอร์โมน progesterone และ estradiol มีระดับสูง

ดังนั้น พฤติกรรมการกินตามอารมณ์ หมายถึง การกินหรือการบริโภคที่ตอบสนองต่อผลกระทบ ทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวก เป็นพฤติกรรม

ที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่ออารมณ์ โดยการรับประทานอาหารทั้งในด้านที่รับประทานมากขึ้นและรับประทานน้อยลง สามารถรับประทานอาหารได้แม้ไม่รู้สึกลึกซึ้งก็ตาม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย แต่ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับปริมาณอาหาร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์

พฤติกรรมการกินตามอารมณ์เป็นพฤติกรรมการกินหรือการบริโภคที่ตอบสนองต่อผลกระทบทางอารมณ์ โดยมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ

จากการศึกษาของ อาภาภรณ์ พึ่งยอด และปราโมทย์ สุคนชัย¹⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติของวัยรุ่นพบว่า ความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้น (การศึกษาก่อนหน้านี้พบความชุกร้อยละ 8.96) ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่วัยรุ่นไทยมีโอกาสดูได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร รับค่านิยมเกี่ยวกับการกินอาหาร และค่านิยมเรื่องรูปร่างที่บอบบางจากประเทศทางตะวันตกมากขึ้น จากกระบวนการสื่อสารและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเปิดกว้างมากขึ้นใน สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุกุล พลสิริ¹⁷ ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความรู้ในการบริโภคอาหารสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนิสิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาทุกตัว ยกเว้นปัจจัยรายได้ของนิสิต พฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามการศึกษาสูงสุด อาชีพของผู้ปกครอง ชั้นปี และ

คณะของนิสิต การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตพบว่า พฤติกรรมและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ Wardle J, Sanderson S & Guthrie CA¹⁸ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสไตล์การรับประทานอาหารทัศนคติต่ออาหารและการบริโภคอาหาร ทำการศึกษาในเด็กนักเรียนวัยรุ่นอังกฤษ 846 คน โดยประเมินรูปแบบการรับประทานอาหารด้วยแบบประเมิน DEBQ แบบสอบถามทัศนคติต่ออาหารที่มีชุดของคำถามที่เตรียมไว้เป็นพิเศษ และประวัติการบริโภคอาหาร ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันของทัศนคติและพฤติกรรมการกินอาหารผู้มีน้ำหนักตัวสูงกว่าจะมีทัศนคติเชิงลบมากขึ้นต่ออาหารมีความเป็นไปได้ที่จะลดการกินที่มากเกินไปและปริมาณพลังงานโดยรวมลดลง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าจะมีทัศนคติที่ดีกับอาหารและปริมาณพลังงานที่สูงขึ้น ผู้ที่กินตามอารมณ์จะสูญเสียการควบคุมและการยับยั้งชั่งใจ และมีทัศนคติเชิงลบต่อการกินรูปแบบการรับประทานอาหารมีผลต่อน้ำหนักตัว อารมณ์ลบ พวกน้ำหนักตัวน้อยจะกินน้อย พวกที่มีน้ำหนักเกินจะกินเยอะกว่า ถ้าเปรียบเทียบพฤติกรรมการกินตามปกติคนที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ที่มีอารมณ์ลบจะกินน้อยแต่จะกินมากขึ้นเมื่ออารมณ์เป็นบวก และจากผลสำรวจของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนพบว่า พฤติกรรมการนอนดึกตื่นสายของวัยรุ่นยังส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์มากขึ้น เนื่องจากตื่นสายต้องรีบไปเรียน ทำให้ไม่ได้รับประทานมื้อเช้าได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อสำคัญต่อการใช้พลังงานในแต่ละวัน¹⁹

2. ปัจจัยด้านอารมณ์

การกินที่ตอบสนองต่ออารมณ์นั้น สามารถตอบสนองได้เท่า ๆ กันทั้งในอารมณ์ทางบวกและ

อารมณ์ทางลบ²⁰ นักจิตวิทยาได้จำแนกปัจจัยด้านอารมณ์ของพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

2.1. ปัจจัยด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ (unpleasantness) หรืออารมณ์ทางลบ เช่น กลัว เศร้า เกลียด ขยะแขยง เดือดดาล วิตกกังวล ฯลฯ จากการศึกษาของ Carlson¹⁰ ได้แบ่งอารมณ์ด้านอารมณ์ลบ ออกเป็น 2 อารมณ์หลัก ๆ ได้แก่ ความโกรธ (anger) ความกลัว (fear) ส่วนอารมณ์อื่น ๆ นั้นเป็นผลมาจากอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งในสามอารมณ์นี้หรือมากกว่า เช่น อารมณ์รังเกียจเดือดดาล เคียดแค้น เป็นรูปแบบของอารมณ์โกรธ ส่วนความทุกข์ อารมณ์วิตกกังวลและความรู้สึกผิดเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์กลัวจากการรวบรวมข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ พบว่าเมื่อนักเรียนมีความทุกข์จะระบายอารมณ์ด้วยการกิน สอดคล้องกับทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (psychosomatic theory) ที่อธิบายว่าแรงจูงใจของคนบางคน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนตามมาภายหลัง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ ดื่มน้ำอัดลม ขนมหวาน และอาหารจานด่วนซึ่งสอดคล้องกับหลายผลการศึกษาที่พบว่า ความเครียดมีผลต่อพฤติกรรมการกิน เช่น การศึกษาของ Laitinen, EEK and Sovio²¹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดต่อพฤติกรรมการดื่มและการคาดการณ์ดัชนีมวลกายในภาคเหนือของประเทศฟินแลนด์ กลุ่มตัวอย่างมักควบคุมความเครียดด้วยการดื่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ผู้หญิง ควบคุมความเครียดโดยการกินได้กรอกแฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ช็อกโกแลต และมีการควบคุมความเครียดโดยใช้แอลกอฮอล์มากขึ้น พบว่า ยังขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้เสนอให้มีโปรแกรมสำหรับป้องกันและรักษาโรคอ้วนควรครอบคลุมวิธีการที่บุคคลจัดการกับอารมณ์ วิธีสนับสนุนทางอารมณ์มากขึ้น และกลยุทธ์ในการจัดการความเครียดที่เกิดจากการว่างงานหรือทำงาน

และการศึกษาการกินของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักเกิน โดยคิดว่าอารมณ์และสถานการณ์จะมีผลต่อการบริโภคอาหาร บุคคลที่น้ำหนักน้อยจะกินน้อยลงและบุคคลที่มีน้ำหนักเกินจะกินมากขึ้นในช่วงที่อารมณ์เป็นลบ

2.2. ปัจจัยด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ (pleasantness) หรืออารมณ์ทางบวก คือ มีความสุข ต้องการให้เกิดขึ้น ต้องการยืดเหนี่ยวไว้ เช่น รื่นเริง ชื่นชม รัก ยอมรับ ฯลฯ ผลการทดลองของ Laitinen, EEK and Sovio²¹ ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการกินด้วยอารมณ์ทางบวกกับการกินทั่วไปของผู้ที่เป็นนักกินตามอารมณ์พบว่า หลังกินอาหารไป 15 นาที ใน 5 นาทีแรกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินอาหารประเภท caloric กับอารมณ์ที่ดีขึ้น และอีกการทดลองหนึ่งที่ทำการศึกษาทดลองทั้งผู้ที่เป็นนักกินตามอารมณ์ด้านบวกอารมณ์ด้านลบ และไม่เป็นนักกินตามอารมณ์ พบว่ามีการให้กินเครื่องดื่มปั่นในขณะที่มีอาการพบว่ามีคนทีกินตามอารมณ์บวกมีการดื่มน้ำมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้เป็นนักกินตามอารมณ์ ในอีกด้านหนึ่งการกินตามอารมณ์ในด้านบวกนั้นสังคมหรือเพื่อนค่อนข้างมีส่วนมากโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นงานวิจัยของ Fleck²² ได้กล่าวถึงว่า วัยรุ่นเป็นวัยหนึ่งที่มีการเลือกบริโภคอาหารตามอย่างเพื่อน เพื่อเป็นที่ยอมรับของเพื่อน เพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อเด็กมากและมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน เช่น นักกีฬาหรือดารา นิยมชมชอบอาหารประเภทนั้น ๆ เด็กหรือวัยรุ่นเหล่านั้นก็พยายามเลียนแบบอย่างเป็นต้น

3. ปัจจัยด้านผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิตในทางลบ

จากการศึกษาของ Von Ah D & Kang DH⁵ รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิตในทางลบต่อการเปลี่ยนแปลงในดัชนีมวลกายในผู้ชายและผู้หญิง ผู้กินตามอารมณ์

ดำนํ้าหนักจะน้อยลงและผู้ที่กินตามอารมณ์สูง น้ำหนักจะมากขึ้น หลังจากທີ່ประสบเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบจะรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่า ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์ดังกล่าว สำหรับผู้ชายการกินตามอารมณ์และกิจกรรมในชีวิตเชิงลบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นลบแสดงให้เห็นว่าไม่มีผลกระทบสำหรับผู้หญิง

4. ปัจจัยทางด้านการควบคุมตนเอง

จากการศึกษาของ Goossens L, Braet C, Decaluwe V.²³ ศึกษาความสามารถในการควบคุมการกินของตนเองในเด็กที่มีอายุระหว่าง 10-16 ปี แบ่งออกเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และผู้ที่ไม่ประสบประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียการควบคุมการกินของตนเอง โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียการควบคุมในตนเองยังแบ่งออกเป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการกินได้ตามปกติและแบบไม่ปกติ และได้ถูกเปรียบเทียบทางกายภาพด้วย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 17.9 เด็กที่สูญเสียการควบคุมการกิน จะมีน้ำหนักและรูปร่าง เพิ่มขึ้น และในรายงานยังแสดงให้เห็นถึงภาวะของอารมณ์และพฤติกรรมการกินภายนอก โดยถ้าเด็กมีภาวะความเครียดมากจะกินอาหารมากขึ้นทำให้นํ้าหนักมากขึ้น และจะส่งผลทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นแสดงว่าการรู้จักควบคุมตนเองในการกินและความยับยั้งชั่งใจมีความสัมพันธ์กัน ในเชิงบวก การควบคุมตนเองในขณะที่รับประทานอาหารสามารถคาดการณ์ได้ว่า พ่อแม่ผู้ปกครองได้รับการดูแลเรื่องอาหารของเด็ก ให้อยู่เหนือการควบคุมความยับยั้งตนเองของเด็ก และผู้ปกครองมีความกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักของลูก ๆ ของพวกเขา สอดคล้องกับการศึกษาของ Tan CC, Holub SC.²⁴ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองมีอิทธิพลสำคัญทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อพฤติกรรมการควบคุมตนเองของเด็ก ถ้าผู้ปกครองเข้าใจเด็กดูแลเด็ก

อย่างใช้เหตุผล ไม่ตึงจนเกินไปไม่ทำให้เด็กเครียดหรือวิตกกังวล จะทำให้เด็กมีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่ออารมณ์ความสุข อารมณ์เศร้า อารมณ์โกรธ และความกลัว ทำให้เด็กสามารถยับยั้งชั่งใจต่อการบริโภคอาหาร ควบคุมตนเองได้ดีกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูมาอย่างตึงเครียด โดนบังคับการปรับพฤติกรรมการรู้จักควบคุมตนเองในการกิน เนื่องจากพบว่า การควบคุมโดยใช้การบังคับมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็กและความล้มเหลวในการพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการกิน ที่สำคัญไปกว่านั้นผู้ปกครองควรมีความเข้าใจในหลักโภชนาการเพื่อใช้ในการปรับสมดุลอาหารให้แก่บุตรหลานการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพรวมทั้งการให้คำแนะนำแก่เด็กในการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพด้วยตนเอง

5. ปัจจัยด้านการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองและพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของครอบครัว

พบว่า ปัจจัยทางด้านครอบครัวหรือผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กและวัยรุ่นอย่างมาก²⁶ อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเริ่มต้นมาจากครอบครัว และครอบครัวยังเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และพัฒนานิสัยการบริโภคอาหารของเด็ก โดยผ่านทางกลไกต่าง ๆ เช่น การเป็นแบบอย่าง การสนับสนุนทางสังคม ทางด้านครอบครัว และการปฏิบัติของบิดามารดาในการเตรียมอาหารมาให้เด็กบริโภค ทำให้ประสบการณ์ในวัยเด็กที่สะสมมาจากครอบครัวก่อให้เกิดบริโภคนิสัยที่ติดตัวเรื่อยมา เนื่องจากพฤติกรรมการกินของเด็กเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลในช่วงแรกของชีวิต คือ ประสบการณ์การได้รับอาหารจากผู้เลี้ยงดู การเลี้ยงดูด้านการบริโภคอาหารหรือลักษณะการให้อาหารแก่เด็ก จึงเป็นกลไกที่สามารถกำหนดรูปแบบความชอบและรูปแบบการกินอาหารของเด็ก การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการเลี้ยงดูด้านการบริโภค

และการปฏิบัติต่อเด็กด้านการบริโภคอาหารนั้น รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหาร โดยผสมผสานกับมีลักษณะของบิดามารดา แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ลักษณะควบคุม (authoritarian/strict) มีลักษณะของความเข้มงวด ให้เด็กกินอาหารที่เฉพาะเจาะจง และบังคับให้เด็กกินอาหารตามที่จัดให้ซึ่งเป็นการควบคุมการกินของเด็ก โดยปราศจากการคำนึงถึงความต้องการหรือความชอบของเด็ก ลักษณะตามใจหรือละเลย (permissive/neglectful) มีลักษณะที่ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เด็กกินอะไรก็ได้และในปริมาณเท่าใดก็ได้ตามความต้องการ ในด้านความรักและการสนับสนุน (authoritative) เป็นลักษณะการเลี้ยงดูแบบสมดุลระหว่างเข้มงวดและการตามใจ เช่น สนับสนุนให้เด็กกินอาหารที่มีประโยชน์ ในขณะที่เดียวกันก็ให้เด็กได้เลือกบริโภคอาหารตามความต้องการ²⁷ ดังนั้น การอบรมเลี้ยงดูนอกจากจะส่งผลต่อลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่พึงปรารถนาแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพผ่านพฤติกรรมการบริโภคด้วย เนื่องจากบิดามารดามีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมการกินของเด็ก รวมทั้งลักษณะนิสัยและเจตคติต่อการกินของเด็ก อีกทั้งยังเป็นผู้อบรมสั่งสอนเรื่องการกินทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาของ Wardle J et al.¹⁸ พบว่า เด็กที่เติบโตมาในครอบครัวที่เป็นนักกินตามอารมณ์ และมีมารดามีระดับคะแนนนักกินตามอารมณ์ในระดับสูงพบว่า มีการเลี้ยงดูบุตรด้วยลักษณะพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Stefan Net al.²⁷ จะเห็นได้ว่าปัจจัยของการเกิดภาวะอ้วนในเด็กนั้น นอกจากจะมีสาเหตุจากทางพันธุกรรมแล้วยังมีสาเหตุด้านปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างการเลี้ยงดูด้านการบริโภคอาหารของบิดามารดากับพฤติกรรมการกินของเด็ก

สรุป

เนื่องจากสังคมในปัจจุบันเต็มไปด้วยการแข่งขัน ทำให้การดำเนินชีวิตอยู่ในความเร่งรีบจนลืมสนใจดูแลสุขภาพตนเองมีการเปลี่ยนแปลง การแข่งขันส่งผลต่อบุคคลทั้งในด้านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์ สังคมส่งผลให้บุคคลบางกลุ่มแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ หรือตอบสนองต่ออารมณ์ของตนเองโดยการกิน หรือที่เรียกว่า พฤติกรรมการกินตามอารมณ์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ในส่วนของพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมการกินที่ตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจหรืออารมณ์ทางด้านลบ และความพึงพอใจหรืออารมณ์ทางด้านบวก โดยแสดงออกทางพฤติกรรมการกินที่กินมากขึ้น หรือน้อยลงได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกินตามอารมณ์นั้นประกอบไปด้วย ปัจจัยหลัก 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการกินพบว่า ทักษะและพฤติกรรมการกินอาหารผู้มีน้ำหนักตัวสูงกว่าจะมีทักษะคิดเชิงลบมากขึ้นต่ออาหารมีความเป็นไปได้ที่จะลดการกินที่มากเกินไปและปริมาณพลังงานโดยรวมลดลง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าจะมีทักษะที่ดีกับอาหารและปริมาณพลังงานที่สูงขึ้น ผู้ที่กินตามอารมณ์จะสูญเสียการควบคุมและการยับยั้งชั่งใจ และมีทักษะคิดเชิงลบต่อการกินรูปแบบการรับประทานอาหารมีผลต่อน้ำหนักตัว อารมณ์ลบ พวกน้ำหนักตัวน้อยจะกินน้อย 2) ปัจจัยด้านอารมณ์ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ (unpleasantness) หรืออารมณ์ทางลบ แบ่งอารมณ์ด้านอารมณ์ลบออกเป็น 2 อารมณ์หลัก ๆ ได้แก่ ความโกรธ (anger) ความกลัว (fear) ส่วนอารมณ์อื่น ๆ นั้นเป็นผลมาจากอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งในสามอารมณ์นี้หรือมากกว่า เช่น อารมณ์รังเกียจ เดี๋ยวเดียว เคียดแค้น

เป็นรูปแบบของอารมณ์โกรธ ส่วนความทุกข์ อารมณ์
 อิจฉาและความรู้สึกผิดเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์
 กลัววัยรุ่นมักมีการตอบสนองต่ออารมณ์ด้านลบ
 ด้วยการกินอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว แฮมเบอร์เกอร์
 พิซซ่า ช็อกโกแลต และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 ในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากกินแล้ว
 อารมณ์ดีขึ้น และปัจจัยด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิด
 ความพึงพอใจ (pleasantness) หรืออารมณ์ทางบวก
 ในด้านการกินที่เกิดจากอารมณ์บวกนั้น ในวัยรุ่น
 เกิดจากการกินตามเพื่อน การสังสรรค์ 3) ปัจจัย
 ด้านผลกระทบของเหตุการณ์ในชีวิตในทางลบ
 4) ปัจจัยทางด้านการควบคุมตนเอง ภาวะความเครียด
 มากจะกินอาหารและมีน้ำหนักมากขึ้น โดยจะส่งผล
 ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าการรู้จัก
 ควบคุมตนเองในการกิน และความยับยั้งชั่งใจมี
 ความสัมพันธ์กันในเชิงบวก ผู้ปกครองมีอิทธิพล
 สำคัญทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อพฤติกรรมการ
 ควบคุมตนเองของเด็ก ถ้าผู้ปกครองเข้าใจเด็ก ดูแล
 เด็กอย่างใช้เหตุผล ไม่ตึงหรือหย่อนจนเกินไปไม่
 ทำให้เด็กเครียดหรือวิตกกังวล จะทำให้เด็กมีการ
 ตอบสนองอย่างเหมาะสม ต่ออารมณ์ความสุข
 อารมณ์เศร้า อารมณ์โกรธ และความกลัว ทำให้
 เด็กสามารถยับยั้งชั่งใจต่อการบริโภคอาหาร ควบคุม
 ตนเองได้ดี และ 5) ปัจจัยด้านการอบรมเลี้ยงดูของ
 ผู้ปกครองและพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของ
 ครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารของเด็กและวัยรุ่นอย่างมาก เนื่องจาก
 บิดามารดามีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรร
 มการกินของเด็ก รวมทั้งลักษณะนิสัยและเจตคติต่อ
 การกินของเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งในเด็กที่เติบโตมาในครอบครัวที่เป็นนักกิน
 ตามอารมณ์ ยิ่งส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการกินตาม
 อารมณ์ที่สูงขึ้น ดังนั้นการลดหรือการป้องกันการ
 เกิดพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ในวัยรุ่นนั้นควร
 เริ่มที่ครอบครัว ผู้ปกครอง ตัววัยรุ่นเอง ควรมีส่วนร่วม

ซึ่งกันและกันในการวางแผนเกี่ยวกับการปรับ
 พฤติกรรมการบริโภคให้สมดุล ร่วมกับการรักษา
 สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวควรมีการ
 ให้กำลังใจแก่กันและกันในการใช้ชีวิตในปัจจุบัน
 รวมทั้งการหันหน้าเข้าหากันในการสร้างความมั่นคง
 ในครอบครัวทั้งด้านโครงสร้างและด้านบุคคล ให้คน
 ในครอบครัวโดยเฉพาะวัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันที่ดีใน
 การใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบันอย่างมีความสุข มีความ
 มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งจะทำให้การลดหรือการ
 ป้องกันการเกิดพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ได้
 อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการเขียนบทความครั้งต่อไป

ศึกษาพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ในกลุ่ม
 ผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements)

บทความทางวิชาการนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
 ด้วยความช่วยเหลือของอาจารย์ ดร.ประวิทย์
 ทองไชย อาจารย์ผู้สอนนิสิตวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่ง
 ท่านได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็น
 ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเขียนบทความทางวิชาการ
 ขอขอบคุณนักวิชาการทุกท่านที่ข้าพเจ้าได้อ้างถึง
 ในบทความทางวิชาการ เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
 พฤติกรรมการกินในวัยรุ่น

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดามารดา
 และครอบครัว ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษา
 เล่าเรียน ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ
 ผู้เขียนเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม
การบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2556. เข้า
ถึงได้จาก [www.service.nso.go.th/nso/web/
survey/surveylist.html](http://www.service.nso.go.th/nso/web/survey/surveylist.html). เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ. 2558.
2. พัชรภรณ์ อารีย์, สุภารัตน์ วงศ์ศรีคุณ, ศรีพรรณ
กันธวัง. ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค
อาหารและกิจกรรมด้านร่างกายของเด็กวัยรุ่น:
การศึกษาเบื้องต้น. พยาบาลสาร 2550; 34(2):
98-105.
3. Erikson E. Childhood and society. New York:
Norton; 1994.
4. Whittemore R, Knafl K. The integrative review:
Updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5):
546-53.
5. Von Ah D, Kang DH, Carpenter JS. Stress,
optimism, and social support: impact on immune
responses in breast cancer. Res Nurs Health
2007; 30: 72-83.
6. Timmerman GM, Acton GJ. The relationship
between basic need satisfaction and emotional
eating. Ment Health Nurs 2001; 22(7): 691-701.
7. Santrock JW. Emotional development.2003.
Available from [www.slideshare.net/.../
santrockdev-psychchpt-10keynote-7.simon](http://www.slideshare.net/.../santrockdev-psychchpt-10keynote-7.simon).
Retrieved February 13, 2015.
8. Duffy KG, Krish SJ, Atwater E. Psychology for
living: adjustment, growth, and behavior today.
10thed. New York: Prentice Hall; 2011.
9. อารยา ปิยะกุล. จิตวิทยาในลัทธิชีวิตยุคใหม่
(Psychology in modern life styles). 2551. เข้า
ถึงได้จาก: [www.edu.msu.ac.th/rungson/teach/
document/0023016/pdf/04.pdf](http://www.edu.msu.ac.th/rungson/teach/
document/0023016/pdf/04.pdf). เข้าถึงเมื่อ 13 ก.พ.
2558.
10. Carlson EA. A prospective longitudinal study of
attachment disorganization/disorientation. Child
Dev 1998; 69: 1107-28.
11. Garaulet M, Gomez-Abellán P, Albuquerque-Béjar
JJ, Lee YC, Ordovás JM, Scheer FA. Timing of
food intake predicts weight loss effectiveness.
Int J Obes (Lond) 2013; 37(4): 604-11.
12. Bonnie Meekums, Ieva Vavarniece, Indra Majore-
Dusele, Oskars Rasnacs. Dance movement
therapy for obese women with emotional eating:
A controlled pilot study. Arts Psychother 2012;
39(2): 126-33.
13. Haycraft E, Farrow C, Blissett J. Maternal
symptoms of depression are related to
observations of controlling feeding practices in
mothers of young children. J Fam Psychol 2013;
27(1): 159-64.
14. Patel KA, Schlundt DG. Impact of moods and
social context on eating behavior. Appetite
2001; 36: 111.
15. Klump KL, Keel PK, Racine SE, Burt SA, Neale
M, Sisk CL, et al. The interactive effects of
estrogen and progesterone on changes in
emotional eating across the menstrual cycle. J
Abnorm Psychol 2013; 122(1): 131-7.
16. อาภาภรณ์ พึ่งยอด, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ความ
ชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่
ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาใน
กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย 2554; 56(2): 149-58.
17. อนุกุล พลศิริ. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม
การบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัย
รามคำแหง.วารสารวิจัยรามคำแหง 2551; 11(1):
49-60.

18. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obes Res* 2002; 10(6): 453-62.
19. Benton D, Jarvis M. The role of breakfast and a mid-morning snack on the ability of children to concentrate at school. *Physiol Behav* 2007; 90: 382-5.
20. Macht M, Haupt C, Salewsky A. Emotions and eating in everyday life: application of the experience-sampling method. *Ecol Food Nutr* 2004; 43: 327-37.
21. Laitinen J, Ek E, Sovio U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Prev Med* 2002; 34(1): 29-39.
22. Fleck L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press; 1981.
23. Goossens L, Braet C, De Caluwé V. Loss of control over eating in obese youngsters. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1-9.
24. Tan CC, Holub SC. Children's self-regulation in eating: associations with inhibitory control and parents' feeding behavior. *J Pediatr Psychol* 2011; 36(3): 340-5.
25. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009; 52(1): 1-7.
26. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 931-53.
27. Stefan N, Kantartzis K, Machann J, Schick F, Thamer C, Rittig K, et al. Identification and characterization of metabolically benign obesity in humans. *Arch Intern Med* 2008; 168(15): 1609-16.