



วารสารการพยาบาล

VAJIRA NURSING JOURNAL

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–มิถุนายน 2561

Volume 20 No.1 January–June 2018

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513–2498

บทความวิชาการ

- ❖ ตราบาปในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: บทบาทพยาบาล
รัชดา พ่วงประสงค์ ปิยรัตน์ สมันตรัฐ ชิตชนก สิทธารถศักดิ์

บทความวิจัย

- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน
รัตนพร ทามี่ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี ปานตา อภิรักษ์นภานนท์
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกใน
พยาบาลวิชาชีพ
ขวัญหทัย โยธิกุล สมคิด ปราบภัย
- ❖ ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้
ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย
อรุณศรี กัณวเศรษฐ์ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี สุภาวดี เครือโชติกุล
- ❖ การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร
สมส่วน สว่าง สุคนธ์ ไช้แก้ว

ปกิณกะ

- ❖ ประสพการณ์ ความประทับใจ และความสำนึก “พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ”
พุทธชาติ ใจกาศ

เจ้าของ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประยุทธ ศิริวงษ์
นายแพทย์สุรภูมิ สัมพะกร
นางจรินทร์ เป็นสุข
นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวิชัย

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บรรณาธิการ

ดร.ปฏิพร บุญพัฒนกุล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กองบรรณาธิการ

นางสาวอรุณี รูปงาม
นางสาวอรอวล ลาภเจริญ
นางสาวณลัคน์ ทองอินทร์
นางสาวรุ่งทิพย์ พงษ์เจริญราษฎร์
นางสาวบังอร ตั้งวิโรจน์ธรรม
นางสาวนพพร เชิงเชาว์ชาญ
นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
นางสาวอนพร เมธาภิวัฒน์
นางสาวมลวรรณ ยอดกลกิจ
นางสาวจันทนา จินาวังค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ เสตสุวรรณ
ดร.จี พงศธรวิบูลย์
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.ยุพา วงศ์สไตร
รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณา ตั้งสุขสันต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญญา พวงแก้ว
ดร.ศรีรัตน์ ศรีประสงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทยา
ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
พันเอกหญิง ดร.พัชราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ
พันเอกหญิง ดร.สายสมร เกลยภักดี
รองศาสตราจารย์ไสร นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจริญนิลกุลชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ดร.ทัศน์ย์ สุนทร
ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ
พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ
ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์
พ.ต.ต.หญิง ดร.คิตยา อีวาโนวิช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวจางจิตต์ แจ่มหมื่นไวย
นางนันท์ภทร กุลตั้งกิจเสรี
นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสาร
ว่าที่ร้อยตรี วีรยุทธ หมื่นบุญมี

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วชิรสารการพยาบาล

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2561

Vajira Nursing Journal

Volume 20 Number 1 January – June 2018

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498

วชิรสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

ขอบเขต

สาระในวชิรสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวชิรสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกปีละ 100 บาท (2 เล่ม)

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทร.0-2244-3082-3 Fax. 0-2668-7152 E-mail: nurse@vajira.ac.th

สถานที่พิมพ์ พิษณุภัณฑ์พิมพ์ 127 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 11 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 10600

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 20 ประกอบด้วยบทความวิชาการ บทความวิจัย และ ปกิณกะ เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้ดูแลเด็กวัย ปฐมวัยที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า และการศึกษาเพื่อการพัฒนาทั้งงานการพยาบาลและสุขภาพของพยาบาล ได้แก่ เรื่องการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเรื่องเล่าประสบการณ์ ความ ประทับใจ และความสำเร็จในการเข้าศึกษาหลักสูตรการพยาบาลพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และขอเชิญชวนท่านผู้สนใจ สมัครเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล พร้อมส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้

ดร.ปวิพร บุญยพัฒนกุล

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิชาการ	
ตราบาปในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: บทบาทพยาบาล	1
รัชดา พ่วงประสงค์ ปิยรัตน์ สมันตรัฐ ชิดชนก สิทธารถศักดิ์	
บทความวิจัย	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการผลิตกหล่มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน	12
รัตนพร ทามี่ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ	27
ขวัญหทัย โยธิกุล สมคิด ปราบภัย	
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย	40
อรุณศรี กัณวเศรษฐ์ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี สุภาวดี เครือโชติกุล	
การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร	54
สมส่วน สว่าง สุคนธ์ ไช้แก้ว	
ปกิณกะ	
ประสบการณ์ ความประทับใจ และความสำเร็จ “พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ”	67
พุทธชาติ ใจกาศ	
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล	70

บทความวิชาการ

ตราบาปในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: บทบาทพยาบาล Stigma in adolescent pregnancy: Nurse's role

ดร.รัชดา พ่วงประสงค์* พ.ต.ต.หญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ* ชิดชนก สิทธารถศักดิ์**

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศ เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลาการศึกษาและการดูแลของครอบครัว การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จึงไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้าหรือมีความไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากสภาวะกดดันภายใต้บรรทัดฐานของสังคมที่มองว่าการตั้งครรภ์ควรเกิดขึ้นในวัยที่เหมาะสมและการสมรสอย่างถูกต้องตามประเพณี ส่งผลให้ภาวะทางอารมณ์ของมารดาวัยรุ่นไม่มั่นคง เกิดความรู้สึกสับสนระหว่างการยอมรับและไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ จนก่อเกิดเป็นตราบาปต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทารกในครรภ์และครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถลดความรู้สึกตราบาป และสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองในการเป็นมารดา โดยประสานเชื่อมโยงกับสามี สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหล่านั้นพึ่งได้ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น / ตราบาป / บทบาทพยาบาล

Abstract

Adolescent pregnancy is one of the major problems in national health system. Since adolescents are dependent with parent, still in school age, and unmarried; therefore, adolescent pregnancy is prejudiced as inappropriate behavior and deviance which contributes to stigma in pregnant adolescents. Adolescent mothers experience with variations in mood changes. As a result of unplanned pregnancy, instability of emotional status leads to maternal confusion between acceptable or unacceptable feelings regarding to their pregnancy. For Thai culture, pregnancy is acceptable if it occurs within the formal marriage. The consequences of stigma have effects on adolescent mothers, their infants, as well as their families. Nurses could take actions in encourage and support those vulnerable people in order to reducing the stigmatization of those adolescent mothers and empower them to achieve their maternal role. By collaborating plan with their spouse, family members or their trusting caregivers could help them and improve their quality of life.

Keywords: adolescent pregnancy / stigma / nurse's role

*อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นนับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ (คณะกรรมการธิการ สาธารณสุขวุฒิสภา, 2554) และส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หลายอย่าง เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนาน และคลอดก่อนกำหนด (L'Engle, Brown & Kenneavy, 2006; Lowdermilk & Perry, 2004; World Health Organization, 2010) และเพิ่มแนวโน้มการฆ่าตัวตายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (World Health Organization, 2012) สำหรับทารกที่เกิดจากการดาวน์วัยรุ่นมักเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Afrose, Bondhu, Habib & Rashid, 2015; World Health Organization, 2010) และมีปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเมื่อโตขึ้น (American Academy of Pediatrics, 2001; Hofferth & Reid, 2002) เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับวัยรุ่นในสังคมไทย ยังไม่ได้รับการยอมรับ จึงมักเกิดเป็นตรรกะบาปในใจจากการถูกตำหนิหรือตีตราโดยบุคคลในสังคม (ชาญชัย ศักดิ์ศิริสัมพันธ์, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, และประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2558; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และนิลกุล รุจิรประเสริฐ, 2559; ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พชรินทร์ สังวาลย์, อิชยา มอญแสง, และ พชรินทร์ ไชยบาล, 2556; Udmuangpia, Haggstrom-Nordin, Worawong, Tanglakmankhong, & Brown, 2017)

“หนูก็ไปเรียนเหมือนเดิมค่ะ แต่ไม่ต้องเรียนวิชาพลศึกษาค่ะ แต่เอาจริงๆหนูไม่ชอบไปเรียนหรอกค่ะ เพราะเพื่อนบางคนไม่รู้ หนูอายค่ะ ไม่ได้อยากให้เพื่อนรู้ แต่หนูก็ไม่มีทางเลือก อีกรายเวลาไปฝากท้อง มีคนชอบถามว่าหนูอายุเท่าไร พอหนูบอกไป เขาก็มองหนูด้วยสายตาแปลกๆ หนูก็ไม่ได้อยากให้มันเป็นแบบนี้ค่ะ” (หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 13 ปี) (Phuangprasonka, Deoisres & Chunleskul, 2016)

จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นได้ว่าความต้องการปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์ ความรู้สึกที่ไม่ต้องการทารกในครรภ์ หรือเกิดความอับอายต่อสังคมรอบข้าง สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นตรรกะบาปที่เกิดขึ้นกับหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fessle (2003) พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะถูกตีตราจากสังคมจนเป็นตรรกะบาป และแยกตัวออกจากสังคม ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีนโยบายทางการศึกษาให้โอกาสหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการศึกษาต่อจนจบ แต่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเองอาจตัดสินใจหยุดเรียน ออกจากโรงเรียน หรือการย้ายที่อยู่อาศัย เนื่องจากรู้สึกอายเพื่อนหรืออายครู รับรู้ว่าตนด้อยคุณค่าก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัว รู้สึกแปลกแยกแตกต่างจากเพื่อน และรู้สึกไม่พอใจในชีวิตของตน (ชาญชัย ศักดิ์ศิริสัมพันธ์และคณะ, 2558) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จึงมักปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ช้า หรือไม่มีการฝากครรภ์ ขาดการบำรุงครรภ์ ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ได้แก่การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (Afrose et al., 2015) การที่หญิงวัยรุ่นต้องกลายมาเป็นมารดาตั้งแต่อายุยังน้อย ในขณะที่วุฒิภาวะยังไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตร ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ จึงมักมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด ไม่มีตัวเองคุณค่า (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555)

ตรรกะบาปจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจนำไปสู่การแก้ปัญหาในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่นการทำแท้ง การฆ่าตัวตาย หรือการดูแลตนเองและบุตรในครรภ์อย่างไม่เหมาะสม (ฤดี ปุณบางกะดี และ เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2551; Afrose et al., 2015) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้สมรสมักถูกครอบครัวและคู่สมรสปฏิเสธ

เนื่องจากมองว่าเป็นการทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของวงศ์ตระกูล (วิทิตา สุขทั่วญาติ, 2551) ปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานยังมีอยู่จำกัด จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ ศศิรินทร์ พันธุ์สุวรรณและคณะ (2556) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้สึกเชิงลบต่อตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง ถูกสังคมประณามว่าเป็นคนไม่ดี และสูญเสียความมีศักดิ์ศรีในตนเอง นอกจากนี้ยังเกิดอารมณ์เชิงลบ ได้แก่ อาการตกใจเหมือนทุกอย่างมันพังทลายลงมาตรงหน้า วิตกกังวลและอับอาย และคิดว่าการใช้ชีวิตเป็นวัยรุ่นของตนเองได้สิ้นสุดลง เนื่องจากการถูกตัดขาดจากเพื่อนและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นของวัยรุ่น ส่งผลกระทบให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขาดความมั่นใจในการดูแลทารก และรู้สึกไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูทารก นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจเกิดความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ต่อบทบาทการเป็นมารดา ส่งผลให้ไม่มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ขาดการวางแผนในการเป็นมารดา เกิดความรู้สึกล้มเหลวในตนเองในการใช้ชีวิตแบบวัยรุ่นทั่วไปที่มีความสนุกสนานตามวัย และรู้สึกเครียดกับบทบาทการเป็นมารดา (Olsson & Wijewardena, 2010)

ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติหรือยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ ในประเทศไทยพบว่าอัตราการคลอดของหญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี ร้อยละ 14.9 ซึ่งเกินกว่าที่เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักอนามัยและการเจริญพันธุ์, 2560) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะขาดความรู้ที่มั่นใจและไม่มีความพร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง (Al-Sahab, Heifetz, Tamim, Bohr, & Connolly, 2012) จึงมักให้บิดามารดาของตนเองเป็นผู้ดูแลบุตร อย่างไรก็ตามกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายและเสนอแนวทางการจัดบริการและการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยมุ่งให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีปัญหาได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทมารดาโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อลดอัตราการทอดทิ้งบุตร (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุจริตต์, เอกชัย โคววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, และ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, 2558) บุคลากรทางสุขภาพจึงมีบทบาทในการส่งเสริมให้มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหรือดูแลบุตรด้วยตนเองเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Desocio, Holland, Kitzman, & Cole, 2013) โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ มีบทบาทในการสนับสนุนหรือช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นมารดาที่มีคุณภาพ โดยต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างองค์รวมทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือจิตสังคม (สุภาวดี เครือโชติกุลและสกาเตือน ไพบูลย์, 2557) ด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำมากกว่ากลุ่มอื่น (วาสนา ถิ่นขนอนและวิลาวัลย์ ขมนิรัตน์, 2555) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับตรรกะที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวยอมรับการตั้งครรภ์ยอมรับบุตรในครรภ์ ยอมรับในการปรับบทบาทการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ สามารถเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และสามารถแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม

เนื้อหา

ความหมายและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตรรกะ

“ตรรกะ” เป็นคำที่มาจากภาษากรีก หมายถึง การทำเครื่องหมายหรือการสัก เป็นการใช้มีดกรีดหรือใช้ความร้อนทำให้ผิวหนังไหม้ในอาชญากรรม ทาส และคนทรมานหรือขบถ เพื่อที่คนส่วนใหญ่จะได้แยกได้และหลีกเลี่ยงเมื่อพบบุคคลเหล่านี้ในที่สาธารณะ (Goffman, 2009)

Goffman (1963) เป็นนักสังคมนิยมที่มีอิทธิพลอย่างมากในศตวรรษที่ 20 กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นปรากฏการณ์ที่สังคมสร้างขึ้นต่อผู้ที่มีคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ไม่ตรงกับสิ่งที่สังคมยอมรับหรือต้องการ ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการยอมรับ เสียชื่อเสียงหรือเกิดความอับอาย ตราบาปจึงเป็นการกำหนดค่าหรือกำหนดสัญลักษณ์เฉพาะของบุคคลที่ไม่เป็นที่ต้องการของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้นๆ โดยสังคมเป็นตัวกำหนดลักษณะของบุคคลและองค์ประกอบของคุณลักษณะที่เป็นตราบาป ที่มีความแตกต่างกันระหว่างเอกลักษณ์ทางสังคมที่เป็นแก่นแท้จริงของบุคคล (virtual social identity) หรือคุณลักษณะที่ชอบเร้นของบุคคล กับเอกลักษณ์ทางสังคมที่เป็นสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน (actual social identity) หรือคุณลักษณะของบุคคลที่ถูกครอบงำหรือควบคุมไว้

Link and Phelan (2001) ให้ความหมายของตราบาปไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะทางลบ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและถูกแยกออกจากสังคม ตราบาปมีความสัมพันธ์ต่อระดับความชัดเจนของตราบาป (visibility) โดยขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคลต่อตราบาป รวมถึงความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ต่อกลุ่มที่ไม่มีตราบาป

Becker (1991) กล่าวถึงตราบาปหรือรอยมลทินไว้ในแนวคิดเรื่องทฤษฎีการตีตรา (labeling theory) เกิดขึ้นกับบุคคลที่สังคมลงความเห็นว่าผิดปกติหรือเบี่ยงเบนจากพฤติกรรมอันเป็นที่ยอมรับของสังคม กลายเป็นบุคคลที่สังคมไม่ยอมรับ ถูกตำหนิ น่ารังเกียจหรืออันตราย

คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (2559) ให้คำจำกัดความ การตีตรา หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่ลดคุณค่าของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยจำแนกความแตกต่างและความเชื่อมโยงกับผลกระทบเชิงลบ ทำให้เริ่มแยก “เรา” และ “เค้า” และลดสถานภาพ ด้อยค่าในสายตาของสังคม

กล่าวโดยสรุป ตราบาปเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เป็นผลจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมภายใต้การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันอย่างการต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดข้อตกลงและความเห็นพ้องต้องกันต่อผู้ที่มีความเบี่ยงเบนไปจากความคาดหวังของสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม การถูกสังคมตัดสินว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่ หรืออาจเกิดจากเชื้อชาติ สัญชาติหรือศาสนา ส่งผลให้ผู้ได้รับการตราบาป ถูกลดคุณค่า รู้สึกอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง และถูกแบ่งแยก กีดกัน ลดโอกาสในการดำเนินชีวิตตามปกติในสังคม

ลักษณะของตราบาป (attribute)

ลักษณะของตราบาป มีหลายลักษณะ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจของบุคคลในประสบการณ์นั้นๆ การรับรู้ในทัศนคติที่ไม่เหมาะสมจากบุคคลหรือจากกลุ่ม ความรู้สึกที่ผูกติดกับการตราหน้า การถูกทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงจากมุมมองของบุคคลอื่นเสมือนว่าเป็นบุคคลที่ผิดปกติหรือเป็นบุคคลที่ด้อยต่ำหรือด้อยค่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อธิบายถึงการถูกละทิ้งและถูกปฏิบัติอย่างไม่สุภาพจากบุคลากรทางสุขภาพ และได้รับการปฏิบัติแตกต่างกับมารดาที่อายุมากกว่า พวกเขาารู้สึกว่าบุคลากรทางสุขภาพมองว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะดูแลบุตรได้ดีเท่ามารดาคนอื่น (Brubaker, 2007; Fessler, 2008; Peterson, Sword, & DiCenso, 2007; Yardley, 2008) การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมักเป็นประเด็นที่อ่อนไหวและเป็นตราบาปในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานของสังคมไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์นั้นต้องเป็นการตั้งครรภ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือภายใต้การแต่งงาน บางครั้งการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่รู้กันเฉพาะระหว่างแม่กับลูกสาวเท่านั้น ไม่พร้อมให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวทราบเรื่องได้ (รัก ชุมหาญจน์, 2556) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสถานะของแรงกดดันที่ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความคับข้องใจ การตั้งครรภ์ในช่วงวัยที่กำลังศึกษานั้นจึงเป็น

สิ่งที่ถูกตีเตียนจากบุคคลในสังคม ถูกมองเป็นคนไม่ดี สำส่อนหรือเป็นผู้หญิงไม่ดี ไม่รักนวลสงวนตัว นอกจากนี้ความรู้สึกตกใจ วิดกกังวล และอับอายยังเป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกเพื่อตอบโต้ทางอารมณ์เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม (ศศิรินทร์ พันธ์สุวรรณและคณะ, 2556)

ปัจจัยหรือเหตุที่ก่อให้เกิดตราบาป (antecedent)

ปัจจัยหรือเหตุที่ก่อให้เกิดตราบาป ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นซึ่งมีบทบาทในสังคม การรับรู้พื้นฐานในสังคมว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติหรือไม่เป็นที่ยอมรับจากข้อกำหนดหรือมาตรการลงโทษในสังคม และการยอมรับในความแตกต่างของบุคคลที่ถูกลดค่า เนื่องจากการถูกตีตราเป็นกุญแจสำคัญสำหรับแนวคิดตราบาป ดังนั้นการเสนอข่าวของสื่อ การถูกจ้องมองจากคนแปลกหน้า และการถูกตำหนิตีเตียนในที่สาธารณะ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดตราบาปที่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มากที่สุด (Fullford & Ford-Gilboe, 2004; Gregson, 2009; Higginbottom et al., 2006) นอกจากนี้การขาดความรู้ ความสับสนในกลุ่มคน อารมณ์ความรู้สึกในขณะนั้น การตัดสินใจด้านจริยธรรม และบรรทัดฐานของสังคม เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดตราบาปได้เช่นกัน หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นถูกสังคมมองเป็นคนไม่ดี มีพฤติกรรมที่ขัดกับบัญญัติของสังคมที่คาดหวังว่าผู้หญิงที่ดีต้องมีพฤติกรรมเรื่องเพศที่ถูกต้องตามประเพณี มีการตั้งครรภ์ที่คนทั่วไปยอมรับหรือการตั้งครรภ์เกิดขึ้นภายหลังการแต่งงานและอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีการแต่งงาน หรือกำลังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน เหล่านี้ล้วนแต่เป็นเรื่องที่น่าอับอาย ถูกประณามในสังคม (ศศิรินทร์ พันธ์สุวรรณและคณะ, 2556; Udmuangpia et al., 2017)

ผลลัพธ์จากตราบาป (consequence)

ผลลัพธ์จากตราบาป ได้แก่ การรับมือหรือการพยายามหลีกเลี่ยงจากตราบาป โดยอาจพยายามแสดงออกเป็นปกติหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จนอาจถึงขั้นหลีกเลี่ยงจากสังคม ทั้งนี้ผู้ที่มิตราบาปมักจะชอบอยู่กับกลุ่มคนที่มิตราบาปเหมือนกัน คล้ายคลึงกัน หรือบุคคลที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นที่พึ่งได้ (Haynes-Laurence, 2008; Schutz, 2001) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตราบาปคิดว่าคนอื่นมองว่าตนเองไม่สามารถดูแลบุตรได้ดี จึงกลัวว่าบุตรจะถูกแยกออกไปจากความดูแลของตน (Fessler, 2008; Ponsford, 2011) การถูกเลือกปฏิบัติอาจส่งผลให้บุคคลที่มีตราบาปนั้นแยกตัวออกจากการดูแลได้เช่นกัน (Stapleton, 2010) ความเชื่อในทางลบต่อบุคคลที่ถูกตราหน้าว่ามีความแตกต่างจากความเชื่อพื้นฐานของสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างบุคคลและทัศนคติของคนส่วนใหญ่ในสังคม มีการกล่าวโทษกับบุคคลเหล่านี้ว่ามีลักษณะที่ไม่ดี จึงเป็นส่วนส่งเสริมให้บุคคลที่มีตราบาปแยกตัวออกจากสังคมนั้นออกมา การเปลี่ยนบทบาทจากบทบาทลูกหรือนักเรียน ต้องเปลี่ยนเป็นบทบาทการเป็นมารดาแบบกะทันหัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมาย โดยเฉพาะภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลบุตร แต่อาจมีข้อจำกัดด้านความไม่พร้อมทางวุฒิภาวะ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ต้องการปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์ ขาดทักษะในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ และอาจนำไปสู่การทิ้งทารกหลังคลอด หรือการทำร้ายเด็ก

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป

จุดเริ่มต้นในการลดการสร้างตราบาป แบ่งเป็นสองระดับ คือระดับบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และระดับองค์กรหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จุดมุ่งหมายคือเพื่อให้

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนสังคมยอมรับและลดอคติต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พยาบาลผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีตราบาปทั้งในโรงพยาบาลหรือในชุมชน จึงต้องมีความเข้าใจเรื่องตราบาป เพื่อสามารถช่วยให้ตราบาป ที่เกิดขึ้นในความรู้สึกของผู้รับบริการและครอบครัวลดลง และได้รับการสนับสนุนจากสังคม จนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Happell, 2005) โดยการสร้างทัศนคติในทางบวก ความตระหนักรู้ และองค์ความรู้เกี่ยวกับตราบาป (Mandal and Prakash, 2014) การทำความเข้าใจในแนวคิดเรื่องตราบาปถึงแม้จะเป็นเรื่องท้าทายสำหรับวิชาชีพการพยาบาล แต่ช่วยให้พยาบาลเข้าถึงความเป็นบุคคลของผู้รับบริการแต่ละคน และช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้พยาบาลตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความเชื่อและคุณค่าในบุคคล รวมถึงช่วยส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ (ศศิพันธ์ พันธ์สุวรรณและคณะ, 2556; Afrose et al., 2015)

บทบาทพยาบาล ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษา ประสานความร่วมมือ และสอนหรือให้คำแนะนำ เพื่อการสร้างเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดการยอมรับการตั้งครรภ์ ยอมรับบุตรในครรภ์ และปรับพฤติกรรมเป็นแม่คุณภาพ โดยมีความสนใจเรียนรู้ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ช่วยให้การดาวยุ้ยสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาและมีความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูบุตร (Mercer, 1985) และให้ได้แรงสนับสนุนทางสังคมหรือครอบครัวทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงินและด้านการบริการ (House, Umberson & Landis, 1988) ในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีตราบาปสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและเป็นมารดาวัยรุ่นคุณภาพ ดังนี้

1. บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล (professional nurse) พยาบาลควรให้คำแนะนำหรือดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เข้ามารับบริการฝากครรภ์ และมีการประเมินระดับความรู้สึกหรือผลกระทบจากตราบาปที่เกิดขึ้น ด้วยการสังเกตเพื่อวัดและประเมินพฤติกรรมที่เกิดจากผลกระทบของตราบาปทางด้านอารมณ์และร่างกาย โดยนำข้อมูลการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ควรจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สงบ ในบรรยากาศที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อสร้างความไว้วางใจและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปมีความกล้าในการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง สำหรับการวางแผนการช่วยเหลือนั้น ควรให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปนั้นและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

2. บทบาทที่ปรึกษา (counselor) ตามปกติสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผน และมักโดนสังคมรอบข้างมองว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจอย่างมาก เช่น เครียด วิตกกังวล อับอาย แยกตัว บางรายอาจไม่สามารถปรึกษาบุคคลใกล้ชิดได้ พยาบาลจึงเปรียบเหมือนที่ปรึกษา โดยควรเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพูดถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และคิดหาทางเลือกของตนเอง พยาบาลควรให้คำปรึกษาสนับสนุนการตัดสินใจหรือช่วยแก้ปัญหาบางเรื่องเท่าที่จำเป็น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญสำหรับบุคคลในการช่วยฟื้นฟูทั้งทางด้านสังคมหรือทางร่างกาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2557) นอกจากนี้พยาบาลต้องให้คำปรึกษารอบครัวสำหรับช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพลังความคิดเชิงบวก ความเข้าใจตนเอง และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ต่างๆที่เป็นตราบาปในชีวิตได้ ทั้งนี้พยาบาลต้องช่วยเหลือให้ครอบครัวมีมุมมองทางบวกเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยไม่มีการตำหนิหรือตีตราว่าเป็นการกระทำที่เลวร้าย หรือเป็นบุคคลที่สร้างความเสื่อมเสียให้กับตนเองหรือครอบครัว แต่ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ตามที่ Goffman (1963) กล่าวว่าบุคคลที่มีความผิดปกติจะมีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม และอาจเข้าไปใกล้ชิดหรือมีส่วนร่วมกับบุคคลที่เป็นที่พึงของตนเองได้ (wise people) ทั้งนี้บุคคลที่เป็นที่พึงพิงได้นี้อาจไม่ใช่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่มีตราบาปนั้น แต่อาจเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับเรื่องตราบาปนั้นได้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีตราบาป หรืออาจเป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องตราบาปนั้นๆ ดังนั้นพยาบาลต้องเป็นที่ปรึกษาที่ดีและเป็นบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปสามารถพึ่งพิงได้ โดยอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติทางคลินิกและการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

3. บทบาทประสานความร่วมมือ (collaboration) การประสานความร่วมมือหรือให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นบทบาทที่มีความสำคัญของพยาบาลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป เพื่อช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสมได้ โดยพยาบาลควรต้องมีการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือจากแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ได้แก่สามีหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนั้นๆ ลดความเครียดและเกิดการยอมรับจากครอบครัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา ถิ่นখনอน และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ (2555) พบว่าครอบครัวโดยเฉพาะสามีนับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

4. บทบาทการสอนหรือให้คำแนะนำ (teaching or coaching) การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายและจิตใจในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจหรือทางอารมณ์ เพราะวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีตราบาปมักมีผลกระทบทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นนักเรียน เปลี่ยนสู่บทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นการสอน ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปนั้นจะช่วยให้มีการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากการถูกสังคมตีตราว่าเป็นคนไม่ดี และตระหนักในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์มากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องชี้แนะหรือแนะนำสามีหรือสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์หรือเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเป็นมารดา

สรุป

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปนับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทารกในครรภ์ และครอบครัว พยาบาลจำเป็นต้องดูแลทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นพิเศษ โดยทำการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจให้เกิดขึ้นต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีบทบาทการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นที่ปรึกษา การเป็นผู้ประสานความช่วยเหลือ และการเป็นผู้สอนหรือให้คำแนะนำ ภายใต้อาชีพที่เป็นข้อเท็จจริงของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาปแต่ละราย เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหล่านั้นสามารถดำรงชีวิตภายใต้บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดนโยบายจากผู้บริหารสถานบริการในการการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจนและกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน

2. หน่วยบริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป ควรมีการจัดการให้ความรู้ในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ โดยปรับเปลี่ยนทัศนคติทางบวกแก่บุคลากรและกระตุ้นให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป
3. จัดสภาพแวดล้อมให้มีมุมหรือห้องที่เป็นสัดส่วนในการให้บริการและให้คำปรึกษา เพื่อเอื้อต่อการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป
4. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และความพร้อมในการให้บริการในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีตราบาป

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โค้ววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์. (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ. (2559). *การตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย*. สืบค้นจาก http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000150/plan/300958/Overview%20S&D%20Thailand_BMA%2030-9-2015.pdf.
- ชาญชัย ศักดิ์ศิริสัมพันธ์, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, และประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. (2558). การเสริมสร้างความหมายในชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ โดยใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มกวนิยม. *วารสารวิจัยทางการศึกษา*. 10(1), 34-46.
- รัก ชุณหกาญจน์. (2556). *การศึกษาการให้อภัยในวัยรุ่น: กรณีศึกษาการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาการให้อภัยสำหรับวัยรุ่นและวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม*. (การศึกษาคุณิบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)
- ฤดี ปุบบางกะดี, และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2551). พยาบาลกับการช่วยเหลือและการดูแลสตรีกับการช่วยเหลือและการดูแลสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 26(2-3), 5-16.
- วาสนา ถิ่นขนอน, และวิลาวณีย์ ชมนิรัตน์. (2555). การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบคลุมมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 25-33.
- วิจิตา สุขท้วญาติ. (2551). *บทเรียนจากการสะท้อนคิดของนักเรียนหญิงที่ออกกลางคันเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สว่างวัลย์, อิชยา มอญแสง, และพัชรินทร์ ไชยบาล. (2556). ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานใน ภาคเหนือตอนบน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 33(3), 17-36.
- ศรุตยา ร่องเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 5(1), 14-28.

- ศิริพร จิรวรรณกุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และนิลบล รุจิรประเสริฐ. (2559). บทเรียนจากการพัฒนาบริการสายด่วนช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 5-15.
- สำนักอนามัยและการเจริญพันธุ์. (2560). *การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี*. สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1 .php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1336d766d29c4a739ed33ff9f4e79d83](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1336d766d29c4a739ed33ff9f4e79d83)
- สุภาวดี เครือโชติกุล, และสกวเดือน ไพบูลย์. (2557). คุณภาพหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารเกื้อการุณย์*. 21(2), 18-27.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2557). *การสร้างชีวิตใหม่*. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Committee on Adolescence and Committee on Early Childhood and Adoption, and Dependent Care. American Academy of Pediatrics: Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics*, 107(2): 429-434.
- Afroze, T., Chattopadhyay, A.B., Habib, N., & Rashid, M. (2015). Adolescent Pregnancy, A Social Stigma. *MOJ Anat Physiol* 1(5), doi:10.15406/mojap.2015.01.00024
- Al-Sahab, B., Heifetz, M., Tamim, H., Bohr, Y., & Connolly, J. (2012). Prevalence and characteristics of teen motherhood in Canada. *Matern Child Health J*, 16(1), 228-234, doi:10.1007/s10995-011-0750-8
- Becker, H.S. (1991). *Outsiders*. New York: Free Press.
- Brubaker, S.J. (2007). Denied, embracing, and resisting medicalization: African American teen mothers' perceptions of formal pregnancy and childbirth care. *Gender & Society*, 21, 528-552, doi:10.1177/0891243207304972
- Desocio, J.E., Holland, M.L., Kitzman, H.J., & Cole, R.E, (2013). The Influence of Social-Developmental Context and Nurse Visitation Intervention on Self-Agency Change in Unmarried Adolescent Mothers. *Research in Nursing & Health*, 36, 158-170.
- Fessle, K.B., (2003). Social Outcomes of Early Childbearing: Important Considerations for the Provision of Clinical Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 48(3), 178-185.
- Fulford, A., & Ford-Gilboe, M. (2004). An exploration of the relationships between health promotion practices, health work, and felt stigma in families headed by adolescent mothers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(4), 46-72.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gregson, J. (2009). *The culture of teenage mothers*. Albany, NY: State University of New York Press.

- Happell, B. (2005). Mental Health Nursing: challenging stigma and discrimination towards people experiencing a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 14(1), doi:10.1111/j.1440-0979.2005.00339.x
- Haynes-Lawrence, D. (2008). Home visitors' perceptions of teen mothers: Using qualitative research to explore labeling theory. *Children and Youth Services Review*, 30, 1386-1394, doi:10.1016/j.childyouth. 2008.04.007
- Higginbottom, G. M., Mathers, N., Marsh, P., Kirkham, M., Owen, J. M., & Serrant-Green, L. (2006). Young people of minority ethnic origin in England and early parenthood: Views from young parents and service providers. *Social Science & Medicine*, 63(4), 858-870, doi:10.1016/j.socscimed.2006.03.011
- Hofferth S.L. & Reid, L. (2002) Early Childbearing and Children's Achievement and Behavior over Time. *Perspect Sex Reprod Health*, 34(1): 41-49.
- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and Processes of social support. *Annual Reviews of Sociology*, 14, 293-318.
- L'Engle, K.L., Brown, J.D., & Kenneavy, K. (2006). The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *J Adolesc Health*, 38(3), 186-192.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–85, doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2004). *Maternity & women's health care* (8th ed). St. Louis, MO: Mosby.
- Mandal, P. & Prakash, S. (2014). Stigma of Mental Disorders and Role of Nursing Professionals: A Developing Country Perspective. *J Nurs Care*, 3, doi:10.4172/2167-1168.1000190
- Mercer, R.T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nurs Res*, 34(4), 198-204.
- Olsson, P. & Wijewardena, K. (2010). Unmarried woman's decisions on pregnancy termination: Qualitative interviews in Colombo, Sri Lanka. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 135-141.
- Peterson, W. E., Sword, W., Charles, C. & DiCenso, A. (2007). Adolescents' perceptions of inpatient postpartum nursing care. *Qualitative Health Research*, 17(2), 201-212, doi:10.1177/1049732306297414
- Phuangprasonka, R., Deoisres, W., & Chunleskul, K. (2016). *Maternity blues and management strategies of Thai postpartum women*. (Doctoral dissertation, Burapha University)
- Ponsford, R. (2011). Consumption, resilience, and respectability amongst young mothers in Bristol. *Journal of Youth Studies*, 14, 541-560, doi:10.1080/13676261.2011.559217.

- Schultz, K. (2001). Constructing failure & narrating success: Rethinking the “problem” of teen pregnancy. *Teachers College Record*, 103(1), 582-607.
- Stapleton, H. (2010). *Surviving teenage motherhood: Myths and realities*. United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- Udmuangpia, T., Häggström-Nordin, E., Worawong,C., Tanglakmankhonge, K., & Bloom, T. (2017). A Qualitative study: Perceptions Regarding Adolescent Pregnancy Among A Group of Thai Adolescents in Sweden. *Pacific Rim International Jornal of Nursing Res*, 21(1) 75-87.
- World Health Organization. (2010). Adolescent pregnancy. Retrieved from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/print.html.
- World Health Organization. (2012). Early marriages, adolescent and young pregnancies: Report by the Secretariat. Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf
- Yardley, E. (2008). Teenage mothers’ experiences of stigma. *Journal of Youth Studies*, 11(6), 671-684.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน Relationship between the selected factors and inpatient fall in private hospital

รัตนาพร ทามี่* ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุกษี** ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี แบ่งเป็นกลุ่มพลัดตกหกล้ม 200 คน และกลุ่มไม่พลัดตกหกล้ม 200 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2557 – ธันวาคม พ.ศ.2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ข้อมูลด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม และข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ค่าการตรวจสอบเชิงความตรงเท่ากับ 0.97 และความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.98 ผลการศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มพบว่าส่วนมากร้อยละ 58.0 เกิดจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ ร้อยละ 53.0 เกิดหลังจากนอนโรงพยาบาลในระยะ 7 วัน ร้อยละ 38.0 สถานที่เกิดเหตุพบว่าเกิดข้างเตียงผู้ป่วย และร้อยละ 37.0 เกิดขึ้นในเวรตึก โดยร้อยละ 48.0 ไม่เกิดการบาดเจ็บ ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ ประวัติการพลัดตกหกล้ม การใช้ล้ามในการสื่อสาร และระยะห่างของประเทศที่อาศัยตามเส้นแบ่งเวลา) ปัจจัยภายใน (ภาวะจิตใจ/อารมณ์ อาการสับสน/มึนงง อาการเวียนบ้านหมุน ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ การได้รับยา กลุ่ม hypnotics/benzodiazepines anticonvulsants และความบกพร่องในการเคลื่อนไหวทรงตัว) และปัจจัยภายนอก (การมีญาติหรือผู้ดูแล ระยะวันนอนโรงพยาบาล และระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายโอกาสการเกิดพลัดตกหกล้มของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 62.00 ได้แก่ เพศชาย (OR 2.48, 95%CI 1.36-4.52) ประวัติการพลัดตกหกล้ม (OR 6.72, 95%CI 1.66-27.12) สภาพจิตใจ/อารมณ์ (OR 4.75, 95%CI 1.13-18.55) ได้รับยากลุ่ม hypnotics/benzodiazepines (OR 2.08, 95%CI 1.00-4.33) anticonvulsants (OR 4.27, 95%CI 1.19-15.35) การไม่มีญาติหรือผู้ดูแล (OR 6.09, 95%CI 1.86-19.94) และระยะวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน (OR 11.99, 95%CI 6.07-23.19)

*นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

***อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาพื้นฐานและประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับโรงพยาบาลเอกชน การนิเทศทางการพยาบาล และการพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

คำสำคัญ : การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน / โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

This analytical study aimed to explore inpatient fall incidence and described relationship between the selected factors including personal factors, intrinsic factors, extrinsic factors, fall risk level and inpatient falls in a private hospital in Bangkok. Total of 400 patients (200 fall cases and 200 controls) over 15 years old who admitted from January 2014 to December 2016. Data were collected from the medical and nursing record including personal, physical, psychological, environmental, risk level and incident of fall data. Content validity index and interrater reliability were 0.97 and 0.98 respectively. Most of the falls were anticipated physiology fall 58.0%, after 7 days of hospital stay 53.0%, near patient bed 38.00% and in the night shift 37.0%. Nearly half did not injure. Factors were associated with inpatient fall ($p < 0.05$) including personal factors (age, gender, history of fall, interpretation need, and time zone), internal factors (mental/emotional state, confusion, dizziness/vertigo, incontinence of bowel/urine, hypnotic/benzodiazepine use, anticonvulsant use, and mobility), and external factors (lack of caregivers, length of stay, and fall risk level). Factors predicting fall in patients who admitted in private hospital were gender (OR: 2.48, 95% CI: 1.36-4.52), history of fall (OR 6.72, 95% CI 1.66-27.12), mental/emotional state (OR 4.75, 95% CI 1.13-18.55), hypnotic/benzodiazepine use (OR 2.08, 95% CI 1.00-4.33), anti-convulsant use (OR 4.27, 95% CI 1.19-15.35), lack of caregiver (OR 6.09, 95% CI 1.86-19.94), and length of stay more than 7 days (OR 11.99, 95% CI 6.07-23.19). These factors explained 62% of the variance of falling.

The results of study lead to the development of a fall risk assessment tool and nursing supervision plan in private hospital. The knowledge and skill development of professional nurses in all aspect of fall prevention are also recommended.

key words: inpatient fall / private hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2004) กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ จากรายงานขององค์กรวิจัยสุขภาพและคุณภาพแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013) รายงานจำนวนผู้ป่วยสัณฐานตออเมริกันเกิดการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลประมาณ 700,000 – 1,000,000 คนต่อปี

ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ย 6.3 วัน ค่าใช้จ่ายดูแลรักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 14,000 เหรียญสหรัฐ (The Joint Commission International, 2015) นอกจากนี้ American Nurse Association (2007) รายงานค่าใช้จ่ายจากการพลัดตกหกล้ม ค.ศ. 1994 จำนวน 27.30 ล้านเหรียญสหรัฐ และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 43.80 ล้านเหรียญสหรัฐใน ค.ศ. 2020 ส่วนรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในประเทศไทย คณะกรรมการป้องกันความเสี่ยงในงานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พ.ศ. 2545 พบ 34 ราย คิดเป็น 0.37 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (สอาด พิมพ์ปติมา และคณะ, 2548) ในขณะที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม พ.ศ. 2551 เท่ากับ 1.05 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และ พ.ศ. 2552 เท่ากับ 1.26 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (ธารทิพย์ คนตรง, นงนุช แยมวงษ์, นฤมล คงสาคร และสายรุ้ง ดินก, 2553) จากรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลดังกล่าว เห็นได้ว่าอัตราการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ว่าสถานพยาบาลนั้นจะมีความแตกต่างเรื่องสถานที่ ลักษณะของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และวัฒนธรรม

ปัจจัยสาเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสอดคล้องกับลักษณะการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล 3 ลักษณะ (Morse, 2009) คือ 1) อุบัติเหตุ (accidental fall) เป็นการพลัดตกหกล้มจากการลื่นไถล (slipping) สะดุด (tripping) หรือเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น พื้นเปียกจากของเหลวหรือปัสสาวะและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น 2) สภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ (anticipated physiological fall) จากการประเมินและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และ 3) สภาพร่างกายที่คาดการณ์ไม่ได้ (unanticipated physiological fall) เช่น โรคที่เกิดขึ้นกะทันหัน อาการหน้ามืด เกิดกระดูกสะโพกหักจากพยาธิสภาพ (pathological fracture of the hip) เป็นต้น โดยปัจจัยสาเหตุการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่จำแนกเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Evans, Hodgkinson, Lambert, Wood & Kowanko, 1998; Perell, Nelson, Goldman, Luther, Lewis & Rubenstein, 2001) ปัจจัยภายในเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ที่ส่งผลต่อการทรงตัว การเคลื่อนไหว และการมองเห็น ส่วนปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น มีสิ่งกีดขวาง แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และการไม่มีญาติหรือผู้ดูแล

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ส่วนมากเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค ยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีลักษณะผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันและบริการที่มีความหลากหลาย ในขณะที่การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ การลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ถือเป็นเป้าหมาย ความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากล (Internal patient safety goal: IPSG) และเป็นหนึ่งในเกณฑ์พิจารณาการประกันคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลของสถาบัน Joint Commission International พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีประสิทธิภาพ (ทิพเนตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุปรีดา มั่นคง, 2554) การสามารถพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้แม่นยำ จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ธารทิพย์ คนตรง และคณะ, 2553)

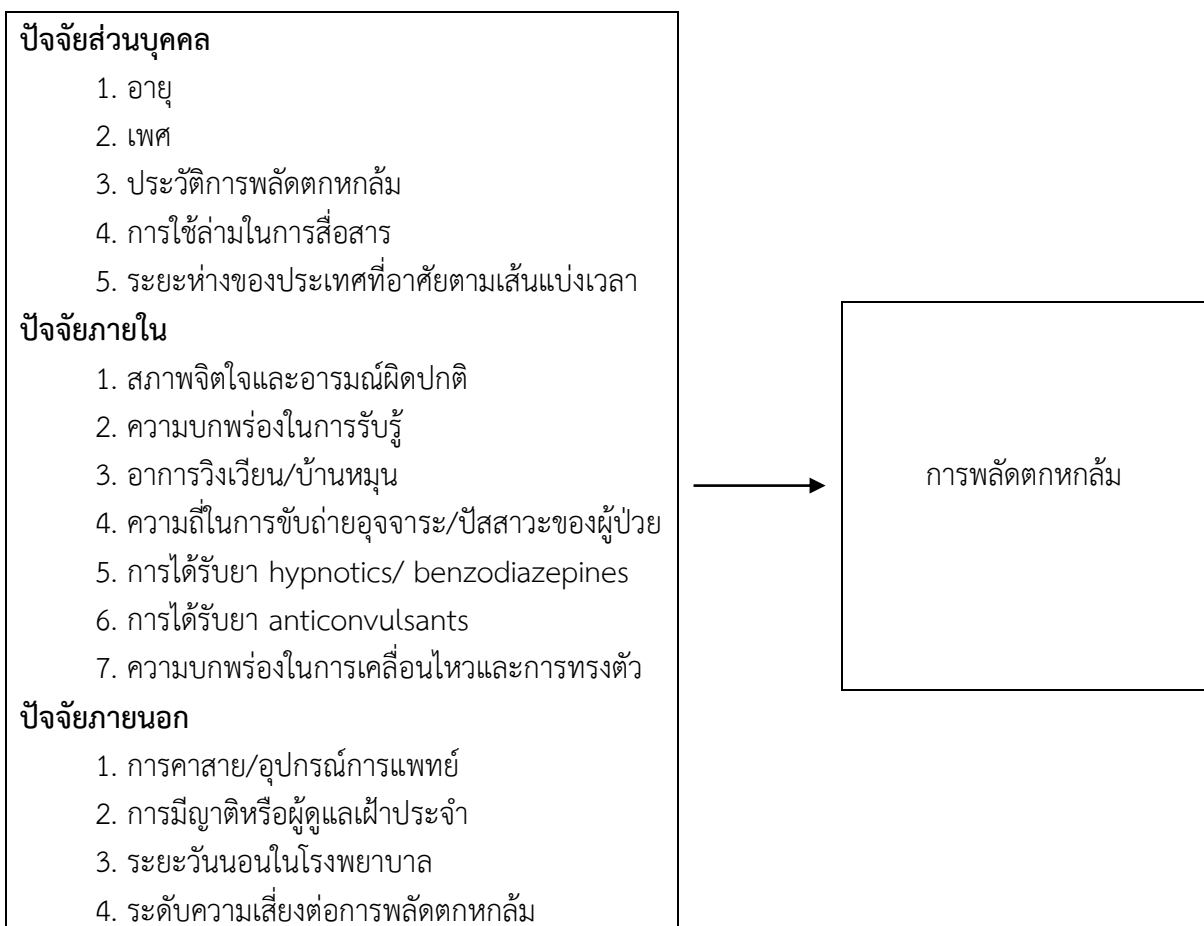
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก (Prerell et.al., 2001) ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) อายุ โดยผู้ป่วยสูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (WHO, 2007; Evans, et. al., 1998) 2) เพศ เพศชายผู้ที่มีสรีระร่างกายกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและความมั่นใจ เมื่อร่างกายเจ็บป่วยมักจะไม่นิยมให้ผู้ช่วยเหลือ จึงเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศหญิง (Hendrich, Nyhuis & Kipperbrock, 1995; Mion et al., 1989) 3) ประวัติการหกล้ม พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการหกล้มมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากขึ้น (Oliver et al., 2004; Conley, Schultz, & Selvin, 1999) 4) ความต้องการการใช้ลําในการสื่อสาร มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม จากปัญหาการสื่อสารและความไม่พร้อมเรื่องบุคลากรที่ทำหน้าที่ลําตลอดเวลา และ 5) ระยะห่างของประเทศที่อาศัยตามเส้นแบ่งเวลา (time zone) ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศที่ห่างจากประเทศไทยตามจำนวนเส้นแบ่งเวลามักจะมีการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันตามเวลาของประเทศนั้นๆ ผู้ป่วยที่มีการเดินทางโดยเครื่องบินข้ามเส้นแบ่งเวลามากกว่า 5 เส้นในระยะเวลาสั้น อาจมีอาการเมาเวลา (jet lag) ร่างกายต้องปรับตารางการใช้ชีวิตอย่างรวดเร็ว อาจมีปัญหาการนอนหลับ มีอาการอ่อนเพลีย อารมณ์แปรปรวน และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้ (Waterhouse, Reilly, Atkinson, & Edwards, 2007; Sack, 2010) มีรายงานวิจัยพบว่านักกีฬาชายที่เดินทางข้ามเส้นแบ่งเวลามากกว่า 6-8 เส้น ส่งผลต่อสมรรถนะของร่างกายลดลงและพบว่าการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้นตามจำนวนเส้นแบ่งเวลาที่เพิ่มขึ้น (Lemmer, Kern, Nold & Lohrer, 2002)

ปัจจัยภายใน หมายถึงปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ได้แก่ 1) สภาพจิตใจและอารมณ์ผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิดความหวาดระแวง ซึมเศร้า และขาดความระมัดระวัง (Hendrich, 2007; Oliver, Daly, Martin & McMurdo, 2004) 2) ความบกพร่องในการรับรู้ เป็นอุปสรรคในการสื่อสารและความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีรายงานวิจัยหลายฉบับที่ยืนยันว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ในการรับรู้ มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ (Hendrich, 2007; Oliver et al., 2004; Conley et al., 1999; Evans et al., 1998) 3) อาการวิงเวียน/บ้านหมุน (Hendrich, 2007) 4) ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย ท้องเสียและการถ่ายปัสสาวะบ่อยร่วมกับมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้ม (Lahmann et al., 2014) 5) การได้รับยา hypnotics/benzodiazepines เช่น lorazepam, alprazolam, diazepam เป็นต้น อาการข้างเคียงของยาทำให้มีอาการง่วงซึม อ่อนเพลีย มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับยา hypnotics/benzodiazepines มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม 1 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้รับยา (Krauss et al., 2005) 6) การได้รับยา anticonvulsants ฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการมึนงง สับสน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การลุกยืน การทรงตัว และมีวิจัยหลายฉบับที่พบว่าการได้รับยา anticonvulsants มีความสัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกหกล้ม (Krauss et al., 2005 ; Hendrich, Bender & Nyhuis, 2003; Hitcho et al., 2004; Passaro et al., 2000; Oliver et al., 1997) 7) ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและทรงตัว มีโอกาสสะดุดหรือหกล้มได้ง่าย (อภิฤดี จิระวิโรจน์, 2556) และพบว่า

มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม (Lahmann et al., 2014; Meijers, Halfens, Neyens, Luiking & Verlaan, 2012; Hendrich, 2007)

ปัจจัยภายนอก หมายถึงปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) การคาสาย/อุปกรณ์การแพทย์ เช่น การคาสายเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำมีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse, 2009) 2) การมีญาติหรือผู้ดูแลประจำ มีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม หรือเรียกเจ้าหน้าที่เพื่อขอความช่วยเหลือในการกิจกรรมต่างๆ การมีญาติหรือผู้ดูแลตลอดเวลาจึงช่วยลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยได้ (Krauss et al., 2005) 3) ระยะเวลาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่และจากความเหนื่อยล้าขณะนอนโรงพยาบาล (Evans et al., 1998) และ 4) ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง มีแนวโน้มเกิดการพลัดตกหกล้มได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ (Hendrich et al., 1995) การศึกษาครั้งนี้จึงทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน
3. เพื่อทำนายปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกสามารถทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง จากผลไปหาเหตุ (case-control) โดยการทบทวนเวชระเบียนจากผู้ป่วยที่มีประวัติพลัดตกหกล้ม (cases) และผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้มหรือกลุ่มควบคุม (control) ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชนระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2557 – เดือนธันวาคม พ.ศ.2559 ประชากร คือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ที่ได้รับการนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เกิดการพลัดตกหกล้มทั้งหมดในพ.ศ.2557 – พ.ศ.2559 จำนวน 200 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม (control) จำนวน 200 คน จากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number) อัตราส่วน 1:1 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในวันเดียวกันกับวันที่ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึกข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายเปิดโดยให้กรอกข้อความในช่องว่างและคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย 8 ข้อ ดังนี้ 1) อายุ (ปี) 2) เพศ (ชาย/หญิง) 3) ภาษาที่ใช้ (ระบุ) 4) การใช้ล้ามในการสื่อสาร (ใช้/ไม่ใช้) 5) ประเทศที่อาศัย (ระบุ) 6) ระยะห่างของประเทศที่อาศัยตามเส้นแบ่งเวลามากกว่า 5 เส้นแบ่งเวลา (ใช่/ไม่ใช่) โดยคำนวณจำนวนเขตเวลาของประเทศที่ผู้ป่วยอาศัยตามเวลาสากลเชิงพิกัด (Greenwich Mean Time หรือ Universal Time Coordinated) ลบกับค่า UTC ของประเทศไทย 7) ประวัติการพลัดตกหกล้ม (มี/ไม่มี)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายใน เป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับใหม่ ให้เลือกตอบมีหรือไม่มี ประกอบด้วย 8 ข้อ ดังนี้ 1) ภาวะจิตใจ/อารมณ์ผิดปกติ 2) อาการสับสน/มึนงง 3) อาการเวียนบ้านหมุน 4) ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะมากกว่าปกติ โดยเลือกตอบว่ามีกรณีผู้ป่วยมีปัญหาการในการกลั้นปัสสาวะอุจจาระ มีประวัติการได้รับยาขับปัสสาวะและยาระบาย 5) การได้รับยากลุ่ม hypnotics/ benzodiazepines 7) การได้รับยากลุ่ม anticonvulsants

8) มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวทรงตัว จากบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลเรื่องการประเมิน get up and go test (Mathias, Nayak & Lsaacs, 1986)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยภายนอก เป็นคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย 2 ข้อ ดังนี้ 1) มีญาติหรือผู้ดูแล (มี/ไม่มี) 2) ระยะวันนอนโรงพยาบาล (ภายใน 7 วัน/มากกว่า 7 วัน)

ส่วนที่ 4 ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการใช้แบบประเมิน The Hendrich II fall risk model (Hendrich et al., 2003) ประเมินจาก 8 ปัจจัยคือ 1) มีภาวะสับสน/มึนงง (4 คะแนน) 2) มีภาวะซึมเศร้า (2 คะแนน) 3) มีอาการวิงเวียนบ้านหมุน (1 คะแนน) 4) การขับถ่ายเปลี่ยนแปลง (1 คะแนน) 5) ได้รับยากลุ่มกันชัก (2 คะแนน) 6) ได้รับยากลุ่ม benzodiazepine (1 คะแนน) 7) เพศชาย (1 คะแนน) 8) ความสามารถในการเคลื่อนไหวทรงตัวจากท่านั่งเป็นยืน แบ่งเป็นลุกได้ทันทีด้วยตัวเอง (1 คะแนน) ผลักตัวเองแล้วลุก 1 ครั้ง (1 คะแนน) ออกแรงผลักมากกว่า 1 จนลุกได้ (3 คะแนน) และไม่สามารถลุกได้เองต้องมีคนช่วย (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคือคะแนนน้อยกว่า 5 คือระดับความเสี่ยงต่ำ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คือระดับความเสี่ยงสูง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์เกี่ยวกับอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้ 1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลจนถึงวันเกิดเหตุ 2) ลักษณะการพลัดตกหกล้ม 3) ระดับความรุนแรง 4) สถานที่เกิดเหตุการณ์ 5) เวลาที่เกิดเหตุการณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 0.97 และค่าความเที่ยงจากการสังเกตโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า inter rater reliability เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากประธานกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในวันที่ 21 ธันวาคม 2559 และจากประธานกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาล เลขที่ 232-02-17 Nh Exp ในวันที่ 7 มิถุนายน 2560

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2557 – เดือนธันวาคม พ.ศ.2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของอุบัติการณ์และระดับการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)
3. วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (simple logistic regression) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม และทำนายปัจจัยการเกิดการพลัดตกหกล้มโดยวิเคราะห์แบบถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 400 คน ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุเฉลี่ย 54 ± 17.87 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 51.0 เพศชายร้อยละ 54.8 เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มในระยะ 3 เดือนร้อยละ 6.3 ต้องการใช้ลามในการสื่อสารร้อยละ 30.5 และอาศัยอยู่ในประเทศที่มีระยะห่างจากประเทศไทยตามเส้นแบ่งเวลามากกว่า 5 เส้นแบ่งเวลาร้อยละ 36.0 ข้อมูลปัจจัยภายในพบสภาพจิตใจและอารมณ์ผิดปกติร้อยละ 6.8 การรับรู้บกพร่องร้อยละ 7.0 มีอาการวิงเวียนบ้านหมุนร้อยละ 14.0 ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะมากกว่าปกติร้อยละ 14.0 รับประทานยาในกลุ่ม hypnotics/benzodiazepines ร้อยละ 23.0 รับประทานยาในกลุ่ม anticonvulsants ร้อยละ 11.8 บกพร่องในการเคลื่อนไหวและทรงตัวร้อยละ 37.0 ข้อมูลปัจจัยภายนอกพบการคาสายหรืออุปกรณ์การแพทย์ร้อยละ 93.5 มีญาติหรือผู้ดูแลประจำร้อยละ 94.0 มีระยะวันนอนไม่เกิน 7 วันร้อยละ 57.3 และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูงร้อยละ 22.0

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน

จากกลุ่มตัวอย่างที่เกิดการพลัดตกหกล้มจำนวน 200 คน ส่วนมากเกิดการพลัดตกหกล้มหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 7 วันร้อยละ 53.0 เป็นการพลัดตกหกล้มจากปัจจัยด้านสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ เช่น ความบกพร่องในการทรงตัวและการได้รับยาร้อยละ 58.0 และเกิดเหตุขณะเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจากเตียงร้อยละ 29.5 โดยส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงอยู่ที่ระดับ 0 หรือไม่เกิดการบาดเจ็บร้อยละ 48.0 เป็นการพลัดตกหกล้มบริเวณเตียง/ข้างเตียงผู้ป่วยร้อยละ 38.00 และเกิดขึ้นในเวรตึก (23.01 - 07.00 น.) ร้อยละ 37.0 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ($p < 0.05$) จำแนกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการพลัดตกหกล้ม การใช้ลามในการสื่อสาร และระยะห่างของประเทศที่อาศัยตามเส้นแบ่งเวลา ปัจจัยภายใน ได้แก่ สภาพของจิตใจและอารมณ์ อาการสับสน/มึนงง อาการวิงเวียนบ้านหมุน ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ การรับประทานยาในกลุ่ม hypnotics/benzodiazepines, anticonvulsants และความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและทรงตัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีญาติหรือผู้ดูแลประจำระยะวันนอนโรงพยาบาล และระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายโอกาสการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีค่าผันแปรของการทำนายได้ถึงร้อยละ 62.0 ($R^2 = 0.62$) ได้แก่ 1) เพศชายมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศหญิง 2.25 เท่า 2) ประวัติการพลัดตกหกล้มในระยะ 3 เดือนมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม 6.72 เท่าเมื่อเทียบกับไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม 3) สภาพจิตใจและอารมณ์ผิดปกติมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 4.57 เท่าเมื่อเทียบกับสภาพจิตใจและอารมณ์ปกติ 4) ประวัติรับประทานยาในกลุ่ม hypnotics/ benzodiazepines มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็น 2.08 เท่าของการไม่มีประวัติได้รับยา 5) ประวัติรับประทานยาในกลุ่ม anticonvulsants มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 4.27 เท่าของการไม่มีประวัติได้รับยา 6) ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลประจำมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 6.09 เท่าของการมีญาติหรือผู้ดูแลประจำ และ 7) ระยะวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 11.86 เท่าของระยะวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์และระดับการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน (n=200)

ลักษณะการพลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลจนถึงวันเกิดเหตุ		
0 - 7 วัน	106	53.0
8 - 14 วัน	23	11.5
15 - 21 วัน	10	5.0
22 - 30 วัน	10	5.0
มากกว่า 30 วัน	51	25.5
ระดับความรุนแรง/การบาดเจ็บ		
ระดับ 0 ไม่เกิดการบาดเจ็บ	96	48.0
ระดับ 1 บาดเจ็บเล็กน้อย	86	43.0
ระดับ 2 บาดเจ็บปานกลาง	6	3.0
ระดับ 3 บาดเจ็บรุนแรง	11	5.5
ระดับ 4 เสียชีวิต	1	0.5
ลักษณะการพลัดตกหกล้ม		
จากอุบัติเหตุ	63	31.5
ปัจจัยด้านสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้	116	58.0
ปัจจัยด้านสภาพร่างกายที่คาดการณ์ไม่ได้	21	10.5
กิจกรรมที่ทำขณะเกิดการพลัดตกหกล้ม		
ขณะเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจากเตียง	59	29.5
ขณะเข้าห้องน้ำ (ล้างมือ / ลุก-นั่งโถชักโครก)	38	19.0
เดิน / ออกกำลังกาย	36	18.0
ขยับตัว / เอื้อมหยิบของบนเตียง	18	9.0
ขณะเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจากเก้าอี้ / รถเข็น	18	9.0
เดินไป-กลับจากห้องน้ำ	12	6.0
อื่นๆ	19	9.5
สถานที่เกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม		
บริเวณเตียง / ข้างเตียงผู้ป่วย	76	38.0
ในห้องน้ำ	47	23.5
ทางเดินภายในห้องผู้ป่วย	36	18.0
บริเวณเก้าอี้ / รถเข็น	17	8.5
ทางเดินนอกห้องผู้ป่วย	13	6.5
อื่นๆ	11	5.5
เวรการรักษายาบาล (shift) ที่เกิดการพลัดตกหกล้ม		
เวรเช้า (07.01-15.00 น.)	68	34.0
เวรบ่าย (15.01 -23.00 น.)	58	29.0
เวรตึก (23.01 – 07.00 น.)	74	37.0

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน (n=400)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		OR	95%CI	p value
	กลุ่มหกล้ม (n=200)	กลุ่มไม่หกล้ม (n=200)			
อายุ					<0.001*
น้อยกว่า 60 ปี	95 (40.25)	141 (59.75)	1		
60 ปีขึ้นไป	105 (64.02)	59 (35.89)	2.64	1.75-3.99	
เพศ					<0.001*
หญิง	65 (35.91)	116 (64.09)	1		
ชาย	135 (61.64)	84 (38.36)	2.87	1.91-4.31	
ประวัติการพลัดตกหกล้ม					0.002*
ไม่มี	21 (84.00)	4 (16.00)	1		
มี	179 (47.73)	196 (52.27)	5.75	1.94-7.07	
ต้องใช้ลําในการสื่อสาร					<0.001*
ไม่ต้องใช้	120 (43.17)	158 (56.83)	1		
ต้องใช้	80 (65.57)	42 (34.43)	2.51	1.61-3.90	
ระยะทางของประเทศที่อาศัยตามเส้นแบ่งเวลา					0.005*
น้อยกว่า 5 เส้น	73 (50.69)	71 (49.31)	1		
มากกว่า 5 เส้น	45 (55.56)	36 (44.44)	1.65	0.98-2.74	
จิตใจและอารมณ์มีความผิดปกติ					0.002*
ไม่มี	178(47.72)	195 (52.28)	1		
มี	22 (81.48)	5 (18.52)	4.82	1.79-13.00	
ความบกพร่องในการรับรู้					0.001*
ไม่มี	195 (52.42)	177 (47.58)	1		
มี	23 (82.14)	5 (17.86)	5.07	1.89-13.61	
มีอาการเวียนศีรษะ/บ้านหมุน					0.005*
ไม่มี	162 (47.09)	182 (52.91)	1		
มี	38 (67.86)	18 (32.14)	2.37	1.30-4.32	
มีความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ					<0.001*
ไม่มี	136 (44.74)	168 (55.26)	1		
มี	64 (66.67)	32 (33.33)	2.47	1.53-3.40	
ได้รับยาในกลุ่ม hypnotics/benzodiazepines					<0.001*
ไม่ใช่	130 (42.21)	178 (57.79)	1		
ใช่	70 (76.09)	22 (23.91)	4.36	2.57-7.40	
ได้รับยาในกลุ่ม anticonvulsants					<0.001*
ไม่ใช่	157 (44.48)	196 (55.52)	1		
ใช่	43 (91.49)	4 (8.51)	13.42	4.72-38.20	
ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและทรงตัว					<0.001*
ไม่ใช่	4 (33.33)	168 (66.67)	1		
ใช่	116 (78.38)	32 (21.62)	7.25	4.53-11.61	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน (n=400) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		OR	95%CI	p value
	กลุ่มหกล้ม (n=200)	กลุ่มไม่หกล้ม (n=200)			
การคาสายสวน/อุปกรณ์ทางการแพทย์					0.42
ไม่ใช่	11 (42.31)	15 (57.69)	1		
ใช่	189 (50.53)	185 (49.47)	1.39	0.62 – 3.11	
มีผู้ดูแลหรือญาติเฝ้าประจำ					0.02*
มี	182 (48.40)	194 (51.60)	1		
ไม่มี	18 (75.00)	6 (25.00)	3.20	1.24 - 8.23	
ระยะวันนอนโรงพยาบาล					<0.001*
ไม่เกิน 7 วัน	54 (23.58)	175 (76.42)	1		
มากกว่า 7 วัน	146 (85.38)	25 (14.62)	18.93	11.22–31.92	
ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการใช้แบบประเมิน					<0.001*
ระดับความเสี่ยงต่ำ	121 (38.78)	191 (61.22)	1		
ระดับความเสี่ยงสูง	79 (89.77)	9 (10.23)	13.86	6.70 - 28.64	

*p<0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน (n=400)

ปัจจัย	Coefficient	OR	95 % CI	p value
อายุมากกว่า 60ปี	0.28	1.33	0.73-2.42	0.36
เพศชาย	0.91	2.25	1.36-4.52	0.003*
มีประวัติการพลัดตกหกล้มในระยะ 3 เดือน	1.90	6.72	1.66-27.12	0.007*
ต้องใช้ลําในการสื่อสาร	0.29	1.33	0.68-2.60	0.41
ระยะห่างของประเทศที่อาศัยมากกว่า 5 time zone	-0.08	0.92	0.43-1.99	0.83
มีจิตใจและอารมณ์มีความผิดปกติ	1.52	4.57	1.13-18.55	0.03*
มีความบกพร่องในการรับรู้	-1.05	0.35	0.72-1.70	0.19
มีอาการวิงเวียนศีรษะ/บ้านหมุน	0.71	2.03	0.83-4.92	0.12
มีความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ	-0.16	0.85	0.37-1.95	0.70
ได้ยาในกลุ่ม hypnotics/ benzodiazepines	0.73	2.08	1.00- 4.33	0.05*
ได้ยาในกลุ่ม Anticonvulsants	1.45	4.27	1.19-15.35	0.03*
มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและทรงตัว	0.60	1.83	0.84-3.99	0.13
ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลเฝ้า	1.80	6.09	1.86–19.94	0.003*
ระยะวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน	2.53	11.86	6.07-14.25	<0.001*
มีระดับความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม	1.27	3.55	0.89-14.34	0.07

* p<0.05, Constance = -2.68, Log likelihood = 304.31, Pseudo R² (Nagelkerke R²) = 0.62

อภิปรายผล

การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 7 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ปัจจัยด้านสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ (anticipated physiology) เป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มพบได้มากที่สุด (Morse, 2009) สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผลของการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทรงตัว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ และการได้รับยาที่มีผลต่อการทรงตัวหรือกระตุ้นให้ร่างกายต้องมีการเคลื่อนไหวที่เป็นต้น โดยอุบัติการณ์มากกว่าครึ่งเกิดในช่วงเวรบายและดึก อาจเป็นเพราะเป็นช่วงเวลาที่มิมีจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับเวรเช้าทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง เมื่อผู้ป่วยต้องลุกเข้าห้องน้ำเองโดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือจึงมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุ เพศชาย มีประวัติการพลัดตกหกล้ม ต้องใช้ลามในการสื่อสารและระยะห่างของประเทศที่อาศัยตามเส้นแบ่งเวลามากกว่า 5 เส้นแบ่งเวลา มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม อาจเป็นเพราะผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เสื่อมตามวัย เพศชายเป็นเพศที่มีความแข็งแรง มีบุคลิกที่มีความมั่นใจ ไม่ขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ (Hendrich et al., 2003) ผู้ป่วยที่มีประวัติการพลัดตกหกล้มจะมีอาการกลัวการหกล้มซ้ำทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหวหรือทรงตัว ต้องใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวหรือเดิน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ส่วนผู้ป่วยต่างชาติที่ต้องใช้ลามและหรือเดินทางมาจากประเทศที่มีระยะห่างจากประเทศไทยตามเส้นแบ่งเวลามากกว่า 5 เส้นแบ่งเวลา ย่อมมีความแตกต่างทั้งด้านภาษาในการสื่อสารและช่วงเวลาของการดำเนินชีวิตประจำวัน การเดินทางโดยเครื่องบินผ่านเส้นแบ่งเวลาเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเมาเวลาและอ่อนเพลียจากการเดินทาง อาจทำให้มีอาการหงุดหงิด วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับในเวลากลางคืน ส่งผลให้มีอาการง่วงซึมในเวลากลางวัน และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้ การสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ปัจจัยภายในเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักของการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ผิดปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่ม hypnotics/ benzodiazepines และยา กลุ่ม anticonvulsants อาการข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงง ง่วงซึม ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มจากสภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานช่วงระยะพักฟื้นจากความเจ็บป่วยจะมีกิจกรรมการฟื้นฟูต่างๆที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพยาบาลเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงมีความสำคัญ ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงของโรคและอาการ การวางแผนการดูแลเฉพาะราย และการมีส่วนร่วมของญาติหรือมีผู้ดูแล (Krauss et al., 2005)

การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มส่งผลต่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินที่ใช้ควรมีความแม่นยำและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจากการศึกษาพบว่าปัจจุบันแบบประเมินส่วนใหญ่เน้นที่ปัจจัยภายในหรือสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นหลัก อย่างไรก็ตามปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยส่งเสริมการพลัดตกหกล้มที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจึงต้องมีการประเมินครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เพื่อสามารถวางแผน

การพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติและการบริหารการพยาบาล

1.1 การวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มและสามารถทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มได้แก่ เพศ ประวัติการพลัดตกหกล้ม สภาพจิตใจและอารมณ์ การได้รับยา กลุ่ม hypnotics/benzodiazepines และยา กลุ่ม anticonvulsants การไม่มีผู้ดูแลหรือญาติเฝ้าประจำ ระยะวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน ดังนั้นควรพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัจจัยด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเอกชน

1.2 ควรวางแผนการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล เรื่องการประเมินความเสี่ยงและวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเอกชน

2. ด้านการศึกษาวิจัย

2.1 ควรออกแบบการวิจัยในรูปแบบการพัฒนาและศึกษาผลการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเอกชน

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เฉพาะเจาะจงกับปัจจัยเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

- ทิพเนตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุปรีดา มั่นคง (2554). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*. 17(1), 108 -125.
- ธารทิพย์ คนตรง, นงนุช แยมวงษ์, นฤมล คงสาคร, และสายรุ้ง ดินก. (2553). *การพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย*. สืบค้นจาก http://ir.swu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/2630/Tantip_T_R402798.pdf?sequence=1
- สอาด พิมพ์ปติมา, อรสา อุณหเลขกะ, ลำปาง พันธุ์จิบสิงห์, นุชนาฏ กิตติสิน, จีรพันธุ์ คำโสภา, ฉันทนา ธนีสสร, และคณะ. (2548). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการประเมินหาระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(1), 75 - 87.
- อภิฤดี จิระโรจน์. (2556). *การศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). *Preventing Falls in Hospitals A Toolkit for Improving Quality of Care*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>.

- American Nurse Association. (2007). Measuring fall program outcomes. *Online Journal of issues in Nursing*, 12(2). Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No2May07/ArticlePreviousTopic/MeasuringFallProgramOutcomes.html>.
- Conley, D., Schultz, A., & Selvin, R. (1999). The Challenge of Predicting Patient at Risk for Falling: Development of the Conley Scale. *Medsurg Nursing*, 8(6), 348-354.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., Wood, J., & Kowanko, I. (1998). Fall in acute hospitals a systematic review. *The Joanna Briggs Institute for Evidence Base Nursing and Midwifery*, Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Brent_Hodgkinson/publication/253874155_Falls_in_Acute_Hospitals_ASystematic_Review/links/552b63350cf29b22c9c1a8d0.pdf.
- Hendrich, A., Nyhuis, A., & Kipperbrock, T. (1995). Hospital falls: Development of predictive model for clinical practice. *Applied Nursing Research*, 8(3), 129-139.
- Hendrich, A., Bender, P., & Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A Large Concurrent Case/Control Study of Hospitalized Patients. *Applied Nursing Research*, 16(1), 9-21.
- Hendrich, A. (2007). Predicting Patient Falls: Using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50-58.
- Hitcho, E., Krauss, M., Birge, S., Dunagan, W.C., Fischer, I., & Johnson, S. (2004). Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting. *Journal of General International Medicine*, 19, 732-739.
- Krauss, M.J., Evanoff, B., Hitcho, E., Ngugi, K.E., Dunagan, W.C., Fischer, I., ... Fraser, V.J. (2005). A Case-control Study of Patient, Medication, and Care-related Risk Factors for Inpatient Falls *Journal of General International Medicine*, 20(2), 116-122.
- Lahmann, N., Tannen, A., Kuntz, S., Raeder, K., Schmitz, G., & Dassen, T. (2014). Mobility is the key, Trends and associations of common care problems in German long-term care facilities from 2008 to 2012. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 167-174.
- Lemmer, B., Kern, R.I., Nold, G., & Lohrer, H. (2002). Jet lag in athletes after eastward and westward time-zone transition. *Chronobiology International*, 19(4), 743-764.
- Mathias, S., Nayak, U.S., & Lsaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: the “get-up and go” test. *Arch Phys Med Rehabil*, 76, 387-389.
- Meijers, J., Halfens, R., Neyens, J., Luiking, Y., & Verlaan, G. (2012). Predicting falls in elderly receiving home care: The role of malnutrition and impaired mobility. *The journal of nutrition, Health Aging*, 16(7), 645-658.

- Mion, L., Gregor, S., Buettner, M., Chwirschak, D., Lee, O., & Paras, W. (1989). Falls in the Rehabilitation Setting: Incidence and Characteristics. *Rehabilitation Nursing*, 14(1), 7-22.
- Morse, J.M. (2009). Preventing patient falls: Establishing a Fall Intervention program (2nd ed.). New York: Springer.
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., & Martin, F.C. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case-control and cohort studies. *British Medical Journal*, 315, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1049>
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F., & McMurdo, M. E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*, 33, 122–130.
- Perell, K., Nelson, A., Goldman, R., Luther, S., Lewis, N. P., & Rubenstein, L. (2001). Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review. *The Journal of Gerontology*, 56(12), 761-766.
- Passaro, A., Volpato, S., Romagnoni, F., Manzoli, N., Zuliani, G., & Fellin, R. (2000). Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(12), 1222-1229.
- Sack, R. (2010). Clinical Practice Jet Lag. *The New England Journal of Medicine*, 362, 440-447.
- The Joint Commission International. (2015). *Sentinel Event Alert: A complimentary publication of The Joint Commission*, Retrieved from http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_55.pdf.
- Waterhouse J., Reilly T., Atkinson G., & Edwards B. (2007). Jet lag: trends and coping strategies. *Lancet*, 369, 1117–1129.
- World Health Organization. (2004). *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ในพยาบาลวิชาชีพ

Factors associated with musculoskeletal disorder prevention behaviors in professional nurse

ขวัญหทัย โยธิกุล* ดร.สมคิด ปราบภัย**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 363 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2560 – ธันวาคม พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความผิดปกติกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง และแบบสอบถามปัจจัยสาเหตุภายในตัวบุคคลต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคการป้องกัน สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกัน และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกัน เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ภายภาพบำบัด และพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงหรือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามปัจจัยสาเหตุภายในตัวบุคคลเท่ากับ 0.79, 0.87, 0.75, 0.80, 0.85, 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแคว์ และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเส้นตรง

ผลการศึกษาพบอัตราความชุกของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกร้อยละ 79.1 และพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ร้อยละ 14.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ($p < 0.05$) ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกปฏิบัติงานพยาบาลและระยะเวลาทำงานต่อสัปดาห์ และปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก โดยปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 23.4

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน / โรคกล้ามเนื้อและกระดูก / พยาบาลวิชาชีพ

*นักศึกษาปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** Corresponding author, อาจารย์ สาขาวิชาสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Abstract

The research aimed to study the prevalence rate of musculoskeletal diseases (MSD) and factors associated with MSD prevention behavior in professional nurses. The research was conducted with cross-sectional analytic study design. The samples were 363 professional nurses in Vajira Hospital. The questionnaires were personal information, musculoskeletal symptoms, and health belief including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, course of action, self-efficacy and prevention behaviors with musculoskeletal disorder. Content validity was analyzed by 5 experts of professional nurses, physical therapist and behaviorist. Reliability of health belief questionnaire were 0.79, 0.87, 0.75, 0.80, 0.85, 0.85 and 0.88 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and multiple linear regression.

The results showed that prevalence rate of musculoskeletal diseases among profession nurse were 79.1%. The MSD prevention behavior were 14.6%. Factor of personal with MSD prevention behaviors were department of nursing and working hours per week. Factors associated with MSD prevention behaviors were perceived susceptibility, perceived barriers and self-efficacy behaviors. All four factors predicted the prevalence of prevention of MSD in professional nurses by 23.4%

key words: behaviors prevention / musculoskeletal disorder / professional nurse

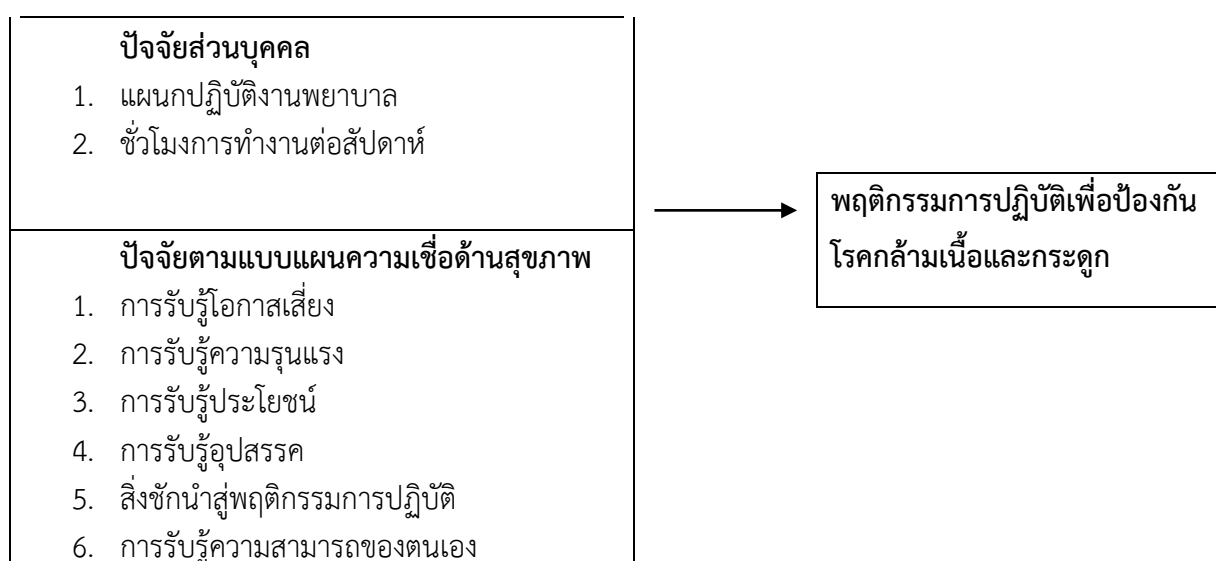
บทนำ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนตลอดเวลา จากลักษณะการทำงานที่ต้องออกแรงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและมีการทำงานซ้ำๆติดต่อกันเป็นเวลานาน ตลอดจนท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และมีการบิดเอี้ยวตัวก้มตัวขณะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ในประเทศไนจีเรียพบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกร้อยละ 78 (Tinubu, Mbada, Oyeyemi, & Fabunmi, 2010) และประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลได้รับบาดเจ็บจากการทำงานมากเป็นอันดับ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกร้อยละ 56.3 (ธเนศ, 2547) และในปี พ.ศ. 2552 ผลการศึกษาแบบย้อนหลังพบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในช่วง 7 วันแรกและ 12 เดือนร้อยละ 87.3 และร้อยละ 81.1 ตามลำดับ (นุชนารถ, 2552) ปัญหาการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจึงเป็นสาเหตุให้พยาบาลวิชาชีพทำงานมากถึงร้อยละ 52 (Rutkowski, 2016) ในประเทศออสเตรเลียพบว่า การบาดเจ็บเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นสาเหตุให้พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 71 ลาออกจากงานและร้อยละ 25 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยส่งผลกระทบต่อการจ้างงานและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรงได้แก่ การสูญเสียเวลาทำงาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เสียค่าจ้างทดแทนในระหว่างขาดงาน สูญเสียเงินกองทุนประกันสุขภาพ ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ การลาออกจากงาน การเปลี่ยนงาน การชดเชยค่าจ้าง และผลประโยชน์การลดลง โดยพบว่าผลผลิตมวลรวมภายในประเทศต้องนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาการบาดเจ็บทุพพลภาพจากการทำงานประมาณร้อยละ 4 (Nur Azma, Rusli, Noah, Oxley & Quek, 2016)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง สภาพแวดล้อมการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่บริหารงาน ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ อายุ และน้ำหนักตัวของพยาบาลวิชาชีพ (ธเนศ, 2547; นุชนารถ, 2552; Thinkhamrop & Laohasiriwong, 2015) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากหัวหน้าทีม เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกครอบครัว ชั่วโมงการทำงาน การจัดระบบการทำงาน การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (กัญญฐิพิมพ์, 2558; Sunate, 2004) เนื่องจากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัจจัยสาเหตุที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยตรง การวิเคราะห์พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในกระบวนการวางแผนงานสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยสาเหตุภายในตัวบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งชี้ถึงภาระงานโดยตรง ได้แก่ แผนกปฏิบัติงานพยาบาล และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) องค์ประกอบดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (perceived benefit) การรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่าย (perceived barriers) สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการปฏิบัติ (cure of action) และการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศิริพยาบาลและไม่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุบริเวณกล้ามเนื้อหรือกระดูกจำนวน 363 คน (อรุณ, 2553) คำนวณจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 982 คน และจากการคาดการณ์ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 30 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการสุ่มหน่วยงานแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ตามสัดส่วนหน่วยงานจาก 9 สาขาการพยาบาล และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงานอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยงานคำนวณจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน และจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดใน 9 สาขาการพยาบาล ได้แก่ 1) อายุรกรรม 40 คน 2) ออร์โธปิดิกส์ 15 คน 3) สูติรีเวชกรรม 34 คน 4) ผู้ป่วยวิกฤต 71 คน 5) ห้องผ่าตัดและวิสัญญี 43 คน 6) กุมารเวชกรรม 38 คน 7) ศัลยกรรม 44 คน 8) ผู้ป่วยพิเศษ 41 คน และ 9) ผู้ป่วยนอก 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมหรือดัดแปลงจากแบบประเมินที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย แผนกปฏิบัติงานพยาบาลและชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์

ตอนที่ 2 การประเมินความผิดปกติกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Question) ของคูรินกาและคณะ (Kuorinka al., 1987) ลักษณะการวัดเป็นแผนภาพ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุตำแหน่งที่เกิดอาการปวด เจ็บ เมื่อย ล้า เคล็ด ตึง อักเสบ บวม แสบ ชาและผลกระทบจากอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกดังกล่าว

ตอนที่ 3 ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วย 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับต่ำหรือคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับสูงหรือคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วย 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ระดับการรับรู้ความรุนแรง แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำหรือคะแนนน้อยกว่า 7 และการรับรู้ระดับสูงหรือคะแนนเท่ากับ 7 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วย 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 3 ระดับคือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ระดับการรับรู้ประโยชน์แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำหรือคะแนนน้อยกว่า 5 คะแนนและและการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงหรือคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วย 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับการรับรู้อุปสรรคแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคระดับน้อยหรือคะแนนน้อยกว่า 40 คะแนน และการรับรู้อุปสรรคระดับมากหรือคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 5 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วย 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่าง ระดับสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยหรือคะแนนน้อยกว่า 32 คะแนน และระดับมากหรือคะแนนตั้งแต่ 32 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำหรือคะแนนน้อยกว่า 32 คะแนนและและระดับสูงหรือคะแนนตั้งแต่ 32 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่พฤติกรรมการป้องกันที่ไม่เหมาะสมหรือคะแนน 74 คะแนน และพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมหรือคะแนนตั้งแต่ 74 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจความถูกต้องของเครื่องมือ (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.789, 0.868, 0.751, 0.799, 0.846, 0.848, 0.878 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามรหัสโครงการเลขที่ 123/60 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเอง โดยสามารถเลือกไม่ตอบแบบสอบถามในการวิจัยได้

วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจกและอธิบายแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจง และกำหนดการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนภายใน 1 สัปดาห์ โดยเก็บใส่ซองปิดผนึกเพื่อเป็นการรักษาความลับของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปและคะแนนปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของพยาบาลวิชาชีพด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ (chi-square) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (multiple linear regressions) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และทำนายปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ เพศหญิงร้อยละ 97.8 อายุระหว่าง 21-30 ปีร้อยละ 53.4 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติร้อยละ 55.1 ชั่วโมงการทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ร้อยละ 57.6 และปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมร้อยละ 19.0 (ตารางที่ 1) มีอัตราความชุกการเกิดอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกร้อยละ 79.0 โดยตำแหน่งที่มีอาการผิดปกติมากที่สุด คือหลังส่วนล่างร้อยละ 54.8 (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก (ตารางที่ 3) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 65.8 รับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในระดับต่ำร้อยละ 73.6 รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในระดับสูงร้อยละ 73.0 โดยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการทำงานในท่าที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐาน และการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง สามารถป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 84.0 แต่รับรู้สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในระดับมากร้อยละ 90.4 โดยหากมีสิ่งจูงใจ เช่น เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานคอยกระตุ้นเตือน หรือแพทย์ให้คำแนะนำ คาดว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้ สอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.4 ส่วนใหญ่เชื่อมั่นในตนเองว่าเมื่อเกิดปัญหาจากการทำงานจะปรึกษาเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างานเพื่อช่วยแก้ไขปัญหามา

ผลศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติที่เป็นประจำ ได้แก่ การทำงานวันละไม่เกิน 8 ชั่วโมง การตรวจสอบพื้นที่ให้สะอาดก่อนการเคลื่อนย้ายวัสดุ/อุปกรณ์หรือผู้ป่วยทุกครั้ง ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อต้องเคลื่อนย้ายวัสดุอุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมากกว่า 25 กิโลกรัม มีการวางแผนการทำงานก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง แต่มีพยาบาลที่ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้เพียงร้อยละ 55.4 ร้อยละ 55.2 ร้อยละ 49.6 และร้อยละ 44.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.4 จึงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=363)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	2.2
หญิง	355	97.8
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	194	53.4
31-40 ปี	79	21.8
41-50 ปี	52	14.3
51-60 ปี	38	10.5
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	33.15±10.18	
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.50	49	13.5
18.50-22.99	200	55.1
25.00-29.99	94	25.9
มากกว่า 30	20	5.5
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	56.25±11.31	
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์		
ไม่เกิน 48 ชั่วโมง	154	42.4
มากกว่า 48 ชั่วโมง	209	57.6
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	68.89±40.78	
แผนกปฏิบัติงานพยาบาล		
อายุรกรรม	44	12.1
ออร์โธปิดิกส์	19	5.2
สูตินรีเวช	33	9.1
ผู้ป่วยวิกฤต	59	16.3
ห้องผ่าตัดและวิสัญญี	40	11.0
กุมารเวชกรรม	28	7.7
ศัลยกรรม	69	19.0
ผู้ป่วยพิเศษ	46	12.7
ผู้ป่วยนอก	25	6.9

ตารางที่ 2 อัตราความชุกและความถี่ของการเกิดอาการผดผื่นของกล้ามเนื้อและกระดูก จำแนกตามตำแหน่งร่างกายที่มีอาการผดผื่นของพยาบาลวิชาชีพ (n=363)

ตำแหน่งร่างกาย ที่มีอาการ ผดผื่น	อัตราความชุกของอาการ ผดผื่นของกล้ามเนื้อ และกระดูก (ร้อยละ)	ความถี่การเกิดอาการผดผื่น (ร้อยละ)			
		1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	วันละ 1 ครั้ง	มากกว่า วันละ 1 ครั้ง
หลังส่วนล่าง	54.8	60.3	23.6	8.5	7.5
ไหล่ ขวา	49.9	65.2	24.3	5.0	5.5
คอ	46.6	71.6	18.3	4.7	5.3
ไหล่ ซ้าย	45.5	65.5	23.6	6.1	4.8
ขาต่อหน้าขา	37.7	53.3	32.1	8.0	6.6
เข่าขวา	36.6	65.4	23.3	4.5	6.8
ขาต่อหน้าซ้าย	36.6	54.1	31.6	8.3	6.0
เข่าซ้าย	34.7	67.5	23.0	4.8	4.8
เท้า/ข้อเท้าขวา	33.6	60.7	25.4	9.8	4.1
หลังส่วนบน	33.3	74.4	19.0	5.0	1.7
เท้า/ข้อเท้าซ้าย	33.1	60.8	24.2	11.7	3.3
ข้อมือ/มือขวา	31.1	76.1	15.9	2.7	5.3
ขาต่อบนขวา	30.6	73.0	18.0	5.4	3.6
สะโพก	29.8	64.8	26.9	5.6	2.8
ขาต่อบนซ้าย	29.5	73.8	18.7	4.7	2.8
ข้อมือ/มือซ้าย	28.3	77.9	16.8	2.1	3.2
แขนบนขวา	24.5	77.5	18.0	2.2	2.2
แขนบนซ้าย	21.8	78.5	15.2	3.8	2.5
แขนต่อหน้าขวา	16.3	84.7	10.2	3.4	1.7
แขนต่อหน้าซ้าย	15.2	83.6	9.1	3.6	3.6
ข้อศอกขวา	8.0	86.2	6.9	3.4	3.4
ข้อศอกซ้าย	7.2	69.2	15.4	3.8	11.5

ตารางที่ 3 การจำแนกคะแนนปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=363)

ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง		
ระดับต่ำ	239	65.8
ระดับสูง	124	34.2
การรับรู้ความรุนแรง		
ระดับต่ำ	276	73.6
ระดับสูง	96	26.4
การรับรู้ประโยชน์		
ระดับต่ำ	98	27.0
ระดับสูง	265	73.0
การรับรู้ความอุปสรรค		
ระดับน้อย	305	84.0
ระดับมาก	58	16.0
สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการปฏิบัติ		
ระดับน้อย	35	9.6
ระดับมาก	328	90.4
การรับรู้ความสามารถของตนเอง		
ระดับต่ำ	35	9.6
ระดับสูง	328	90.4

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ แผนกปฏิบัติงานพยาบาลและระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์ โดยแผนกที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่เหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ ศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤต และอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.3, 15.8 และ 12.9 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 4)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค สิ่งชัก นำสู่การปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองเกิดโรคกล้ามเนื้อ และกระดูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก โดยปัจจัย ทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 23.4 ($R^2 = 0.234$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค		p-value
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
แผนกปฏิบัติงานพยาบาล			
ศัลยกรรม	63 (20.3)	6 (11.3)	0.01*
ผู้ป่วยวิกฤต	49 (15.8)	10 (18.9)	
อายุรกรรม	40 (12.9)	4 (7.5)	
ผู้ป่วยพิเศษ	37 (11.9)	9 (17.0)	
ห้องผ่าตัดและวิสัญญี	35 (11.3)	5 (9.4)	
สูตินรีเวช	26 (8.4)	7 (13.2)	
กุมารเวชกรรม	26 (8.4)	2 (3.8)	
ผู้ป่วยนอก	23 (7.4)	2 (3.8)	
ออโรโธปิดิกส์	11 (3.5)	8 (15.1)	
ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์			
ไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	125 (40.3)	29 (54.7)	0.05*
มากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	185 (59.7)	24 (45.3)	

*p-value<0.05

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

ปัจจัย	B	Std.Error	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-0.59	0.24	-2.43	<0.001*
การรับรู้ความอุปสรรค	0.18	0.08	2.17	0.06*
สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการปฏิบัติ	0.50	0.14	3.69	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.72	0.09	7.38	<0.001*
ค่าคงที่	24.87	4.18	5.94	<0.001*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาอัตราความชุกของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงคือร้อยละ 79.1 พบว่าอยู่ในระดับใกล้เคียงกับประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น รายงานพยาบาลวิชาชีพเป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศไนจีเรียร้อยละ 78 และประเทศจีนร้อยละ 77.43 (Bolanle, 2010) โดยพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 7.2 – 54.6 มีอาการผิดปกติของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกตามส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่างมีอาการผิดปกติมากที่สุด (ร้อยละ 54.6) รองลงมาคือไหล่ขวา (ร้อยละ 49.9) คอ (ร้อยละ 46.6) ไหล่ซ้าย (ร้อยละ 45.5) และขาพ่อนล่างขวา (ร้อยละ 37.7) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yan (2017) ที่พบว่าบริเวณที่มีอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด คือหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 62.71) คอ (ร้อยละ 59.77) ไหล่ 49.66 และหลัง (ร้อยละ 39.50) ตามลำดับ โดยผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลของ Sunate (2004) พบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76 เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษากฎการตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับอัตราความชุกของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ดีเพียงร้อยละ 14.6 ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

อย่างไรก็ตามการที่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ ระดับสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 85.4 อาจเนื่องมาจากลักษณะงานทางการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติให้สำเร็จได้ทันเวลาอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงและเป็นงานที่รับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (ชลาลัย, 2552)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งสอดคล้องในกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลของ Sunate (2004) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าตึก เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกครอบครัว ทศนคติ การศึกษาครั้งนี้พบว่าการขาดปัจจัยภายในดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากขาดพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อเป็นแนวทางป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ดังนี้

1. ควรส่งเสริมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูก โดยการจัดอบรมอาชีวอนามัยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน
2. สร้างแรงสนับสนุนในการปฏิบัติจากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ในการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน หรือการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เพื่อเป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ดี และเป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในพยาบาลวิชาชีพ
3. สร้างความตระหนักในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนถึงความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

เอกสารอ้างอิง

- กัญญ์ฐพิมพ์ บำรุงวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล). สืบค้นจาก http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/29_no1/2kanthaphim.pdf.
- ชลาลัย ทองพูล. (2552). การบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานและพฤติกรรมเสี่ยงจากการประกอบอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). สืบค้นจาก http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/fulltext.php?id=20079&word=2552&check_field=YEAR&select_study=NUOH&condition=2&search=9&philosophy=&master=
- ธเนศ สิ้นส่งสุข. (2547). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). สืบค้นจาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/2483>
- นุชนารถ กันธิยะ. (2552). กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพ. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*. 2(4): 354-385.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kibom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., & Jorgensen, K. (1987). Standardised Nordic Questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237

- Nur Azma, B.A., Rusli, B.N., Noah, R.M., Oxley, J.A., & Quek, K.F. (2016). Work Related Musculoskeletal Disorders in Female Nursing Personnel: Prevalence and Impact. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 8(3), 294-315. Retrieved from <http://internalmedicine.imedpub.com/work-related-musculoskeletal-disorders-in-female-nursing-personnel-prevalence-and-impact.php?aid=9789>
- Ping, Y. & L. Fuye. 2017. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in the Nurses Working in Hospitals of Xinjiang Uygur Autonomous Region. *Pain Research and Management*. Retrieved from <http://doi.org/10.1155/2017/5757108>
- Rutkowski, E.M. & Velez, A. (2016). A program to reduce musculoskeletal disorders and promote health in nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*. 6(10), 88-92. Retrieved from <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/9012/5858>
- Thinkhamrop, W. & Laohasiriwong, W. (2015). Factors Associated with Musculoskeletal Disorders among Registered Nurses: Evidence from the Thai Nurse Cohort Study. *Kathmandu Univ Med J*, 13(51), 238-243.
- Tinubu, B. M., Mbada, C. E., Oyeyemi, A. L., & Fabunmi, A. A. (2010). Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Retrieved from <http://doi.org/10.1186/1471-2474-11-12>
- Sunate Wongthankit. 2004. *Factors Related to Low Back Pain Preventive Behavior Among Nursing Personnel in Governmental Hospitals Nonthaburi Province*. (Master of Science, Mahidol University).
- Yan, P., Li, F., Zhang, L., Yang, Y., Huang, A., Wang, Y., & Yao, H. (2017). Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in the Nurses Working in Hospitals of Xinjiang Uygur Autonomous Region. *Pain Research and Management*, Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2017/5757108>

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย Effect of participation in supporting language development program towards knowledge and self-efficacy of pre-school care giver

อรุณศรี กัณวเศรษฐ* ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี** สุภาวดี เครือโชติกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เปรียบเทียบความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และ 2) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า พัฒนาโปรแกรมฯตามแนวคิดของโคเฮนและอ์ฟฮอฟ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 21 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย ระยะเวลาในการในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 ครั้งต่อสัปดาห์รวม 5 สัปดาห์ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในโปรแกรมฯ

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเด็กก่อนเข้าโปรแกรมฯเท่ากับ 8.76 ± 2.49 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเท่ากับ 11.57 ± 2.71 ($p < 0.001$) และผลการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กก่อนเข้าโปรแกรมฯเท่ากับ 71.57 ± 16.77 และหลังเข้าโปรแกรมฯเท่ากับ 78.80 ± 13.03 ($p = 0.13$) ผลความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.62$) มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมฯมาให้บริการในหน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยเน้นผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ความรู้ การรับรู้ความสามารถ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา

Abstract

This quasi-experimental study was one group pre-test post-test design. Three objectives were; 1) to compare the knowledge of care giver, 2) to compare the perceived self-efficacy of care giver, and 3) to find out the satisfaction of care giver in participating

*นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

***รองศาสตราจารย์ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

the promoting delayed language program for pre-school. The program was developed according to the concept of Cohen and Uphoff. The 21 purposive sample were volunteer for 5 trainings in the series for 5 weeks. Each training was about 60 minutes. There were 2 sets of measurements; 1) supporting language development program, and 2) measurement for data collection; personal data, test for knowledge, test for perceived self- efficacy, and satisfaction.

The findings revealed the average and standard deviation of knowledge for pre-test at 8.76 ± 2.49 and post-test at 11.57 ± 2.71 ($p < 0.001$). The perceived self-efficacy were increased from 71.57 ± 16.77 to 78.80 ± 13.03 ($p = 0.13$). The satisfaction of the care-giver towards the program was the maximum level ($\bar{x} = 4.62$). The implication of the study reflects the application of the program for the Division of Developmental and Behavioral, Vajira Hospital.

Key Words: participation / knowledge / perceived self-efficacy / care-giver of pre-school child / promoting delayed language

บทนำ

เด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าหรือภาวะพูดช้า หมายถึง เด็กอายุ 2 ขวบที่ยังไม่เริ่มพูดเป็นคำที่มีความหมายหรือเด็กอายุ 18 เดือนยังไม่พูดเป็นคำที่มีความหมายร่วมกับยังไม่สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ (นิตยา คชภักดี, 2551) ส่วนมากพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 2 - 3 เท่า (จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, 2559) อัตราเด็กวัยปฐมวัยที่มีความล่าช้าในด้านพัฒนาการ พ.ศ. 2558 ในประเทศไทย พบถึง ร้อยละ 14.99 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยพัฒนาการที่ล่าช้าส่วนใหญ่คือ ด้านภาษา ที่เป็นพื้นฐานของสติปัญญาและสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก (สกวรัตน์ เทพรักษ์, ภกัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สืบนุช และจารุณี จตุรพรเพิ่ม, 2557; มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2557) ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการและดูแลเด็กเหล่านี้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือสามารถช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ แต่การดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า มีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องใช้เวลายาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม จากความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้า (รังสิณี ผลาภิรมย์, ทศนี ประสบกิตติคุณ และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2553) เกิดความเครียดและความวิตกกังวล (ยุพา สัมฤทธิ์มีผล, 2535) และเกิดความเครียดในชีวิตสมรส (รสนิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) จนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กได้อย่างต่อเนื่อง (นพวรรณ บัวทอง, 2549) เป็นเหตุให้ผู้ดูแลอาจละเลยต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็ก ทำให้พัฒนาการด้านภาษาของเด็กไม่ก้าวหน้า และมีความล่าช้ากว่าเดิมมากขึ้น บทบาทพยาบาลจึงจำเป็นต้องสนับสนุนผู้ดูแลให้เข้ามีส่วนร่วมในการต่อสู้กับปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และเกิดความเชื่อมั่นตนเองในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมายมีความสำคัญในการติดต่อระหว่างบุคคล เพื่อแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของตน ตลอดจนการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น โดยผ่านกระบวนการรับรู้ แปลความหมาย ตัดสินใจ และแสดงออกเป็นภาษาพูด เขียน หรือท่าทางก็ได้ (นิตยา คชภักดี, 2551) เด็กพัฒนาการภาษาล่าช้า จึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ เพราะมีข้อจำกัดในการเข้าใจภาษาและ

การใช้ภาษา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากผู้ดูแล โดยผู้ดูแลควรได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ดูแล เพื่อสามารถนำความรู้ที่มีอยู่ออกมาใช้พัฒนาและดูแลเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษาของ นพวรรณ บัวทอง (2549) เรื่องอุปสรรคของผู้ดูแลในการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการช้าในในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องพัฒนาการของเด็กร้อยละ 93.2 ขาดความชำนาญร้อยละ 93.2 ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติร้อยละ 84.9 เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ร้อยละ 73.9 ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามการส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กได้อย่างต่อเนื่อง

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ถือได้ว่าเป็นภาระที่หนักและยากลำบาก และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว และเศรษฐกิจ ทั้งนี้ขึ้นกับระยะเวลาในการดูแลเด็กและระดับความผิดปกติทางพัฒนาการของเด็ก (Plant & Sander, 2007) โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กแบบอยู่ประจำมีความผาสุกของระดับต่ำ ส่วนผู้ดูแลแบบไปกลับมีความผาสุกระดับปานกลางจากสาเหตุความเครียดในครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และภาระจากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า (วาสนา เกษมสุข, 2545) โดยเฉพาะบิดามารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 27.6 และระดับปานกลางร้อยละ 20.7 (จุฬารัตน์ สมใจ, 2546) จนส่งผลให้เกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างบิดาและมารดา (รสนธิ์ เยี่ยมยิ่งพานิช, 2539) โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) ปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้สึกเครียด เป็นทุกข์ อับอาย ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ใจ เบื่อหน่าย และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการดูแลเด็ก (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547)

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กขึ้นอยู่กับทั้งเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาล ในมุมมองของศาสตร์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรม เด็กมิใช่เป็นผู้รับผลของการกระทำจากภายนอกเพียงด้านเดียว ธรรมชาติของเด็กสามารถร่วมกำหนดผลกระทบจากปัจจัยต่างๆจะเป็นอย่างไรได้ด้วย (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2554) พัฒนาการของเด็กด้านภาษาเป็นกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นอย่างมีพลวัตร โดยทารกอายุ 6-8 เดือนสามารถแยกแยะเสียงพยัญชนะ (Werker & Desjardins, 2004) อายุ 8-10 เดือน รับรู้เสียงจากภาษาของคนพูดอยู่รอบตัวและเด็กจะเลียนเสียงพยางค์เดียว อายุ 9-15 เดือน เริ่มเรียนรู้คำศัพท์ จากคำเดียวในขวบปีแรก เป็น 2 คำติดกันในขวบปีที่ 2 และเป็นวลีและประโยคสั้นๆเกี่ยวกับสิ่งที่ตนประสบมาในวัย 3-4 ปี แต่เมื่ออายุ 5 ปี เด็กจะสามารถบอกความหมายและเหตุผล ตลอดจนจินตนาการของตนเองได้ (นิตยา คชภักดี, 2551) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและพยาบาลจึงน่าจะมีผลส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กได้ โดยพยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเด็กแต่ละคน หากวิธีการใดเกินความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถแจ้งพยาบาลเพื่อให้ช่วยเข้ามาร่วมแก้ไขปัญห (ทศพร คำผลศิริ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และลินจง โพธิบาล, 2553) การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่ล่าช้าของเด็กวัยปฐมวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้า

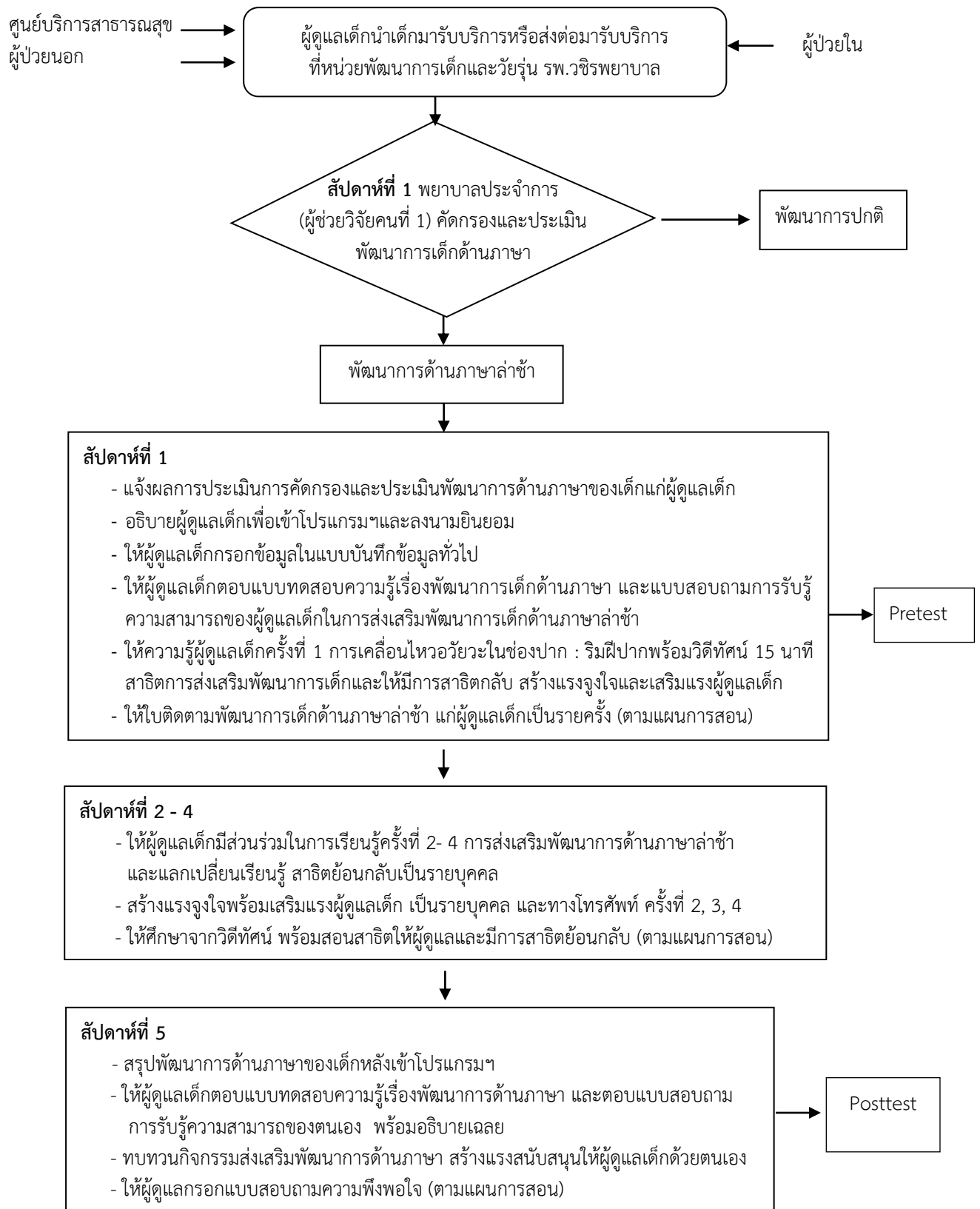
2. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้า
3. ศึกษาระดับความพึงพอใจในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมที่พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ที่มารับบริการในหน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีอายุระหว่าง 18-60 เดือนที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า โดยรับทราบผลการวินิจฉัยเรื่องพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าจากแพทย์กุมารเวชกรรมและได้รับการส่งปรึกษาเรื่องพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 21 คน เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นญาติสายตรง ดูแลเด็กต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก 2) อายุไม่เกิน 65 ปี 3) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทย 4) เป็นผู้พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น และ 5) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบ 5 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้า ประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าจำนวน 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยเริ่มจัดกิจกรรมตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับการปรึกษา (แผนภูมิที่ 1)
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุของเด็ก อายุผู้ดูแลเด็ก รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับเด็ก ผู้ช่วยดูแลเด็ก ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิในการรักษา และโรคประจำตัว
3. แบบวัดความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ แบบ 3 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน เท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์
4. แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า จำนวน 20 ข้อ ระดับความมั่นใจมีพิสัยระหว่าง 0-100 โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถทำกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในข้อนั้นได้ ไปจนถึง 100 คือ มีความมั่นใจอย่างเต็มที่ว่าจะสามารถทำกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในข้อนั้นได้แน่นอนว่าทำได้แน่นอน
5. แบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในโครงการฯ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด



แผนภูมิที่ 1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาลำช้า แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาลำช้า ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาลำช้าจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการและพฤติกรรม 2 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 คน การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบวัดความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล โดยวิธีครึ่งแบบทดสอบ (split-half method) เท่ากับ 0.64 และแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาลำช้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผู้ดูแล ได้ค่าความสอดคล้องภายใน เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามรหัสโครงการที่ E.011/2560 และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามรหัสโครงการที่ 063/60 วันที่ 26 กันยายน 2560 ผู้ดูแลสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในการทำวิจัย และผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในสัปดาห์แรกตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล และแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาลำช้า เมื่อผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบ 5 สัปดาห์จึงดำเนินการดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองอีกครั้งตามแบบวัดความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาลำช้า และแบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในโครงการฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาลำช้า
2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาลำช้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาลำช้า โดยเปรียบเทียบคะแนนรายข้อด้วยสถิติ Chi-square และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมด้วยสถิติ paired t-test
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของรายข้อและคะแนนรวมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาลำช้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาลำช้าด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนมากอายุเฉลี่ย 39.21 ปี โดยอายุต่ำสุด 28 ปี และอายุสูงสุด 64 ปี เป็นมารดาร้อยละ 71.4 เป็นบิดาร้อยละ 4.8 เป็นยายร้อยละ 14.3 เป็นย่าร้อยละ 9.5 รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 19,833.33 บาท รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 37,875.00 บาท การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 42.9 อาชีพแม่บ้านร้อยละ 45.0 บ้านที่อยู่ปัจจุบันเป็นของตนเองร้อยละ 42.9 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 65.0 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าร้อยละ 95.2 และไม่เคยนำเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าไปรับการส่งเสริมพัฒนาการ/กระตุ้นพัฒนาการจากหน่วยงานใดร้อยละ 85.0 โดยเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้าในความดูแลส่วนมากอายุ 3 ปีและใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลร้อยละ 60.0

ภาพรวมการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้าและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้า พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาสำหรับผู้ดูแลเด็กหลังการทดลอง (11.57 ± 2.71) มากกว่าก่อนทดลอง (8.76 ± 2.49) ($p < 0.001$) แต่ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (71.57 ± 16.77) และหลังการทดลอง (78.80 ± 13.03) ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.13$) (ตารางที่ 1)

คะแนนความรู้รายข้อเรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย พบว่าข้อที่มีความแตกต่างระยะก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ “เมื่ออายุ 16-18 เดือนเด็กพูดได้กี่คำ” ($p = 0.01$) “เด็กสามารถบอกสีได้อย่างน้อย 1 สี เมื่ออายุเท่าไร” ($p < 0.001$) “เด็กสามารถนับและรู้จักจำนวน 1-5 เมื่ออายุเท่าไร” ($p < 0.001$) และ “เด็กที่พัฒนาการล่าช้าจะส่งผลต่อข้อใดมากที่สุด” ($p = 0.04$) (ตารางที่ 2)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า พบว่าข้อที่มีความแตกต่างระยะก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ “ฉันมั่นใจว่าจะมีความรู้พอที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าได้ตามวัย” ($p = 0.01$) “ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กให้เลืกวัดตามคำสั่ง (มีตัวเลือก 4 ชนิด) ได้ถูกต้องตามวัย” ($p = 0.01$) และ “ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กเลียนคำพูดที่เป็นวลีประกอบด้วยคำ 2 คำขึ้นไป ตามวัยเด็ก” ($p = 0.02$) (ตารางที่ 3)

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจการมีส่วนร่วมต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า พบว่าส่วนมากอยู่ในระดับมากและมากที่สุด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาสำหรับผู้ดูแลเด็กและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาสำหรับผู้ดูแลเด็ก	8.76	2.49	11.57	2.71	-3.50	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า	71.57	16.77	78.80	13.03	-1.56	0.13

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละคะแนนความรู้รายข้อเรื่องพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กวัย
ปฐมวัยระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=21)

ข้อคำถาม	คะแนนความรู้				χ^2	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เด็กพูดคำที่มีความหมายได้ 1 คำ เมื่อมีอายุเท่าไร	9	42.9	15	71.4	3.50	0.06
2. พ่อแม่รู้ได้อย่างไรว่าเด็กพัฒนาการด้านภาษาปกติ	15	71.4	17	81.0	0.53	0.47
3. เมื่ออายุ 16-18 เดือนเด็กพูดได้กี่คำ	6	28.6	15	71.4	7.71	0.01*
4. เด็กพูดสองคำติดต่อกันได้อย่างมีความหมายเมื่ออายุเท่าไร	11	52.4	12	57.1	0.10	0.76
5. เด็กสามารถโต้ตอบได้อย่างเข้าใจเมื่ออายุเท่าไร	8	38.1	14	66.7	3.44	0.06
6. เด็กอายุเท่าไรสามารถพูดคุยกโต้ตอบเป็นประโยคสั้น ๆ ได้ เช่น สัตว์อะไรร้องเหมียวๆ เด็กตอบได้ว่า “แมว”	12	57.1	11	52.4	0.10	0.76
7. เด็กอายุเท่าไร เมื่อแม่ถามว่าตัวอะไรบินได้ เด็กตอบว่า “นก”	12	57.1	10	47.6	0.38	0.54
8. เด็กตอบชื่อตัวเองได้เมื่ออายุเท่าไร	4	19.0	6	28.6	0.53	0.47
9. เด็กพูดให้ผู้อื่นเข้าใจความหมายได้บ้างเมื่ออายุเท่าไร	7	33.3	7	33.3	0.00	1.00
10. เด็กรู้จักชกถาม “อะไร” ผู้อื่นได้เมื่ออายุเท่าไร	8	38.1	7	33.3	0.10	0.75
11. เด็กชอบฟังนิทานแล้วเข้าใจเรื่องราว เมื่ออายุเท่าไร	6	28.6	9	42.9	0.93	0.33
12. เด็กรู้จักปฏิเสธ เช่น สายหน้าหรือบอกว่าไม่ เมื่ออายุเท่าไร	2	9.5	4	19.0	0.78	0.38
13. เด็กทำตามคำบอกง่าย ๆ เช่น บอกให้ยื่น จับจมูก นิ่ง ฯลฯ เมื่ออายุเท่าไร	7	33.3	9	42.9	0.40	0.53
14. เด็กชี้รูปภาพหรืออวัยวะได้เมื่ออายุเท่าไร	6	28.6	9	42.9	0.93	0.33
15. เด็กชี้อวัยวะได้อย่างน้อย 6 อวัยวะ เช่น ตา หู จมูก ปาก แขน เมื่ออายุเท่าไร	14	66.7	12	57.1	0.40	0.53
16. เด็กสามารถบอกสีได้อย่างน้อย 1 สี เมื่ออายุเท่าไร	1	4.8	14	66.70	17.53	<0.001*
17. เด็กสามารถนับและรู้จักจำนวน 1-5 เมื่ออายุเท่าไร	3	14.3	12	57.1	8.40	<0.001*
18. พัฒนาด้านภาษาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อมัดใด	19	90.5	20	95.2	0.36	0.55
19. เด็กที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้าต้องได้รับการตรวจอะไรบ้าง	17	81.0	19	90.5	0.78	0.36
20. เด็กที่พัฒนาการล่าช้าจะส่งผลต่อข้อใดมากที่สุด	17	81.00	21	100.00	4.42	0.04*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=21)

ข้อคำถาม	การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็ก พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถจัดเวลาในการมามีส่วนร่วมเรียนรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าได้ตามวัย ณ หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น	75.24	19.90	85.00	13.78	-1.85	0.07
2. ฉันมั่นใจว่าจะมีความรู้พอที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าได้ตามวัย	60.00	19.49	74.29	14.69	-2.68	0.01*
3. ฉันมั่นใจว่าจะตั้งใจ/มีความพร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าได้ตามวัย	81.43	20.07	85.24	12.50	-0.74	0.47
4. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กให้อ้าปากได้	78.10	18.61	83.81	19.10	-0.98	0.33
5. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กให้ห่อริมฝีปากได้ เช่น ฝึกให้เด็กดูดน้ำจากหลอดฝึกเลียนแบบเป่าลม	78.10	21.36	84.76	17.50	-1.11	0.28
6. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกการเคลื่อนไหวอวัยวะในช่องปาก เช่น ออกเสียง “อุ” เป่าฟองสบู่ได้	75.24	19.65	80.48	16.58	-0.93	0.36
7. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กฉีกริมฝีปากออกไปทางด้านข้างได้ เช่น ฝึกให้เด็กเลียนแบบยิงฟัน ฝึกออกเสียง “อี”	74.76	19.90	73.10	19.14	0.28	0.78
8. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กขยับลิ้นไปแตะริมฝีปากบนได้ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กขยับลิ้นไปแตะริมฝีปากล่างได้	66.90	18.74	67.86	16.63	-0.17	0.86
9. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กขยับลิ้นไปแตะริมฝีปากซ้ายได้ ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กขยับลิ้นไปแตะริมฝีปากขวาได้	64.05	17.44	66.43	18.24	-0.43	0.67
10. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กกวาดลิ้นรอบริมฝีปากได้เคี้ยวแนวขึ้น-ลงได้	61.67	18.93	68.10	17.78	-1.13	0.26

*p< 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=21) (ต่อ)

ข้อคำถาม	การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็ก พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
11. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กให้ทำตามคำสั่งง่ายๆ โดยไม่มีท่าทางประกอบได้ เช่น ใช้คำสั่งให้เด็กไปหยิบรองเท้า	78.57	20.07	86.19	14.31	-1.42	0.16
12. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กให้รู้จักชื่อวัตถุและตอบชื่อวัตถุได้ถูกต้อง	70.95	22.34	78.10	18.87	-1.12	0.27
13. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกเด็กให้เลือกวัตถุตามคำสั่ง (มีตัวเลือก 4 ชนิด) ได้ถูกต้องตามวัย	68.10	20.40	82.14	14.19	-2.59	0.01*
14. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กเลียนคำพูดที่เป็นวลีประกอบด้วยคำ 2 คำขึ้นไป ตามวัยเด็ก	64.29	17.77	77.14	16.78	-2.41	0.02*
15. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กชี้อวัยวะในร่างกายได้ (7 ส่วน เช่น ปาก จมูก หู ตา ศีรษะ แขน ขา เป็นต้น) ตามวัยเด็ก	73.81	22.91	82.38	17.00	-1.38	0.18
16. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถฝึกให้เด็กพูดตอบรับและปฏิเสธได้ตามวัย	67.14	21.25	76.43	17.40	-1.55	0.13
17. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถใช้คำสั่งให้เด็กนำวัตถุ 2 ชนิดในห้องมาใช้ได้ตามคำสั่ง	67.38	23.00	76.67	14.94	-0.55	0.13
18. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถใช้คำสั่งให้เด็กพูดติดต่อกัน 3-4 คำ ได้อย่างน้อย 4 ความหมาย	60.95	21.66	68.81	18.30	-1.27	0.21
19. ฉันมั่นใจว่าจะร่วมกันตัดสินใจกับพยาบาลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฝึกส่งเสริมเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าได้	83.81	18.30	89.29	14.86	-1.06	0.29
20. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถติดต่อกับระบบสุขภาพในการใช้สิทธิประกันสุขภาพเมื่อมารับบริการได้	80.95	20.71	89.76	16.01	-1.59	0.13

*p< 0.05

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจการมีส่วนร่วมต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาลำซำ (n = 21)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้เข้าร่วมโครงการ	4.62	0.50
2. ท่านรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการฯ ทุกครั้ง	4.62	0.50
3. ท่านรู้สึกว่าโครงการฯ นี้มีประโยชน์ต่อตัวผู้ดูแลเด็กปฐมวัย	4.77	0.48
4. ท่านรู้สึกว่าได้รับความรู้เรื่องการเคลื่อนไหววัยวะในช่องปากจากวิดีโอแล้วไปส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้	4.57	0.51
5. ท่านรู้สึกว่าเมื่อเข้าโครงการฯ แล้วสามารถนำความรู้เรื่องการเคลื่อนไหววัยวะในช่องปากไปใช้ฝึกเด็กปฐมวัยที่มีการพัฒนาด้านภาษาลำซำได้	4.48	0.51
6. ท่านรู้สึกว่า การดูและดูวิดีโอแล้วฝึกตามไปด้วยในเรื่องการเคลื่อนไหววัยวะในช่องปากทำให้เข้าใจแล้วนำไปปฏิบัติกับเด็กได้จริง	4.48	0.51
7. ท่านรู้สึกว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการด้านภาษาลำซำได้	4.52	0.51
8. ท่านรู้สึกว่า ได้แบ่งปันความรู้ระหว่างผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกับผู้เชี่ยวชาญทำให้มีความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา	4.52	0.51
9. ท่านรู้สึกว่าถ้ามีโครงการฯ นี้ ท่านเต็มใจเข้าร่วมโครงการ	4.76	0.44
10. ท่านพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการฯ นี้โดยภาพรวม	4.76	0.44
รวม	4.60	0.34

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากคือมารดาของเด็กร้อยละ 71.4 และบิดาของเด็กและยาย/ย่าร้อยละ 4.7 เป็นผู้ที่มามีบทบาทในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการภาษาลำซำ บทบาทของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาลำซำมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในเด็กชายที่มีพัฒนาการด้านภาษาลำซำมากกว่าเด็กหญิง เพราะเด็กชายในช่วงปฐมวัยจะยึดลักษณะและพฤติกรรมของพ่อเป็นสำคัญ (sex identity) (ประภัสสร ปรีเยี่ยม และธรรมบุญ รวีผ่อง, 2545)

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้ของผู้ดูแลเด็กภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาลำซำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 สัปดาห์จากพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้เชี่ยวชาญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับด้วยสื่อวิดีโอเรื่องการเคลื่อนไหววัยวะในช่องปากของสถาบันราชานุกูล โดยใช้การมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ ร่วมตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การแบ่งปันผลประโยชน์ และการประเมินพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก (Cohen & Uphoff, 1981) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างพลังใจ การพัฒนาศักยภาพของคนไปจุดสูงสุดนั้นต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เรียนรู้ให้เกิดความสามารถใหม่ๆ ทำให้เกิด

การพัฒนาทักษะและความสามารถนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมในการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ (Dunst & Trivette, 1996) อย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจสูงขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ 71.57 ± 16.77 เพิ่มขึ้นเป็น 78.80 ± 13.03 อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสินี ผลาภิรมณ์ (2552) ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นมารดาโดยตรงต่อผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มารดามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าในสถานบริการสุขภาพต่างๆ โดยคำนึงถึงความต้องการของเด็กในแต่ละวัย
2. ควรพัฒนา self-help group ในกลุ่มของผู้ดูแลเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบ longitudinal study พร้อมวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ยั่งยืน
2. ควรดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยยึดแนวคิด Thailand 4.0 เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการสอนผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีการพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า โดยการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีการพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าที่หลากหลายเหมาะสมกับความต้องการทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์. (2559, เมษายน 2). เด็กพัฒนาการภาษาล่าช้าหรือภาวะพูดช้า. สืบค้นจาก <http://haamor.com/th/เด็กพัฒนาการภาษาล่าช้าหรือภาวะพูดช้า>
- จุฬารณณ์ สมใจ. (2546). ภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ทศพร คำผลศิริ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลินจง ธิบาล. (2553). รายงานการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ บัวทอง. (2549). อุปสรรคของผู้ดูแลในการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการช้าในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

- นิตยา คชภักดี. (2551). พัฒนาการเด็ก. ใน นิขรา เรื่องดารกานนท์, ชาศรียา อีเรนตร, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย (บรรณาธิการ). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. (น.359-364). กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- นิรชา เรื่องดารกานนท์. (2554). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการของเด็ก. ใน ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และ คณะ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ชมรม พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.
- ประภัสสร ปรีเอี่ยม และธรรมบุญ รวีผ่อง. (2554). รายงานการวิจัยเรื่องผลการส่งเสริมพัฒนาการ กล้ามเนื้อมัดเล็กสำหรับเด็กพัฒนาการช้าโดยพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษใน จังหวัดมหาสารคาม บทบาทของพ่อแม่เลี้ยงครู. มหาสารคาม: สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2557, มกราคม 31). *เด็กไทยไอคิวต่ำฉลาดน้อย สิ่งสำคัญที่ผู้คุมมองข้าม “การลงทุนกับคน”*. สืบค้นจาก <http://www.tddf.or.th/research/detail.php?contentid=0113&postid=0008325¤tpage=3>
- ยุพา สัมฤทธิ์มีผล. (2535). *ผลกระทบของวัยรุ่นปัญญาอ่อนต่อพ่อแม่*. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, จิตเวชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- รสริน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). *ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- รังสิณี ผลาภิรมย์, ทศนี ประสพกิตติคุณ และ กรณิกาวีจิตรสุคนธ์. (2553). ผลของ โปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 28(4), 68-75.
- วาสนา เกษมสุข. (2545). *ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). การเจ็บป่วยเรื้อรังแนวทางการช่วยเหลือครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 16(2), 3-16.
- สกวรัตน์ เทพรักษ, ภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สืบสุข และจารุณี จตุพรเพิ่ม. (2557). *การศึกษาด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5*. งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://hpc4.go.th/rcenter//_fulltext/20140331103024_1551/20140403134122_548.pdf
- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2547). *การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- Cohen, J. M. & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concepts and measure for project design implementation and evaluation*. The Rural Development Committee Center International Studies, Cornell University.
- Dunst, C.J. & Triette, C.M. (1996). Empowerment, effective helping practices and family- Centered care. *Pediatr Nurs*, 22(2), 334-337.
- Plant, K.M., & Sanders, M.R. (2007). Predictors of care-givers stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 109-124.
- Werker, J.F. & Desjardins, R.N. (2004). Is the integration of head and seen speck mandatory for infants? *Developmental Psychobiology*, 45(5), 187–203.

บทความวิจัย

การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร The influence of result-based management on patient unit performance at a university hospital under the Bangkok Metropolitan Administration

สมส่วน สว่าง* สุคนธ์ ไช้แก้ว**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 57 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์และผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pearson correlation coefficient และ stepwise multiple regression

ผลการวิจัย พบว่าการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} \pm SD = 3.94 \pm 0.41$) และผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} \pm SD = 3.84 \pm 0.47$) การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์และผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการจัดวางตำแหน่งขององค์กรและกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่าร่วมกันมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 40.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.403$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ / ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย

Abstract

This descriptive research were to study the influence of result-based management on patient unit performance at a university hospital under the Bangkok metropolitan administration. The research studies were 57 professional nurses who work as head nurse position. Data was collected in August 2017. The instruments used to collect data was divided into two sections. The section one was a personal Information and section two was a set questionnaire about result-based management and patient unit performance.

*นักศึกษาลัทธิสุทธพาสถาจารย์มหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**Corresponding author รองศาสตราจารย์อาจารย์ สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

The data were analyzed by descriptive statistics, analysis statistics: Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The research findings showed result-based management had the influence on patient unit performance. The head nurses were administrative at the achievement on high level ($\bar{x} \pm SD = 3.94 \pm 0.41$). The patient unit performance had on high level ($\bar{x} \pm SD = 3.84 \pm 0.47$). The relationship between result-based management and patient unit performance had significantly positive relating ($p < 0.05$). The influences of result-based management on patient unit performance showed a position and play strategies can predict at 40.3 percent with significantly ($R^2 = 0.403$, $p < 0.05$).

Key words: result – based management / patient unit performance

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม สังคม ชุมชนที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม การสื่อสารที่รวดเร็ว ไร้พรมแดน เชื่อมโยงทั้งโลกเข้าด้วยกันทำให้การเข้าถึงข้อมูลต่างๆง่ายขึ้น รวมถึงด้านบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านการแพทย์ได้ง่าย ทำให้มีความรู้ทางการแพทย์มากขึ้น เกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประกอบกับระบบบริการสุขภาพมีการแข่งขัน การพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศขององค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการด้านความปลอดภัย ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ สร้างความเชื่อมั่นและผูกพันของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ (สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย จึงมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานด้วยการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดให้เกิดความคุ้มค่าของงบประมาณและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (result - based management) เป็นเครื่องมือแนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่ (สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, 2553) มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบได้แก่ การมุ่งเน้นประสิทธิผลหรือผลสัมฤทธิ์ การมุ่งเน้นเรื่องคุณภาพหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการมุ่งเน้นหลักความรับผิดชอบ ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ ผลผลิต และผลลัพธ์ ดังนั้นองค์กรจึงต้องกำหนดผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับพันธกิจและวัตถุประสงค์ โดยการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานให้ชัดเจน

ผลการดำเนินงาน เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริหารจัดการ ที่ประเมินและเปรียบเทียบได้กับเป้าหมายที่วางไว้ ผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพจะทำให้องค์กรมีความได้เปรียบในการแข่งขัน องค์กรชั้นนำในประเทศได้พยายามนำกลยุทธ์การบริหารองค์กรเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศมาใช้ในการส่งเสริมการยกระดับความสามารถในการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพ เพื่อการเทียบเคียงในเชิงแข่งขันกับองค์กรที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้นำการปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (best practices) นำไปสู่ผลลัพธ์การทำงานที่ดีที่สุดในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นวิธีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบมีการกำหนดการประกันคุณภาพ เพื่อให้ผลการดำเนินงานมีคุณภาพและประสิทธิภาพตามเป้าหมาย

โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีวิสัยทัศน์ คือ เป็นคณะแพทย์ชั้นนำของประเทศที่มีความโดดเด่นด้านเวชศาสตร์เขตเมือง มีพันธกิจ คือ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรให้มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล ให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย ผลการดำเนินงาน

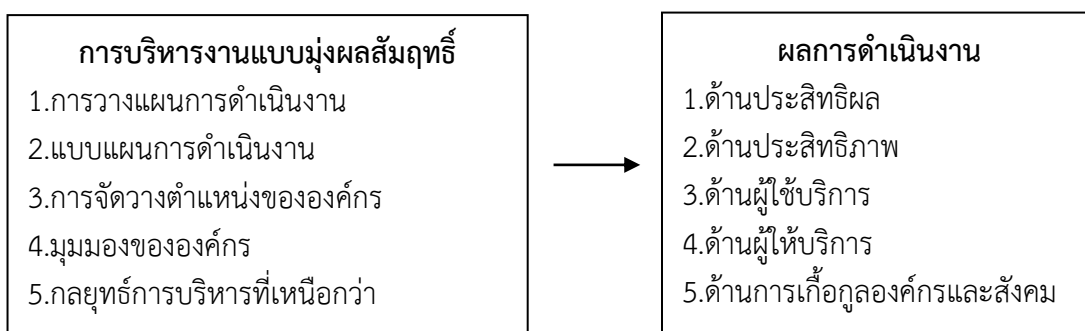
สามารถเทียบเคียงกับโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับเดียวกัน โรงพยาบาลกำหนดเข้มมุ่งให้ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลในระดับก้าวหน้า (advanced hospital accreditation: AHA) ในปี พ.ศ. 2561 แต่แผนการพัฒนายปี 2557 – 2559 พบว่าผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร พบว่า ด้านโครงสร้างองค์กร ระบบและกลไกการบริหารจัดการในภาพรวมยังไม่สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารสมัยใหม่ ขาดการนำวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็งไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ บริการทางการแพทย์ขาดประสิทธิภาพ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลมีข้อจำกัด (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2559) หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานหลักของโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายร้อยละ 40 การวิเคราะห์ของฝ่ายการพยาบาลพบว่าการบริหารจัดการของมหาวิทยาลัยในภาพรวมยังมีความล่าช้า การสื่อสารภายในองค์กร การสรรหาและธำรงไว้ด้านบุคลากรขาดประสิทธิภาพ การบริหารอัตรากำลังไม่เพียงพอ ระบบสารสนเทศไม่เอื้อต่อการนำข้อมูลมาใช้ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559) การวิเคราะห์ทั้งหมดพบว่าจุดอ่อนเป็นเรื่องของการบริหารจัดการ จากการศึกษาฐานข้อมูลต่างๆพบว่าการบริหารจัดการโดยใช้หลักกลยุทธ์และการกำหนดทิศทางให้สอดคล้องกับเป้าหมายจะทำให้สัมฤทธิ์ผลได้ดียิ่งขึ้น (นิตติลสิงห์เวียง, 2556) ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ สามารถบริหารองค์กรให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ และหนึ่งในคุณลักษณะของผู้นำเชิงกลยุทธ์คือการมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Adair, 2002) ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการคุณภาพการบริการในทุกๆด้าน เพื่อตอบสนองการบรรลุเป้าหมายขององค์กรและผู้รับบริการ การได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับก้าวหน้า ค่าคะแนนการประเมินผลการดำเนินงานต้องอยู่ในระดับดีมาก แต่การประเมินที่ผ่านมาผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามหลักกลยุทธ์ 5 Ps ต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระดับที่บ่งบอกความเป็นเลิศขององค์กร และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับก้าวหน้าต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามหลักกลยุทธ์ 5 Ps ของ Mintzberg (1987) มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนการดำเนินงาน (plan) เป็นกลยุทธ์ของการวางแผนเพื่อใช้เป็นสิ่งกำหนดทิศทาง (direction) ขององค์กร 2) แบบแผนการดำเนินงาน (pattern) เป็นรูปแบบหรือแบบแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วงเวลา 3) การจัดวางตำแหน่งขององค์กร (position) คือการกำหนดความสำคัญของฐานะหรือตำแหน่งบริการในการแข่งขันให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ 4) มุมมองขององค์กร (perspective) คือการเน้นความสำคัญของสภาพที่แท้จริงภายในองค์กร มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ค่านิยมขององค์กรให้ยึดถือและปฏิบัติร่วมกัน และ 5) การบริหารที่เหนือกว่า (ploy) เป็นกลยุทธ์หรืออุบายหรือวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการบริหารจัดการ เพื่อให้มีความได้เปรียบในการแข่งขัน สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่โรงพยาบาลใช้ในการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การประเมินผลการดำเนินงานของฝ่ายการพยาบาล ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมาจากการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรให้มุ่งสู่ความเป็นเลิศตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของฝ่ายการพยาบาลที่มุ่งหวังให้เป็นองค์กรพยาบาลชั้นนำระดับประเทศ ตรงตามกรอบเกณฑ์

คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (criteria for nursing performance excellence) ของสำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2553) ในหมวด 7 มิติด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประสิทธิผล เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความสำเร็จตามเกณฑ์ชี้วัดของหอผู้ป่วย 2) ด้านประสิทธิภาพเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงการลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการให้บริการ การลดต้นทุนต่อหน่วย และความคุ้มค่าของเงิน 3) ด้านผู้ใช้บริการเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความพึงพอใจต่อการให้บริการของหอผู้ป่วย 4) ด้านผู้ให้บริการเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงสิ่งที่สะท้อนจากบุคลากรในหอผู้ป่วย ในด้านความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ของบุคลากร และ 5) ด้านการเกื้อกูลองค์กรและสังคมเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การเผยแพร่องค์ความรู้ หรือการเป็นแหล่งศึกษาดูงานในด้านการปฏิบัติการพยาบาล (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์และผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์กับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย
3. ศึกษาอิทธิพลของการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ประชากรที่ทำการศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยสาขาต่างๆของฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยในจำนวน 46 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกจำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 62 คน ทำการศึกษาในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย สถานที่ในการปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของการบริหารเชิงกลยุทธ์ 5Ps ของ Mintzberg (1987) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผนการดำเนินงาน แบบแผนการดำเนินงาน การจัดวางตำแหน่งขององค์กร มุมมองขององค์กร และกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า แบบสอบถามมีข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 หมายถึง น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ อยู่ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50) อยู่ในระดับน้อย (1.51-2.50) อยู่ในระดับปานกลาง (2.51-3.50) อยู่ในระดับมาก (3.51-4.50) อยู่ในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ดัดแปลงเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามด้านผลการดำเนินงานของ ปราณี มีหาญพงษ์ มาปรับใช้และสร้างเพิ่มเติมโดยใช้เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล (2553) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และการถือคุณองค์กรและสังคม แบบสอบถามมีข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากคะแนน 1- 5 หมายถึง น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ อยู่ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50) อยู่ในระดับน้อย (1.51-2.50) อยู่ในระดับปานกลาง (2.51-3.50) อยู่ในระดับมาก (3.51-4.50) อยู่ในระดับมากที่สุด (4.51-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์และผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหาการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์เท่ากับ 0.88 ผลการดำเนินงานเท่ากับ 0.84 และทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจากการทดลองใช้กับรองหัวหน้าตึกในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์

โครงการผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (COA 86/2560) เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2560 ผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เพื่องานวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองและอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย จากนั้นทำการแจกและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 การวิจัยครั้งนี้ประชากรทั้งหมดจำนวน 62 คน ปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการ 2 คน

อยู่ระหว่างการศึกษาดูงานต่างประเทศ 1 คน คงเหลือประชากรที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 59 คน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม จำนวน 59 ฉบับ ได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์กลับมา 57 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.61

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ และผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย โดยการแจกแจงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์กับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) กำหนดการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. วิเคราะห์อิทธิพลการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) และสร้างสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 54.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.6 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 50.9 ประสบการณ์การทำงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1–5 ปี ร้อยละ 50.9 ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 45 คน ร้อยละ 78.9 หอผู้ป่วยนอก 12 คน ร้อยละ 21.1 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 60,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 57.9

การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.94$, $SD=0.41$) โดยที่ด้านการจัดวางตำแหน่งขององค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.04$, $SD=0.39$) รองลงมาคือด้านมุมมองขององค์กร ($\bar{x}=4.00$, $SD=0.39$) ส่วนด้านการวางแผนการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{x}=3.75$, $SD=0.42$) (ตารางที่ 1)

ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.84$, $SD=0.47$) โดยที่ผลการดำเนินงานด้านผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=3.99$, $SD=0.43$) รองลงมาคือด้านผู้ให้บริการ ($\bar{x}=3.97$, $SD=0.44$) ส่วนด้านประสิทธิภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{x}=3.54$, $SD=0.45$) (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์กับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย พบว่าตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยการจัดวางตำแหน่งขององค์กร แบบแผนการดำเนินงาน และกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานในระดับปานกลาง ($r=0.567$, 0.541 , 0.534 ตามลำดับ) ส่วนมุมมองขององค์กร และการวางแผนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานในระดับต่ำ ($r = 0.479$, 0.359 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยรายด้านและทุกด้าน (N=57)

การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	$\bar{x}$	SD
ด้านการจัดวางตำแหน่งขององค์กร	4.04	0.39
ด้านมุมมองขององค์กร	4.00	0.39
ด้านแบบแผนการดำเนินงาน	3.99	0.45
ด้านกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า	3.96	0.44
ด้านการวางแผนการดำเนินงาน	3.75	0.42
การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกด้าน	3.94	0.41

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยรายด้าน และทุกด้าน (N=57)

ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย	$\bar{x}$	SD
ด้านผู้ใช้บริการ	3.99	0.43
ด้านผู้ให้บริการ	3.97	0.44
ด้านประสิทธิผล	3.88	0.54
ด้านการเกื้อกูลองค์กรและสังคม	3.83	0.53
ด้านประสิทธิภาพ	3.54	0.45
ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยทุกด้าน	3.84	0.47

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผนการดำเนินงาน (X1) แบบแผนการดำเนินงาน (X2) การจัดวางตำแหน่งขององค์กร (X3) มุมมองขององค์กร (X4) กลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า (X5) กับ ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย (Y)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
Y	1					
X1	0.359**	1				
X2	0.541**	0.592**	1			
X3	0.567**	0.434**	0.711**	1		
X4	0.479**	0.252	0.429**	0.617**	1	
X5	0.534**	0.269*	0.476**	0.511**	0.433**	1

**p<0.01, *p<0.05

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (ตารางที่ 4) พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ การจัดวางตำแหน่งขององค์กรและกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า ซึ่งตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 40.3 ($R^2 = 0.403$) สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ ผลการดำเนินงาน = $26.04 + 1.459$ (การจัดวางตำแหน่งขององค์กร) + 1.070 (กลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า)

จากสมการแสดงว่าการจัดวางตำแหน่งขององค์กรและกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่ามีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 1.459 และ 1.070 หมายความว่าเมื่อตัวอิสระอื่นคงที่ ถ้ามีการจัดวางตำแหน่งขององค์กรจะมีอิทธิพลเพิ่มขึ้น 1.459 คะแนน และถ้ามีกลยุทธ์การบริหารงานที่เหนือกว่าจะมีอิทธิพลเพิ่มขึ้น 1.070 คะแนน

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายอิทธิพลที่มีต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรทำนาย	B	Std. Error	t	Beta	p-value
Constant	26.04	8.46	3.077		0.003
การจัดวางตำแหน่งขององค์กร	1.459	0.45	3.254	0.398	0.002
กลยุทธ์การบริการที่เหนือกว่า	1.070	0.39	2.706	0.331	0.009

$R^2 = 0.403$ ($p < 0.01$)

อภิปรายผล

ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ และผลการดำเนินงานของ หอผู้ป่วย การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ 5Ps ของหัวหน้า หอผู้ป่วยทุกด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงถึงว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์โดยใช้กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ทั้ง 5 ด้าน เนื่องจากการบริหารเชิงกลยุทธ์จะช่วยให้องค์กรกำหนดและพัฒนาข้อได้เปรียบขึ้นมาเป็นแนวทางให้บุคลากรในองค์กรรู้ว่าจะใช้ความพยายามไปทิศทางใดจึงจะประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะวี ะหว่างบ้าน (2558) ที่พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาล มีความจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะ และความสามารถด้านกลยุทธ์การจัดการ เพื่อที่จะสามารถบริหารองค์กรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ จิราภรณ์ รัตติการสุข และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2557) ที่พบว่าการบริหารงานในหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยมุ่งเน้นให้มีการพัฒนาคนและพัฒนางานให้เพื่อให้สามารถดำเนินงานในหอผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย พิจารณาเป็นรายด้านที่อยู่ในระดับมาก อันดับแรกคือ การจัดวางตำแหน่งขององค์กร ซึ่งหมายถึงการกำหนดฐานะหรือตำแหน่งของบริการที่นำเสนอออกไปต้องมีความเหมาะสมกับความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ โรงพยาบาลกำหนดตำแหน่งของตนเองในการพัฒนาการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิขั้นสูง เพื่อเป็นองค์กรชั้นนำที่มีความโดดเด่นด้านเวชศาสตร์เขตเมือง สามารถเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับโรงพยาบาลอื่นได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีการกำหนดความสำคัญของการบริการในหอผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมตามความต้องการขององค์กรและผู้รับบริการ ด้วยการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรไว้ชัดเจน โดยยึดหลักคุณภาพบริการที่ดี ส่งเสริม

สนับสนุนบุคลากรให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ให้สอดคล้องตามความต้องการของโรงพยาบาล สอดคล้องกับ สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์ (2552) ที่พบว่ากาารอยู่รอดขององค์กรผู้บริหารต้องมีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนตนเองเพื่อหาความได้เปรียบในการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับ สภาพการเปลี่ยนแปลง รองลงมาคือด้านมุมมองขององค์กร ซึ่งหมายถึงวิธีการดำเนินงานที่ต้องการให้ คนในองค์กรยึดถือร่วมกัน ด้วยการปลูกฝังค่านิยม วัฒนธรรม อุดมการณ์ขององค์กรเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของ กลยุทธ์ให้กลายเป็นพลังขับเคลื่อนให้บรรลุพันธกิจ (พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2552) หัวหน้าหอผู้ป่วย สร้างวัฒนธรรมภายในหอผู้ป่วยด้วยการนำค่านิยมของโรงพยาบาลมาเป็นแนวทางการบริหารให้เป็นธรรม ให้โอกาสบุคลากรมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น และมีการรับฟังอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทุกคนเกิด ความเชื่อมั่น มีความกล้าที่จะแสดงออก และยินดีให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพของหอผู้ป่วย สอดคล้องกับคำกล่าวของอิทท์ ไอแลนด์ และ ออสคิสสัน (Kitt, Ireland & Hosskission, 2007 อ้างใน วารุณี กังหมิง, 2559) ที่ว่าผู้นำเชิงกลยุทธ์ควรมีความสามารถในการสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่มี ประสิทธิภาพ คือสามารถเลือกเอาวัฒนธรรมองค์กรและค่านิยมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานมาเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมองค์กร ปลูกฝังวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศและคุณธรรม ด้านแบบแผน การดำเนินงาน หมายถึงเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนด้านพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องใน แต่ละช่วงเวลา สะท้อนถึงการวางแผนในอนาคต คำนึงถึงความสามารถหรือความคาดหวังของผู้ปฏิบัติ และ ต้องมีความสอดคล้องกันกับวัฒนธรรมองค์กร (เอกกมล เอี่ยมศรี, 2554) การบริหารของหัวหน้าตึก คือ การมอบหมายให้ทีมผู้รับผิดชอบแผนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน มีการสื่อสารกับบุคลากรและสร้าง ความเข้าใจในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องโดยใช้ข้อมูลที่เหมาะสม มีการควบคุม ติดตามผลการปฏิบัติงาน อย่างชัดเจน และมีแนวทางแก้ไข ปรับปรุง แผนปฏิบัติงาน เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับอชิพัฒน์ เดชขุนทด (2558) ที่พบว่าปัจจัยการจัดการองค์กรคือกลยุทธ์ของ องค์กรที่มีการจัดสรรทรัพยากร และมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่วางไว้ กลยุทธ์การบริหาร ที่เหนือกว่า หมายถึงอุปายหรือแผน ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อเอาชนะด้วยไหวพริบ ชัยเชิง และสติปัญญา หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์ในการบริหารจัดการที่เฉพาะเจาะจงลงไปเพื่อมุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ในเป้าหมายที่วางไว้ กลยุทธ์ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือมีการนำผลการประเมินของผู้ใช้บริการ ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้บุคลากรเกิด ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อหาโอกาสในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ สอดคล้อง จิราภรณ์ รัตติกาลสุขะ และ อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2557) ที่พบว่าการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับรางวัลดีเด่นคือการส่งเสริม ให้บุคลากรได้มีการพัฒนาการเรียนรู้ โดยการคอยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเอง ชี้ให้เห็น ประโยชน์ที่เขาจะได้รับและประโยชน์ที่จะเกิดกับหน่วยงาน จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และ สร้างสรรค์งานที่เป็นประโยชน์ให้กับองค์กร และสอดคล้องกับ โสภา อิศระณรงค์พันธ์ (2552) ที่ศึกษา พบว่าหัวหน้าพยาบาลที่มีความสามารถปฏิบัติงานที่ยาก และท้าทายจะสามารถทำงานในขอบเขตที่สูงได้โดดเด่น เกินความคาดหมาย ด้านการวางแผนการดำเนินงานมีระดับคะแนนน้อยที่สุด ซึ่งการวางแผนคือการ กำหนดทิศทาง หรือแนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ล่วงหน้า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการนำวิสัยทัศน์ พันธ กิจขององค์กรเป็นแนวทางการวางแผนการดำเนินงานทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีแผนการพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรที่ชัดเจน แต่พบว่าการจัดสรรงบประมาณได้ตามความต้องการและตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ยังมีปัญหา เนื่องจากโรงพยาบาลยังอยู่ในสังกัดของกรุงเทพมหานคร ยังต้องมีการกำหนดกฎระเบียบใน การเบิกจ่ายงบประมาณแบบราชการ จึงทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ซึ่งมีผลต่อ

การพัฒนาและการบรรลุเป้าหมายของผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับ วรลักษณ์ ราชคุณ (2556) ที่พบว่า กระบวนการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลการวางแผนกลยุทธ์เป็นหนึ่งในกระบวนการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาล สมหมาย เทียนสมใจ (2556) ที่ศึกษารูปแบบการบริหารงานที่มีประสิทธิผลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา พบว่าการวางแผนกลยุทธ์เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการบริหารงานที่มีประสิทธิผล

ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีระดับมากที่สุด คือ ด้านผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นในด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการของหอผู้ป่วย เป็นมุมมองของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการที่มุ่งเน้นในเรื่องความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์และการให้บริการ และผลการศึกษาพบว่า อัตราการร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการในหอผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ และมีการกลับมาใช้บริการซ้ำ รองลงมาคือด้านผู้ให้บริการ แสดงถึงผลลัพธ์ที่สะท้อนจากบุคลากรในหอผู้ป่วย ในด้านความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ของบุคลากร พบว่า บุคลากรในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนางานคุณภาพมากขึ้น ความขัดแย้งลดลง แต่ยังคงมีอัตราการลาออก โอนย้ายในระดับสูงด้วยเช่นกัน ด้านประสิทธิผลเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความสำเร็จตามเกณฑ์ชี้วัดของหอผู้ป่วยในด้านวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล และมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าอัตราการนอน การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา การเกิดความเสี่ยงสำคัญจากการปฏิบัติทางการพยาบาล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ด้านการเกื้อกูลองค์กรและสังคมเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงเรื่องเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การเผยแพร่องค์ความรู้ หรือการเป็นแหล่งศึกษาดูงานในด้านการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า หอผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นสถานที่ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญของโรงพยาบาล ส่งเสริม สนับสนุน กิจกรรมการทำงานเพื่อสังคมสม่ำเสมอ ส่วนด้านประสิทธิภาพเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงการลดค่าใช้จ่าย การลดระยะเวลาการให้บริการ การลดต้นทุนต่อหน่วย พบว่า อุปกรณ์ เครื่องมือมีการใช้งานอย่างคุ้มค่า คุ้มค่า แต่อัตราการจัดเวรเสริมในหอผู้ป่วยยังอยู่ในระดับมาก จากข้อค้นพบแสดงถึงว่าการที่โรงพยาบาลได้ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาแล้ว หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการพัฒนางาน มีการปรับปรุงระบบบริหารงาน และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการพยาบาล ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล จึงทำให้ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับ กอแก้ว จันทร์กิงทอง (2559) ที่ศึกษาพบว่าผลการดำเนินงานขององค์กรจะสูงหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์กรต้องมีการรวมกลุ่มของพนักงานผู้มีความสามารถในการสร้างสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ และต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อการบรรลุเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์กับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ข้อค้นพบจากงานวิจัย พบว่า บริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนันท์ วงษ์มามี (2555) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์กับผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกันในระดับสูง และการศึกษาของ จันทรวรรณ เหล็นเรือง (2557) และ อธิวรรณ์ ช่วยรักษ์ (2552) พบว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงาน จากแนวคิดการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ เป็นกระบวนการบริหารที่ต้องใช้แผนกลยุทธ์เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดการบริหารให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร มุ่งเน้นให้

ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานทั้งในด้านผลผลิต ผลลัพธ์ โดยใช้การประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนออกมาเป็นรูปธรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการบริหารเชิงกลยุทธ์สูงจะกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานให้เกิดผลผลิตที่มีคุณภาพสูง จูงใจให้บุคลากรทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มศักยภาพ ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวภา ปฐมศิริกุล (2554) ที่พบว่าปัจจัยด้านกลยุทธ์ธุรกิจบริการสุขภาพมีอิทธิพลเชิงสาเหตุโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาอิทธิพลของการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ข้อค้นพบของงานวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายอิทธิพลการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ได้แก่ การจัดวางตำแหน่งขององค์กร และกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่า สามารถร่วมกันมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 40.3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีเป้าหมาย คือ การได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับก้าวหน้า มีการพัฒนาเพื่อเป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่โดดเด่นด้านคุณภาพบริการ และความเป็นเลิศด้านการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิ สามารถเทียบเคียงกับโรงพยาบาลอื่นๆที่อยู่ในระดับเดียวกัน การนำองค์กรให้เกิดการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยการสร้างคุณลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) Safety คือเป็นโรงพยาบาลที่ปลอดภัยสำหรับทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ 2) Hospitality คือเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศด้านบริการที่อบอุ่น เป็นมิตร ใส่ใจดูจญาติ 3) Efficiency คือเป็นโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง คุ่มค่า ไม่สูญเปล่า 4) Environment support เป็นโรงพยาบาลที่มีสิ่งแวดล้อมดี เอื้อต่อสุขภาพการเยียวยา สร้างคุณค่าต่อจิตใจ 5) Reliability เป็นโรงพยาบาลที่มีผลการรักษาดี เชื่อถือได้ น่าไว้วางใจ โดยระบุว่าในปีงบประมาณ 2561 ทุกหน่วยงานจะเน้นการปฏิบัติ และมีการติดตามผลลัพธ์ โดยการประเมินการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดไว้ (Performance agreement: PA) หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้การกำหนดฐานะหรือตำแหน่งบริการของโรงพยาบาลและตอบสนองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยการนำเสนอบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย พึงพอใจ และมีวิธีการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่ากลยุทธ์ด้านการจัดวางตำแหน่งขององค์กร และกลยุทธ์ด้านการบริหารที่เหนือกว่า เป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ใจชนก ภาคอิต (2554) พบว่าการที่จะสามารถนำเกณฑ์รางวัลคุณภาพไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จ ต้องมีองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกัน แต่ส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะผลักดันให้การดำเนินการประสบความสำเร็จได้นั้น คือการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั่วทั้งองค์กร บนพื้นฐานความรู้ และความเข้าใจ ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารที่ชัดเจน คลอบคลุม และทั่วถึง ทุกคนทราบถึงภารกิจที่ต้องดำเนินการและตระหนักในหน้าที่ของตนที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุภารกิจที่ได้รับมอบหมาย (พรพรณทิพย์ กาญจนอุดมการณ์, 2556)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยไปใช้

ข้อชี้แนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าในการบริหารองค์กรโรงพยาบาล ผู้บริหารที่ใช้หลักการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการ จัดวางตำแหน่ง

ขององค์กรโดยการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรให้ชัดเจน ยึดหลักคุณภาพบริการที่ดี และกลยุทธ์การบริหารที่เหนือกว่าด้วยการที่ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการนำผลการประเมินของผู้ใช้บริการมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุง และพัฒนา หอผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย และมีความเป็นเลิศขององค์กรพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากข้อค้นพบการวิจัย พบว่าการวางแผนการดำเนินงานด้านการจัดสรรงบประมาณตามสถานการณ์ที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลางเพียงด้านเดียว ดังนั้นจึงควรเพิ่มการวิจัยในรูปแบบการพัฒนาทักษะการวางแผนการดำเนินงานด้านการจัดสรรงบประมาณตามสถานการณ์ที่เป็นจริงเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานประมาณร้อยละ 59.1 จึงควรทำการศึกษาวิจัยปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานเพื่อให้มีความชัดเจนในการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ในองค์กรพยาบาล และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมุ่งผลสัมฤทธิ์ในระดับปฏิบัติการ เพื่อเปรียบเทียบและนำผลการศึกษามาสร้างโอกาสในการเพิ่มผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กอกแก้ว จันทร์กิงทอง. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในองค์กรต่อผลการดำเนินงาน: การทบทวนวรรณกรรม. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 5, 1564–1573.
- คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2559). แผนยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ปี 2558–2561 (ฉบับปรับปรุง ปี 2559) มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. สืบค้นจาก <http://www2.vajira.ac.th/tqm/wp-content/uploads/2015/01/แผนยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล-ปี2558-2561ฉบับปรับปรุง-2559.pdf>
- จันทวรรณ เหล็นเรือง. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงาน ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผลผลิตของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 28(4), 921–928.
- จิราภรณ์ รัตติกาลสุขะ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับรางวัลดีเด่น. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 179–186.
- ใจชนก ภาคอิต. (2555). การรับรู้และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพสถาบันสู่ความเป็นเลิศ ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธิญารัตน์ ช่วยรักษ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงาน ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผลผลิตของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคใต้. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2), 8–20.
- นิติติล สิงห์เวียง. (2556). การศึกษาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ต่อการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของบุคลากรเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. (รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐ, มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม).
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2559). แผนปฏิบัติการฝ่ายการพยาบาลประจำปี 2559–2560. [ม.ป.ท]

- พรรณทิพย์ กาญจนอุดมการณ์.(2556). *การวิเคราะห์การใช้หลักการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของศูนย์เทคโนโลยีชีวภาพเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาวิทยาลัยศิลปากร.*
- พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2552). *องค์การและการบริหารจัดการ*. นนทบุรี: ชิงค์ ปิยอนด์บุ๊คส์.
- เยาวภา ปฐมศิริกุล. (2554). แบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. *วารสารบริหารธุรกิจคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 34(130), 14-35.
- ลักษณะวี ระหว่างบ้าน. (2558). ศักยภาพโดดเด่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง โรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 35-47.
- วรลักษณ์ ราชคุณ. (2556). *กระบวนการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลสวนปรุง. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).*
- วารุณี กิ่งหมิง. (2559). สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(2), 192-204.
- สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2553). *Competency: เครื่องมือในการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์*. สืบค้นจาก http://www.stabundamrong.go.th/web/book/53/b19_53.pdf
- สมหมาย เทียนสมใจ. (2556). *รูปแบบการบริหารงานที่มีประสิทธิผลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษา. (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยศิลปากร).*
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติ การพยาบาลที่เป็นเลิศ*. สืบค้นจาก http://www.nursing.go.th/Book_nurse/qualitycriteria/quality%20criteria.pdf
- สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์. (2552).ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาลกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(2), 14-28.
- โสภา อิศระณรงค์พันธ์. (2552). *สมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่มีศักยภาพสูงโรงพยาบาลทั่วไป. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).*
- อชิพัฒน์ เดชขุนทด. (2558). อิทธิพลของการจัดการในองค์การมีผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางปะอิน. *วารสารวิชาการคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 10(2), 89-100.
- เอกกมล เอี่ยมศรี. (2554, ตุลาคม 8). *วิธีการวิเคราะห์บทบาทของกลยุทธ์ด้วย 5Ps: Mintzberg's 5Ps of Strategy*. สืบค้นจาก <http://oknation.nationtv.tv/blog/newmanagement>
- Adair, J. (2002). *Effective strategic leadership*. London: Pan Macmillian Ltd.
- Mintzberg, H. (1987). The Strategy Concept: Five Ps For Strategy. *California Management Review*, 30(1), 21-30.

ปกิณกะ

ประสบการณ์ ความประทับใจ และความสำเริง “พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ”

พุทธชาติ ใจกาศ*

เมื่อได้รับโอกาสการเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2559 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล แดงตั้งใจจะทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ท่ามกลางความกังวลของตนเอง ทั้งเรื่องที่คิดว่าตนเองไม่เก่งและไม่เคยเดินทางออกจากโรงพยาบาลวชิรพยาบาลนาน 4 เดือน แต่ความกังวลทุกอย่างหายไปเมื่อพินิจ หัสนาหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 B กล่าวว่า “แดงไปเรียนให้สนุก เปิดโลกทัศน์ตัวเอง เจอเพื่อนๆ หลากหลาย เพื่อเราจะได้มีมุมมองใหม่ๆ ไปดูที่อื่นเขาทำอะไรกันบ้าง ไปให้ได้เพื่อนกลับมา”



เข้าวันพฤหัสบดีที่ 1 ธันวาคม 2559 เปิดเรียนวันแรก โชคดีจึงได้ไปอบรมพร้อมกับเพื่อน วิกานดา พยาบาลหอผู้ป่วยออโรโรปิติกส์หญิง เมื่อเดินทางถึงห้องเรียน 501 บรรยากาศในห้องเรียนจัดเก๋ๆ เป็นแล้ว ให้ผู้นั่งเขียนชื่อ-สกุล ชื่อโรงพยาบาลแล้วติดไว้ที่เก้าอี้ เพื่อกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนๆ 30 คน และรองศาสตราจารย์พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร ที่ปรึกษาตลอดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุรุ่นที่ 45

สัปดาห์ที่ 2 เริ่มต้นด้วยการเรียนวิชานโยบายสุขภาพและการพยาบาล ร่วมกับการจัดกิจกรรมนันทนาการแทรกการสอนสุขศึกษา งานแรกของกลุ่มยังดีใจที่อาจารย์ให้มาไม่ยาก แต่สมาชิกในกลุ่มไม่ท้อ คราวหน้าเราต้องทำได้ดีกว่านี้ ตามประโยคอาจารย์ที่กล่าวเสมอ “ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม พวกเธอจะต้องผ่านมันไปได้”

สัปดาห์ที่ 3 เรียนการประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุและการพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะสุขภาพดี การตรวจร่างกาย โดยจับคู่กับเพื่อนวิกานดาสลับกันเรียนรู้และสอบการตรวจร่างกาย

สัปดาห์ที่ 4 เริ่มเตรียมกลุ่มสัมมนาในหัวข้อ elder abuse and management in elderly สมาชิกกลุ่มแบ่งหน้าที่การหาข้อมูลและนำเสนอ โดยแดงรับหน้าที่พิธีกร รวมทั้งค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งเพื่อสัมมนากลุ่มตนเองและร่วมสัมมนากลุ่มเพื่อนๆ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

สัปดาห์ที่ 5 สัปดาห์นี้เป็นสัปดาห์ของการนำเสนอผลงานสัมมนา 5 กลุ่มที่มีความแตกต่างกัน ทั้งหัวข้อ วิธีการนำเสนอ และข้อเสนอแนะของอาจารย์ ทำให้ได้เรียนรู้หลายอย่าง และคิดว่าสัมมนาครั้งหน้า ต้องหาหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับที่ดีกว่านี้ สัปดาห์นี้ปิดตัวด้วยความสุขทั้งจากบรรยากาศสัมพันธภาพ ระหว่างเพื่อนที่มีความรัก ความเข้าใจ และความสามัคคีของทุกคนในการสัมมนา และการจัดงานฉลองต้อนรับปีใหม่ ทุกคนมีความสุข สนุกสนาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

สัปดาห์ที่ 6 เริ่มต้นการเรียนปีนี้ด้วยวิชาการประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุและวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วย

สัปดาห์ที่ 7 ได้มีโอกาสเข้าร่วมการประชุมวิชาการ “120 ปี การพยาบาลไทย พลิกโฉมสุขภาพสังคม” เนื่องในวาระที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ครบรอบ 120 ปี จากการเข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ ทำให้เข้าใจถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์จากการเจ็บป่วย และเกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนาตนเองต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 เป็นสัปดาห์ของการดูงานที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบางขุนนนท์ นักศึกษาแต่ละกลุ่มนำผู้สูงอายุทำกิจกรรมภายใต้ข้อกำหนดที่ว่า “ผู้สูงอายุแต่ละท่านที่มาร่วมในโครงการนี้มีความรู้จะสอนหรือแนะนำอะไร ต้องรู้มากกว่าเรา”



สัปดาห์ที่ 9 - 12 เป็นสัปดาห์ที่เข้มข้นไปด้วยการนำเสนอโครงการและการสัมมนา กลุ่มแตงนำเสนอโครงการเรื่อง dementia และการสัมมนาหัวข้อ incontinence in elderly บรรยายภาคนำเสนอของแต่ละกลุ่มผ่านไปด้วยดี สนุกสนานด้วยการทดลองทำท่าขมิบกัน จนได้รับคำชม ทุกกลุ่มได้เรียนรู้การบริหารจัดการคน เวลา และอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 13 - 14 เป็นช่วงเวลาของการสอบและขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วย ทุกกลุ่มต้องคิดนวัตกรรมที่นำแบบประเมิน geriatric assessment ไปใช้กลุ่มละ 1 ผลงาน กลุ่มของแตงได้สร้างนวัตกรรมชื่อว่า “3P: protection pressure sore paper” เพื่อการฟื้นฟูของแผลกดทับโดยป้องกันอุจจาระหรือปัสสาวะปนเปื้อนแผลกดทับ ผลการนำร่องการนำไปใช้พบว่าป้องกันได้ถึงร้อยละ 80





วันที่ 16 มีนาคม 2560 เป็นวันตลาดนัดนวัตกรรม ที่มีการพิจารณาให้รางวัลนวัตกรรมดีเด่น และเพื่อนๆตื่นเต้นมากเพราะมีผู้คนหลากหลายเข้ามาเยี่ยมชม ทั้งอาจารย์แพทย์และอาจารย์พยาบาลจากภาควิชาต่างๆ ตัวแทนพยาบาลจากหน่วยงานต่างๆ ผู้สูงอายุจากโครงการบางขุนนนท์ นักศึกษาพยาบาลทั้งจากคณะพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาแลกเปลี่ยน และครอบครัวของเพื่อนๆ บรรยากาศภายในห้องคล้ายตลาดนัดจริงๆ จากห้องเรียน

ที่เคยมีแต่เสียงอาจารย์สอน ตอนนี้มีเสียงหลากหลายจากผู้คนมากมายที่เข้าชมตลาดนัดนวัตกรรม ผู้เข้าชมจะได้รับแบบจำลองคนละเท่ากัน หากผู้เข้าชมชื่นชอบนวัตกรรมชิ้นใด สามารถให้คะแนนได้ด้วยการให้แบบจำลอง เมื่อตลาดนัดปิดตัวลง อาจารย์ได้ประกาศผลนวัตกรรมที่ได้คะแนนรางวัลชนะเลิศ ได้แก่ นวัตกรรมเรื่อง 3P: protection pressure sure paper เย้ๆๆๆๆๆ ดีใจสุดๆ

สัปดาห์สุดท้ายเป็นสัปดาห์การดูงาน แต่ละสถานที่ที่ไปล้วนมีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท บ้านบางแค ศูนย์กายภาพบำบัดโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร จังหวัดชลบุรี รู้สึกชื่นชมผู้บริหารและบุคลากรที่เห็นถึงปัญหาและความสำคัญของผู้สูงอายุ

วันที่ 24 มีนาคม 2560 วันจบการศึกษา “นี่ถึงวันแรกอยากให้ถึงวันสุดท้าย พอถึงวันสุดท้ายอยากให้ในวันแรก” แดงและเพื่อนๆประทับใจและมีความทรงจำที่ดีตลอดการเรียนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ความสุขเช่นนี้คงเกิดไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนทางการศึกษาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมทั้งกำลังใจและกำลังกายในการช่วยเก็บข้อมูลของทีมงานหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 B ที่น่ารักทุกคน การกลับมาปฏิบัติกรพยาบาลที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลครั้งนี้จึงเปี่ยมไปด้วยพลังและความรู้ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุต่อไป



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการพยาบาล บทความวิจัยทางการพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ทางทางการพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความจะ ได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความไป ตีพิมพ์ในวารสารอื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุ corresponding author ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้วิจัยและคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.5 วัตถุประสงค์

2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.12 ผลการวิจัย

2.4.13 การอภิปรายผล

2.4.14 ข้อเสนอแนะ

2.4.15 เอกสารอ้างอิง

2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบ APA 6th edition (American Psychological Association)

การส่งบทความ ดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ส่งบทความต้นฉบับที่พิมพ์ในกระดาษ A4 3 ชุด/ แผ่นบันทึก (CD) บทความในรูปแบบ word file และ pdf file 1 แผ่น/ ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความตีพิมพ์/ สำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ที่นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ดิ็กเพชรรัตน์ชั้น 16 โรงพยาบาล วชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

2. ส่งบทความและแบบฟอร์มใบส่งบทความตีพิมพ์ที่ patiporn.ed@gmail.com

3. บทความวิชาการจะถูกส่งต่อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเมื่อกองบรรณาธิการได้รับเอกสารหรือข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ 2

**ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับ

จำนวน.....ชุด

แผ่นบันทึก (CD) บทความในรูปแบบ word file และ pdf file จำนวน.....แผ่น

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความ/วิจัย เรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ corresponding author ☐ first author

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ corresponding author ☐ first author

3.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

**ใบสมัครขอรับหนังสือวารสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือวารสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

- ☐ อัตราค่าสมาชิก 100 บาทต่อปี
☐ ค่าส่งไปรษณีย์ เล่มละ 6 บาท ขอให้ส่ง

นางสาว/ นาง /นาย
ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน
แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

- ☐ เงินสด จำนวน.....บาท
☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ
(.....)
วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร
นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)
โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082