



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ความเสี่ยงทางสุขภาพ กับสุขภาพะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล เอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร
  - 1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน
  - 1.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน
2. สุขภาวะของพยาบาลประจำการ
  - 2.1 ความหมายของสุขภาวะ
  - 2.2 แนวคิด / ทฤษฎีสุขภาวะ
  - 2.3 สุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน
  - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ
3. ปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ
  - 3.1 อายุ
  - 3.2 สถานภาพสมรส
  - 3.3 ลักษณะการทำงานเป็นผลัด
4. พฤติกรรมสุขภาพ
  - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
  - 4.2 แนวคิด / ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ
  - 4.3 พฤติกรรมสุขภาพกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ
5. ความเสี่ยงทางสุขภาพ
  - 5.1 ความหมายของความเสี่ยงทางสุขภาพ
  - 5.2 แนวคิด/ทฤษฎีความเสี่ยงทางสุขภาพ
  - 5.3 ความเสี่ยงทางสุขภาพกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลเอกชนในระยะแรกเกิดจากความต้องการความช่วยเหลือประชาชนผู้เจ็บป่วยที่โรงพยาบาลรัฐไม่สามารถให้การรักษาได้ทั่วถึง ในระยะแรกส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบของมูลนิธิไม่แสวงหากำไร ต่อมาโรงพยาบาลเอกชนมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มมากขึ้นของประชากรและความไม่เพียงพอด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ รวมทั้งการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและการศึกษาเป็นปัจจัยสนับสนุนการเติบโตของโรงพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของธุรกิจเพื่อแสวงหาผลกำไร ประกอบกับในปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลได้ส่งเสริมการลงทุนแก่โรงพยาบาลเอกชน โดยการยกเว้นภาษีในระยะ 5 ปีแรก จึงมีผู้สนใจลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น การดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเพื่อแสวงหาผลกำไรจึงพัฒนาขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา การเติบโตของระบบการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ทำให้มีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นกว่า 429 แห่ง มีจำนวนเตียงรวมกันประมาณ 40,000 เตียง ซึ่งจากการสำรวจโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนปี พ.ศ. 2550 (The 2007 Private Hospital Survey) โดยสำนักสถิติแห่งชาติ พบว่า เป็นโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป 385 แห่ง (ร้อยละ 89.7) และเฉพาะโรค 44 แห่ง (ร้อยละ 10.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในภาคกลาง จำนวน 143 แห่ง (ร้อยละ 33.3) กรุงเทพมหานคร มีจำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลตั้งอยู่ประมาณ 130 แห่ง (ร้อยละ 30.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ตั้งอยู่จำนวน 57, 56, และ 43 แห่ง (ร้อยละ 13.3, 13.0, และ 10.0 ตามลำดับ) โดยภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทั่วไปทุกโรงพยาบาล และกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลเฉพาะโรคมากที่สุดคือ 33 แห่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีทิศทางที่ก้าวหน้าเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ปรับตัวสูงขึ้น ผู้ใช้บริการจึงหันไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีความสะดวกสบาย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยชาวต่างชาติให้ความสนใจมารับการรักษาในประเทศไทย เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการ ลักษณะการให้บริการมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐบาล โดยเฉพาะการพัฒนาด้านการบริการที่เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ห้องพักรักษาที่นำพักอาศัยมากขึ้น (สุพัตรา มะปรางหวาน, 2546) การดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนในปัจจุบันสามารถนำรายได้เข้าประเทศเป็นมูลค่ามหาศาล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

## 1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน

เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐบาลอาจไม่สามารถให้บริการตามความต้องการของประชาชนในการให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งจำนวนเตียงในโรงพยาบาลของรัฐขยายตัวได้อย่างค่อนข้างช้า เนื่องจากระบบราชการที่ดำเนินงานโดยมิได้หวังผลกำไร ทำให้ความกระตือรือร้นในการบริการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป กลุ่มผู้ใช้บริการส่วนมากก็เป็นผู้ที่มีรายได้น้อยและมีงบประมาณจากรัฐบาลมาสนับสนุน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนต้องให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อดึงดูดให้ผู้ใช้บริการมาใช้บริการมากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนเปิดให้บริการด้านสุขภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีหน้าที่ให้บริการด้านการรักษาที่ได้มาตรฐานในทุกสาขาการแพทย์ มุ่งเน้นในคุณภาพและประสิทธิภาพด้านการรักษาพยาบาลโดยเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง มีบริการทางการแพทย์ครบทุกด้านในลักษณะที่เป็นศูนย์ครบวงจรเพื่อให้บริการแบบครบถ้วน ณ จุดเดียว (One stop service) และมีการจัดตั้งเป็นศูนย์เฉพาะทาง มีบุคลากรทางสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญพร้อมให้บริการ รวมถึงมีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อรองรับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการ กลุ่มผู้ใช้บริการจึงอยู่ในกลุ่มที่มีฐานะมีรายได้ปานกลางไปจนถึงผู้ที่มีรายได้ดี รวมทั้งกลุ่มที่มีประกันสุขภาพ (Third party) โรงพยาบาลเอกชนมีการบริหารงานที่เน้นถึงความอยู่รอดขององค์กร ดังนั้นแนวทางการบริหารจึงเป็นการบริหารงานในเชิงรุกที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกในเรื่องการบริการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความสะดวกรวดเร็วและพึงพอใจมากที่สุด นอกจากนี้ความสะอาดสบายและบรรยากาศของสถานที่ ตลอดจนที่ตั้งของโรงพยาบาล ลักษณะสภาพทั่วไประหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนจึงมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ลักษณะการลงทุนเป็นการลงทุนระหว่างนักลงทุน นักธุรกิจ แพทย์ มีการใช้หลักการตลาด การประชาสัมพันธ์ สื่อโฆษณา เครื่องมือที่ทันสมัยและมีระบบติดตามผู้ใช้บริการที่เป็นรูปธรรม

ประเภทของโรงพยาบาลเอกชนสามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, 2546) คือ

1. แบ่งตามลักษณะการให้บริการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.1 สถานพยาบาลทั่วไป (General hospitals) มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก โดยให้บริการในด้านต่างๆ อาทิ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมตกแต่ง กุมารเวชกรรม วิสัญญี รังสีวิทยา จิตเวช สูติ นรีเวชกรรม หู คอ จมูก จักษุ โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ ทันตกรรม การให้บริการด้านต่างๆ เช่น บริการตรวจเอ็กซเรย์ บริการขนส่งผู้ป่วยทั้งรับด่วนและทั่วไป บริการตรวจสุขภาพ กายภาพบำบัด เป็นต้น

1.2 สถานพยาบาลเฉพาะโรค (Specialize hospitals) ให้บริการรักษาเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง อาทิโรคหัวใจ ให้บริการเฉพาะสูติ-นรีเวชกรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะโรคติดต่ออันตราย เช่น โรคเรื้อน วัณโรค โรคจิตประสาท

2. แบ่งตามลักษณะการเป็นเจ้าของ กรรมสิทธิ์ และกองทุนที่ได้รับการอุดหนุน สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1 โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร หรือสถานพยาบาลที่ก่อตั้งขึ้นจากมูลนิธิ องค์กรการกุศล (Voluntary hospital or non-profit hospital) เป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผลกำไรเป็นสิ่งตอบแทน นโยบายด้านการบริหารคือเพื่อสังคม มุ่งให้บริการแก่ประชาชนในรูปแบบของโรงพยาบาลและคลินิก มีลักษณะการบริหารเหมือนโรงพยาบาลรัฐบาล ได้รับเงินสนับสนุนจากผู้ที่เลื่อมใสศรัทธา และกองทุนจากองค์การศาสนาในประเทศและต่างประเทศ ในการบริหารมักจะมีชาวต่างชาติร่วมบริหารด้วย มีมูลนิธิให้การช่วยเหลือด้านการเงิน การบริหารการเงินมักจะบริหารโดยองค์การศาสนา ส่วนด้านนโยบายการบริหารมีการคำนึงถึงการอยู่รอดและเรื่องกำไรขาดทุนน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินในรูปแบบของบริษัท

2.2 โรงพยาบาลเอกชนแสวงหาผลกำไร (Private hospital or profit hospital) เป็นสถานพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มบุคคลร่วมลงทุน ซึ่งประกอบไปด้วยสถานพยาบาลทั่วไป และรับการรักษาเฉพาะโรค และคลินิก ลักษณะการดำเนินงานจะเป็นรูปแบบบริษัทจำกัด หรือห้างหุ้นส่วนจำกัด โดยดำเนินธุรกิจเพื่อแสวงหากำไร มีการเสียภาษีเงินได้แก่รัฐ โรงพยาบาลแสวงหากำไรลักษณะการบริหารจะแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร หรือสถานพยาบาลที่ก่อตั้งขึ้นจากมูลนิธิ องค์กรการกุศล

นอกจากนี้ จากการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนและสถานพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน จำนวนทั้งสิ้น 48.0 ล้านราย เป็นผู้ป่วยนอกประมาณ 45.3 ล้านราย (ร้อยละ 94.5) ที่เหลือเป็นผู้ป่วยในประมาณ 2.6 ล้านราย (ร้อยละ 5.5) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการด้วย โดยพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้งนี้จำนวนผู้มารับบริการของผู้ป่วยใน ชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นจาก 102, 000 รายในปี พ.ศ. 2543 เป็น 133, 570 รายในปี พ.ศ. 2549 และผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นจาก 1.8 ล้านราย เป็น 2.6 ล้านราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ซึ่งการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าว ส่งผลให้การดำเนินธุรกิจมีความรุนแรงในการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเองเพิ่มมากขึ้น เพื่อดึงผู้ใช้บริการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ

การกำหนดขอบเขตงานและปริมาณงานของโรงพยาบาลเอกชนจะแตกต่างกัน แยกตามขนาดของโรงพยาบาล สามารถสรุปได้ดังนี้ (ฉัตรสุมน พุฒิภิญโญ, 2546; สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, 2546)

1. โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก (มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 100 เตียง) มีฝ่ายบริหารเป็นฝ่ายที่มีการดำเนินงานด้านต่างๆ ทุกประเภท งานฝ่ายบริหารมีการแบ่งงานหรือขอบเขตงานเป็นทางการ แต่ทำงานในลักษณะครอบครัว ช่วยเหลือกัน ทำให้บุคคลทำงานซ้ำซ้อนงานด้านบริหารงานบุคคล ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง จึงเป็นหน้าที่ของหัวหน้าฝ่าย หรือผู้อำนวยการในการตัดสินใจพิจารณางานด้านบุคคล ไม่มีฝ่ายการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพขึ้นตรงต่อหัวหน้าฝ่ายบริหาร หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ใช่พยาบาลประจำการ เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลรัฐที่มาทำงานพิเศษ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำมีน้อย โรงพยาบาลขนาดเล็ก มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครบถ้วน สำหรับการบริการยังอยู่ในขอบเขตจำกัด ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร อาคารสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์

2. โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง (มีจำนวนเตียงผู้ป่วยระหว่าง 101-199 เตียง) มีปริมาณงานด้านบริการมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก มีการจัดรูปองค์กรและการแบ่งขอบเขตของงาน มีการทำงานโดยแบ่งงานเป็นแผนตามลักษณะงานมากขึ้นมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก มีฝ่ายการพยาบาลแต่ยังขึ้นตรงต่อฝ่ายบุคคล พยาบาลวิชาชีพมีลักษณะเหมือนกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก คือพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ไม่ใช่พยาบาลอยู่ประจำการ เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลรัฐบาลหรือโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นที่มาทำงานพิเศษ และพยาบาลประจำการส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระยะเวลาในการทำงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-3 ปี แล้วมีอัตราการลาออกไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีความมั่นคงกว่า

3. โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ (มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 200 เตียงขึ้นไป) มีการจัดรูปแบบองค์กรและการแบ่งขอบเขตของงานชัดเจน มีโครงสร้างการบริหารงาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และหน่วยปฏิบัติงานที่มีหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ดูแลกำกับการทำงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลบริหารงานทั้งหมดตามนโยบายที่ที่ได้รับจากผู้บริหาร หรือคณะกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการบริหารจะประกอบด้วยผู้ลงทุนในโรงพยาบาลเอกชน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่มีผู้อำนวยการเป็นประธาน ทำหน้าที่บริหารงานประจำในโรงพยาบาลตามแนวทางนโยบายที่กำหนด ส่วนหน่วยงานหรือฝ่ายปฏิบัติงานนั้น ดำเนินงานให้บริการตามความรับผิดชอบและบทบาทที่มี เช่น ฝ่ายการพยาบาล มีอิสระในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขึ้น เหมือนฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรัฐบาล มีหัวหน้าฝ่ายการหรือหัวหน้าพยาบาลเหมือนโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง

แต่โรงพยาบาลเอกชนบางโรงพยาบาล เรียกตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้าพยาบาล ว่าผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ซึ่งมีอิสระในการบริหารบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการทำงานเต็มเวลา (Full time) อัตราพยาบาลมากกว่า โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็ก

จากการที่ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนได้มีบทบาทเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน และในยุคที่มีการแข่งขันของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนอย่างมาก โรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งจึงพยายามค้นหากลยุทธ์ วิธีการบริการที่พิเศษแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายการบริหารของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องครบวงจร จึงทำให้การบริหารโรงพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกับโรงพยาบาลของรัฐบาล

#### การบริหารงานของโรงพยาบาลเอกชน

นโยบายหลักที่สำคัญในการบริหารโรงพยาบาลเอกชนคือ การพัฒนาจุดเด่นด้านความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และคุณภาพของการบริการในระดับมาตรฐานสากล การให้บริการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ แลพัฒนากระบวนการทำงานด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการจะเกิดขึ้นจากสิ่งต่างๆ ตามลำดับ (ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัตย์, 2553) ดังนี้

1. การบริการในโรงพยาบาลเอกชน จะเน้นด้านการบริการเป็นอันดับแรก เช่น การอำนวยความสะดวกในการรับบริการ ความรวดเร็ว ความสะอาด ความเอาใจใส่ของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ด้วยอัธยาศัยไมตรี เป็นกันเอง ด้วยความเรียบง่าย และมีประสิทธิภาพ

2. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญในการดึงดูดผู้รับบริการ ให้มารับการรักษา ที่โรงพยาบาล อีกทั้งมีความรู้สึกไว้วางใจในความซื่อสัตย์สุจริต ของแพทย์และพยาบาลในทุกๆ ด้าน

3. ความสะอาดสบายและบรรยากาศ ตลอดจนที่ตั้งของโรงพยาบาล นับเป็นสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องพยายามสร้างขึ้น ให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะต้องการความสะดวก รวดเร็ว บรรยากาศความสวยงาม รื่นรมย์ ตลอดจนความสะอาดของสถานที่ของโรงพยาบาล

4. ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ไม่สูงเกินไปกว่าบริการที่ได้รับ มักมีการกล่าวว่า โรงพยาบาลเอกชน คิดค่าบริการแพง สาเหตุสำคัญคือ มักเกิดความรู้สึกเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งแทบจะไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะรัฐเป็นผู้จ่ายให้แทน โรงพยาบาลเอกชนจึงต้องเข้าใจและถือเป็นหน้าที่ที่จะให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วยและญาติตลอดเวลา

5. โรงพยาบาลเอกชนจะตั้งอยู่ในถิ่นชุมชน คนส่วนใหญ่รายได้ดีถึงระดับปานกลางที่มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่จะคำนึงถึงมาตรฐานคุณภาพการดูแลเป็นหลัก โรงพยาบาลจะจัดระบบบริการที่จะดึงดูดผู้รับบริการที่เข้ามาใช้บริการ แล้วไม่ทำให้เสียชื่อเสียง เกิดความประทับใจ และจะกลับมาใช้บริการอีก

สมาคมส่งเสริมการลงทุนไทย (2552) กล่าวว่า โรงพยาบาลเอกชนเป็นธุรกิจที่มีการแข่งขัน ในการให้บริการค่อนข้างสูง และมีอัตราการขยายฐานการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องมา โดยตลอดในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งผู้ประกอบการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนต้องมีการพัฒนาอาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงเพิ่มงบประมาณด้านบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อรองรับธุรกิจที่มีการขยายตัวเพิ่มขึ้น ควรมีการสร้างเครือข่ายสาขาทั้งในรูปของการซื้อกิจการ และการสร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ ตลอดจนเปิดศูนย์บริการเฉพาะทางเพื่อรองรับลูกค้าเฉพาะกลุ่ม และบริการลูกค้าชาวต่างชาติ เช่น ศูนย์โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคกระดูก ศูนย์ศัลยกรรม และศูนย์ดูแลสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าในการให้บริการ โดยมุ่งเน้นการทำตลาดแบบเฉพาะกลุ่ม (Niche marketing) พร้อมทั้งการสร้างที่น่าเชื่อถือและความมั่นใจให้กับลูกค้าผ่านการโฆษณาเผยแพร่ภาพลักษณ์ด้านความเชี่ยวชาญในการให้บริการและรักษาเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข (2553) กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนประการหนึ่งคือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีค่อนข้างจำกัด ไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลเอกชนที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนนอกจากจะมีการดึงบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐแล้ว ยังมีการดึงจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเอง โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนควรมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และบุคลากรอื่นๆ เพื่อรองรับการเติบโตของธุรกิจที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต

### การปรับตัวของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในยุคของการแข่งขัน

โรงพยาบาลเอกชนได้เข้ามามีบทบาทในสังคมไทยอย่างมาก นอกจากจะช่วยลดภาระของรัฐในการดูแลแล้ว ยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของประชาชนที่พอจะมีความสามารถจ่ายได้ ให้มีความสะดวกสบายขึ้น โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ จะมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและมีศักยภาพในการพัฒนาบุคลากร ให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในด้านคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งตื่นตัวแข่งขันกันที่รุนแรงมากขึ้น ระหว่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยเองและการแข่งขันกับโรงพยาบาลจากต่างประเทศ คู่แข่งสำคัญได้แก่ สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินเดีย ซึ่งเร่งพัฒนาปรับปรุงศักยภาพเพื่อแข่งขัน ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีการเติบโตในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อันเป็นจากการที่ผู้ประกอบการ ได้พัฒนาอาคาร สถานที่ตรวจรักษา อาคารที่พักผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกสบายให้แก่ผู้รับบริการมากขึ้น รวมทั้งการเพิ่มงบประมาณด้านบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความเชี่ยวชาญและซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยส่งผลให้เกิดแนวโน้มการขยายตัวของจำนวนผู้ใช้บริการทั้งในและต่างประเทศในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552)

สถานการณ์ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ.2552 นั้นมีโอกาสที่จำนวนผู้ใช้บริการทั้งในประเทศและต่างประเทศปรับตัวลดลง อันมีปัจจัยกดดันทั้งจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจโลกและเศรษฐกิจในประเทศที่ตกต่ำ ประกอบกับการขัดแย้งทางด้านการเมือง ทำให้ผู้ใช้บริการต่างชาติมีความเชื่อมั่นลดลง บางส่วนชะลอการเดินทางมาประเทศไทย ทั้งนี้คาดว่าในปี พ.ศ.2552 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มุ่งจับตลาดผู้ใช้บริการที่มีรายได้ปานกลาง – สูง รวมทั้งผู้ใช้บริการต่างชาติในสัดส่วนสูง จะได้รับความกระทบกระเทือนมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็ก ที่สามารถปรับไปให้บริการกลุ่มผู้ใช้บริการในประเทศที่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้ใช้บริการที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ บางส่วนหันมาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็ก ที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่จึงต้องมีการปรับตัวเพื่อรับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2552 ในระดับที่มากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็ก ทั้งนี้เนื่องจากกำลังซื้อที่ลดลงของคนไทยและการลดลงของความเชื่อมั่นจากกลุ่มผู้ใช้บริการจากต่างประเทศ ซึ่งจากเดิมมีการปรับราคาค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี ประมาณร้อยละ 5 ตามภาระต้นทุนดำเนินด้านค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ ค่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่ายาที่ปรับเพิ่มขึ้น แต่สำหรับปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะพยายามตรึงราคาค่ารักษาพยาบาลไม่ให้ปรับเพิ่มขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้ใช้บริการรายเดิมและรายใหม่หันไปใช้บริการจากโรงพยาบาลคู่แข่งทั้งในและต่างประเทศ (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552)



จากสภาพทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชนที่มีการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้นนั้น ทำให้ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนของไทย จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันให้สูงขึ้น เพื่อประคับประคองการดำเนินการในสภาวะการแข่งขันและภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ศุภชัยวิชัยกสิกรไทย, 2552)

1. เจาะตลาดกลุ่มลูกค้าที่มีศักยภาพ ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีการรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะด้านเพื่อจับกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 6.2 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า คือประมาณ 14 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรกลุ่มนี้บางส่วนมีความสามารถที่จะเข้าไปใช้บริการด้านสุขภาพโรงพยาบาลเอกชนได้ ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนจึงควรเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นเพื่อดึงดูดผู้ใช้บริการในกลุ่มนี้

2. การให้ความสนใจกับผู้ใช้บริการในประเทศมากขึ้น เพื่อเสริมรายได้และประคองธุรกิจให้อยู่รอด การให้ความสนใจกับผู้ใช้บริการในประเทศในสัดส่วนที่สูงขึ้น เช่น กลุ่มพนักงานบริษัทที่มีสวัสดิการด้านสุขภาพ รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่มีแนวโน้มหันมาให้ความสนใจทำประกันสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อประกันความเสี่ยงและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์วิกฤติทางเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนควรมีการจัดกิจกรรมการตลาดต่างๆ เช่น การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ การจัดแพ็คเกจรักษาในราคาประหยัด หรือแบบเหมาจ่าย เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีแบบมีส่วนลด การรักษาโรคที่ที่ประชาชนใช้บริการมาก เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคลอดบุตร การรักษาข้อเข่าเสื่อม และการรักษาความผิดปกติทางสายตา เป็นต้น

3. การให้ความสนใจผู้ใช้บริการกลุ่มองค์กรมากขึ้น จากการใช้บริการทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มปรับตัวลดลงตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ถดถอย ลูกค้ากลุ่มองค์กรต่างๆ ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ เช่นกลุ่มพนักงานบริษัทและกลุ่มที่มีการทำประกันสุขภาพ นับเป็นกลุ่มที่ยังมีกำลังซื้อและช่วยให้โรงพยาบาลเอกชนมีหลักประกันทางด้านรายได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนควรต้องพิจารณาดกลงทำสัญญาฉบับใหญ่ๆ ซึ่งมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ก็ควรมีการติดต่อกับบริษัทประกันสุขภาพทั้งในและต่างประเทศเพื่อเป็นเครือข่ายการรักษาพยาบาล ซึ่งการทำสัญญาการรักษาพยาบาลกับบริษัทควรมีส่วนลดให้เป็นพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจในการมารับบริการ

4. การเพิ่มและการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีค่อนข้างจำกัดไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลเอกชนที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนนอกจากมีการดึงบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐแล้ว ยังมีการดึงจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเอง โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งปัจจัยดังกล่าว นับเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนอย่างยิ่ง ดังนั้นในช่วงที่จำนวนผู้ให้บริการทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มปรับตัวลดลง จึงเป็นโอกาสที่โรงพยาบาลเอกชนจะพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด โดยการส่งไปอบรมหรือเพิ่มพูนความรู้จากทั้งในและต่างประเทศเพื่อเพิ่มทักษะและความเชี่ยวชาญในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการแย่งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำกัดอีกทั้งยังสามารถสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการมากที่สุด ซึ่งเป็นจุดเด่นที่ทำให้มีผู้ให้บริการมาใช้บริการเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นการรองรับการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มขึ้นภายหลังจากเศรษฐกิจโลก และเศรษฐกิจในประเทศไทยฟื้นตัวในอนาคต

5. การขยายตลาดสู่ภูมิภาค ในจังหวัดที่เป็นชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งนี้เพื่อรองรับประชาชนที่มีรายได้สูง รวมทั้งชาวต่างชาติที่อาศัยหรือทำงานอยู่ในประเทศเพื่อนบ้านที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเอกชนของไทยที่มีมาตรฐานการรักษาเป็นที่ยอมรับ ในขณะที่เดียวกันพื้นที่จังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของไทย เช่น ภูเก็ต สมุย เชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีโอกาสในการแข่งขันสูงเช่นกัน

6. การหันไปลงทุนโรงพยาบาลในต่างประเทศ ในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยในรายที่มีความพร้อมทางด้านเงินทุนและบุคลากร ควรพิจารณาความเป็นไปได้ของการออกไปลงทุนธุรกิจเกี่ยวสุขภาพในต่างประเทศ เช่นการตั้งโรงพยาบาลขึ้นใหม่ หรือการรับจ้างบริหารงานโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บริการและเข้าถึงผู้ใช้บริการต่างประเทศที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการช่วยลดผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจและการเมืองได้มาก โดยประเทศที่มีศักยภาพในการเข้าไปลงทุน โรงพยาบาลเอกชนควรเน้นประเทศที่มีภาวะทางเศรษฐกิจการค้าและการลงทุนมีการขยายตัวสูง ในขณะที่จำนวนที่มีมาตรฐานการรักษายังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่นประเทศในอาเซียน ได้แก่ เวียดนาม ลาว และกัมพูชา หรือประเทศในตะวันออกกลาง ได้แก่ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ และบาร์เรน เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะได้ประโยชน์ด้านการตอบแทนแล้วยังสามารถพัฒนาธุรกิจเกี่ยวเนื่องถึงธุรกิจในประเทศได้อีก เช่นการส่งผู้ให้บริการจากสาขาต่างประเทศมาฝึกฝนควบคู่กับการท่องเที่ยวในประเทศไทย

จากการบริหารงานโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า โรงพยาบาลเอกชนเป็นธุรกิจที่มีการแข่งขันในการให้บริการค่อนข้างสูง และมีอัตราการขยายฐานการเติบโตอย่างต่อเนื่อง นโยบายหลักที่สำคัญในการบริหารงานโรงพยาบาลเอกชนคือ การพัฒนาจุดเด่นด้านความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ พัฒนากระบวนการทำงานด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด

## 1.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพบริการ ที่ต้องมีการปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ใช้บริการสุขภาพ การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลต้องปรากฏตามแนวทางแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์ มีความเฉพาะในวิชาชีพที่แตกต่างจากวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2541) วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต่อสังคมปัจจุบัน จัดได้ว่าเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ระดับวิชาชีพ มีคุณธรรมจริยธรรม และมีความรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และในฐานะของสมาชิกในทีมสุขภาพ พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับบทบาทเฉพาะหรือบทบาททั่วไปของตนเอง โดยบทบาทเฉพาะหมายถึง บทบาทหน้าที่แสดงเอกภาพของวิชาชีพพยาบาล เพื่อเป้าหมายสุขภาพอนามัย ส่วนบทบาททั่วไปเป็นบทบาทที่สมาชิกในทีมสุขภาพทุกคนต้องมีส่วนร่วมกันปฏิบัติมุ่งไปสู่เป้าหมายส่งเสริมและดำรงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน (มยุรา กาญจนางกูร, 2531) ปัจจุบันการบริการทางสุขภาพกลายเป็นธุรกิจบริการที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นบริการที่แลกเปลี่ยนด้วยคุณภาพและราคาที่เป็นธรรม โดยเฉพาะการบริการพยาบาลซึ่งเป็นงานสำคัญในกลุ่มการบริการทางสุขภาพ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในทีมการพยาบาล ประกอบกับบริการพยาบาลมีปริมาณสูงสุดในสถานบริการทางสุขภาพ เกิดขึ้นตลอดเวลาและต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมที่ทำขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการได้ บทบาทเฉพาะของพยาบาลมีดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล โดยการวางแผน การมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับงาน การควบคุมกำกับ การนิเทศงาน และการประเมินผล การจัดอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอ จัดบรรยากาศการทำงานให้สะอาด ปลอดภัย
2. ด้านบริการพยาบาล พยาบาลมีหน้าที่เอาใจใส่และให้ความสุขสบาย รวมไปถึงกิจกรรมการรักษาไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการรวมทั้งใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งจัดให้มีการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านวิชาการ เป็นบทบาทในการเสริมสร้างพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้าทันสมัยอยู่เสมอ เป็นที่ยอมรับกับผู้ร่วมวิชาชีพ และชุมชน รวมทั้งบทบาทในการฝึกอบรมต่างๆ ตลอดจนจนถึงการทำวิจัย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย หรือสนับสนุนให้ผู้อื่นดำเนินการวิจัย

4. ด้านติดต่อสื่อสาร/ประสานงานและผู้ช่วยเหลือ การติดต่อสื่อสาร/การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับพยาบาลเพราะจะช่วยในการสร้างความไว้วางใจและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ โดยพยาบาลจะมีบทบาทในกิจกรรม เช่น การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแผนการรักษา การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

บทบาทการบริการที่เป็นเลิศของบริการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งลักษณะของบริการสามารถสรุปได้ดังนี้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2541)

1. ต้องเป็นบริการที่รวดเร็ว ไม่ล่าช้า เพราะบริการเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่เป็นความจำเป็นของชีวิต
2. ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างครบถ้วนทั้งเรื่องของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ยาที่ได้รับ การรักษา การดูแลตนเอง รวมทั้งเรื่องการเงินเมื่อผู้ให้บริการต้องการทราบ พยาบาลจะต้องพยายามให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้มากที่สุด โดยการอธิบายให้รับรู้และเข้าใจ
3. ต้องรับฟังในเรื่องที่ผู้ให้บริการต่อว่าเป็นผู้ฟังที่ดี พยาบาลต้องมีความหนักแน่นและมองข้ามความบกพร่องของผู้ให้บริการ อดทนได้กับการระบายอารมณ์ของผู้ให้บริการ จากนั้นค่อยทำความเข้าใจและอธิบายในจุดที่ผู้ให้บริการไม่เข้าใจและทำให้เกิดปัญหา
4. สร้างความประทับใจในการให้บริการพยาบาล ความรู้สึกประทับใจจะทำให้เกิดความรู้สึกต้องการจะกลับมาใช้บริการอีก พยาบาลต้องไวต่อความรู้สึกของผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกตให้รู้ว่าผู้ให้บริการต้องการอะไร และหาทางตอบสนองโดยเร็ว
5. ต้องมีการรักษาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่เสมอ รวมทั้งต้องมีการพัฒนาปรับปรุงการบริการพยาบาลให้ทันสมัยตลอดเวลา มีมาตรฐานการบริการ
6. พยาบาลต้องดูแลบุคลิกภาพของตนเองให้ดูดีอยู่เสมอทั้งในด้านเครื่องแต่งกาย กิริยาวาจา คำพูด การกระทำ ลักษณะท่าทางต่างๆ ต้องดูดีมีความสุภาพอ่อนโยนเป็นมิตรกับผู้ให้บริการ เพราะภาพลักษณ์ที่ดีย่อมส่งผลให้เห็นถึงการยอมรับและมีความแตกต่างของบริการในระดับหนึ่ง

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนทเวช (2552) กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic Nursing Practice) ได้แก่ การให้การพยาบาลโดยตรง และโดยอ้อม แก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย ร่วมศึกษาวิเคราะห์ในการให้การพยาบาลและผดุงครรภ์ความปลอดภัย ความสุขสบาย การตอบสนองความต้องการ และปัญหาตามบริบทสุขภาพที่ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการ ดูแลผู้ใช้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและตามแนวทางการพยาบาลที่กำหนด โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการ ตลอดจนจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวก สุขสบาย การตอบสนองความต้องการ และปัญหาตามบริบทสุขภาพที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการเฉพาะรายและได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ร่วมประเมินทางสุขภาพวิเคราะห์ปัญหา ภาวะสุขภาพ จำแนกความรุนแรง ความจำเป็น วินิจฉัยปัญหา ความผิดปกติ ภาวะเสี่ยงของผู้ใช้บริการ เพื่อใช้วางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันกาล ร่วมติดตามสังเกตอาการ ประเมินและเฝ้าระวังเพื่อตัดสินใจให้ความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือเกิดภาวะก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทันเวลาและปลอดภัย ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นรวมทั้งช่วยและสนับสนุนการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ และจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกและความสุขสบายต่อผู้ใช้บริการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดูแลหรือช่วยจัดเตรียมความพร้อมผู้ใช้บริการตามเงื่อนไขที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการบำบัดรักษา และความปลอดภัย ร่วมบันทึกหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลและผลปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งจัดทำรายงานเพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพใช้ประกอบการขยายผลหรือปรับปรุงการรักษาพยาบาลต่อไป

2. ด้านการวางแผน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เบื้องต้น เพื่อจัดจำแนกผู้ป่วยตามประเภทหรือตามความเหมาะสม เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การพยาบาล ร่วมวางแผนการพยาบาล ประสานงานและปรับปรุงในการดูแลให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมวางแผนการบริการส่งเสริมสุขภาพประชาชน การผดุงครรภ์ การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรคหรือบริการอื่นๆ ทางด้านสุขภาพ เพื่อเสนอผู้บังคับบัญชาพิจารณากำหนดการบริการตามความเหมาะสม

3. ด้านการประสานงาน ได้แก่ ร่วมประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการให้การบำบัดทางการพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษบางประเภท เพื่อให้การปฏิบัติรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ร่วมประสานงานกับผู้ใช้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ

รักษาพยาบาลตามหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้การปฏิบัติงานลุล่วงไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. ด้านการบริการ ได้แก่ การสอน แนะนำ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้บุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าวทราบถึงวิธีปฏิบัติตนและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ ร่วมวางแผนการทำงานกับชุมชนในการจัดการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง และทราบถึงการดูแลตนเอง และบุคคลรอบข้างอย่างถูกต้องเหมาะสม

จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า พยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านการบริการสุขภาพของประชาชน ตามความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี โดยเป็นการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้การดูแลผู้ใช้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและตามแนวทางการพยาบาลที่กำหนด โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้าย นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการ และควบคุมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตลอดทั้งบริหารบุคลากรทางการพยาบาล และบริหารทรัพยากรอื่นๆ รวมถึงการเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล โดนทำหน้าที่สอนหรือถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีสู่สมาชิกใหม่ที่เข้าสู่วิชาชีพพยาบาล

## 2. สุขภาวะของพยาบาลประจำการ

ในสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มียุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพคน และสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญหนึ่งถึงการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) สุขภาวะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (WHO, 1986) จะเห็นได้ว่า "สุขภาวะ" มีความหมายนัยเดียวกับ "สุขภาพ" ซึ่งมีบริบทที่กว้างขวางขึ้น ในส่วนนี้ผู้วิจัยขอนำเสนอ ความหมายของสุขภาวะ แนวคิด/ทฤษฎีสุขภาพ และสุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

## 2.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ มาจากภาษาอังกฤษว่า "Health" เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า Hoelth มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (Safe) ความไม่มีโรค (Sound) หรือทั้งหมด (Whole) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ในพจนานุกรมออกฟอร์ด จึงให้ความหมาย สุขภาพ (Health) หมายถึง ความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health organization) ได้นิยามของสุขภาพว่า เป็นสภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1997 อ้างถึงใน พิศสมร เดชดวง, 2545) ต่อมาได้ปรับนิยามสุขภาพให้ครอบคลุมในด้านจิตวิญญาณ สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของมิติทางจิตวิญญาณมากขึ้น และมองสุขภาพว่ามีลักษณะเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง

มีเอกสารตำราทางวิชาการบางเล่มใช้คำว่า "สุขภาพ" หรือ "ภาวะสุขภาพ" แทนคำว่าสุขภาพ สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Butler (2001) ซึ่งมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายมาศึกษา ซึ่งใช้คำว่า "สุขภาพะ" สำหรับการทบทวนความหมายของสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนความหมายของสุขภาพะ รวมทั้งสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ไว้ด้วยกันดังนี้

สุขภาพ ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกได้บัญญัติความหมายของ "สุขภาพ" หมายถึง สุขภาพะ (Well being) สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความทุพพลภาพเท่านั้น (WHO, 1986)

Pender (1996) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของบุคคล โดยการผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่นในขณะที่ต้องการปรับตัวเพื่อให้คงไว้ซึ่งความมั่นคงและความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม

Mosby's Medical Nursing and Allied Health Dictionary (1994 อ้างใน เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะความผาสุกของร่างกาย จิตใจ สังคมและเป็นภาวะที่ปราศจากโรค ความผิดปกติ เป็นภาวะที่มีลักษณะเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดภาวะที่สมดุล

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพและ สุขภาพดี (Health and Healthy) เป็นคำที่ใช้อธิบายการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ หรือความสมบูรณ์ของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นยังใช้อธิบายการทำงานของร่างกาย การควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ และการทำหน้าที่ของจิตใจ รวมถึงทัศนคติ และแรงจูงใจ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้ให้ความหมาย ภาวะสุขภาพ คือ ภาวะแห่งความสุข ซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย จิต และสังคม การมีสุขภาพดีหมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่พอดี ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ปีพ.ศ. 2545-2549 (วารสารนโยบายและแผน สาธารณสุข, 2545) กล่าวว่า ทิศทางการพัฒนาสุขภาพที่ถูกต้องไม่เพียงแต่มองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ยังต้องมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ยึดแนวคิดหลักที่ถือว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะ” ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งร่างกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่ดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม

ประเวศ วะสี (2545) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาวะในมิติทั้ง 4 มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ต่อกัน เช่น เมื่อพูดถึงสุขภาพทางสังคม ย่อมมีองค์ประกอบแห่งสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางจิตวิญญาณ เชื่อมโยงอยู่ด้วย

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2541) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความไม่มีโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยคำว่าสุขภาพมาจากภาษาอังกฤษ “Health” เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า Hoelth มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (Safe) ความไม่มีโรค (Sound) หรือทั้งหมด (Whole)

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง กระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีดุลยภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวโดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (2550) กล่าวว่า สุขภาวะ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ปัญญา หมายถึง ความรู้ที่รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่



นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการ และนักวิจัยที่ได้กล่าวถึง สุขภาพ สุขภาวะ หรือภาวะสุขภาพไว้มากมาย อาทิเช่น

วาสนา คุณอภิสิทธิ์ (2547) กล่าวว่า สุขภาวะ (Wellness หรือ well-being) หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี หรือภาวะที่เป็นสุขในลักษณะขององค์รวมของสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีพื้นฐานโยงใยมาจากสุขภาพดี (Health) แบบดีที่สุด เหมาะสมที่สุด และเป็นที่น่าพอใจที่สุด

สุรีย์ จันทรโมลี (2547) กล่าวว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมวลมนุษยชาติ เป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องดูแลรับผิดชอบ ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ก่อพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างแนวทางวิถีชีวิตที่ปลอดภัย

สรุปได้ว่า สุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ปราศจากโรค มีอนามัยดี สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี เป็นสภาวะความสมบูรณ์ที่สุดในการดำรงชีวิตอยู่ด้วยดีที่จะพึงมีได้ ของแต่ละบุคคลซึ่ง

## 2.2 แนวคิด / ทฤษฎีสุขภาวะ

สุขภาวะเป็นแนวคิดสุขภาพที่มีความหมายในเชิงบวก โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรม และกิจกรรมของบุคคลซึ่งตอบสนองต่อสุขภาวะของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต สามารถปรับตัวอยู่ในสมดุลและบรรลุสุขภาวะตามศักยภาพที่พึงมีได้ จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้แนวคิดสุขภาวะไว้ ดังนี้

### 2.2.1 แนวคิดสุขภาวะของ Donnette and Davis (1998)

Donnette and Davis (1998) ได้ขยายแนวคิดสุขภาวะจากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก เป็น 6 มิติ และสามารถแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติ ดังนี้

1) สุขภาวะทางกาย (Physical health) ประกอบด้วย ลักษณะขนาดและรูปร่างของร่างกาย ประสาทสัมผัสทางกาย ความไวต่อการเจ็บป่วยและความผิดปกติ การทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถนะกำลังกาย และความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย

2) สุขภาวะทางสังคม (Social health) ประกอบด้วย การมีความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

3) สุขภาวะทางจิต (Mental health) ประกอบด้วย ความสามารถในการเรียนรู้ เจริญเติบโต จากประสบการณ์ ความสามารถในการใช้สติปัญญา และความสามารถในการ ตัดสินใจ

4) สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health) ประกอบด้วย การควบคุมการ แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ความไว้วางใจ ความรัก

5) สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Environmental health) ประกอบด้วย ความรู้สึก ชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

6) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) ประกอบด้วย ความเชื่อที่มี ลักษณะพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา สุขภาวะทางจิตวิญญาณประกอบด้วย ความรู้สึกเป็น หน่วยเดียวกับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกันกับผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็น แนวทางของความรู้สึกมีความหมาย หรือมีคุณค่าในชีวิต อาจรวมถึง ความเข้าใจและการแสดงถึง การมีเป้าหมายในชีวิต การดำรงชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมของประสบการณ์ชีวิตที่ประกอบด้วย ความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความพอใจ การดูแลและการให้เกียรติต่อสิ่งมีชีวิต

### 2.2.2 แนวคิดสุขภาวะของ Butler (2001)

Butler (2001) ได้กล่าวถึงสุขภาวะไว้ว่า สุขภาวะ เป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่ง มีการ เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สามารถบอกระดับสุขภาวะของแต่ละบุคคลในแต่ละมิติได้ มี องค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

1) สุขภาวะทางกาย (Physical health) คือ การปราศจากโรคและความพิการ มีการทำหน้าที่ของร่างกายทั้งทางด้านกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีได้อย่างผสมผสานอย่าง เพียงพอ รวมทั้งลักษณะของขนาดของร่างกาย รูปร่าง การรับความรู้สึก ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความผิดปกติ และสามารถในการฟื้นจากความเจ็บป่วย นอกจากนั้นบุคคลยังสามารถ ประพฤติปฏิบัติให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางกายได้โดยการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การ รับประทานอาหารที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

2) สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health) คือ ความสามารถในการ แสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การรับความรัก ความรู้สึกประสบความสำเร็จ เป้าหมาย ในชีวิต และมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ การที่บุคคลจะมีสุขภาวะทางอารมณ์ บุคคลจะต้องเข้าใจ อารมณ์ของตนเอง รู้วิธีเผชิญปัญหา มีความอดทนอดกลั้นต่อความเครียดในชีวิต มีความ

สนุกสนานกับการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง การควบคุมตนเอง และความสามารถในการร่วมแสดงความรู้สึกร่วมกับบุคคลอื่น

3) สุขภาวะทางสังคม (Social health) คือความสามารถในการทำบทบาทตามความคาดหวังในฐานะสมาชิกของกลุ่มหรือสถาบัน รวมถึงการทำหน้าที่ตามบทบาทของบุตร เพื่อน นักเรียน ครู เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ด้วยความยินดี โดยปราศจากความเสียหายต่อบุคคลอื่น เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรักษาความใกล้ชิดสนิทสนม การอดทนอดกลั้น ความพึงพอใจ การแสดงออกถึงการให้เกียรติ ความเป็นเจ้าของสังคม และสามารถและสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบครัวและชุมชนการทำหน้าที่ตามความคาดหวัง เป็นการทำหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ มีผลต่อประชาชนและสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลในการอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความปลอดภัย ความเป็นมิตร และความร่วมมือร่วมใจ เป็นการรวมตัวของบุคคลในสังคม เพื่อทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์กับบุคคลอื่น

4) สุขภาวะทางจิตใจ (Mental health) เป็นกระบวนการที่แสดงถึงด้วยความเป็นเหตุเป็นผล การวิเคราะห์ การประเมินผล ความอยาก رؤ้อยากเห็น ความซื่อสัตย์สุจริต ความตื่นตัว ความสร้างสรรค์ และความจำ รวมทั้งความสามารถในการคิดและการตัดสินใจ ความพยายามต่อสู้ดิ้นรน แตกต่างจากความต้องการของบุคคลอื่น มีประสบการณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสดชื่น สดใสเมื่ออยู่ด้วย สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง ไร้กังวลในความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์และมีทัศนคติที่เป็นประชาธิปไตย

5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) เป็นส่วนที่ถือว่าเป็นศูนย์รวมของทุกมิติ ประกอบด้วยการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต จริยธรรมในการดำรงชีวิตที่ทำให้บุคคลไม่เห็นแก่ตัว และเป็นความเชื่อ ความศรัทธาในอำนาจและเหตุผลที่เหนือธรรมชาติ

### 2.2.3 แนวคิดสุขภาวะของ ประเวศ วะสี (2543)

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า แนวคิดที่สอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในบริบทของคนไทย ที่มีลักษณะเป็นอุดมการณ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า "กาย" ในที่นี้ หมายถึงกายภาพด้วย

2) สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบไต่ที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีการตรวจสุขภาพ มีสันติภาพ ความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุขที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงขึ้น ความสุขทางจิตวิญญาณ เป็นความสุขที่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน(Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความเปิดเผยซ่านทั่วไปมีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายตัวอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลต่อสุขภาพทางกาย จิต และทางสังคม

#### 2.2.4 แนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544)

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวถึงสุขภาวะว่า เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล องค์ประกอบย่อยของสุขภาวะในแต่ละมิติ ไว้ดังนี้

1) สุขภาวะทางกาย พิจารณาได้จากลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินภาระกิจการงาน

2) สุขภาวะทางจิต พิจารณาได้จากเขารวันปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทัศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

3) สุขภาวะทางสังคม พิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาได้จากความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่พอเพียง และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

### 2.2.5 แนวคิดสุขภาวะของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า การที่ดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาวะที่ดีนั้น บุคคลต้องได้รับการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิต มนุษย์มีลักษณะเป็นหน่วยเดียวไม่แยกส่วน (Integrated whole) ประกอบด้วยโครงสร้างทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยในการดำเนินชีวิตนั้นมนุษย์มีความต้องการอยู่ 4 ประเภท ได้แก่

1) ความต้องการเพื่อความอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2) ความต้องการเพื่อทำหน้าที่ (Role function needs) เป็นความต้องการการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม ประกอบด้วย บทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) เป็นบทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิด บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาตามระยะพัฒนาการและบทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาหรือเป็นบทบาทที่ได้มาชั่วคราวเท่านั้น

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น โดยไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น

4) ความต้องการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มตามธรรมชาติ

จากการทบทวนแนวคิดสุขภาวะข้างต้น ผู้วิจัยนำแนวคิดสุขภาวะของ Butler (2001) ซึ่งได้กล่าวถึงสุขภาวะไว้ว่า สุขภาวะเป็นภาวะที่แสดงถึงความสมบูรณ์ทั้งทางกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สุขภาวะเป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมดที่ต้องคิดเป็นองค์รวม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่มีความสุข ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 5 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตใจ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะของพยาบาลประจำการในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร มากที่สุด

### 2.3 สุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน

จากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อองค์การพยาบาล รวมทั้งเกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ ร่างกายอ่อนเพลีย ปฏิบัติงานโดยไม่มีความสุขทางใจ (จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง, 2543) และจากสภาพการแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นทุกขณะ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์การและต้องปรับตัวให้เข้ากับการพัฒนาองค์การ ซึ่งหมายถึง ภาระงานที่เพิ่มขึ้น (ลดาวัลย์ รวมเมฆ, 2544) การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โดยทั่วไปต้องเผชิญกับความเครียดในการทำงานตลอดเวลา ขาดความมั่นคงปลอดภัย ขาดอิสระในการทำงาน ต้องทำงานภายใต้ความกดดันหลายอย่าง ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งผู้บริหาร และในปัจจุบันยังมีกระแสการเรียกร้องด้านสิทธิเสรีภาพในสถานประกอบการต่างๆ พยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง รอบคอบมากยิ่งขึ้น อีกทั้งลักษณะการทำงาน ของพยาบาลจะเป็นการให้บริการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค หรือการเจ็บป่วยของ ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพอนามัยตลอด 24 ชั่วโมง จากสถิติของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี แสดงว่าพยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา ลักษณะการทำงานดังกล่าวอาจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางกาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เนื่องจากลักษณะการทำงาน ของพยาบาล เป็นการทำงานที่ต่อเนื่องและผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอดทั้งผลัดเช้า ผลัดบ่าย และ ผลัดดึก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (แสงทอง ประสุวรรณ์, 2541) ซึ่งจากการศึกษาที่ ผ่านมาพบว่าลักษณะงานดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก เช่น เกิดความเหนื่อยหน่าย อ่อนล้า (สิริลักษณ์ สมพลกรัง, 2542) มีอาการอ่อนเพลีย การทรงตัวไม่ดี ความคล่องตัวลดลง (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, 2542) ปัญหาที่เกิดขึ้นเชื่อว่าเกิดจากการนอนไม่พอและ จังหวะชีวภาพถูกรบกวน ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย (สุจิตรา สุวรรณแพร์, 2545) อีกทั้งลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องและสัมผัสกับผู้ป่วยที่ ติดเชื้อโดยตรง จึงมีโอกาที่จะได้รับเชื้อสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการรุนแรง ทำให้ พยาบาลเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อวัณโรค หรือการดูแลผู้ป่วยดับอักเสบและผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เสี่ยงต่อ ได้รับเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด หรือการถูกของมีคมที่มด้า

สุขภาวะทางอารมณ์ และสุขภาวะทางจิตใจ พบว่า พยาบาลต้องทำงานภายใต้ความกดดันจากสภาพการแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นทุกขณะ จากภาระงานที่เพิ่มขึ้น (ลดาวัลย์ รวมเมฆ, 2544) ต้องปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันจากความคาดหวังทั้งของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งผู้บริหาร ขาดความมั่นคงปลอดภัย ขาดอิสระในการทำงาน ประกอบกับต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและซับซ้อน รวมทั้งสภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในทีมสุขภาพ อีกทั้งปัจจุบันยังมีเรื่องของกระแสเรียกร้องด้านสิทธิเสรีภาพในสถานประกอบการต่างๆ ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการทำงานตลอดเวลา และในที่สุดจึงเกิดความเหนื่อยหน่ายตามมา (McCarthy, 1985) ความเหนื่อยหน่ายเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบต่อสุขภาวะทาง จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ และพฤติกรรม (Maslach, 1982) อีกทั้งพบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนจะมีโอกาสเครียดได้ง่าย (พีรยาพงศ์สังกาจ, 2537) จากการที่ระบบชีวภาพของร่างกายถูกรบกวนและจะอาการแสดงของการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ เช่น มีอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิด อารมณ์ไม่คงที่ และเกิดความเครียดได้ง่าย (ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์, 2542)

สุขภาวะทางสังคม เนื่องจากพยาบาลประจำการต้องปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะทำงานที่ต่อเนื่องและผลัด เปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอดเวลาทั้งผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดดึก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการทำงานที่มีเวลาที่ไม่แน่นอน รวมถึงเวลาทำงานและเวลาพักผ่อนไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคม ทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคมน้อยลง (ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์, 2542) เนื่องจากช่วงเวลาสำหรับอยู่กับเพื่อน ครอบครัว หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนั้นมักเป็นช่วงเวลาพักผ่อนของผู้ที่ปฏิบัติงานผลัดกลางคืน

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าพยาบาลประจำการเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาวะทั้งทางด้าน ร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำผลที่ศึกษาได้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลให้มีสุขภาวะที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ใช้บริการและประชาชนทั่วไปในการดูแลรักษาสุขภาพต่อไป

## 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะของพยาบาลประจำการ

### การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะ

จากการศึกษาของ ลักษณะ ศิริถิรกุล (2550) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะ คือ

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับสภาวะของพยาบาลประจำการ โดยเห็นว่า เมื่ออายุหรือวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

2. ลักษณะการทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับสภาวะของพยาบาลประจำการ โดยเห็นว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาลไม่เป็นเวลา โดยมีการปฏิบัติเวลากลางคืน และนอนในเวลากลางวัน ทำให้เกิดความแปรปรวนของวงจรชีวภาพ ดังนั้นร่างกายจึงต้องปรับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ

3. คุณค่าในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับสภาวะของพยาบาลประจำการ โดยเห็นว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับงานที่ตนปฏิบัติและรับรู้ว่างานที่ทำเป็นงานที่มีคุณค่าสำคัญและทำประโยชน์ให้กับสังคม เป็นงานที่เสียสละ เป็นงานที่มีคุณค่า มีเกียรติ และเป็นงานที่น่ายกย่องในสังคม

4. วิทยาการจัดสภาพงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับสภาวะของพยาบาลประจำการ โดยเห็นว่า วิทยาการจัดสภาพงานเป็นการออกแบบสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม กับคนที่ทำงาน และเป็นการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บหรือความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานในด้านลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านบุคลากร แบบบูรณาการ โดยการคำนึงถึงสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

5. ความเครียดในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับสภาวะของพยาบาลประจำการ โดยเห็นว่า ลักษณะงานพยาบาลมีความกดดันและมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียด เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดตลอดเวลา

จากการศึกษาของ วริศรา อุบลไทร (2549) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

คือ

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการเผชิญปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะสูงขึ้น ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจเลือก



แนวทางในการดูแลตนเองรวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า

2. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลทางสังคมใกล้ชิด เช่น คู่สมรส มีส่วนในการลดความเครียดและผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม การได้รับการช่วยเหลือในการประคับประคองจิตใจและมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรค

3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า บุคคลผู้ที่มีการศึกษาสูงยิ่งมีความระแวดระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ การศึกษาจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรักษาสุขภาพ

4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า จำนวนปีของการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลมีความคุ้นเคยและสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงานได้มากขึ้น และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

5. หน่วยงานที่สังกัด มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า สถานที่ในการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่มีความรับผิดชอบที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลในการกำหนดขอบเขตให้บริการและการกำหนดพื้นที่ความรับผิดชอบ

6. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า ลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานบริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นงานหนักที่มีการปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการ และบางครั้งต้องอดทนต่อการอยู่เวร on call 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อชีวิตครอบครัวกับการเปลี่ยนแปลงเวลาพักผ่อนนอนหลับอยู่เสมอ ซึ่งเป็นการคุกคามต่อชีวภาพของร่างกาย ทำให้สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทรุดโทรม ส่งผลให้มีการติดเชื้อได้ง่าย

7. การอบรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเห็นว่า การอบรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อหาทางให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อที่จะให้สามารถปฏิบัติงานได้ดี ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุ มีความรู้ใหม่ๆ มีความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น

จากการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ชวัญธานี (2550) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมการบริโภค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ โดยเห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นที่การกระทำให้สุขภาพดี ไม่ว่าจะบุคคลวัยใดก็ตามเมื่อมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีย่อมส่งผลให้สุขภาพของบุคคลเหล่านั้นดีเช่นกัน

2. พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ โดยเห็นว่า การออกกำลังกาย ไม่ว่าจะวัยใดก็ตามเมื่อมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาของ เสาวคนธ์ สิงห์อาจ (2546) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ คือ

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า เพศชายมีสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากในปัจจุบันเพศหญิงมีบทบาทเปลี่ยนแปลงไป จากการที่เทคโนโลยีก้าวหน้า และปัญหาสุขภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งหญิงวัยทำงานมักเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าสตรีทั่วไป เนื่องจากวัยทำงานในช่วงตั้งแต่ 30 – 60 ปี เริ่มเป็นช่วงที่ระบบต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ในวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมและวัฒนธรรมไทย ผู้หญิงต้องมีหน้าที่ต้องดูแลครอบครัว ดูแลบุตร และเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำในปัจจุบันผู้หญิงต้องทำงาน และยังคงต้องรับภาระในการดูแลครอบครัวอีก นอกจากนี้จะมีผลเสียต่อสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบกับจิตใจอีกด้วย

2. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า เมื่ออายุมากขึ้นมีผลทำให้สุขภาพแย่ลง

3. บทบาทความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า บทบาทความรับผิดชอบต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพต่างกัน บทบาทที่รับผิดชอบในกลุ่มที่เป็นระดับหัวหน้างานต้องมีประสบการณ์ ต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการบริหารองค์การ มีภาระงาน บทบาทความรับผิดชอบของหัวหน้าค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ขาดการเอาใจใส่ดูแลตนเองเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น

4. ผลการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า การตรวจสุขภาพทำให้รับรู้ถึงสภาพร่างกายที่มีความผิดปกติ เพื่อจะได้สามารถรักษาหรือดูแลตนเองมากขึ้น

5. การใช้อานอนหลับ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า การใช้อานอนหลับมีผลต่อสุขภาพ อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพ จึงต้องใช้อานอนหลับ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นระดับปฏิบัติการส่วนหนึ่งต้องขึ้นปฏิบัติงานหมุนเวียน ทำให้แผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป

6. การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า การออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสริมต่อการมีสุขภาพที่ดี การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และป้องกันโรคได้

7. การรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า การรับประทานอาหารตรงเวลา รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำที่เพียงพอต่อร่างกายส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี

8. ปัจจัยด้านการทำงาน/สังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า การได้รับแรงเสริมหรือได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีขวัญกำลังใจในการทำงานไม่เกิดภาวะเครียด

9. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า สิ่งแวดล้อมต่างกันมีผลต่อสุขภาพต่างกัน สิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน ชีวิตคนทำงานทั่วไป ต้องขึ้นอยู่กับการทำงานอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ถ้างานที่ทำมีความเหมาะสมกับสถานที่ทำงาน สิ่งแวดล้อมดี ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดี และถ้าสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดี ก็จะทำให้เกิดความเครียด

10. บรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อจิตใจ ถ้าคนในครอบครัวไม่เข้าใจในปัญหา ก็จะส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา

11. รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุน และมีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก ต่อการดำรงชีวิตและเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การมีสวัสดิการหรือค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายทำให้เกิดภาวะเครียด และส่งผลต่ออารมณ์ และขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง

จากการศึกษาของ กนกขวัญ สิงหเสน (2549) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะคือ

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพทางจิต เนื่องจาก บุคคลที่ประกอบไปด้วยวัยวุฒิ คุณวุฒิที่เหมาะสม สามารถใช้ความมีวุฒิภาวะ และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน เข้าใจในสิ่งที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า

2. ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยด้านบุคคลปัจจัยหนึ่ง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจก็จะเกิดทักษะและทัศนคติที่ดีในการทำงาน และจะส่งผลต่อความสามารถในการ ปฏิบัติงานในที่สุด ซึ่งประสบการณ์ หมายถึงการได้ผ่านพบพฤติกรรมหรือสิ่งต่างๆ มาแล้ว

3. รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า รายได้ยังคงเป็น ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ แรงจูงใจในการทำงาน เมื่อมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ก็ส่งผลให้มีกำลังใจในการ ทำงานมากขึ้น ทำงานอย่างมีความสุข สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่

4. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็น ว่า การส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมว่าเป็นเรื่องธรรมดาของสังคมในยุค ปัจจุบัน ซึ่งจะต้องเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ไม่มองว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก แต่ให้มองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นแรงผลักดันให้เกิดความอยากที่จะแก้ปัญหาต่อไป

จากการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

คือ

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า บุคคลในวัยกลางคนจะเป็นผู้ ที่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ทำให้มีประสบการณ์ในการหา ทางเลือกในการเผชิญปัญหาได้ดี มีความใส่ใจในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเห็นว่า การที่บุคคล มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อ ตนเองและครอบครัว รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการ เจ็บป่วย และการป่วยซ้ำ ซึ่งเกิดจากความมั่นใจในความสามารถหรือศักยภาพของตนเองในการ ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคาดหวังผลจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

ดังนั้น สุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร เกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการ ทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรม การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่แตกต่างกัน

### 3. ปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ ลักษณะการทำงานหมุนเวียนแบบผลัด และสถานภาพสมรส

#### 3.1 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ กล่าวคือ อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ในการดำรงชีวิต ประสบการณ์ในการทำงาน การพัฒนาการของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และเป็นสิ่งบ่งชี้วุฒิภาวะทางอารมณ์ เมื่ออายุมากขึ้นการมองโลกการใช้เหตุผลในการตัดสินใจก็จะเป็นไปด้วยเหตุผล การควบคุมอารมณ์ก็จะดีขึ้น สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบและยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach, 1982) อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี ยอมรับและรับผิดชอบในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาวะได้ดี เช่นผู้สูงอายุจะมีความสนใจต่อสุขภาวะตนเองมากขึ้น เนื่องจากต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว ต่างจากวัยหนุ่มสาว ที่ยังมีสุขภาวะที่แข็งแรง จึงไม่สนใจดูแลสุขภาวะเท่าที่ควร (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ และ วิภาวรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์ (2547) พบว่าพยาบาลที่อายุมากขึ้น ย่อมมีพัฒนาการด้านสติปัญญา ความคิด และวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้อย่างรอบคอบ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่ออายุหรือวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lambert (2003) ที่กล่าวว่า วัยหรืออายุที่เพิ่มขึ้น จะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณลักษณ์ ศรีวรรณตัน (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลประจำการ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น พยาบาลประจำการจะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ต้องให้บริการทางด้านสุขภาพ จึงมีความตระหนักและมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าอาชีพอื่นๆ และสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุ และประสบการณ์การทำงานน้อย แต่จากผลการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จากงานวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ

### 3.2 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะของบุคคล ได้แก่ สมรส โสด หม้าย หย่า แยกครอบครัวเป็นแหล่งของความรัก บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยให้ความเครียดลดน้อยลง และก่อให้เกิดวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น ทำให้คนมีเหตุผล ไม่หวั่นไหวง่าย สามารถทำงานด้วยสติรอบครอบ สถานภาพสมรสจึงมีความสัมพันธ์กับสภาวะของพยาบาล เนื่องจากบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส มีที่ปรึกษา ระบายความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน มีความรักความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้การคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ช่วยเหลือประคับประคองจิตใจทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ มีการให้กำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคในการทำงาน ซึ่งช่วยลดภาวะเครียดและความเบื่อหน่ายในการทำงาน (ผานิต สกุลวัฒน์, 2537) ต่างจากคนโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยน ให้กำลังใจในยามเจ็บป่วย หรือยามมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

การที่มีคู่สมรสจะเกิดการช่วยเหลือค้ำจุนซึ่งกันและกัน สามารถช่วยลดความเครียดได้ อีกทั้งยังมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ดี บุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสด เมื่อต้องเผชิญปัญหาต่างๆ หรือความเครียดจะขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงานและลาออกจากงานได้ง่าย และพบว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่เป็นโสด (ทวีศรี กริทอง, 2529) สอดคล้องกับ Gillis (1993) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีคู่สมรสจะมีเครือข่าย แหล่งความช่วยเหลือและแหล่งประโยชน์มากขึ้น เมื่อบุคคลมีแหล่งประโยชน์มากขึ้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี

### 3.3 ลักษณะการทำงานหมุนเวียนแบบผลัด

การทำงานของพยาบาลมีลักษณะที่แตกต่างจากการทำงานของวิชาชีพอื่นๆ งานการพยาบาลเป็นการให้บริการ ดูแล การป้องกัน และการรักษาผู้ใช้บริการด้านสุขภาพอนามัย เป็นลักษณะการทำงานที่ต่อเนื่องและผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอดเวลาทั้งผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดดึก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีลักษณะการทำงานเป็นเวรประจำ และลักษณะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน โดยแบ่งการทำงานเป็นเวรประจำหรือ เวรเช้า-เวรบ่าย-เวรดึก เวรละ 8 ชั่วโมง และมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่เวรสลับช่วงเวลาหมุนเวียนกัน อาทิเช่น (สิริลักษณ์ สมพลกรัง, 2542)

เวรเช้า เวลา 06.00 - 14.00 น., 07.00 - 15.00 น. หรือ 08.00 - 16.00 น.

เวรบ่าย เวลา 14.00 - 22.00 น. 15.00 - 23.00 น. หรือ 16.00 - 24.00 น.

เวรดึก เวลา 22.00 - 06.00 น., 23.00 - 07.00 น. หรือ 24.00 - 08.00 น.

พยาบาลประจำการมีการทำงานที่ไม่เป็นเวลา โดยมีการปฏิบัติงานในเวลากลางวัน และนอนในเวลากลางวัน จากการศึกษาที่ผ่านมา (ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์, 2542) พบว่า ลักษณะการทำงานดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุ ลังคม รวมถึงประสิทธิภาพการทำงาน เนื่องจากการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และจังหวะชีวภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้แบบแผนการดำรงชีวิตผิดปกติไปจากธรรมชาติ และต้องมีการบีบบังคับตัวเองให้มีการปรับตัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ลังคม จึงส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และถ้าผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความไม่ผาสุกของร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดความแปรปรวนของวงจรชีวภาพ

ลักษณะการทำงานหมุนเวียนแบบผลัดจึงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ปฏิบัติงานระบบผลัด สิริลักษณ์ สมพลกรัง (2542) และ ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์ (2542) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความเหนื่อยหน่าย อ่อนล้า อ่อนเพลีย การทรงตัวไม่ดี ความคล่องตัวลดลง ปัญหาที่เกิดดังกล่าวเชื่อว่าเกิดจากการนอนไม่เพียงพอ และจังหวะชีวภาพถูกรบกวนจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานในระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร มักเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆ ของโรคกระเพาะอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Gordon, Cleary, Parker and Czeisler (1992) ที่พบว่าการทำงานที่ร่างกายเหนื่อยล้า อ่อนเพลียเกิดจากการนอนไม่พอ และจังหวะชีวภาพ (Biorhythms) ถูกรบกวน จะส่งผลต่อการทำงานระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร ปวดท้อง เบื่ออาหาร ท้องผูก และท้องอืด และการศึกษาของ สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และนิตยา ตากวิริยนันท์ (2542) พบว่า พยาบาลผลัดบ่ายและผลัดดึก มีอาการไม่สบายทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ และความดันโลหิตสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า และอาจทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงาน ง่วงนอนขณะปฏิบัติงาน ทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้

นอกจากนี้ การปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนยังส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ ทำให้มีผลต่อภาวะการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะการมีบุตรยาก หรือการแท้งบุตร สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดา (Wallace, 1999) ที่พบว่าลักษณะการทำงานระบบผลัดหมุนเวียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มความเสี่ยงในการแท้งบุตร อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนจะมีการเปลี่ยนแปลงเวลาพักผ่อนนอนหลับอยู่เสมอ ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนลดลง ซึ่งอาจเกิดความผิดปกติของการนอน หรืออาจนำไปสู่ภาวะอดนอนเรื้อรังได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2537) จากการศึกษาของ สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ นิตยา ตากวิริยนันท์ (2542) พบว่า พยาบาลที่มีการปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนมีปัญหานอนหลับและการเจ็บป่วยสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีการหมุนเวียนผลัด

สรุปลักษณะการทำงานระบบผลัดหมุนเวียนของพยาบาล เป็นลักษณะการทำงานที่ไม่เป็นเวลา ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิต เวลาทำงาน และเวลาพักผ่อนไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อมของสังคมปกติ ทำให้มีพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป มีวันหยุดและเวลาว่างจากงานที่แตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ในสังคม การสังสรรค์กับครอบครัวและสังคมลดลง ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของพยาบาลประจำการ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณได้

#### 4. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองนั้นต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ งดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต รวมถึงการมีความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง บุคคลที่จะมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์ มักเป็นบุคคลที่รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตน โดยปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ วินัย ควบคุมตนทั้งทางด้านอาหาร การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันโรคติดต่อ และการเกิดโรค เมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จนกลายเป็นวิถีชีวิตแล้ว จะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

##### 4.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้มากมาย ดังนี้

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2532) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เอง รวมถึงการงดเว้นการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ในรูปของความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทั้งหลาย

Palank (1991) ให้ความหมาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ว่าเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก หรือความสุขสมบูรณ์ (Well-Being) การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม



Larry & Edward (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคคลที่ต้องการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ หรือปรับปรุงสุขภาพของตนให้อยู่ในภาวะปกติ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค การวิ่งออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ พร้อมรับการตรวจร่างกายประจำปี รวมทั้งการให้ความสนใจกับการกระทำของตนเอง เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรง

Pender (1996) ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ โดยมีเป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและการปฏิบัติอย่างถูกต้อง

Orem (1985) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุดการที่บุคคลจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. มีความชำนาญ ความรู้ และความรับผิดชอบในตนเอง
2. มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
3. ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี
4. รู้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
5. ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยลึมน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ
6. มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มกระทำจนเสร็จสิ้น

ประคอง อินทรสมบัติ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น เป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินกับบุคคลและสังคม

ทศพร ศรีบริกิจ (2548) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ได้ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น



Pender (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และมีความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งเน้นที่การกระทำ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
2. กิจกรรมทางกาย
3. โภชนาการ
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ
6. การจัดการความเครียด

จากแนวคิดและความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรม ที่กระทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล รวมถึงการงดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

## 4.2 แนวคิด / ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

### 4.2.1 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2532)

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2532) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ลักษณะ ตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝัง หรือสามารถ เปลี่ยนแปลง กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจะเน้น เกี่ยวข้องของการรับรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ
2. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้อง เน้นตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ
3. พฤติกรรมส่งเสริมและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรม ลักษณะนี้ต้องเป็นการสร้างค่านิยมและวิถีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

#### 4.2.2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ มัลลิกา มัติโก (2544)

มัลลิกา มัติโก (2544) จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) เป็นพฤติกรรมรักษาสุขภาพให้ไม่เจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เช่นการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) ประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตน และปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อมีอาการบ่งชี้ รวมทั้งการขอรับการแนะนำปรึกษาทางสุขภาพจากกลุ่มบุคคลหรือสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการแสวงหาการรักษา การดูแลรักษาตนเองตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย ภาวะเสี่ยง รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย

#### 4.2.3 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Orem (1985)

Orem (1985) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไว้ 3 ประเภท ได้แก่

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ควรบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกเพื่อรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย

1.2 การคงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยจัดการให้มีการขยับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขยับถ่าย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เช่น เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ สถิติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผน การพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion normalcy) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion and prevention) รวมทั้งค้นหาความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในช่วงชีวิตต่าง ๆ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นความต้องการ โดยทั่วไปปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนา มี 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดความรู้ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและต้องตาย

3. ความต้องการตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติเช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อในวัยแรงงานซึ่งยังอยู่ในวัยทำงานแต่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งความต้องการในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายและผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคู่คนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

#### 4.2.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (1996, 2002)

Pender (1996, 2002) ได้เสนอว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในระยะต่อมา ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบางพฤติกรรมเท่านั้น ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลประกอบไปด้วย 2 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) พฤติกรรมในอดีตจะมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต คือ ความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมือนๆ กันหรือกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมได้เท่าๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยพบว่ามีการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

1) ปัจจัยทางชีววิทยา (Personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว ช่วงวัยตามพัฒนาการของชีวิต และความสามารถหรือความสมดุลของร่างกาย

2) ปัจจัยทางจิตวิทยา (Personal psychological factor) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การจูงใจตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ

3) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (Personal sociocultural factor) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม และสถานะทางเศรษฐกิจ

2. ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ตัวแปรในกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการจูงใจมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) เป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับการกระทำที่มีผลทางบวกต่อจิตใจ โดยขึ้นอยู่กับพื้นฐานลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลหรือเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะทำพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ มีอิทธิพลโดยตรงที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self efficacy) เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ตนเองมีความสามารถและมีทักษะความชำนาญ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าการรับรู้ตนเองไม่มีความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (Activity related affect) ก่อนที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมบุคคลจะเกิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมนั้น ทั้งก่อนและภายหลังการกระทำพฤติกรรม ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมมีอิทธิพลทั้งโดยตรง และโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งขึ้นกับลักษณะของพฤติกรรมแต่ละอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- 1) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั้น
- 2) ความรู้สึกที่เกิดจากตัวบุคคล
- 3) ความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมในขณะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคล การรับรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่าง โดยแหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพคือ บิดามารดา บุตรหลาน หรือญาติ กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม อิทธิพลจากสถานการณ์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางที่มีประสิทธิภาพและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 3. ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Immediate competing demands and preferences) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการจูงใจให้บุคคลเริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนสำเร็จ แต่การปฏิบัติกิจกรรมตามความตั้งใจอาจจะไม่เกิดขึ้น เนื่องจากมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกหรือมีความพอใจกับสิ่งที่แทรกเข้ามามากกว่า จึงทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งใจไว้แต่ต้น ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลลัพธ์จากความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรม

3.2 ความต้องการ และความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด สามารถกระทำได้ก่อนการเกิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรม ทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากมีเงื่อนไขด้าน สิ่งแวดล้อม ความต้องการที่แทรกแซงขึ้นมานี้แตกต่างจากอุปสรรคตรงที่บุคคลจะต้องแสดง พฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังต่อไปให้สำเร็จ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิด พฤติกรรมสุขภาพ และมีผลต่อความตั้งใจได้พอประมาณ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behaviors) มีความ เกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะทำ ให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การที่บุคคลตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจ เอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนให้มี สุขภาพดี โดยอาจเป็นการดูแลทั่วๆ ไปในขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การหาข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ โดยอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ปรีกษาเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ การตรวจ ร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) หมายถึง การที่ บุคคลได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การ ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 20 - 40 นาทีขึ้นไป อาทิตย์ละไม่ต่ำกว่า 3 - 4 ครั้ง การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน การเดินแอโรบิค หรือออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็น พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายใช้พลังงาน ปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นลิฟท์ และการเดินหลังอาหารกลางวัน เป็น ต้น

3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การที่บุคคลดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อร่างกาย ควบคุม ภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย เช่น การเลือกรับ ประทานอาหารที่มีไขมันและโคเรสเตอรอลต่ำ และรับประทานผลไม้หรืออาหารที่มีกาก ทุกวัน รวมทั้งรับประทานอาหารถูกสัดส่วนและครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน



#### 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)

หมายถึง การที่บุคคลดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างทั้งในเรื่องการทำงาน การพบปะสังสรรค์มีการพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกันตามโอกาสอย่างเหมาะสม มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน เช่น การใช้เวลาร่วมกับเพื่อนสนิท และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งกับผู้อื่นโดยการพูดคุยอย่างประนีประนอม

#### 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง

ความรู้สึเกี่ยวกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง การที่บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางจิตใจ ด้วยการรักษาจิตและบริหารจิตของตนให้เกิดความสุขสงบ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและมีความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและความพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของศาสนาพุทธ ให้ความสำคัญกับการฝึกจิตเพื่อให้บุคคลใช้ชีวิตอย่างมีสติ ใช้เหตุและผล แนะนำไปสู่การเกิดปัญญา เช่น การนั่งสมาธิ การศึกษาธรรมะ การฟังเทศน์ฟังธรรม ซึ่งจะทำให้บุคคลได้พบกับความสุขในชีวิต

#### 6) การจัดการความเครียด (Stress management) หมายถึง

การที่บุคคลสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ ทั้งที่เกิดจากปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน หรือปัญหาการเงิน ได้อย่างเหมาะสม การหาเวลาผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน ด้วยการพักผ่อน นอนหลับ ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ สนทนาธรรม จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทางจิตใจและอารมณ์ได้

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวนี้ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ทั้งด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาล 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

#### 4.3 พฤติกรรมสุขภาพกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนมีภาวะสุขภาพดี เป็นวิธีการเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being) การบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self Actualization) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาวะของบุคคล ในสภาวะการณปัจจุบันของพยาบาลซึ่งนับเป็นกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ อีกทั้งมีลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมถึงความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ จากการปฏิบัติงาน ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลมาก (ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และ วิมลปັນยารชุน, 2539) เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย

การต้องเร่งรีบในการทำงาน พร้อมกับภาระงานที่มีมาก ทำให้พยาบาลรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มีผลทำให้เกิดปัญหาาระบบทางเดินอาหาร เช่น เกิดแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ และจากการที่ต้องอยู่เวรในยามวิกาลซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในช่วงที่จังหวะชีวภาพ (Biological rhythms) ไม่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายเสียสมดุล สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลคุกคามต่อสุขภาพของพยาบาล นอกจากนี้สภาพการทำงานของพยาบาลยังส่งผลให้พยาบาลมีเวลาในการพักผ่อน ออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากสำหรับพยาบาล เมื่อพยาบาลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมจะสามารถส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีสุขภาวะที่ดี ดังที่การศึกษาของ พัชรินทร์ ขวัญชัย (2544) พบว่าการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมมีผลต่อภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Blum (1976 อ้างถึงใน สัญญา รักชาติ, 2548) ซึ่งได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพเป็น 4 องค์ประกอบ คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม บริการด้านการแพทย์ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลมากที่สุด แม้บุคคลจะมีพันธุกรรมดี และอยู่ใสภาพแวดล้อมที่ดี แต่หากขาดการปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิตเพื่อสภาวะสุขภาพแล้ว บุคคลนั้นจะมีสุขภาพดีได้ยาก พฤติกรรมสุขภาพนี้มักแสดงออกมาตามความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธา ความสนใจ การเห็นคุณค่า ตลอดจนการนิยมชมชอบของแต่ละบุคคล และ Leonide (1978 อ้างถึงใน สัญญา รักชาติ, 2548 ) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพะคือการทำให้สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ ซะลอกการเกิดโรคและทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต

## 5. ความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk)

ความเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง โอกาสของอันตรายที่น่าจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพ ระดับความเสี่ยงทางสุขภาพจะแสดงให้เห็นถึงระดับของความปลอดภัยในทางตรงกันข้ามกับสุขภาพ (ภักดี โพธิศิริ, 2542) ความเสี่ยง (Risk) เป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ที่จะประสบหรือเผชิญในชีวิตประจำวัน ทั้งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงาน การเดินทาง และการดำเนินธุรกิจ โดยบุคคลอาจมีภาวะเสี่ยงที่เหมือนหรือแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสภาพสิ่งแวดล้อม ลักษณะการปฏิบัติงาน และลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพมีได้มากมาย เนื่องจากสถานบริการสุขภาพเป็นองค์การที่ประกอบด้วยสิ่งก่อสร้าง อุปกรณ์เครื่องมือ สารเคมี บุคลากรผู้ให้บริการ และผู้รับบริการจำนวนมาก การปฏิบัติงานของพยาบาลมีโอกาสเกิดความเสี่ยงทางสุขภาพจากการปฏิบัติงานได้ เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานที่ต้องดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย มีความเครียดสูง ความเสี่ยงจึงแอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน ไม่มีสิ่งใดที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ และไม่สามารถประเมินความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอนครบถ้วน การดำเนินการเพื่อกำจัดภาวะเสี่ยงให้หมดไป จึงเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก บุคลากรจึงต้องมีความตระหนักถึงหน้าที่ของตนเองในการกำจัดหรือควบคุมภาวะเสี่ยงเหล่านั้นให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง หน่วยงานและองค์การ ได้มีผู้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้ ดังนี้

### 5.1 ความหมายของความเสี่ยงทางสุขภาพ

ภักดี โพธิศิริ (2542) กล่าวว่า ความเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง โอกาสของอันตรายที่น่าจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพ ระดับความเสี่ยงทางสุขภาพจะแสดงให้เห็นถึงระดับของความปลอดภัยในทางตรงกันข้ามกับสุขภาพ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health risk) เป็นการประพฤติปฏิบัติ ที่อาจนำไปสู่อันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เช่น การขับรถเร็ว การสำส่อนทางเพศ การมีน้ำหนักตัวเกินการขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไข้ยาและสารเสพติด

กฤษดา แสงวงศ์ (2542) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือ โอกาสที่จะประสบกับความบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

วิทยา อยู่สุข (2544) กล่าวว่า อันตรายจากการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม ในการทำงาน ได้แก่ ด้านสารเคมี ด้านชีวภาพ ด้านกายภาพ และการยศาสตร์ (Ergonomics)

Kirk (1986) กล่าวว่า ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่พบได้จากการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีผลให้เกิดการสูญเสียมากเกินไปกว่าข้อจำกัดปกติของการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

Di Benedetto (1995) กล่าวว่า ภาวะเสี่ยงของบุคลากรที่มีสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ใดๆ ในการปฏิบัติงานที่ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสจะได้รับอันตราย ได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดการสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน

สิทธิศักดิ์ พุทธิพิติกุล (2544) กล่าวว่า มุมมองของผู้ที่มีโอกาสได้รับความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้มารับบริการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่หรือพนักงานในโรงพยาบาลเอง โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับพนักงานในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น 2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk) เช่น ความรู้สึกอับอาย เสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3) ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย 4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบัพญญัติทางศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น

อนุวัฒน์ ศุภษุติกุล (2542) กล่าวว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) การถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บ ซึ่งรวมความถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การถูกรบกวน 2) เหตุร้าย อันตราย ภาวะยากลำบาก 3) การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง 4) ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะน่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ 5) การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมถึงการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยความลับและการแปรความผิดพลาด

สิริเกศ สวัสดิวัฒนากุล (2551) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ สามารถจำแนกได้ 7 ประการ ได้แก่ 1) การสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การเสื่อมเสียชื่อเสียงทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน 3) การสูญเสียรายได้ ทำให้เกิดการชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และการดำเนินการ 4) ความสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ให้บริการในโรงพยาบาล 5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดกำลังคนในการปฏิบัติงาน หรือ ต้องลงทุนทดแทน 6) การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา 7) ภาวะในการชดเชยค่าเสียหาย

Stellman (1995) กล่าวว่า อันตรายจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลอาจแบ่งได้เป็น 5 ประเภท คือ ชีวิตภาพ สารเคมี กายภาพ การยศาสตร์ และจิตสังคม

Centers for Disease Control and Prevention หรือ CDC (2002) กล่าวว่า อันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การแพ้สารเคมี การรอคอยที่ใช้เวลานาน การทำงานคนเดียว การออกแบบสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการทำงาน การขาดการอบรม

กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยง คือ สิ่งที่มีผลหรือโอกาสความเป็นไปได้ของการเกิดอันตราย ความเสียหายการได้รับบาดเจ็บ สูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ทั้งต่อบุคคลและองค์การซึ่งผลของสิ่งไม่พึงประสงค์นั้นอาจเล็กน้อย จนถึงผลเสียอย่างใหญ่หลวง

## 5.2 แนวคิด/ทฤษฎีความเสี่ยงทางสุขภาพ

โดยทั่วไปอันตรายหรือความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล อาจเกิดขึ้นได้ทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

### 5.2.1 แนวคิดความเสี่ยงทางสุขภาพของ สิทธิศักดิ์ พฤษป์ติกุล (2544)

สิทธิศักดิ์ พฤษป์ติกุล (2544) พิจารณามุมมองของผู้ที่มีโอกาสได้รับความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งเป็นกลุ่มๆ ได้ดังนี้

#### 1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk) เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกอับอาย หรือถูกทำร้ายจิตใจ

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) เช่น การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น หรือสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบัพญญัติของศาสนาหรือความเชื่อ

#### 2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของโรงพยาบาล

2.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน และการเจ็บป่วยจากการทำงาน

2.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk) เช่น ความรู้สึกอับอาย เสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง และทรัพย์สินสูญหาย

2.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบัญญัติทางศาสนาหรือความเชื่อ

### 5.2.2 แนวคิดความเสี่ยงทางสุขภาพของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543)

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) พิจารณาประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยแบ่งออกได้เป็น 7 ประการ ดังนี้

#### 1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การลื่นล้ม การตกเตียง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การระบุดตัวผู้ป่วยผิดคน การทำร้ายร่างกาย การได้รับบาดเจ็บจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ การได้รับยาผิด การปฏิบัติกรพยาบาลไม่ถูกต้องตามแผนให้กรพยาบาล การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอหรือการประเมินปัญหาล่าช้า หรือไม่ถูกต้อง การไม่ติดตามประเมินผลการรักษา การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น การแพ้ยา เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การทำให้อับอาย การทำให้เสียหน้า ทำให้รู้สึกสับสน การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่มองเห็น หรือความไม่เป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ เช่น การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ทันที

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายที่เกี่ยวข้อกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย การไม่รักษาความลับ การเปิดเผยผู้ป่วยโดยเกินความจำเป็น รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ความสูญเสีย ความรู้สึกไม่มั่นคง หรือการกระทำ

ใดๆ ที่เป็นการทำลายความเชื่อ ตลอดจนวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต ความศรัทธาของผู้ป่วย และครอบครัว

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินงาน ไม่ว่าจะรายได้นั้น จะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่นๆในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7. ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย ซึ่งอาจมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

### 5.2.3 แนวคิดความเสี่ยงทางสุขภาพของ Peipins (1997)

จากการศึกษาของ Peipins (1997) พบว่าความเสี่ยงอันตรายเกิดจากการปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของพยาบาลประกอบด้วย

1. ความเสี่ยงด้านชีวภาพ (Biological risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับเชื้อโรคชนิดต่างๆ ได้แก่เชื้อโรค จุลินทรีย์ต่างๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา ปรสิต ไวรัสตับอักเสบ เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชืโรค เช่น วัณโรคปอด โรคติดเชื้อจากไวรัส ไวรัสเริม โรคหิด ไวรัสเอดส์ จากการสัมผัสเชื้อโรคจากผู้ป่วย และจากอุบัติเหตุเข็มแทง

2. ความเสี่ยงด้านสารเคมี (Chemical risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับสารเคมี สารเคมีที่เป็นอันตรายในโรงพยาบาลมีหลายชนิด ทั้งจากการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดดมผ่านทางเดินหายใจ หรือผ่านจากทางเดินอาหาร สารเคมีที่ใช้โดยทั่วไปเช่น เอทิลีน แก๊สยาสลบ สารปรอท ผงซักฟอกและยาฆ่าเชื้อโรค ผลกระทบของสารเคมีที่พบบ่อยคือ มีปฏิกิริยาต่อผิวหนังและผลกระทบอื่นๆ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งและการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว

3. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เป็นโอกาสที่บุคลากรจะได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากลักษณะของตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง

สภาพแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้ กระแสไฟฟ้า แสง เสียง อุณหภูมิ ก๊าซที่บรรจุในท่อหรือภาชนะที่มีความดัน และรังสีชนิดต่างๆ ในหน่วยงาน ซึ่งอันตรายจากการบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นจากการโดนของมีคมบาด การลื่นหกล้ม การเคลื่อนย้ายสิ่งของหรือผู้ป่วย ไฟฟ้าดูด การเกิดอัคคีภัย หรือก๊าซระเบิด

4. ความเสี่ยงด้านจิตสังคม (Psychosocial risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความเครียดจากการปฏิบัติงานที่หนักเกินไป ความเบื่อหน่ายในการทำงาน การทำงานซ้ำซาก รวมถึงสภาวะด้านเวลา สภาวะทางสังคม การถูกคุกคามทางเพศ การถูกทำร้ายด้วยวาจา และการกระทำ สภาพของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ทำงานในสถานประกอบการ เช่น ชั่วโมงในการทำงาน วันหยุดพักผ่อน ช่วงหยุดพักในระหว่างการทำงานเป็นผลัด สัมพันธภาพของบุคคลกับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในการทำงาน และในการปฏิบัติงานเป็นผลัด เช่น ผลัดเช้า ผลัดบ่าย ผลัดดึก

#### 5.2.4 แนวคิดความเสี่ยงทางสุขภาพของ (Association of Operating Room Nurse หรือ AORN. 2006)

สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สามารถจำแนกได้สิ่ง เป็น 6 ด้าน (Association of Operating Room Nurse หรือ AORN. 2006)

1. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางสารเคมี (Chemical health hazards) หมายถึงโรคที่เกิดจากสิ่งคุกคามจากสารเคมีต่างๆ ที่ใช้หรือเกิดจากกระบวนการการทำงานโดยสารเคมีเหล่านั้นอาจอยู่ในรูปต่างๆ ได้แก่ สารละลาย ของแข็ง ก๊าซ หรือ ฝุ่นละออง ตลอดจนไอระเหยของสารเคมีต่างๆ เช่น

1) สารเคมีที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง (Irritants) สารเคมีที่มีฤทธิ์กัดกร่อน และถ้าหากสัมผัสกับร่างกายจะทำให้เกิดการอักเสบของผิวหนังบริเวณที่สัมผัส เกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินหายใจ สารเคมีดังกล่าว ได้แก่ ก๊าซคลอรีน ไนโตรเจนออกไซด์ เป็นต้น

2) สารเคมีที่ทำให้หมดสติ (Asphyxiants) เป็นสารเคมีที่มีความสามารถในการขัดขวางไม่ให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจน เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ ไนโตรเจน ไนโตรเจน มีเทน และไฮโดรเจนซัลไฟด์

3) ยาเสพติดและสารที่ทำให้มีเมาน์ สารพวกนี้จะทำปฏิกิริยากับร่างกาย โดยกีดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น อะเซทิลีน เอธิลีน อีเธอร์ ตลอดจนกลุ่มแอลกอฮอล์

4) สารที่ก่อให้เกิดพิษทั่วร่างกาย เป็นสารที่ทำลายอวัยวะบางส่วนหรือทั้งระบบของร่างกาย เช่น คาร์บอนเตตระคลอไรด์จะทำอันตรายต่อดับและไต เบนซีนและฟีนอล



จะทำอันตรายต่อระบบสร้างเม็ดเลือด สารกำจัดแมลงพวกออกแกโนฟอสเฟสจะทำอันตรายต่อระบบประสาท สารที่ทำอันตรายต่อระบบต่างๆ ทั้งร่างกาย เช่น ตะกั่ว ปรอท แคดเมียม แมงกานีส

5) สารเคมีก่อมะเร็ง (Carcinogen) ได้แก่ ไวนิลคลอไรด์ ทำให้เกิดมะเร็งสมอง ไยแอสเบสตอส ทำให้เกิดมะเร็งที่ระบบย่อยอาหาร ปอด ช่องปาก เบนซีนทำให้เกิดมะเร็งที่เนื้อเยื่อ

6) สารที่ทำให้เกิดโรค Pneumoconiosis เป็นสารจำพวกที่มีลักษณะเป็นอนุภาค จะทำลายปอด โดยทำให้เนื้อเยื่อพังผืดที่เนื้อเยื่อปอด เช่น ฝุ่น ซิลิกา ฝุ่นเหล็ก ฝุ่นโลหะ

7) สารเคมีที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารก เป็นสารเคมีที่ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์เนื้อเยื่อ และการพัฒนาอวัยวะในทารกผิดปกติไป ผลที่เกิดขึ้นอาจทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ได้แก่ เฮธิลีนไดโพรไมด์ โพลีคลอริเนตไปเพนิล

2. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางกายภาพ (Physical health hazards) ได้แก่ ความร้อน แสงสว่าง ระดับเสียงดัง กัมมันตภาพรังสี ความสั่นสะเทือน ความกดดันของอากาศที่ไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับควันจากเครื่องจักรไฟฟ้า หรือควันจากเครื่องเลเซอร์ ผลที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อปอด และเยื่อปอดทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดโรคมุมแพต่างๆ

1) ความร้อนในการปฏิบัติงาน ณ จุดที่มีความร้อนจัดร่างกายจะได้รับความร้อนจากสาเหตุใหญ่ๆ 2 ประเภทคือ พลังงานเมตาบอลิซึมระหว่างการปฏิบัติงาน และพลังความร้อนจากสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับความร้อน หรือสร้างความร้อนขึ้น ก็จำเป็นต้องถ่ายเทออกไป เพื่อรักษาสมดุลของอุณหภูมิของร่างกาย โดยปกติแล้วอุณหภูมิของร่างกายจะอยู่ระหว่าง 96-104 องศาฟาเรนไฮต์ ปริมาณของความร้อนและอุณหภูมิไม่ใช่เป็นตัวบ่งชี้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ยังมีองค์ประกอบอื่นที่มีความสำคัญของความร้อน คือ ความชื้นของอากาศ ความเร็วลม การแผ่รังสีความร้อน และองค์ประกอบที่ตัวตน เช่น เสื้อผ้าที่สวมใส่ รวมถึงสภาพการทำงานด้วย ความร้อนที่เกิดขึ้นในร่างกาย เมื่อเกิดความร้อนขึ้นก็จะทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ดังนั้นร่างกายจึงมีความจำเป็นที่จะต้องถ่ายเทความร้อนออกสู่สิ่งแวดล้อมไกของการควบคุมความร้อนในร่างกาย ถ้าร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลของระบบควบคุมความร้อนได้ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติหรือการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคนงานที่ทำงานในสภาพที่ร้อนจัดไม่สามารถระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นจนอาจเป็นลมหรือตายได้ อาการและความเจ็บป่วยที่เกิดจากความร้อน ได้แก่ การเป็นตะคริว การเป็นลม การเกิดผื่นตามผิวหนัง และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

2) ความเย็น สภาพแวดล้อมที่เย็นจัด จะทำให้เกิดโรคและความพิการได้ จะมีอาการปวดบวมตามบริเวณที่ถูกความเย็น เลือดไหลเวียนมาน้อย

3) แสงสว่างที่น้อยเกินไปจะทำให้เกิดอาการเมื่อยตา แสบตา มีน้ำตาไหล ปวดศีรษะ และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย แสงสว่างที่จ้า เช่น แสงสว่างจากดวงอาทิตย์ หรือรังสีเลเซอร์ อาจก่อให้เกิดตาบอดในบางส่วนของจอรับภาพในดวงตา คือ มองได้ไม่ชัดเจน มีบางบริเวณมืดหรือมัว

4) เสียงดัง จะก่อให้เกิดอาการหูหนวก เนื่องจากอวัยวะรับฟังเสียงในหูชั้นในถูกทำลาย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความหงุดหงิด ปวดศีรษะ และรบกวนต่อการติดต่อหรือการสั่งงาน อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงานได้

5) กัมมันตภาพรังสี (Ionizing radiation) อันตรายที่มีต่อร่างกาย เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายเกิดเป็นมะเร็งของเม็ดเลือด มะเร็งที่ผิวหนัง ทำให้เป็นหมัน เด็กทารกพิการ

3. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางชีวภาพ (Biological health hazards) สิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรค จุลินทรีย์ต่างๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา ปรสิต ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อ Staphylococcal เชื้อ Streptococcal โรคตับอักเสบ วัณโรค ติดเชื้อจากไวรัส ติดเชื้อจากโรคอื่นๆ และปัจจุบันต้องสัมผัสกับเชื้อไวรัส HIV ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ ไวรัสเริม และโรคหิด บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานจะมีความเสี่ยงทางสุขภาพ

4. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยด้านการยศาสตร์ ที่มาจากความไม่เหมาะสมของคนกับสิ่งแวดล้อม ทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียดและมีความอ่อนเพลีย (Salazar, 1991) อาการที่ปรากฏจากการทำงาน คือ การบาดเจ็บทางกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณหลัง จากการปฏิบัติงานด้วยการใช้ท่าทางในการทำงานไม่ถูกต้อง เช่น การเคลื่อนไหว การยืน การนั่ง การก้ม การยกอุปกรณ์ในตำแหน่งที่อยู่ต่ำหรือสูงเกินไป สถานที่ทำงานที่คับแคบและการเคลื่อนย้ายของหนัก ความสิ้นสะเทือนที่มีผลต่ออวัยวะภายในและการผุของเส้นเอ็นยึดการทำงานที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

5. สิ่งคุกคามอนามัยทางจิตวิทยาสังคม (Psychosocial health hazards) ได้แก่ งานที่หนักเกินไป การทำงานซ้ำซาก รวมถึงสภาวะด้านเวลา สภาวะทางสังคม สภาพของข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ทำงานในสถานประกอบการ เช่น ชั่วโมงการทำงาน วันหยุดพักผ่อน ช่วงหยุดพักในระหว่างการทำงาน การทำงานเป็นผลัด สัมพันธภาพของบุคคลกับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในการทำงาน ตลอดจนการรับส่งข่าวสารในการปฏิบัติงาน สิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

6. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางด้านวัฒนธรรม (Cultural health hazards) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ตลอดจนผู้บริหาร โดยอาศัยการแสดงออกทั้งทางกาย วาจา ใจ การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

### 5.2.5 แนวคิดความเสี่ยงทางสุขภาพของ อนามัย (ธีรวิโรจน์) เทศกะทิก (2552)

อนามัย (ธีรวิโรจน์) เทศกะทิก (2552) ได้กล่าวว่า อันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางสารเคมี อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และอันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม ซึ่งผู้ประกอบการอาชีพมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบต่างๆ ภายในร่างกาย จนก่อให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพได้ หรืออาจได้รับบาดเจ็บแบบเฉียบพลันจากเครื่องจักร การป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานซ้ำซาก หรือทำงานผิดท่าทาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical health hazards) อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่พบบ่อย คืออันตรายจากความร้อน และความเย็น โรคต่างๆ ที่เกิดจากความร้อน ได้แก่ โรคบวมจากความร้อน ผื่นที่ผิวหนัง อ่อนเพลีย เป็นลม โรคต่างๆ ที่เกิดจากความเย็น ได้แก่ อุณหภูมิในร่างกายต่ำกว่าปกติ โรคหำเปื้อย นอกจากนี้ยังมีอันตรายจากเสียง เสียงดังจะทำให้เกิดโรคประสาทหูเสื่อม การสัมผัสกับความสั่นสะเทือนนานๆ จะทำให้หลอดเลือดตีบ โรคนิ้วซีด กระดูกเสื่อม และความกดดันบรรยากาศผิดปกติ ทำให้เกิดโรคเคของในนักประดาน้ำ โรคพิษจากออกซิเจน

2. อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical health hazards) เช่น สารหนู มีผลกระทบต่อร่างกาย คือ มีการแสบคอ กลืนลำบาก คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึม เสียชีวิต ตะกั่วทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายคือ ชา ปวดตามกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เม็ดเลือดแดงแตก ไตวาย ฟอสฟอรัส การสัมผัสฟอสฟอรัสเป็นเวลานาน จะมีพิษต่อระบบต่างๆ เช่น กระดูก ฟัน เนื่องจากฟอสฟอรัสจะไปเกาะบริเวณนั้นทำให้กระดูกอ่อน เส้นใยฝุ่น การหายใจเอาฝุ่นเข้าระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดโรคบิสซิโนสิส หรือมีการหดเกร็งของหลอดเลือด

3. อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological health hazards) ผู้ประกอบอาชีพที่ได้รับอันตรายจากสภาพแวดล้อมทางชีวภาพ ทำให้เกิดโรคติดเชื้อส่วนใหญ่มักเกิดจากสาเหตุของสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ประกอบอาชีพไม่ดีเท่าที่ควร โรคต่างๆ ที่พบบ่อย คือ

1) จากเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ โรคแอนแทรกซ์ มีตุ่มหนอง ปอดบวม ปวดศีรษะ เหงื่อออก ปวดข้อ ตับอักเสบ วัณโรค มีไข้ ไอ น้ำหนักตัวลด เชื้อไวรัส ได้แก่ โรคเอดส์ อูจจาระร่วง ต่อม้ำเหลืองโต โรคพิษสุนัขบ้า ปวดเมื่อย ชาบริเวณแผล ตกใจง่าย อัมพาต และหยุดหายใจ

2) จากเชื้อคลาไมเดีย ได้แก่ โรคออร์นโทสิส จะมีไข้ ปวดศีรษะปวดกล้ามเนื้อ หนาวสั่น ปอดบวม ไอมีเสมหะ และสมองอักเสบ

3) จากเชื้อปรสิต ได้แก่ โรคพยาธิปากขอ เกิดตุ่มแดง อากาการคัน หลอดลมอักเสบ ปวดท้อง และหัวใจวาย

4. อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตวิทยาสังคม (Psychosocial health hazards) ความเครียดจากการประกอบอาชีพ มักเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น สิ่งแวดล้อม จากการทำงานไม่เหมาะสม นโยบายภายในองค์กร บทบาทของตนเองในองค์กรที่ต้องรับผิดชอบงานมากเกินไป หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ดีเท่าที่ควร หรือบุคลิกภาพเฉพาะตัวของผูประกอบการอาชีพ ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่บีบคั้นความรู้สึก ทำให้เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกายตามมา เช่น โรคภูมิแพ้ โรคเจ็บหน้าอก โรคหืด โรคผมร่วง ความดันโลหิตสูง โรคปวดศีรษะ หรือโรคหัวใจ

### 5.2.6 แนวคิดความเสี่ยงทางสุขภาพของ Di Benedetto (1995)

Di Benedetto (1995) ได้กล่าวว่า ในการทำงานของบุคลากรที่มีสุขภาพมีโอกาสเกิดความเสียหายได้ และหากภาวะเสี่ยงไม่ได้รับการจัดการที่ดี จะทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสได้รับอันตราย หรือการบาดเจ็บและการสูญเสียที่แตกต่างกันไป สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงทั้งในการปฏิบัติงาน โดยมีโอกาสได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

1. ภาวะเสี่ยงทางกายภาพ (Physical risk) เป็นโอกาสที่บุคลากรจะได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน อันเนื่องมาจากลักษณะของตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้ กระแสไฟฟ้า แสง เสียง อุณหภูมิ ก๊าซที่บรรจุในท่อหรือภาชนะที่มีความดัน และรังสีขนาดต่างๆ ในหน่วยงาน ซึ่งอันตรายหรือการบาดเจ็บ อาจเกิดขึ้นจากการถูกของมีคมบาด การลื่นหกล้ม การเคลื่อนย้ายสิ่งของหรือผู้ป่วย ไฟฟ้าดูด เป็นต้น

2. ภาวะเสี่ยงทางด้านชีวภาพ (Biological risk) เป็นภาวะเสี่ยงที่บุคลากรจะได้รับอันตรายจากการได้รับเชื้อต่างๆ เช่น ไวรัสตับอักเสบ เชื้อเฮดส์ เชื้อรา และเชื้อวัณโรคปอด โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ เป็นอันตรายที่พบได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์

3. ภาวะเสี่ยงจากสารเคมี (Chemical risk) เป็นโอกาสที่บุคลากรจะได้รับอันตรายจากสารเคมี โดยการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดดมผ่านทางเดินหายใจ การได้รับสารเคมี โดยผ่านทางเดินอาหาร หรือจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกเข็มตำ สารเคมีเหล่านี้ ได้แก่ ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์

4. ภาวะเสี่ยงทางด้านจิตใจหรือจิตสังคม (Psychological or Psychological risk) เป็นโอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับอันตรายต่อจิตใจ จากสิ่งทีก่อให้เกิด

ความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความเบื่อหน่ายจากการปฏิบัติงาน การถูกคุกคามทางเพศ การถูกทำร้ายด้วยวาจาและการกระทำ และการปฏิบัติงานยามวิกาล โดยความเครียดเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นได้กับบุคลากรทางการพยาบาลอย่างชัดเจน

5. ภาวะเสี่ยงทางพันธุกรรม (Reproductive) เป็นโอกาสที่บุคลากรทางการพยาบาลจะได้รับอันตรายต่อระบบการสืบพันธุ์ในระยะยาวจากรังสี สารเคมีบำบัด บุคลากรจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นหมัน เกิดความผิดปกติของยีนส์ โครโมโซม ส่วนบุคลากรสตรีที่ตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการแท้งบุตร เด็กมีความพิการแต่กำเนิด เด็กมีน้ำหนักน้อย

กล่าวได้ว่าในปัจจุบันสิ่งแวดล้อมในการทำงานก่อให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทั้งต่อระบบต่างๆ ในร่างกายและสภาวะจิตใจ ซึ่งในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก็เช่นกัน เนื่องจากในโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ ยา สารเคมี และโรคติดต่อมากมาย โรงพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่นนี้อย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้พยาบาลมีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เมื่อพิจารณาถึงอันตราย และความสูญเสียที่เกิดขึ้นดังกล่าว จะพบว่าการบาดเจ็บหรืออันตรายที่มีต่อบุคลากรของโรงพยาบาลนับเป็นผลกระทบหนึ่งที่มีต่อสภาวะของบุคลากร และส่งผลกระทบต่อต้นทุนของการให้บริการสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดของ Peipins (1997) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความเสี่ยงด้านชีวภาพ ความเสี่ยงด้านสารเคมี ความเสี่ยงด้านกายภาพ และความเสี่ยงด้านจิตสังคม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดนี้มีความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมในทุกๆ ด้านที่เป็นความเสี่ยงทางสุขภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ

### 5.3 ความเสี่ยงทางสุขภาพกับสภาวะสุขภาพของพยาบาลประจำการ

ลักษณะงานของพยาบาลนั้นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ต้องเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความเครียดที่เกิดจากความเร่งรีบในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ต้องเผชิญกับคนที่มีความทุกข์ทรมานมากกว่าความสุข ต้องรับรู้ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ ต้องเผชิญกับภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ของผู้ป่วยและญาติ มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคจากผู้ป่วยโดยตรง การสัมผัสกับสารเคมี รังสี ที่ใช้ในการตรวจรักษา ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับเชื้อโรคชนิดต่างๆ ไวรัสตับอักเสบ จากการสัมผัสเชื้อโรคจากผู้ป่วย และจากอุบัติเหตุเข็มแทง ความเครียดจากการปฏิบัติงานที่หนักเกินไป ความเบื่อหน่ายในการทำงาน การทำงานซ้ำซาก รวมถึงสภาวะด้านเวลา สภาวะทางสังคม การถูกทำร้ายด้วยวาจา และการกระทำ การทำงานในหอผู้ป่วยที่มีสภาพแออัด การต้องทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมหรืออยู่ในท่าเดิมนานๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจของพยาบาล พยาบาลจึงตกอยู่ในภาวะไม่มี

ความสุขในการทำงาน (จุฑามาศ แก้วพิจิตร, 2548) จากการศึกษาของ Peipin (1997) พบว่า ความเสี่ยงทางสุขภาพจากการปฏิบัติงานประกอบด้วย ความเสี่ยงทางชีวภาพ เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี วัณโรคปอด และไวรัสเอดส์ ความเสี่ยงด้านสารเคมี จากการสูดดมสารเคมี ความเสี่ยงด้านกายภาพ เกิดจากการที่ร่างกายได้รับอุบัติเหตุเข็มแทง และอุบัติเหตุจากการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงด้านจิตสังคม เกิดจากความเครียดจากงาน และจากการปฏิบัติงานเป็นผลัด สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ หล่อสุวรรณ (2544) ได้กล่าวไว้ว่า ในสหรัฐอเมริกาการทำงานเกี่ยวกับการติดเชื้อโรค เป็นการทำงานที่เป็นอันตรายที่สุด ซึ่งเกิดจากการสัมผัสกับเลือด นอกจากนี้การขาดความระมัดระวังในการทำงานมีส่วนส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพของพยาบาลในสถานที่ทำงานนั้นๆ จากการศึกษาของ โอภาส การย์กวินพงศ์ (2544) และจรัส โชคสุวรรณกิจ (2546) ทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนังสูงกว่าประชาชนทั่วไป

ความเสี่ยงทางสุขภาพที่กล่าวไว้ข้างต้น มีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการดำเนินการจัดการกับความเสี่ยงทางสุขภาพหรืออันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้หมดไป ให้ไม่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงทางสุขภาพลดน้อยลง มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน จะช่วยให้พยาบาลมีสุขภาพที่ดี และลดความเครียดกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกความเสี่ยงทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของพยาบาล เพราะพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และน้ำยาเคมีต่างๆ ที่อาจมีผลต่อสุขภาพของพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรให้ความตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการและควบคุมโรคและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ

จากลักษณะงานของพยาบาลที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจากการปฏิบัติงาน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจก่อให้เกิดความเครียด พยาบาลประจำการแต่ละคนอาจเผชิญกับสิ่งที่ไม่คาดคิดในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เช่น เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความยุ่งยากซับซ้อนในการปรับตัว หากการปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุล พยาบาลประจำการก็สามารถอยู่ได้อย่างปกติสุข แต่หากการปรับตัวอยู่ในภาวะไม่สมดุลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ทำให้มีลักษณะสิ้นหวัง สับสน วิดกกังวล สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมบกพร่อง รวมทั้งมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวัน จะเห็นได้ว่าอันตรายจากการทำงานทำให้เกิดภาวะ

วิกฤติของชีวิตส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของพยาบาล ผู้บริหารจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพจากการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ

### แนวทางการป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพจากการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาการป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพและอันตรายจากการปฏิบัติงาน พบว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน โดยมาตรฐานดังกล่าวกำหนดให้โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพและความปลอดภัย ดังนี้

1. มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัยและอุบัติเหตุ การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย ฯลฯ รวมทั้งบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
2. มีการค้นหาความเสี่ยงทั้งด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป (วิธีที่ใช้ในการค้นหาความเสี่ยง ได้แก่ การสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง การสำรวจสถานที่ การพูดคุยกับบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ และการทบทวนวรรณกรรม) ในทุกหน่วยงานและทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรฐานในการป้องกัน
3. มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
4. มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ที่เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ เพื่อการประเมินผล ปรับปรุงและวางแผน
5. มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause) มีการค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง ปัจจัยเชิงระบบของปัญหา เช่น การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร ศักยภาพของบุคลากร การออกแบบระบบงาน ภาระงาน การนิเทศน์ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
6. มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงที่ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักที่ใช้ป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในปัจจุบัน ผู้บริหารทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดด้านการจัดการความเสี่ยง ตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HA แนวคิดดังกล่าวประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาร และคณะ, 2549)

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เพื่อป้องกันการสูญเสีย เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาอดีตและการศึกษาจากสภาพปัจจุบัน

2. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) หมายถึง การประเมินโอกาสเหตุการณ์มีมากน้อยเพียงใด อะไรคือความสูญเสียที่เกิดจากเหตุการณ์ดังกล่าว (Adverse event) เกิดจากความผิดพลาดอะไร (Root cause) และวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าเพื่อค้นหา Latent failure (Root cause) ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุ

3. การจัดการความเสี่ยง หลักการจัดการความเสี่ยง 1) จัดระบบป้องกันความผิดพลาด โดยหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติหากมีความเสี่ยง ประเมินหรือส่งต่อให้ผู้อื่นที่พร้อมกว่าปฏิบัติงาน แทน ป้องกันด้วยระบบบำรุงรักษา ระเบียบปฏิบัติ ให้ความรู้เพียงพอ มีระบบสำรองทรัพยากรในงานที่มีความเสี่ยงสูง 2) เผื่อระวังความผิดพลาดเพื่อหยุดยั้งได้ทัน โดยทุกคนต้องทำหน้าที่เผื่อระวังความเสี่ยงที่สำคัญ ต้องใช้มาตรการเชิงรุกความเสี่ยงที่สำคัญไม่รอตั้งรับ ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้น ก็ต้องลดความเสียหาย จากความผิดพลาดโดย ให้ความจริงใจไม่ปกปิดแก้ปัญหาด้วยความรวดเร็ว ต้องมีการสื่อสารที่ดี ให้การชดเชยอย่างเหมาะสม 3) เทคนิคการป้องกันความผิดพลาด โดยลดการพึ่งพาความจำ อาจใช้ Checklist หรือ Guidelines ในการช่วยปฏิบัติงาน ออกแบบการใช้ข้อมูลที่สะดวก โดยมีระบบการรายงานที่ไม่ซับซ้อน มีระบบป้องกันความผิดพลาด มีมาตรฐานเดียวกัน บุคลากรมีความรู้เพียงพอลดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. การประเมินผล คือ การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง

จากการศึกษายังพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีการนำแนวทางจัดการความเสี่ยงดังกล่าวมาดำเนินงานดูแลสุขภาพบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1. การค้นหาภาวะเสี่ยงของบุคลากร โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆ และการเดินสำรวจตรวจเยี่ยม บุคลากรทั้งในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน เอกสารที่ใช้เป็นเครื่องมือค้นหาความเสี่ยง เช่น การติดตามสถานการณ์การเกิดโรคในบุคลากรจากเวชระเบียน การใช้แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบรายงานอุบัติการณ์ นอกจากนี้ยังค้นหาภาวะเสี่ยงของบุคลากรได้จาก การศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความคลาดเคลื่อนของบุคคลอื่น การวิเคราะห์รายงาน ทบทวนคำร้องเรียน ประชุมคณะกรรมการ ทีม สหสาขาเกี่ยวกับความเสี่ยง รวมทั้งการรวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติต่างๆ เช่น แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนวทางการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย แนวทางการให้ยาเคมีบำบัด แนวทางการทิ้งของมีคม เป็นต้น ส่วนการเดินสำรวจตรวจเยี่ยมนั้น สามารถประเมินสภาพแวดล้อมใน



การทำงาน อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ไฟฟ้า ระบบเตือนภัย นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้งพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลความเสี่ยงภายในหน่วยงานและประสานงานกับผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประจำทุกหน่วยงาน

2. การประเมินความเสี่ยง ผู้ประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีการกำหนดอันตรายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยง โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีขั้นตอนการรายงานผู้บังคับบัญชาตามสายงานอย่างเป็นระบบ มีการนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาประเมินโอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำว่ามากน้อยเพียงใด อะไรคือความสูญเสียที่เกิดขึ้น ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอะไร และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยง โดยกระบวนการประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้นมีการร่วมประชุมปรึกษากันภายในทีมและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. การจัดการความเสี่ยง หลังจากค้นพบและประเมินความเสี่ยงแล้ว ผู้เกี่ยวข้องร่วมประชุมปรึกษาระดมสมองหาแนวทางการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้น หลังจากนั้นมีการกำหนดเป็นมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง จากนั้นดำเนินการแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ โดยการติดประกาศ แจ้งในที่ประชุม ติดเป็นมาตรฐานภายในหน่วยงาน หรืออาจมีการจัดชั่วโมงสอนและอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเอง หรืออาจมอบหมายงานให้พยาบาลจัดการความเสี่ยงประจำหอผู้ป่วยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล อัตราบุคลากรที่ทำตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง อันตรายที่บุคลากรได้รับ ข้อเรียกร้องของบุคลากร การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันลาหยุดงาน อุปกรณ์ อุปกรณ์ของการทำตามแนวทางปฏิบัติ

นอกจากแนวทางจัดการความเสี่ยงดังกล่าว โรงพยาบาลยังมีการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรให้มีสุขภาพดี ลดความเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อจากการสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและการสัมผัสสารเคมี โดยการวางมาตรการป้องกันและควบคุม ช่วยส่งเสริมให้มีความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย เช่น งานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล งานเวชกรรมสังคม งานอาชีวอนามัย ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายสุขภาพิบาลและดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพของบุคลากรในปัจจุบัน ได้แก่ (เจนีวา ชนพิมาย, 2552)

1. มีการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพบุคลากร
2. มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพบุคลากร อาจเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพบุคลากร เช่น โครงการลดพุง โครงการออกกำลังกายโยคะ

3. กิจกรรมการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร ได้แก่ การตรวจสุขภาพก่อนเข้าปฏิบัติงาน การตรวจสุขภาพประจำปี การให้วัคซีนป้องกันโรคที่เป็นความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน

4. การดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยการจัดให้มีการประเมินถึงอันตรายในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เคมี กายภาพ และจิตสังคม เช่น เสียงดัง ความร้อนสูง ถูกเข็มเจาะเลือด ทิ่มตำ การประเมินทำโดยการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสำรวจและเก็บตัวอย่างของสิ่งคุกคาม การหามาตรการควบคุมสิ่งคุกคามให้น้อยลง ควรมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของการทำงานให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จัดจำนวนคนให้เหมาะสมในการยกผู้ป่วย

5. การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน มีการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน ทำให้โรงพยาบาลได้ข้อมูลและปัญหาการเจ็บป่วยของบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและไม่แพร่เชื้อไปสู่บุคลากรอื่น

6. มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรเมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน การได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างเร่งด่วน และให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมทันที จะทำให้บุคลากรปลอดภัย

7. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคลากร บุคลากรต้องปฏิบัติงานอยู่กับความเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามหรืออันตรายจากการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจมากขึ้น

8. การบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคลากร

9. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานควบคุมการติดเชื้อ งานเวชกรรม งานเภสัชกรรม งานการพยาบาล งานห้องปฏิบัติการ

กล่าวโดยสรุปในปัจจุบัน หลักที่ใช้ป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในปัจจุบัน ผู้บริหารทางการพยาบาลส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดด้านการจัดการความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HA ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล รวมทั้งมีการดำเนินนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้น ไม่ได้เกิดเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่อันตรายดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตสังคม ผู้บริหารจึงควรตระหนักถึงผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gillmore (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมของการทำงานในโรงพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาล และสุขภาพของพยาบาล ตัวแปรเกณฑ์ในการศึกษาคือ ภาวะสุขภาพของพยาบาล ตัวพยากรณ์ที่ศึกษาคือสถานที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานเป็นผลัด ตารางปฏิบัติงาน สภาวะการทำงาน และอันตรายในการปฏิบัติงาน ได้แก่ อุบัติเหตุ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม การสัมผัสเชื้อโรค และความเครียดจากงาน ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมการทำงาน และสุขภาพของพยาบาลคือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม จากการนำร่องในโรงพยาบาล 250 แห่ง จากหน่วยงานพิเศษ 4 แห่งคือ หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยมะเร็ง ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ตัวแปรการทำงานสามารถทำนายความแปรปรวนของสุขภาพ 30 เปอร์เซ็นต์ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากงานและตารางการปฏิบัติงาน

Skipper (1990) ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นผลัด โดยศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดกลางคืน จาก 5 โรงพยาบาล จำนวน 463 คน พบว่าตารางปฏิบัติงานเกี่ยวข้องอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสุขภาพกายและจิตของพยาบาล

Kogi (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ของสุขภาพและการทำงานระบบผลัดหมุนเวียน โดยผลการศึกษาพบว่า การทำงานระบบผลัดหมุนเวียนจะส่งผลกระทบต่อวงจรการดำเนินชีวิตซึ่งร่างกาย (Circadian rhythms) โดยจะไปแทรกแซงการทำงานประจำวัน การดำเนินชีวิตในสังคม และครอบครัว รวมทั้งได้แนะนำว่าควรมีการจัดการทำงานหมุนเวียนแบบยืดหยุ่น เพราะจะเป็นการดีกับการทำงาน และควรให้สวัสดิการทางด้านสุขภาพกับผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบผลัดหมุนเวียนด้วย

Costa (1996) ศึกษาผลกระทบของการทำงานระบบผลัดหมุนเวียนและการทำงานเวลากลางคืนที่มีต่อสุขภาพของพนักงาน ผลการวิจัยพบว่า การทำงานระบบผลัดหมุนเวียน โดยเฉพาะการทำงานกลางคืน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากการรบกวนระบบการทำงานของร่างกาย (Circadian rhythms) ทั้งวงจรการหลับและการตื่น และแทรกแซงการปฏิบัติงาน หรือประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งก่อให้เกิดความผิดพลาดและอุบัติเหตุได้ง่าย รวมทั้งยากที่จะคงความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดผลเสียต่อชีวิตสมรส และการเลี้ยงดูบุตร และสุขภาพทรุดลงโดยสังเกตได้จากนิสัยการกิน การนอนหลับที่ผิดปกติ และที่ร้ายแรงที่สุดคือ ก่อให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และร่างกายทำงานผิดปกติ จะหงุดหงิดง่ายและเป็นโรคหัวใจได้ นอกจากนี้การทำงานระบบผลัดหมุนเวียนและการทำงาน

กลางคืน จะมีผลเสียโดยตรงกับสุขภาพร่างกายของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสตรี ซึ่งได้ระบุเหตุผลไว้ว่า เนื่องจากจะทำให้เกิดการผลิตฮอร์โมนผิดปกติ บกพร่องในการดูแลครอบครัว แต่ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคลด้วย เช่น อายุ บุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพ และจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น งานที่หนักเกินไป รูปแบบการจัดตารางการทำงาน และสภาพทางสังคม เช่น จำนวนและอายุของบุตร การทำงานบ้าน และการติดต่อสมาคมกับบุคคลอื่น

Trinkoff (2002) ศึกษาปัญหาทางกระดูกและกล้ามเนื้อ คอ ไหล่ และหลัง ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ มีการสำรวจพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเจ็บป่วยกระดูกและกล้ามเนื้อ ในระดับที่สูง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพ 1,163 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอาการทางกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือน ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ระดับความเจ็บปวดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลให้ต้องไปพบแพทย์ หยุดงาน ลดหรือเปลี่ยนแปลงการทำงาน ไม่สามารถทำกิจกรรมในการทำงานได้ ต้องใช้ยา รวมทั้งเกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ พบพยาบาลที่มีอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีอาการปวดคอ ไหล่ และหลัง คิดเป็นร้อยละ 45.8, 35.1, และ 47.0 ตามลำดับ

Ingle (2003) ศึกษาผลกระทบของการทำงานต่อเนื่องในเวลากลางคืน ในช่วงชีวิตการทำงานส่งผลกระทบต่อร่างกายและการนอนหลับในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ใช้รูปแบบการศึกษาแบบย้อนกลับ ศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ใช้เวลาศึกษาอย่างน้อย 1 ปี คู่แฝดแต่ละคู่ 1 คน ทำงานกลางวัน 1 คนทำงานกลางคืน โดยศึกษาข้อมูลทะเบียนแฝดในประเทศสวีเดน ที่เกิดตั้งแต่ปี 1958 หรือก่อนหน้านั้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ปี ค.ศ. 1998 และ มีนาคม ค.ศ. 2002 โดยใช้ผู้ช่วยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Computer - assisted telephone interview) ในแต่ละคู่ใช้เวลาภายใน 1 เดือน และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลกระทบจากสูงอายุ คัดเลือกจากคู่แฝดทั้งหมด 48, 216 คู่ เป็นแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน 9, 168 คู่ คัดเหลือ 1, 814 คู่ ซึ่งอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป คัดเหลือสุดท้าย 169 คู่ หญิง 86 คู่ ชาย 83 คู่ ค่าเฉลี่ยอายุ 69.7 ปี วิเคราะห์ความแปรปรวนเชิงบรรยายของผู้ที่ปฏิบัติงานเวลากลางคืน จำนวนปีของการศึกษา น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ช่วงระยะเวลา ปกตินิสัยการนอน เวลาเข้านอน การประเมินสุขภาพตนเอง และการบ่นรวมถึงความผิดปกติของการนอนหลับ การนอนตื่นเร็วเกินไป และการพักผ่อนที่ดี ผลการศึกษาพบข้อแตกต่างระหว่างแฝดที่ทำงานกลางคืนและกลางวัน การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และความผิดปกติของการนอนหลับนั้น คือ แฝดคนที่ทำงานกลางคืน มีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แย่มากกว่าแฝดที่ทำงานกลางวัน และมีปัญหาด้านความผิดปกติของการนอนหลับสูงกว่า

กนกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ (2536) ศึกษาภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของ หญิงวัยกลางคน อายุ 40 – 59 ปี ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มคนตัวอย่าง 212 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภคนิสัยยังไม่ถูกต้อง คือ ไม่ควบคุม อาหารที่รับประทานกัน มีการออกกำลังกายน้อย ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่รับสารต่างๆ ที่ ก่อให้เกิดอันตราย เช่น ยาชุด ยาแก้ปวด ยานอนหลับ สารพิษต่างๆ และมักไม่ตรวจสุขภาพ

ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2540) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ต้องมีการปรับปรุงคือ การปฏิบัติตามหลักการ Universal precautions กับผู้ใช้บริการทุกราย และการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสมกับกิจกรรมประสพการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัจจัยด้านองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมของหน่วยงาน อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่เพียงพอ และบุคลากรละเลยการปฏิบัติเพราะคิดว่าผู้ใช้บริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งน้อย

วิมนต์ วันยะนาพร (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงาน กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยที่พฤติกรรมเสี่ยง ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคมอยู่ในระดับต่ำ ด้านสารเคมีอยู่ในระดับต่ำสุด การปฏิบัติงานยามวิกาล แผนกการปฏิบัติงาน และตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงาน อายุ ประสพการณ์การทำงาน จำนวนบุตรในความดูแล มีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงาน ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงาน

ทองศุภร์ บุญเกิด (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างาน กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายร่างกายของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการทำหน้าที่ในสังคมด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ การอบรมการป้องกันตัวและการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้างานมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

ภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ และการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานสามารถพยากรณ์การปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพได้

เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล (2544) ศึกษาปัจจัยคัดสรรลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย พบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพกายดีและการรับรู้สภาวะมนุษย์สัมพันธ์ดี การรับรู้สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติด้านความรู้สึกเมื่อยพวด ด้านความถูกต้องของท่าทางในการปฏิบัติ และด้านลักษณะงานในห้องผ่าตัดใหญ่ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาสังคมดี มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในห้องผ่าตัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรินทร์ ขวัญชัย และคณะ (2544) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก จากกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 125 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20 -59 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยพบพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่าด้านป้องกันโรคอยู่ในเกณฑ์พอใช้ได้เท่านั้น และมีหลายเรื่องอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจฟัน การตรวจหาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การตรวจเอ็กซเรย์ปอดประจำปี และการตรวจหามะเร็ง สำหรับด้านอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีบางเรื่องอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี และพอใช้ ได้แก่ การออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี การรับประทานอาหารตรงเวลา การติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจเช็คความดันโลหิต การสวมเครื่องป้องกันอันตรายในขณะทำงาน การแยกเครื่องใช้เมื่อมีผู้เจ็บป่วยเป็นโรคที่ติดต่อได้ในบ้าน การดื่มน้ำตาลเกลือแร่

สุทธิพร บุญมาก (2544) ศึกษาคุณภาพชีวิตพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 200 คน พบว่าพยาบาลที่ทำงานเวรดึก จะมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานตอนกลางวันและใช้เวลาพักผ่อนในตอนกลางคืน โดยผู้ที่นอนหลับในเวลากลางวัน จะมีชั่วโมงของการนอนหลับลดลง 2 ชั่วโมง โอบาส การย์กวินพงศ์ (2546) ศึกษาการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรของโรงพยาบาล ศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2542, 2543, และ 2544 พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นวัณโรค 7 ราย 11 ราย และ 15 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 0.74, 1.16, และ 1.58 ตามลำดับ อัตราป่วยวัณโรคเสมหะบวก คิดเป็นร้อยละ 0.32, 0.21, และ 0.42 ในปี พ.ศ. 2542, 2543, และ 2544 ซึ่งสูงกว่า

เมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป อายุ 25-64 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอัตราป่วยด้วยโรค เลมเหศวกร ร้อยละ 0.12, 0.13, และ 0.12 ในปีเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ทำงาน สัมผัสผู้ป่วยมากมีอัตราการป่วยมากกว่าบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยน้อย พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ป่วย เป็นวัณโรคมากที่สุด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.98 ของพยาบาลทั้งหมด

เปรมฤดี คำรักษ์ (2545) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดน ภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และความสัมพันธระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่ม ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยรวมอยู่ใน ระดับดี โดยมีสุขภาพทางจิตวิญญาณ และสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาพทางจิตวิญญาณ ส่วนการรับรู้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาพทางกายอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความเพียงพอของ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสคู่สูงกว่าสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสุขภาพในระดับดีมาก มี พฤติกรรมการรับประทานยา อาการทางจิต การจัดการกับปัญหาและอารมณ์ และสัมพันธภาพใน ครอบครัว แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีสุขภาพในระดับพอใช้

พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอ ของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรม สุขภาพจิต จำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำมีสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ใน ระดับดีมาก โดยในด้านสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทาง จิต และทางสังคม อยู่ในระดับดี อายุและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ ของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำ ส่วนการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพทางกาย

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำ เพศ สถานภาพ และเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำ

กฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้จ่าย การใช้นุหรี การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีรัษฎา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 170 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสุขภาวะรายด้าน และโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การใช้จ่าย การใช้นุหรี ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรสรินทร์ สมบูรณ์ธนกิจ (2548) ศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 211 คน และหัวหน้าจำนวน 8 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอุบัติการณ์ของอันตรายจากการปฏิบัติงาน และแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับการจัดการกับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการถูกทำร้ายด้วยวาจามากที่สุด รองลงมาคือการได้รับอุบัติเหตุ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ อันตรายจากการปฏิบัติงานที่มีผลต่อพฤติกรรม อันตรายที่มีผลต่อภาวะจิตสังคม การทำร้ายทางร่างกาย การติดเชื้อ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับเพศ การสัมผัสสารเคมี คิดเป็นร้อยละ 82.50, 73.50, 70.10, 63.00, 48.30, 22.70, 21.30, 17.50, และ 12.30 ตามลำดับ

สุนทร วงศ์ธนกิจ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลเทคนิค จำนวน 231 คน ที่ปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลร้อยละ 71.0 มีอาการปวดหลังในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าอัตราชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 47.6 พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการปฏิบัติงาน การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและสมาชิก



ครอบครัว ทักษะคิดและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการปวดหลังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างได้ร้อยละ 35.7

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ (2550) ศึกษาปัญหาบุคลากรทางการพยาบาลขาดแคลน จากหลายสาเหตุ และเน้นถึงปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของพยาบาล ความเครียดที่เกิดจากปริมาณงานที่หนักเกินไป จำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน สถานะทางวิชาชีพต่ำ ปัญหาสัมพันธภาพในสถานที่ทำงาน ปัญหาการแสดงบทบาทของวิชาชีพ และอันตรายอื่นๆ ที่เกิดจากสถานที่ทำงาน หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพพยาบาล เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากเครื่องมือที่มีจำนวนจำกัด การบาดเจ็บทางกระดูกและกล้ามเนื้อจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

นพรัตน์ กิ่งแก้ว (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน กับสุขภาวะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาลัยของรัฐ ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะสุขภาพของพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง 2) การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ด้านจิตวิทยาสังคมและด้านวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกทางภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านกายภาพในส่วนของ การใช้เครื่องจีไฟฟ้าที่มีระบบดูดควันอัตโนมัติ และมีการลื่นหกล้มในห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานบ่อยครั้ง ด้านสารเคมีที่พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้มีการจัดการน้อยที่สุด แนวทางปฏิบัติในการใช้สารเคมีแต่ละชนิดและการแก้ฤทธิ์สารเคมีรวมทั้งการจัดเตรียมสถานที่ผสมสารเคมี มีการรับรู้ว่ามีจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ด้านชีวภาพมีการจัดตั้งระบบกรองอากาศ (Hepa filter) ที่สามารถป้องกันเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ พยาบาลรับรู้ว่ามีจัดการน้อยที่สุดในระดับปานกลาง ด้านจิตวิทยาสังคมและด้านวัฒนธรรม พยาบาล รับรู้ว่ามีจัดการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลาอยู่ในระดับปานกลาง และการจัดช่วงเวลาหลายลักษณะให้เลือก พยาบาลรับรู้ว่ามีจัดการน้อยที่สุด ด้านการยศาสตรเรื่องลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการปฏิบัติงาน เป็นรายการที่พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้ว่ามีจัดการน้อยที่สุด นอกจากนี้ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาล พบว่า การรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลางส่วนความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางรวมทั้งระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จะมีการรับรู้สุขภาพในปัจจุบันไม่ดี



ลักษณะ ศิริธิรกุล (2550) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 480 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล คุณค่าในงาน วิทยาการจิตสภาพงาน ความเครียดในงาน และสุขภาวะของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับดี คุณค่าในงาน วิทยาการจิตสภาพงาน และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัดและความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความเครียดในงาน อายุ คุณค่าในงาน และวิทยาการจิตสภาพงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปได้ร้อยละ 28.4

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาสุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดของ Butler (2001) ที่กล่าวว่า สุขภาวะ เป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาสุขภาวะของ Butler มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตใจ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาล จากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะการทำงานหมุนเวียนแบบผลัด พฤติกรรมสุขภาพซึ่งใช้แนวคิดของ Pender (1996) ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ และความเครียดทางสุขภาพ ใช้แนวคิดของ Piepins (1997) ซึ่งเป็นความเสี่ยงอันตรายเกิดจากการปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของพยาบาล จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะการทำงานหมุนเวียนแบบผลัด พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงทางสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

