

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

ISSN 1906-0319

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 Volume 12 No. 2 July - December 2018



สนธยา มณีนันท์ สัมพันธ์ มณีนันท์ ทิวาวัน คำบรรลือ

พัชรินทร์ วรรณโพธิ์ วไลภา คุณทรงเกียรติ สุภากรณ์ ดั่งวงเพง

ไพฑูรย์ วุฒิสัย ขวัญหทัย ยัมละมัย มณฑล ทองนิตย์

ศิริวรรณ ทูมเชื้อ พรพรรณ พุ่มประยูร

สุดะนิง อุตธิ์อุทัย วิไลพร ขำวันซ์ เรเชล รอดติเตอร์
ไมเกล เฮเซลตัน

อารีศ พลอยทรัพย์ วันเพ็ญ แก้วปาน ปาหนัน พิษณุภิญโญ
จุฑาธิป ศิลบุตร

แจ่มณภา ไขคำ ขลิยา ศิริกาล ธนอมศักดิ์ บุญอยู่ แก้วใจ มาลีสัย

ชนิษฐา เมฆกมล อารีรัตน์ วิเชียรประภา

มกร ลัมอุคมพร ผกากรอง ขวัญข้าว บุญท่า กิ่งนิยม ปรัชญา คัมภีระธัม
นภัสชญา เกษรา ชลาสัย โชคดีศรีจันทร์ สุจิตา โอภาณี

วันวิสาข์ สนใจ สุวรรณ จันทรประเสริฐ นิสากร กรุงไกรเพชร

เจนกัณธ์ เจริญสุขศิริ นุศราพร แซ่ลิ่ม ธรรมกร สารพันธ์
ธัญญาลักษณ์ พรหมสุข

วนิดา ประเสริฐ อุเทน สุทิน วรวิทย์ บุญไทย

สินีนาง ทัพย์มุสิก สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ นงลักษณ์ จินตนาถิล

ณิชาภา ยนจอหอ นงลักษณ์ จินตนาถิล สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ



การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการ
การขยายหลอดเลือดหัวใจ

การพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วัยรุ่นตั้งครรภ์ : แนวคิดแก้ปัญหาด้วยกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ

การวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวคิดของ แมกซ์ แวน แมนเนน: ปรัชญาการณิเวศวิทยาแบบตีความ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
จังหวัดสมุทรปราการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น

ประสิทธิภาพการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบันในผู้ป่วย
ปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน

ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไต
เสียหายที่ระยะที่ 2

ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัวที่มีต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

การประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านในโปรแกรมการใช้ยาอย่างถูกต้องต้องความรู้ในการใช้ยาและระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลใน
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2561



ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์
ดร.กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล
ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส
ผศ.ดร. จีราภรณ์ กรรมบุตร
ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
ดร.ชดช้อย วัฒนะ
ดร.เชษฐา แก้วพรม
ดร.คาราวรรณ รองเมือง
ผศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ผศ.ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง
ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ผศ.ดร.ภัทราวดี มากมี
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
ผศ.ดร.ภญ.รวงทิพย์ ตันติปัญญ
ดร.วรรณพร บุญเปล่ง
ดร.วรรณวดี เนียมสกุล
ดร.สุชีวา วิชัยกุล
ดร.สุคคณิง ปลั่งพงษ์พันธุ์
ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ISSN 1906-0319) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ	วิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข		
ที่ปรึกษาโครงการ	ประธานวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี		
บรรณาธิการ	ดร.สุภาพิชญ์	มณีสคร โฟน โบร์แมนน์	
บรรณาธิการร่วม	ดร.พิศิษฐ์	พลชนะ	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.มาสริน	ศุกลปักษ์	
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.นพ.บุญเสริม	วิทย์ชำนาญกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.สุภา	เฟ่งพิศ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Prof. Dr.Timothy	William Flegel	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Prof. Dr. (Med) Benno	von Bormann	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.กิตติคุณ ดร.วัลลภา	เทพหัสดิน ณ อยุธยา	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
	รศ.ดร.สุพมาล	จรรยาคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุดา	เรียงโรจน์พิทักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.ศิริพร	จัมภลิจิต	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	รศ.ดร.โยธิน	แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.สังวรณ์	จักรกระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
	ผศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	ดร.แอนน์	จิระพงษ์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	อาจารย์ลัดดาวัลย์	ไวยสุระสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.สนธยา	มณีนัดน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
กำหนดออก	ดร.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลาลัย	โชคศิรีจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
	อาจารย์ปิยะธิดา	ชื้อสัดยวงค์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ราย 6 เดือน		
จัดพิมพ์ที่	บริษัท เอเชีย ดิจิตอลกราฟิฟ จำกัด 21/19-20 ถ.งามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900		

บทบรรณาธิการ

สวัสดีปีใหม่ ส่งท้ายปีเก่าค่ะ ท่านผู้อ่านที่รักทุกท่าน ปีใหม่นี้วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งแม้จะได้รับการยอมรับให้อยู่ในฐานะข้อมูล Thai Citation Index (TCI) และ ASEAN Citation Index (ACI) กองบรรณาธิการก็ยังคงมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้วารสารของเรามีคุณภาพยิ่งขึ้นไป

กองบรรณาธิการขอเรียนให้ทุกท่านทราบว่าตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป วารสารของเราได้ปรับระบบให้สอดคล้องกับระบบของ Thai Journal Online (ThaiJo) โดยทุกขั้นตอนในการส่งบทความและการพิจารณาจะผ่านระบบออนไลน์ ดังนั้นขอให้ท่านส่งบทความผ่านช่องทาง URL: <https://www.tci-thaijo.org/> เท่านั้น ทั้งนี้ท่านสามารถศึกษารายละเอียดวิธีการใช้ระบบออนไลน์ได้จากคู่มือที่อยู่บนเว็บไซต์ได้

สำหรับวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจทั้งหมด 14 เรื่องเช่นเคย ประกอบด้วยบทความวิจัยและวิชาการ เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการทรงตัวในผู้สูงอายุ กิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การสูบบุหรี่ในเยาวชน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่น การนวดไทยในผู้ป่วยไมเกรน การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การใช้เพลงพื้นบ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ตลอดจนการบริหารเชิงกลยุทธ์และการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ได้ปรับแก้บทความภายในเวลาที่กำหนด และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยดีเสมอมา ขอเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมพัฒนาผลงานคุณภาพกับเราโดยท่านสามารถติดต่อมาได้ที่ journalbcnnon@bcnnon.ac.th

ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสากร โพน โปร์แมนน์

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา ด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ สนธยา มณีรัตน์ สัมพันธ์ มณีรัตน์ ทิวานัน คำบรรลือ	1	Psychosocial nursing care for the elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia Sonthaya Maneerat Sampan Maneerat Tivawan Kambunlua
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ การขยายหลอดเลือดหัวใจ พัชรินทร์ วรรณโพธิ์ วัลภา คุณทรงเกียรติ สุภาภรณ์ คิวังแพง	10	Factors influencing physical activity among patients with acute myocardial infarction receiving Percutaneous Coronary Intervention Patcharin Wannapo Wanlapa Kunsongkeit Supaporn Duangpaeng
การพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ไพฑูรย์ วุฒิสว ขวัญหทัย ยิ้มละมัย มณฑล ทองนิตย์	19	The strategic development for smoking prevention on youth in Amphur Muang, Chaiyaphum Pitoon Vutiso Khwanhathai Yimlamai Monthon Thongnit
วัยรุ่นตั้งครรภ์ : แนวคิดแก้ปัญหาด้วยกระบวนการ ระบบสุขภาพอำเภอ ศิริวรรณ ทุ่มเชื้อ พรพรรณ พุ่มประยูร	29	Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system Siriwan Tumchuea Pornpan Pumprayool
การวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวคิดของ แมกซ์ แวน แมนเนน: ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ สุคนธ์ ฤทธิฤทัย วิไลพร ขำวงษ์ เรเชล รอสสิเตอร์ ไมเคิล เฮเซลตัน	39	Thematic analysis guided by Max van Manen: Hermeneutic (interpretive) phenomenological approach Sudkhanoung Plangpongpan Wilaiporn Khumwong Rachel Rossiter Mike Hazelton

สารบัญ	หน้า
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ อารีศ พลอยทรัพย์ วันเพ็ญ แก้วปาน ปานัน พิชญภิญโญ จุฑาทิป ศีลบุตร	49
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แจ่มนภา ไขคำ ชลียา ศิริกาล ถนอมศักดิ์ บุญสูง แก้วใจ มาลีลัย	59
บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น ชนินฐา เมฆกมล อารีรัตน์ วิเชียรประภา	69
ประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทย ร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยปวดศีรษะ ไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน มกร ลีมอุดมพร ผกากรอง ขวัญข้าว บุญท่า กิจนิยม ปวัชสร่า คัมภีระรัมย์ นภัสชญา เกษรา ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์ สุจิตา โอภาณี	78
ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและ สมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสีย หน้าที่ระยะที่ 2 วันวิสาข์ สนใจ สุวรรณ จันทรประเสริฐ นิสากร กรุงไกรเพชร	88

CONTENTS
Original Articles
Factors affecting cardiovascular disease prevention behaviors among a high risk group in Samutprakan province Arees Ploysub Wonpen Kaewpan Panan Pichayapinyo Juthatip Silabut
Factors related to The role of village health volunteers in promoting health promotion of the older person at that Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province Jamnapa Khaikham Chaliya Sirikan Thanomsak Boonsu Kaewjai Maleelai
The roles of nurse in teenage mothers caring Kanitta Mekkamol Areerat Wichainprapha
Effectiveness of Thai massage integrated into standard treatment for patients with migraine with or without aura Makron Limudomporn Pakakrong Kwankhao Buntam Kitniyom Pawatsara Kampheratham Napatchaya Kessara Chalalai Chokdeesrijan Suthita Obhasi
The effects of self-management on health behaviors and kidney function of chronic illness patients with chronic kidney injury stage 2 Wanwisa Sonjai Suwanna Junprasert Nisakorn Krungkripetch

สารบัญ	
นิพนธ์ ต้นฉบับ	
ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับ การฝึก การทรงตัวที่มีต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุไทย	
เขมมภัก เจริญสุขศิริ นุศราพร แซ่ลี้ หรรษกร สาระพันธุ์ ธัญญาลักษณ์ พรหมสุข	
การประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านในโปรแกรมการใช้จ่าย อย่างถูกต้องต่อความรู้ในการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี	
วนิดา ประเสริฐ อุเทน สุทิน วรวิทย์ บุญไทย	
การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
สินีนภา ทิพย์มุสิก สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ นงลักษณ์ จินตนาดิлок	
ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับ ผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
นิชภา ยนจอหอ นงลักษณ์ จินตนาดิлок สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	

หน้า	CONTENTS
PAGE	Original Articles
98	Effect of square-stepping exercise and balance training on balance and health for quality of life in Thai elder Khemmapak Charoensuksiri Nutsaraporn Saelim Hunsagorn Saraphunt Thunyaluk Promsuk
108	Applying the accurate drug usage program by using Thai traditional music on drug knowledge and fasting blood sugar among diabetic patients at Boh Thong District, Chonburi Province Vanida Prasert Uten Sutin Worrawit Boonthai
117	The strategic management of patient unit at the tertiary level hospitals under the Ministry of Public Health Sineenart Thipmusik Suchitra Luangamonlert Nongluk Chintanadilok
127	The relationship between strategic implementation and nursing organization performance at tertiary level hospital under the Ministry of Public Health. Nichapa Yonchoho Nongluk Chintanadilok Suchittra Luangamonlert

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทาง การพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
3. ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
4. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการ แก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
5. ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความ ประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
6. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดย ขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน
2. พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 8 หน้าไม่นับรวมเอกสารอ้างอิง (หรือ 3,000 คำ ไม่นับรวมตาราง แผนภูมิ รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง)
3. ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
4. การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบ ออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL:<https://www.tci-thaijo.org>

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้
 - ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
 - ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.

- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้
 - บทนำ
 - วิธีการวิจัย: แบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้
 - ผลการวิจัย
 - สรุปผล
 - คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาไทยของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม Email address ตรง Foot note

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้
 - Background
 - Objectives
 - Methods: objective, design, samples, tools, data collection and data analysis
 - Results
 - Conclusion
 - Key words ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม Email address ตรง Foot note

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์ในการวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม
- วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- สรุปและข้อเสนอแนะ

- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)
เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- **เอกสารอ้างอิง** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ ยกเว้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review, Meta-analysis) หรือบทความวิชาการ

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น¹ โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับ หรือเลขต่อเนื่องกันให้ใช้ตัวเลขดังนี้¹⁻³ หากมีการอ้างอิงซ้ำรายการเดิม ให้ใช้หมายเลขเดิม

- **การอ้างอิงในเนื้อหา** ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นवलพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²
- **การอ้างอิงในเนื้อหา** ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลคนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กาจกำจรและคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai) ดังตัวอย่าง

1. Komutiganon S. A study of the actual conditions and expectations of teamwork, as reported by the health team in the Hospital under the Department of Medicine Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1993. (in Thai).

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

- ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) กันระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Field A, Hole G. How to Design and Report Experiments. London: Sage Publications; 2003.

- ข. ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

3. Gray RJ, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;189:508-14.

- ค. **ชื่อบทความ** บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ง. **ชื่อวารสาร** ถ้าเป็น วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น Journal of Health Science Research วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Title of Publications หรือ search หาคำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)
- จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- ฉ. **เลขหน้า** ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1437-43 หรือ p.223-35 เป็นต้น
- ช. **การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)** มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.
- ตัวอย่าง
4. Cary T, Pearce J. Aortic stenosis: pathophysiology, diagnosis, and medical management of nonsurgical patients. Crit Care Nurse. 2013;33(2):58-72.
- ซ. **การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks)** ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
- ตัวอย่าง
5. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.
- ฌ. **การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book)** มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
- ตัวอย่าง
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. SRRT: Clipping the wings of emerging diseases in Thailand. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.
- ฎ. **เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference paper in proceedings)** มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

7. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

๓. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: The elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 2001.

๓. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

9. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 9]; Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editors welcome manuscripts in the field of health science. Our journal is peer reviewed. Each manuscript will be reviewed by at least 2 experts in the field. Double blinded review process is conducted to ensure quality. Authors are advised to read and follow the author guidelines. Editors reserve all rights to accept or reject manuscripts.

General criteria

1. The manuscript must not be published, or under submission process, elsewhere.
2. Manuscripts should be written in good English. Authors whose first language is not English are advised to have a native English editing their manuscripts prior to submitting.
3. Payment of 180 US\$ per manuscript is required for reviewing process and subscribing for 1 year membership.
4. Each paper will be blindly reviewed by at least 2 reviewers.
5. If revision is required by reviewers, authors must re-submit within a designated time frame, otherwise the manuscript will be automatically postponed to the next issue.

Essential criteria

1. Manuscripts must be in Microsoft Word, Angsana New 16 pt. Single space with 1 inch margin on each side of the page is required. Page number must appear on the upper right corner of every page; starting with 1, 2, 3,..
2. Manuscripts should not be more than 3,000 words, excluding Tables, Figures, images, and references (or not more than 8 pages excluding reference list).
3. Names of Tables, Figures or Images must appear above them.
4. Manuscript and cover letter stating names, address, phone number, email address can be submitted to
URL:<https://www.tci-thaijo.org>

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Angsana New 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Angsana New 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear as a footnote.

Abstract

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Introduction (or background), objectives
 - Methods: objective, design, samples, tools, data collection and data analysis
 - Results
 - Conclusion
 - Key words (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
- **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text.
- **Discussion**
- **Conclusions:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. References list must not exceed 25 items except Systematic review or Meta-analysis. All references must be in English only.

การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

สนธยา มณีรัตน์* สัมพันธ์ มณีรัตน์** ทิwaan คำบรรลือ***

บทคัดย่อ

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในทุกระยะของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าปัญหาจากสมองเสื่อม พฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติจากการทำงานของสมองโดยตรง แต่มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดหลายด้าน ทั้งด้านชีวภาพ สิ่งแวดล้อม จากตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว กรี๊ดร้อง เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมซ้ำๆ มีหูแว่ว ภาพหลอน มีปัญหาการนอนหลับ และมีอารมณ์เฉยเมย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีหลายการศึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการดูแลด้านสังคมจิตใจ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD โดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาทางเลือกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ โดยมีผลลัพธ์การรักษาในการช่วยลดและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมบางอย่างได้ บทความฉบับนี้นำเสนอกิจกรรมด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีผลการศึกษากลับมาเป็นกิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ เพื่อการลด และแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควบคู่ไปกับการรักษาโดยใช้ยาได้ กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย 2) การปลูกต้นไม้ ดอกไม้ 3) การบริหารสมอง 4) การกระตุ้นการรับรู้ตามจริง และ 5) การกระตุ้นประสาทสัมผัส ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ จึงควรให้การดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัย การวางแผน การให้การพยาบาล และการประเมินผล รวมถึงบทบาทในการสอนญาติ เพื่อให้สามารถนำกิจกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดผลกระทบต่อการเกิดปัญหาด้านอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: จิตสังคม สมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, E-mail: sonthaya@bcnnv.ac.th

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

Psychosocial nursing care for the elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Sonthaya Maneerat* Sampan Maneerat** Tivawan Kambunlua***

Abstract

The symptoms of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) commonly occur in subjects with dementia at all stage and are often the cause of hospitalization rather than dementia itself. The symptoms are not directly caused by cognitive decline but rather by multi-faceted factors including bio-environmental factors of the patient or caregiver, and side effect of medicines. The predominant symptoms of BPSD are agitation, physical aggression, screaming, repetitive movements, hallucination, sleep disturbance, and apathy. However, many studies have shown empirical proof that psychosocial intervention, without drugs, is a safe and effective BPSD treatment among patients with dementia. The article presents psychosocial activities which is a part of the study of Development of a Psychosocial Nursing Care Model for Elderly with Dementia.

The results yield in reducing aforementioned BPSD symptoms as well as forging meaningful relationships and establishing daily routines such as 1) physical exercise; 2) gardening; 3) brain exercise; 4) reality orientation; and 5) sensory stimulation. Nurses who are responsible for all the patients thus play significant role in providing clinical assessment, diagnosis, planning, intervention implementation, and care evaluation. Moreover, the nurses also coach families of the patients' to carry over psychosocial activities at home effectively to reduce further adverse impact.

Keywords: psychosocial, dementia, behavior problem, emotion, psychological

* Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira, Email: sonthaya@bcnnv.ac.th

** Faculty of Nursing, Kasembundit University

*** Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira.

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์สมอง และเซลล์ประสาทในสมองที่เสื่อมสภาพหรือถูกทำลายทำให้มีขนาดเล็กลง และอาจถึงขั้นเซลล์สมองตาย ส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้ความจำเสื่อม หลงลืม การใช้ภาษาผิดปกติ ซึ่งจะกระทบต่อความสามารถด้านอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ในผู้สูงอายุ พบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากที่สุด เมื่อมีอายุมากขึ้น โอกาสของเกิดสมองเสื่อมจากอัลไซเมอร์ก็จะเพิ่มมากขึ้น นอกจากปัญหาด้านการรู้คิด (Cognitive function) ที่เกิดจากการทำหน้าที่โดยตรงของสมองลดลงแล้ว ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีกลุ่มอาการ BPSD เกิดขึ้นได้ในระยะใดระยะหนึ่งของการดำเนินโรค และรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยในต่างประเทศพบได้มากถึงร้อยละ 90¹ สำหรับในประเทศไทยพบปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจได้ร้อยละ 75 ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างอ่อน (Mild cognitive impairment: MCI) และพบในกลุ่มผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้ร้อยละ 97.50² นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มีอัตราการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาเกี่ยวกับ Cognitive function เพียงอย่างเดียว^{3,4} และยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอีกด้วย ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยๆ ได้แก่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย ก้าวร้าว กริคร้อง เดินออกนอกบ้านอย่างไร้จุดหมาย ขาดความยับยั้งในเรื่องการแสดงออกทางเพศ มีพฤติกรรมซ้ำๆ ส่วนปัญหาทางจิตใจ และอารมณ์ที่พบบ่อยได้แก่ วิตก

กังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หูแว่ว ภาพหลอน และอารมณ์เฉยเมย เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังสร้างปัญหาทั้งในด้านการดูแล ค่าใช้จ่าย รวมถึงส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้การดำเนินโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

ปัจจุบันนี้ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติใดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษาอาการ BPSD เนื่องจากเป็นอาการที่ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าการแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการ ดังนั้นจึงต้องใช้การดูแลรักษาที่ควบคู่กันระหว่างการให้ยา และการดูแลด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตาม การให้ยาในผู้สูงอายุก็จะต้องมีความระมัดระวังเพราะอาจให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ เช่น การให้ยาในการรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจส่วนใหญ่จะเป็นยากลุ่มเดียวกับยาด้านโรคจิตซึ่งมักมีผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ และการใช้กับผู้สูงอายุอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น⁵ ดังนั้นการรักษาแบบไม่ใช้ยา หรือ การรักษาจิตสังคมจึงเป็นการรักษาอีกหนึ่งทางเลือกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาปัญหา BPSD^{7,9} เช่น ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ทักษะสังคม สัมพันธภาพ การใช้ภาษา และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงจากบ้านเข้าสู่โรงพยาบาล การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยอาจส่งผลต่อเกิดปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์เพิ่มมากขึ้น รวมถึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ดังนั้น การพยาบาลด้านจิตสังคมที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน จะเป็นรูปแบบที่พยาบาล หรือทีมสุขภาพสามารถนำมาใช้บูรณาการในกระบวนการดูแล ควบคู่ไป

กับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา รวมถึงการสอนญาติ ให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้านได้

ปัญหา BPSD ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัญหา BPSD เป็นกลุ่มอาการที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติในการรับรู้ สมาธิ ความจำ การคำนวณ การวางแผน การเรียงลำดับความสำคัญ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ ความสามารถในการใช้ภาษา โดยตรงแต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมาก^{6,10-11} ปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการสำคัญ ได้แก่ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการ Vegetative และกลุ่มอาการอื่นๆ ปัญหาที่พบบ่อยๆ ได้แก่ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย ก้าวร้าว กรีดร้อง เดินออกนอกบ้าน อย่างไรก็ตาม ขาดความยับยั้งในเรื่องการแสดงออกทางเพศ มีพฤติกรรมซ้ำๆ เป็นต้น ส่วนปัญหาทางจิตใจ และอารมณ์ที่พบบ่อยได้แก่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง วิตกกังวล ซึมเศร้า หูแว่ว ภาพหลอน อารมณ์เฉยเมย เป็นต้น

ปัจจัยสนับสนุนที่ก่อให้เกิดอาการ BPSD^{6,12}

ปัจจัยสนับสนุนที่ก่อให้เกิดปัญหาด้าน BPSD ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น โรคทางกาย ท้องผูก ปวดศีรษะ ภาวะติดเชื้อ ความเจ็บปวด หิวหรือกระหายน้ำ หรือเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน
2. ปัจจัยทางจิตสังคม โรคร่วมทางจิตเวช ความสามารถในการสื่อสารลดลง การไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณกรูกล้ำความเป็นส่วนตัว ทำให้รู้สึกกดดัน

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ในสภาพที่เสียงดัง ร้อน หนาวมากเกินไป หรือสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย

การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD

การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการดูแลด้านจิตใจ และสังคมที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health assessment) เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่ให้ความสำคัญกับการประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการประเมินความสามารถ และภาระของผู้ดูแล
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Psychosocial nursing process) เป็นการวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงสภาพที่ไม่สมดุลของการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ หรือแสดงถึงความบกพร่อง และความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลครอบคลุมสถานะของผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลอย่างชัดเจน เป็นข้อความที่กะทัดรัด ได้ใจความ ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคม ได้แก่ วิตกกังวลสูง มีอารมณ์เศร้า หวาดกลัว ความคิด และการรับรู้เสื่อม มีปัญหาการนอน เป็นต้น นอกจากนี้การวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมต้องครอบคลุม ความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพร้อมด้านทักษะสังคม และสัมพันธภาพ ซึ่งพบได้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเกือบทุกราย

3. การวางแผนการพยาบาลด้านจิตสังคม (Psychosocial nursing planning) เป็นการกำหนดกิจกรรมที่จะให้การพยาบาลโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ซึ่งจะกำหนดในรูปของพฤติกรรมที่ต้องการให้เปลี่ยนแปลง และเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น 2) เงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่ต้องการให้เกิดพฤติกรรม และ 3) ความถี่ของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิด มุ่งเน้นการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม การลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การช่วยเหลือเพื่อให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้ตามศักยภาพ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

4. การให้การพยาบาลด้านจิตสังคม (Psychosocial nursing intervention) เป็นการเลือกใช้กิจกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้สูงอายุที่ได้วางแผนไว้ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่สามารถใช้กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแล ได้แก่ อาการพลุ่งพล่าน อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ (Agitation) นอนไม่หลับ (Insomnia) อารมณ์เศร้า (Depression) หรือ มีความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น หรือ บกพร่องความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) มีข้อบกพร่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตที่รุนแรง ก้าวร้าว หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น ซึ่งสามารถจัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลได้ ดังนี้

- 4.1 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
- 4.2 การส่งเสริมทักษะสังคม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 4.3 กิจกรรมที่ช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

4.4 กิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.5 กิจกรรมส่งเสริมการแสดงออกที่เหมาะสม

4.6 กิจกรรมนันทนาการ

ในบทความฉบับนี้จะเน้นกิจกรรมที่ช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และการช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งพยาบาลสามารถเลือกใช้ได้ตามลักษณะ และสภาพปัญหา และให้ความสำคัญกับประสบการณ์เดิม และบริบทของผู้ป่วย

5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม (Psychosocial nursing evaluation) เป็นการตรวจสอบหลังปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง บรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งการประเมินผลจะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้การสังเกต การบันทึก และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข และวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

การใช้กระบวนการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมสังคมบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

1. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1.1 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น เนื่องจากมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย

ข้อมูลสนับสนุน

O: สังเกตว่าผู้ป่วยเดินไปเดินมา

O: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผุดลุกผุดนั่ง ปีนขึ้นลงจากเตียงบ่อยๆ

O: ผู้ป่วยเตียงข้างๆ บอกว่ารู้สึกหงุดหงิดที่ผู้ป่วยชอบเดินมารื้อข้าวของที่เตียงตนเอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดความพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

การวางแผนและ กิจกรรมการพยาบาล

1. กิจกรรมออกกำลังกาย (Physical exercise)

เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์หลายด้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ช่วยป้องกันการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีกล้ามเนื้อแข็งแรง มีการเคลื่อนไหว และการทรงตัวที่ดีขึ้น กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ลดการเกิดพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น การเดินไปเดินมา และเป็นการปรับอารมณ์ให้สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้มากขึ้น^{8,13} โดยจะต้องเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และลักษณะนิสัย ความชอบของผู้ป่วย หรือหากมีโรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนจะต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ โดยจัดให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ระยะเวลา 30 นาที อาจเกิดขึ้น และหากมีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น อาการหน้ามืด หรือใจสั่นผิดปกติ ควรหยุด และปรึกษาแพทย์ทันที ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว หรือวิ่งช้าๆ ช่วยให้การเดินของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มาก ควรเริ่มด้วยการเดินช้าๆ ในตอนเช้าในบริเวณที่มีอากาศบริสุทธิ์ สถานที่เดินหรือบริเวณรอบๆ จะต้องมี

ความปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เริ่มเดินช้าๆ ก่อน ประมาณ 5 นาที แล้วค่อยเพิ่มความเร็วขึ้น ขณะเดินควรมีการแกว่งแขน และบริหารกล้ามเนื้อคอ และหน้าอก เพื่อออกกำลังกายส่วนอื่นๆ ของร่างกายนอกจากขา และเท้าด้วย ควรเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสม และการมีเพื่อนหรือกลุ่มในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ มักมีการทรงตัวไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการทรงตัว หรือการเดินแบบตารางเก้าช่อง พร้อมกับเปิดเพลงที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยร่วมด้วยทุกครั้ง⁷

2. กิจกรรมการปลูกต้นไม้ ดอกไม้ (Gardening)

กิจกรรมนี้เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีสมาธิ ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรง ป้องกันการหกล้ม ช่วยฟื้นฟูความจำ เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง และมีความสุข^{8,14-15} สามารถดำเนินกิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยปลูกผัก หรือดอกไม้ที่ปลูกง่าย โตไว เช่น ถั่วงอก ผักบุ้ง ใบยวบ ใบหอมแดง ต้นเตยหอม คุณนายตื่นสาย ดาวเรือง ดอกเทียน หรือดอกดาวกระจาย เป็นต้น พื้นที่ที่ใช้ในการดำเนินการ อาจประยุกต์วัสดุที่เหลือใช้ มาทำเป็นกระถาง หรือ จัดให้มีแปลงสาธิต และให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมด้วยตัวเองตั้งแต่การเลือกพันธุ์ไม้ การเพาะต้นกล้า การปลูกลงดิน การรดน้ำ พรุนดินอย่างสม่ำเสมอ⁷

3. กิจกรรมการบริหารสมอง (Brain Activation)

การบริหารสมอง หมายถึง การบริหารร่างกายในส่วนที่สมองควบคุม โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ corpus callosum ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกเข้าด้วยกันให้ประสานกัน แข็งแรง และทำงานคล่องแคล่ว จะช่วยทำให้การถ่ายโอนข้อมูล และการเรียนรู้ของสมองเป็นไปอย่างสมดุล เกิดประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ส่งเสริมความจำ มีอารมณ์ขัน เพราะคลื่นสมองจะลดความเร็วลง จากคลื่นเบต้าเป็นแอลฟา ซึ่งเป็นสภาวะที่สมองทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

4 กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ตามจริง (Reality Orientation) การฝึกให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD รับรู้เวลา สถานที่และบุคคลให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เป็นการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ความเป็นปัจจุบัน หรืออดีต ที่เป็นข้อมูลจำเป็นในโลกของความเป็นจริงและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยทั่วไปกิจกรรมนี้ควรจัดให้ฝึกเป็นประจำทุกวัน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความเป็นปัจจุบัน และเชื่อมโยงกับความจำในอดีตได้แก่ ให้ข้อมูลวันเดือนปี และเวลา โดยอาจใช้สื่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น เช่น ปฏิทิน นาฬิกา รูปภาพที่เกี่ยวข้องสถานที่ รูปภาพที่แสดงถึงเวลากลางวัน กลางคืน ฤดูกาล หรือบุคคลต่างๆ ที่มีความสำคัญ ฯลฯ

5. กิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Sensory stimulation) เป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง ช่วยเพิ่มสมาธิ ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁶ ช่วยให้เกิดผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยส่งเสริมอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้ผ่อนคลายและมีความสุข ลดภาวะความกลัวหรือซึมเศร้า เพิ่มความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมกระตุ้นความตื่นตัว เพิ่มช่องทาง หรือทักษะสื่อสาร ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เดินวนวาย ภาวะสับสน การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การดู การฟัง การดมกลิ่น การชิม และการสัมผัส นับเป็นการกระตุ้นสมองที่ดีอีกวิธีหนึ่ง บางครั้งอาจจำเป็นต้องกระตุ้นในหลายด้านพร้อมกัน เช่น การฟังดนตรี พร้อมกับการออกกำลังกาย หรือการเดินรำ หรือการกระตุ้นให้ทำกิจกรรม/เล่นเกม ร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัส ที่สามารถทำได้ ได้แก่

5.1 ด้านการมองเห็น ทำได้โดยกระตุ้นให้ดูภาพ หรือวัตถุที่คุ้นเคยและมีความสำคัญ ชักชวนให้ดูภาพบุคคลในครอบครัว สิ่งของที่สำคัญต่อผู้ป่วย ดูภาพหรือภาพวิดีโอเหตุการณ์หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จัก หรือจัดให้ดูสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น ดอกไม้ ต้นไม้ สัตว์ เป็นต้น

5.2 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางการได้ยิน สามารถทำได้โดย การให้ผู้ป่วยฟังเพลง ดนตรีที่เคยชื่นชอบ หรือฟังเสียงจากธรรมชาติ ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้าน ทบทวนความจำและการรับรู้ในเรื่องเวลาสถานที่และบุคคล รวมถึงช่วยฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นได้อีกด้วย

5.3 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางการรับกลิ่น หรือสุขคนธำมด เป็นการกระตุ้นการรับรู้สิ่งที่เชื่อมโยงกับความจำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัว ลดความวิตกกังวล พลังพลาน และกระวนกระวายใจ สามารถใช้น้ำมันหอมระเหยในกลิ่นที่ผู้ป่วยชื่นชอบทั้งในรูปแบบการสูดดม การนวด ใช้อาบน้ำ หรือทาเฉพาะที่

5.4 การกระตุ้น หรือจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสัมผัสวัตถุหรือสิ่งของที่คุ้นเคยหรือใช้เป็นประจำที่มีผิวสัมผัสแตกต่างกัน เช่น เสื้อผ้า ผ้าขนหนู หรือกระตุ้นทางการสัมผัสต่างๆ เช่น การนวดการเช็ดตัว การเช็ดหน้า การสำรวจกลิ่น การทายกลิ่น หรือให้เล่าเรื่องกลิ่นที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่จำได้ เป็นต้น นอกจากนี้ การนวดเท้าที่มีผิวสัมผัสแตกต่างกัน เช่น ฟันหิน ฟันกะลา ฟันหญ้า ฟันพรหม นวดลูกแก้ว หรือเดินบนพื้นน้ำ ซึ่งเป็นการใช้ภูมิปัญญาไทยที่นำวัสดุที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เช่น กะลามะพร้าว และหินก้อนกลมมาใช้เป็นพื้นรองรับฝ่าเท้า จะช่วยทำให้การไหลเวียนของเลือดสะดวก เป็นการฝึกการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว เพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นการกระตุ้น และปรับการทำงานการทำงานของสมองซีกขวาให้กลับสู่สภาพสมดุลตามปกติได้ หรือการกระตุ้นประสาทสัมผัสด้านการเคลื่อนไหว โดยการกระตุ้นการเคลื่อนไหวที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ในท่าที่ง่ายและไม่ซับซ้อน เช่น เดินออกกำลังกาย ทำทางประกอบเพลง เดินรำ หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบเพลงกับอุปกรณ์ดนตรีต่างๆ

5.5 การกระตุ้นสัมผัสทางการรับรส ทำได้โดยการกระตุ้นร่วมกับมืออาหารของผู้ป่วย โดยถามเกี่ยวกับอาหาร เช่น รสชาติ ส่วนประกอบอาหาร วิธีการทำอาหารที่ผู้ป่วยเคยทำ เพื่อเป็นการรื้อฟื้นความจำด้านรสชาติของอาหาร การให้ผู้ป่วยทายรสชาติของอาหารจากการลองให้ชิม หรือการทำอาหารอย่างง่าย เช่น ชงเครื่องดื่มร้อน เป็นต้น

กิจกรรมเหล่านี้ สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน ยึดหลักทำในสิ่งที่ชอบ ตามความสนใจ ใช้ประสบการณ์เดิม โดยจะต้องส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นให้มากที่สุด ทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ก็จะเป็นการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหา BPSD ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยลดภาระการดูแล และอัตราการใช้รับ การรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหา BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบได้บ่อย และสามารถพบได้ในทุกระยะของการดำเนินโรค ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย และผู้ดูแล การใช้กิจกรรมสังคมบำบัด เป็นอีกทางเลือกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการรักษา เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ดังนั้นพยาบาลที่ทำงานกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงสามารถนำกิจกรรมเหล่านี้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ ฝึกทักษะให้แก่ญาติ หรือผู้ดูแล ในการปรับพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Society. DementiaUK: Update. 2nd ed. London, UK; Alzheimer's Society: 2014.
2. Phanasathit M, Chareemboon T, Hemrungrojn S, Tangwongchai S, Phanthumchinda K. Prevalence of Neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. In: Mateos R, Engedal K, Franco M, eds. IPA 2010 Diversity, Collaboration, Dignity. Poster session presented at: The IPA International Meeting, Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; p. 491-2. (in Thai).
3. O'Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, Peterson KE, Swearer JM, Lew RA. Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol. 1992;5(1): 45-52.
4. Rosdinom R, Zarina MZ, Zanariah MS, Marhani M, Suzaily W. Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. Prev Med. 2013;57 Suppl:67-9.
5. Overshott R, Burns A. Non-pharmacological treatment of severe dementia: An overview. In: Burns A, Winblad B, ed. Severe dementia. West Sussex, UK: John Wiley & Sons; 2006. p.162-75.
6. Sittironnarit G. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Concept and treatment. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2011;56(4):449-62. (in Thai).

7. KM Center of Neuropsychological Ward, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Memory training program for dementia with BPSD [Internet]. 2001 [cited 2018 Jun 28]; Available from: http://mhtech.dmh.go.th/ec/somdet/show_klb_details.php?id_klb=KL00000051. (in Thai).
8. Maneerat S, Boonchai S. Development of a psychosocial nursing care model for elderly with dementia in Suansaranrom Psychiatric Hospital. Princes of Naradriwas University Journal of Humanities and Social Sciences. 2015;2(1):52-62. (in Thai).
9. Spijker A, Verhey F, Graff M, Grol R, Adang E, Wollersheim H, et al. Systematic care for caregivers of people with dementia in the ambulatory mental health service: designing a multicentre, cluster, randomized, controlled trial. BMC Geriatr. 2009;9:21.
10. Guze SB. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. Maneerat S. Prevalence symptoms and factors related to BPSD of elderly with dementia who accessed the elderly clinic of Suansaranrom Psychiatric Hospital [Internet]. 2012 [cited 2018 May 15; Available from: <http://www.klb.dmh.go.th>. (in Thai).
12. Zaudig M. A risk-benefit assessment of risperidone for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia. Drug Saf. 2000;23(3):183-95.
13. Dementia Australia. Physical exercise and dementia [Internet]. 2015 [cited 2018 May 19]; Available from: https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-DementiaQandA08-PhysicalExercise_english.pdf.
14. Beckwith ME, Gilster SD. The paradise garden: A model garden design for those with Alzheimer's disease. Act Adapt Aging. 1997;22(1-2):3-16.
15. Mooney P, Nicell PL. The importance of exterior environment for Alzheimer's residents: Effective care and risk management. Healthc Manage Forum. 1992;5(2):23-9.
16. Lana. Sensory stimulation ideas for people living with dementia [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 8]; Available from: <https://www.access-care.co.uk/single-post/2017/05/30/Sensory-Stimulation-Activities-for-dementia>.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

พัชรินทร์ วรรณโพธิ์* วัลภา คุณทรงเกียรติ** สุภาภรณ์ ค้วงแพง**

บทคัดย่อ

การมีกิจกรรมทางกายภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความสำคัญยิ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 89 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาติดตามที่ งานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง ได้แก่ แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกาย มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82 .85 .71 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดของกิจกรรมทางกาย ($\beta = .562$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .230$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .196$) ปัจจัยทั้งสามนี้มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 55.00 ($R^2 = .550$, $F = 34.606$, $p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูล และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีกิจกรรมทางกาย โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ปัจจัย อิทธิพล กิจกรรมทางกาย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,

Email: wannapo.pat@gmail.com

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors influencing physical activity among patients with Acute Myocardial Infarction receiving Percutaneous Coronary Intervention

Patcharin Wannapo* Wanlapa Kunsongkeit** Supaporn Duangpaeng**

Abstract

Physical activity after receiving Percutaneous Coronary Intervention is very important to prevent recurrent myocardial infarction. This correlation predictive research aimed to determine factors influencing physical activity among patients with Acute Myocardial Infarction (AMI) after receiving Percutaneous Coronary Intervention, including severity of disease, health literacy, self-efficacy, and social support. A simple random sampling was used to recruit a sample of 89 AMI patients who received follow-up treatment at Outpatient Department of Internal Medicine, Prapokklao hospital in Chanthaburi province. Data were collected from August to October 2017. Research instruments were self-report questionnaires including questionnaires of health literacy, self-efficacy perception, social support, and physical activity. Their reliability of Cronbach's Alpha were .82, .85, .71, and .81, respectively. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis were used to analyze data.

The results revealed that the severity of disease was the most influencing on the physical activity ($\beta = .562$), and the followings were social support ($\beta = .230$) and self-efficacy ($\beta = .196$) These three factors have influenced and together accounted for 55.0 % in the prediction of physical activity among AMI patients after receiving Percutaneous Coronary Intervention ($R^2 = .550$, $F = 34.606$, $p < .001$)

The findings from this study could be evidence to develop physical activity programs by emphasizing social support and self-efficacy.

Keywords: factor, influence, physical activity, acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention

* Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing Burapa University,

Email: wannapo.pat@gmail.com

** Faculty of Nursing, Burapa University, Chonburi, Thailand.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตและทุพพลภาพ ในปี ค.ศ. 2030 จะพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วโลกถึง 23.6 ล้านคน¹ โดยประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน ปี พ.ศ. 2555 2556 2557 และ 2558 เท่ากับ 15,070 17,394 18,079 และ 19,471 คนต่อแสนประชากร² ตามลำดับ จากสถิติชี้ให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีที่นิยมใช้รักษามากที่สุด เพราะสามารถลดอัตราการตาย ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วกว่าการผ่าตัด³ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ^{4,5} ในขดลวดชนิดเคลือบยาและไม่เคลือบยา ร้อยละ 6.92 และ 4.37⁶ ตามลำดับ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้⁷ โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเอง ดังแนวคิดของ Tobin et al.⁸ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มักจะมีการเจ็บหน้าอกเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ที่เกิดขึ้นได้ทุกขณะทำให้ผู้ป่วยกลัวตาย จึงไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมทางกายที่เคยทำ ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม⁹⁻¹⁰

กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการใช้พลังงานที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงาน ประกอบอาชีพ การทำงานในบริเวณบ้าน การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง และการทำกิจกรรมในเวลาว่างหรืองานอดิเรก¹¹ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายจากบุคลากรทีมสุขภาพ

แล้วก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมายังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม¹²⁻¹³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจตามแนวคิดของ Tobin et al.⁸ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้แตกต่างกัน เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะมีกิจกรรมทางกายลดน้อยลง ในขณะที่ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการอ่าน เข้าใจ การเขียน การเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ¹⁴ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยว่าจะจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมาย และได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ดีตามไปด้วย สำหรับการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยว่า มีคนคอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Acute ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) และได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มารับบริการตรวจตามนัดที่งานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในปี พ.ศ. 2560

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis¹⁵ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .15¹⁶ และมีตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัว ได้จำนวน 89 ราย แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ ได้รับการรักษา ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และไม่มีข้อจำกัดที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น stroke กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือกระดูกหัก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Ishikawa, Takeuchi and Yano¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ¹⁸ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน มีข้อคำถาม 5 ข้อ 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ มีข้อคำถาม 5 ข้อ และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ มีข้อคำถาม 4 ข้อ รวมทั้งหมดมี 14 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับในหัวข้อความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเป็นแบบวัดประมาณค่าความถี่ของการปฏิบัติมี 4 ระดับ การแปลผลความฉลาดทางสุขภาพของแต่ละขั้น แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ดีพอใช้ และไม่ดี¹⁸ นำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้เท่ากับ 1 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ สายรุ่ง บัวระพา¹⁹ ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหัวใจของ Jenkin (1989) โดยสร้างจากแนวคิดของ Bandura (1997) เป็นข้อคำถามกิจกรรมทางกายจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะเป็นเส้นตรง แนวนอน มีความยาว 10 ซม. แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย ปานกลาง และมาก นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .85

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ของ Zimet et al.²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธกัญพล บุญมาลิก²¹ มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ แต่ละด้านมีคำถาม 4 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า

(rating scale) มี 7 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .71

5. แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของดัก (Duke Activity Status Index: DASI)²² แปลเป็นภาษาไทยโดยปานจิต นามพลกรัง²³ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ครอบคลุมเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ มีค่าพลังงานของกิจกรรมทางกาย อยู่ระหว่าง 1.75-8.00 METs การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี พอใช้ ดี และ ดีมาก²³ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หนังสือรับรองรหัส 02-05-2560 อนุมัติในวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า หนังสือรับรอง CTIREC 047 อนุมัติในวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่กำลังรอพบแพทย์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและเลือกตอบแบบสอบถามเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านหรือมองเห็นแบบสอบถามไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่าน

แบบสอบถามให้และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.50) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 38.20) รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 29.20) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.๖) ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 38.20) รองลงมาคือ ในระยะน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 31.50) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่บริเวณ Inferior wall (ร้อยละ 51.70) ใส่ขดลวดโคโรนาราย จำนวน 2 เส้น (ร้อยละ 30.30) รองลงมาคือ ใส่ขดลวดโคโรนาราย จำนวน 1 เส้น (ร้อยละ 28.10)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) ที่ Class I (ร้อยละ 48.30) รองลงมาคือ Class II (ร้อยละ 42.70) ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 40.76, SD = 8.25) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 8.06, SD = 1.28) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 68.92, SD = 9.94) และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดีขึ้นไป ($\bar{x}$ = 43.16, SD = 9.49)

ตัวแปรที่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดคือ ความรุนแรงของโรค

Class I ($\beta = .562, p < .001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .230, p < 0.01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .196, p < 0.05$) ตามลำดับ โดยที่ตัวแปรทั้งสามตัวสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 55.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .550, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($n = 89$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t
ความรุนแรงของโรค Class I	10.619	1.427	.562***	7.444
การสนับสนุนทางสังคม	.219	.078	.230**	2.820
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.451	.594	.196*	2.440
Constant = 11.216, $R = .742, R^2 = .550, SEE = 6.482, F = 34.606$ ***				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดีขึ้นไปอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ซึ่งไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ หรือมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงทำให้มีสมรรถภาพทางกายดี และได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับใส่ขดขดโคโรนารายซึ่งสามารถเปิดหลอดเลือดบริเวณที่เกิดการอุดตัน ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมทางกายได้ดี

2. จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดคือ ระดับความรุนแรงของโรค Class I รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม และการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามลำดับ ปัจจัยทั้งสามนี้มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 55.00 และพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายอภิปรายได้ว่า

2.1 ความรุนแรงของโรค Class I พบในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48.30) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ โดยความรุนแรงของโรค เป็นองค์ประกอบด้านสรีรวิทยาของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้แตกต่างกัน เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายได้น้อยลง

2.2 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al⁸ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ว่ามีคนคอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ จะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดี ได้แก่ มีทักษะในการแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึติดตามอาการของตนเอง ตลอดจนสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้อยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายได้ดีด้วย²⁴

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al⁸ อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่จะจัดการตนเองได้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมาย และได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ดีตามไปด้วย²⁴

2.4 ความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จึงส่งผลต่อความสามารถในการอ่านและการเขียน ซึ่ง

เป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ¹⁴ ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด สำหรับระดับขั้นของความฉลาดทางสุขภาพที่มีความจำต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ควรมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ความฉลาดทางสุขภาพไม่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดของกิจกรรมทางกาย รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งสามปัจจัยนี้มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสมรรถภาพหัวใจที่ดี ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ดังนั้น อาจจะต้องกลับไปศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค Class III และ Class IV เพราะผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่า Class I และ Class II เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายจะลดลงตามลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า กลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คุณพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำให้วิจัยนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2015.
2. International Health Policy Program, Ministry of Health. Disease situation report NCDs No. 2 “kick off to the goals” [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 9]; Available from: http://i-regist.igenco.co.th/web/dmthai_old/sites/default/files/ncd_nhes_v_2016.pdf. (in Thai).
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Guideline for ischemic heart disease 2014. Bangkok: Srimuang Printing; 2014.
4. Budnik M, Opolski G. The assessment of coronary heart disease risk factor correlated with demographic and social data in post-coronary intervention patients in Polish population. *Cardiol J*. 2015;22(3):276-84.
5. Cajanding RJ. Effects of structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among Filipino cardiac patients: A randomized controlled study. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(1):67-77.
6. Thanaphatsorn N, Howteerakul N, Sujirarat D, Suwannapong N, Kehasukcharorn W. Incidence and factors associated with instent restenosis in coronary heart disease patients at Chest Disease Institute Nonthaburi Province [Oral Presentation]. In: RSU National Research Conference 2015. 24th April 2015; Thailand. Pathum Thani: Rangsit University; p.201-9. (in Thai).
7. Grady PA, Gough LL. Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health*. 2014;24(8):e25-31.
8. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL. Self-management and social learning theory. In: Holroyd KA, Creer TL, editors. *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research*. Orlando, NY: Harcourt Brace Jovanovich; 1986. p.29-54.
9. Wattanakitkrileart D. Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *Journal of Nursing Science*. 2009;27(2):22-31. (in Thai).
10. Ritpetch N, Jitpanya C, Chimluang J. Relationships among symptom clusters, self-management, health value, sense of coherence, and health -related quality of life in patients with percutaneous coronary intervention. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2013;5(1):16-34. (in Thai).

11. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Analysis guide [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 9]; Available from: http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf.
12. Zhao S, Zhang Z, Long Q, Ma Y, Lian X, Yang Y, et al. Association between time of day of sports-related physical activity and the onset of acute myocardial infarction in Chinese population. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146472. doi: 10.1371/journal.pone.0146472.
13. Taweerat P, Buatee S, Wongpiriyayothar A. The relationships between perception of symptom, perception of physical self-efficacy and physical activity level of patients with coronary disease after discharge from hospital. *Research and Development Health System Journal*. 2015;8(2):157-64. (in Thai).
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavior, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.
16. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: Principle and methods*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 1999.
17. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9.
18. Maneesriwongul W, Tulathong S, Fennie K P, Williams A. Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patients in Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2006;43 Suppl 1: 119-22. (in Thai).
19. Buarapha S. Relationships between personal factors, perception of symptoms severity, self-efficacy, social support, and physical activity in patients with chronic heart failure [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.
21. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depression symptoms, and substance use [Dissertation]. Baltimore: Johns Hopkins University; 2005.
22. Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, Lee KL, Mark DB, Califf RM, et al. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (The Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol*. 1989;64(10):651-4.
23. Namphonkrung P. Factors related to exercise behavior in coronary artery disease patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
24. Won MH, Son YJ. Perceived social support and physical activity among patient with coronary artery disease. *West J Nurs Res*. 2017;39(12):1606-23.

การพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ไพฑูรย์ วุฒิสุ* ขวัญหทัย ยิ้มละมัย** มณฑล ทองนิตย์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากลวิธีและพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ วิธีการศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชน นักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$ $SD = 1.08$) ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 60.00 คิดเป็นร้อยละ 97.25 ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่มีค่าสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.50 และทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่มีค่าสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 87.00 2) กระบวนการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ ควรประกอบด้วย การตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน ประเมินผล งาน และการปรับปรุงและร่วมพัฒนา และกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ควรประกอบด้วย การป้องกันเชิงรุกที่มุ่งเน้นปัจจัย ภายในตัวเยาวชนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวเยาวชน 3) เยาวชนมีระดับความคิดเห็นที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$ $SD = 0.67$) และหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ค่าเฉลี่ยทักษะ การตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่และค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนมากกว่าก่อนการ ดำเนินการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) เยาวชนเห็นว่ากระบวนการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่มีความเหมาะสมใน ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.79$, $SD = 0.81$) และ 5) กลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่มีความเหมาะสม ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{x} = 4.15$, $SD = 0.84$) ซึ่งการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนให้ประสบความสำเร็จต้องคำนึงปัจจัย ทั้ง ภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยอาศัยการทำงานเชิงรุกและการมีส่วนร่วมของเยาวชน

คำสำคัญ: การพัฒนากลวิธี การป้องกันการสูบบุหรี่

* มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: g4737726@hotmail.com

** มหาวิทยาลัยพิษณุโลก

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

The strategic development for smoking prevention on youth in Amphur Muang, Chaiyaphum

Pitoon Vutiso* Khwanhathai Yimlamai** Monthon Thongnit***

Abstract

This integrating research study aimed to develop strategies to prevent smoking in youth in Amphur Muang, Chaiyaphum. Samples were youth, academics, and experts. Data were collected by using questionnaires, focus group, and in-depth interviews, and analyzed by using descriptive statistics, and t-test. Results were: 1) the overall of self - efficacy in smoking prevention was at a high level ($\bar{x} = 4.09$, $SD = 1.08$), more than 60% of participants had knowledge about smoking, 97.25% decision making skills to prevent smoking, and 87% refusal skills for smoking prevention; 2) The process of developing strategies to prevent smoking should include Decision making, Planning, Doing, Checking and Acting which focus on proactive protection factors consisting of internal and external factors, 3) The youth were involved in the development of strategies to prevent smoking ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.67$), they significantly improved their decision-making skills and the refusal skills to prevent smoking after completion of the research project; 4) strategies development ($\bar{x} = 3.79$, $SD = 0.81$) and 5) strategies for smoking prevention ($\bar{x} = 4.15$, $SD = 0.84$) were on a high level. To develop strategies to prevent smoking in youth successfully, we need to consider internal and external factors with proactive approach and collaboration from the youths.

Keywords: strategic development, smoking prevention

* Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: g4737726@hotmail.com

** Phitsanulok University

*** Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakornsawan

บทนำ

บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ทั้งโรคเรื้อรังซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและความพิการ หรือการเสื่อมสมรรถภาพของประชากรโลก สมรรถภาพของปอดและร่างกายลดลง เนื้อเยื่อบริเวณช่องปากอักเสบ เรื้อรังหรือรุนแรง รวมถึงการเป็นมะเร็งของริมฝีปากและมะเร็งช่องปาก¹ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจด้วย โดยพบว่า กลุ่มครัวเรือนที่จนที่สุดมีรายจ่ายเฉลี่ยต่อปีจากการสูบบุหรี่สูงกว่าครัวเรือนที่รวยที่สุด² และข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2557 จากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 23.50) รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) (ร้อยละ 16.60 และ 14.70 ตามลำดับ) โดยผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 17.80 ปี³

ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่มีหลายสาเหตุตามพัฒนาการของวัยรุ่นในด้านต่างๆ จากการศึกษาพบว่า ค่านิยมทางสังคม การเลียนแบบ อิทธิพลของเพื่อน นโยบายของรัฐเกี่ยวกับยาสูบ ความรู้สึกลอยลาง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ตัวของผู้สูบบุหรี่เอง พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครอง และแฟนหรือคนรัก แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน เป็นปัจจัยที่ช่วยในการป้องกันหรือลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่^{4,5} ดังนั้นกลวิธีที่จะป้องกันหรือลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่จะต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ประการร่วมกันทั้งทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ การสร้างสำนึก ความตระหนัก และการสร้างจิตสาธารณะ การจัดกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชน กลุ่มที่เสี่ยงให้มีค่านิยมที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เห็นโทษภัยของบุหรี่มากขึ้นและปัจจัยภายนอก ได้แก่ การควบคุมสื่อเกี่ยวกับการโฆษณาบุหรี่ การใช้เทคนิคในการให้เพื่อนเป็นแบบอย่างที่ดี การหามาตรการปกป้องการ

เข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน โดยให้ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม⁶⁻¹¹

จังหวัดชัยภูมิมีสถิติจำนวนผู้สูบบุหรี่ของประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550 และ 2554 ร้อยละ 51.19 และ 45.82 ตามลำดับ โดยอายุที่น้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 10 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 17.79 ปี¹² สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องมาจากวัฒนธรรมของคนในชุมชนที่มีผลต่อการสูบบุหรี่โดยตรงทำให้การสูบบุหรี่ในเยาวชนของจังหวัดชัยภูมิยังคงสูงอยู่ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้มากถึงร้อยละ 25¹³ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนากลวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากลวิธีและพัฒนากลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนากลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบูรณาการโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

ส่วนที่ 1 การศึกษาสภาพกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สุ่มตัวอย่างจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิอายุระหว่าง 11 – 18 ปี ที่ยินยอมตอบแบบสอบถามจำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นการป้องกันการสูบบุหรี่จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย

ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ และทักษะการปฏิเสธ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ คัดแปลงมาจากงานวิจัยของวรรณชนก จันทชุม¹⁴ โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 2 การศึกษาสภาพกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเชิงลึกด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์จากครูจำนวน 6 คน และนักเรียนจำนวน 6 คน ในโรงเรียนเมืองพญาแล จังหวัดชัยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยประกอบด้วย การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเอกสารวางเค้าโครงการวิเคราะห์พิจารณาเงื่อนไขแวดล้อมวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนับความถี่ของคำ หรือข้อความที่จำแนกไว้ภายใต้ระบบการจำแนกที่กำหนดไว้หลังจากนั้นก็ทำการวิเคราะห์เชื่อมโยง แล้วนำเสนอแบบพรรณนาความเรียง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

เป็นการนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนา กลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลมาทำการสังเคราะห์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบอุปนัย และจัดทำร่างกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นดำเนินการตรวจสอบร่างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนและปรับปรุงแก้ไขร่างตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้กลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

เป็นการนำผลการวิจัยที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองปฏิบัติกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนของโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.60 อำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจากเยาวชนที่มีความสนใจและสมัครเข้ารับการทดสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือเดิมที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถาม จำนวน 32 ข้อ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการพัฒนาผลกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

เป็นการประเมินการพัฒนาผลกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในการพัฒนาผลกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 001/2556 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2556 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อการพัฒนา และไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน ปี 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการ สังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถามจากกลุ่ม ตัวอย่างและผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาสภาพกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

2. การทดสอบใช้กลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ ในเยาวชน ผลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ และ เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการ ตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังเมื่อเสร็จสิ้น โครงการวิจัย ด้วยสถิติ Paired t-test

3. การประเมินการพัฒนาผลวิธีการป้องกันการ สูบบุหรี่ในเยาวชน นำข้อมูลความคิดเห็นมาวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีการรับรู้ สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ในภาพรวมในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.09, SD = 1.08) และมีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยมีเยาวชนที่ได้คะแนน มากกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 97.25

ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ใน สถานการณ์ต่างๆ พบว่า สถานการณ์ที่มีทักษะการ ตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ “เมื่อท่าน คุุภาพยนตร์ต่างประเทศแล้วเห็นดาราสูบบุหรี่ ทำทางโก้ ท่านอยากรู้สึกโก้บ้าง ท่านจะตัดสินใจอย่างไร” ร้อยละ 86.50 รองลงมา คือ “ในงานวันปีใหม่ที่บ้านเพื่อน

เพื่อนสนิทได้ชวนให้ท่านลองสูบบุหรี่ ท่านจะตัดสินใจ อย่างไร” ร้อยละ 85.75 น้อยที่สุด ได้แก่ “เมื่อท่านรู้ว่าเพื่อน สนิทสูบบุหรี่ ท่านจะตัดสินใจอย่างไร” ร้อยละ 64.75

ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ใน สถานการณ์ต่างๆ พบว่า สถานการณ์ที่มีทักษะการปฏิเสธ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ ในขณะที่ท่าน รู้สึกเครียดและกังวลมากเกี่ยวกับเรื่องการสอบ เพื่อนสนิท นำนู๋หรือมาให้และแนะนำว่า “ลองสูบบุหรี่ ดูซิ เพราะสูบ แล้วจะทำให้สมองปลอดโปร่ง มีความสุข และคลายเครียด ได้” ท่านจะตอบเพื่อนว่าอย่างไร ถ้าท่านเดินผ่านเพื่อน กลุ่มหนึ่งที่กำลังสูบบุหรี่ และถูกชักชวนให้เข้ากลุ่ม โดย เพื่อนขู่ว่า “ถ้าอยากเข้ากลุ่มต้องสูบบุหรี่ เพราะเป็นกฎของกลุ่ม” ท่านจะตอบเพื่อนอย่างไรและท่านได้ไปทำรายงานที่ บ้านเพื่อนจนดึก แล้วรู้สึกง่วงนอน เพื่อนจึงยั้มนู๋หรือให้ 1 มวนและบอกว่า “ลองนู๋หรือซิ จะได้หายง่วง” ท่านจะ ได้ตอบเพื่อนว่าอย่างไร คิดเป็นร้อยละ 87.00 และน้อย ที่สุดคือในงานวันปีใหม่ ท่านถูกเพื่อนสนิทชวนให้ลอง สูบบุหรี่ ท่านจะเลือกใช้คำพูดใดในการโต้ตอบการชวน ของเพื่อน ร้อยละ 80.00

2. การพัฒนาผลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ใน เยาวชนควรมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ด้านกระบวนการพัฒนาผลวิธีการ ป้องกันการสูบบุหรี่ควรประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วม การตัดสินใจในการป้องกันการสูบบุหรี่ ดังนี้ 1) การ ตัดสินใจในการระบุปัญหา 2) การตัดสินใจหาวิธีการ แก้ปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 4) การ ตัดสินใจกำหนดวิธีปฏิบัติ และ 5) การตัดสินใจในการ สร้างระบบควบคุมและประเมินผล

การมีส่วนร่วมการวางแผน คือ 1) ร่วม วางแผนการป้องกันการสูบบุหรี่ 2) วิเคราะห์ข้อมูล พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ 3) วางแผนงาน และโครงการเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ 4) กำหนด

วิธีการปฏิบัติตามแผนการป้องกันการสูบบุหรี่
5) วางแผนงาน และโครงการเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่

การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตามแผน คือ
1) ศึกษาขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแผนการป้องกันการสูบบุหรี่ 2) ลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนมีการกำหนดไว้ในแผนการป้องกันการสูบบุหรี่ 3) ส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติตามแผนการป้องกันการสูบบุหรี่ 4) กำกับติดตามการปฏิบัติตามแผนการป้องกันการสูบบุหรี่ และ
5) รวบรวมข้อมูลจากการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแผนการป้องกันการสูบบุหรี่

การมีส่วนร่วมการประเมินผล คือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการป้องกันการสูบบุหรี่ 2) กำหนดเกณฑ์มาตรฐานเพื่อประเมินผลการป้องกันการสูบบุหรี่ 3) กำหนดตัวชี้วัดและเครื่องมือที่จะใช้ประเมินผลการป้องกันการสูบบุหรี่ 4) ประเมินผลการปฏิบัติการป้องกันการสูบบุหรี่ 5) เก็บรวบรวมข้อมูลของการประเมินผลการป้องกันการสูบบุหรี่และการมีส่วนร่วมการปรับปรุงและพัฒนา คือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันการสูบบุหรี่ 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันการสูบบุหรี่ 3) เลือกแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันการสูบบุหรี่ 4) ลงมือปฏิบัติเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันการสูบบุหรี่ 5) ติดตามผลของการปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันการสูบบุหรี่

2.2 ด้านกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า กลวิธีการป้องกันเชิงรุกชนิดที่มุ่งเน้นปัจจัยภายในตัวเยาวชน ควรประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในนักเรียน ชนิด สารประกอบและการออกฤทธิ์ของบุหรี่ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องการขมวิทัศน์ การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ

พัฒนาสมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ การใช้กรณีศึกษาเป็นตัวอย่าง การระดมสมองเสนอแนวทางแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ คือ การให้เยาวชนได้เรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับหลักการ สถานการณ์ที่ต้องพูดปฏิเสธโดยใช้การบรรยาย การอภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องพูดปฏิเสธ การนำเสนอเหตุการณ์จำลอง และการแสดงบทบาทสมมติเมื่อถูกชักชวนไปสูบบุหรี่พร้อมวิเคราะห์ประโยชน์ปฏิเสธ และการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ คือ การเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับหลักการตัดสินใจ สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกโดยใช้การบรรยาย การอภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์ใดที่ต้องตัดสินใจเลือกปฏิเสธ การนำเสนอเหตุการณ์จำลอง และกลวิธีการป้องกันเชิงรุกชนิดที่มุ่งเน้นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวเยาวชน ควรประกอบไปด้วย การประชาสัมพันธ์พิษภัยบุหรี่/สถานการณ์ความรุนแรงของการเข้าถึงบุหรี่ คือ การใช้กิจกรรมนำทำให้เยาวชนได้เรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การณรงค์ป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในพื้นที่บริเวณชุมชน

3. ผลการทดสอบใช้กลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ด้านปัจจัยภายในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่แสดงให้เห็นความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีผลแตกต่างกันทางสถิติ ทักษะการปฏิเสธ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนก่อนและหลังการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน (n=20)

ตัวแปร	การทดสอบก่อนและหลัง ดำเนินโครงการวิจัย	ค่าสถิติ			
		Mean	t-test	df	p
ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	ก่อน	5.00	0.88	19	.390
	หลัง	5.30			
ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่	ก่อน	6.70	5.78	19	.000***
	หลัง	9.85			
ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่	ก่อน	7.50	4.26	19	.000***
	หลัง	9.65			

***p < .001

4. ผลการประเมินการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าเยาวชนมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนทุกขั้นตอนในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 (SD = 0.81) โดยขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนา มีค่าคะแนนมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05

(SD = 1.31) และด้านพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (SD = 0.84) โดยกลวิธีการป้องกันเชิงรุกที่มุ่งเน้นปัจจัยภายในตัวเยาวชนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD = 0.95) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่รายด้าน (n = 20)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ
ด้านกระบวนการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่			
ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making)	3.70	1.38	มาก
ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Planning)	3.90	1.16	มาก
ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน (Doing)	3.55	1.14	มาก
ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Checking)	3.75	1.11	มาก
ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนา (Acting)	4.05	1.31	มาก
รวม	3.79	0.81	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนากลวิธีการป้องกัน การสูบบุหรี่รายด้าน (n = 20) (ต่อ)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ
ด้านกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่			
1. กลวิธีการป้องกันเชิงรุกที่มุ่งเน้นปัจจัยภายในตัวเยาวชน	4.20	0.95	มาก
2. กลวิธีการป้องกันเชิงรุกที่มุ่งเน้นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวเยาวชน	4.10	1.16	มาก
รวม	4.15	0.84	มาก

อภิปรายผล

1. กลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนควรมีองค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านกระบวนการพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ควรประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมในเรื่องการตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การประเมินผล และการปรับปรุงและพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550¹⁵ ในมาตรา 80 (2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เอกชนชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ประกอบไปด้วย ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติการ ร่วมประเมินผล ร่วมปรับปรุง และร่วมรายงานผล¹⁶ และ 2) ด้านกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า กลวิธีการป้องกันเชิงรุก ควรประกอบไปด้วย การให้ความรู้การพัฒนาสมรรถนะของตนเอง และการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ การประชาสัมพันธ์พืชมัยบุรี/สถานการณ์ความรุนแรงของการเข้าถึงบุหรี่ การกำหนด

มาตรการเขตปลอดบุหรี่ และการรณรงค์ป้องกันการเข้าถึง บุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของปริสนา คำเงิน⁹ และ วัชรภูมิ ทองใบ ชญา ภูยาขาว และ รักปราณี ถนอมเงิน¹⁰ ที่พบว่าปัจจัยภายในและปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน ดังนั้นการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนควรใช้กลวิธีที่มุ่งเน้นไปที่ การควบคุมทั้งปัจจัยภายในตัวเยาวชนควรประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การพัฒนาสมรรถนะของตนเอง การพัฒนา ทักษะการปฏิเสธ และการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อ ป้องกันการสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัว เยาวชนเยาวชน ควรประกอบไปด้วย การประชาสัมพันธ์ พืชมัยบุรี/ สถานการณ์ความรุนแรงของการเข้าถึงบุหรื การกำหนดมาตรการเขตปลอดบุหรี่ และการรณรงค์ ป้องกันการเข้าถึงบุหรื

2. การพัฒนากลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ใน เยาวชนควรมีองค์ประกอบดังนี้ กลวิธีการป้องกันเชิงรุกที่ มุ่งเน้นปัจจัยภายในตัวเยาวชน ได้แก่ การให้ความรู้ การพัฒนาสมรรถนะของตนเอง การพัฒนาทักษะการ ปฏิเสธ และการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการ สูบบุหรี่ และกลวิธีการป้องกันเชิงรุกที่มุ่งเน้นปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมรอบตัวเยาวชน อาทิ การประชาสัมพันธ์พืชมัย บุหรี่/สถานการณ์ความรุนแรงของการสูบบุหรี่การกำหนด

มาตรการเขตปลอดบุหรี่ในชุมชนการณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tahil et al.¹⁷ ที่พบว่า การให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่นั้นช่วยเพิ่มความรู้อันสุขภาพ และช่วยเพิ่มความรู้อันอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่อีกทั้งยังทำให้นักเรียนเกิดทัศนคติต่อต้านการสูบบุหรี่ที่ดีขึ้นด้วยและการศึกษาของสุดา แวหะยิ, บุญประสิทธิ์ ไชยชนะ และกรรณิกา เรืองเดช¹⁸ ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และพิษภัยของบุหรี่การพัฒนาทักษะชีวิตการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ และเจรจาต่อรอง ช่วยทำให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่สูงขึ้น ช่วยทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่สูงขึ้นเช่นกัน ดังนั้น การพัฒนากลวิธีป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นนั้น ควรให้เยาวชนได้มีส่วนร่วม เพื่อที่จะได้ทำให้เยาวชนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อวิถีชีวิตของตัวเอง อันจะนำไปสู่การป้องกันการสูบบุหรี่ที่แท้จริง และมีความยั่งยืนต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนากลวิธีป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนให้ประสบความสำเร็จต้องคำนึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยอาศัยการทำงานเชิงรุก และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลวิธีป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน ซึ่งควรนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และตรงกับความต้องการของเยาวชน

2. การนำกลวิธีป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไปใช้ให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากเยาวชน องค์การในชุมชน และทุกภาคส่วนที่มีความพร้อมที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา และควรมีการหาแนวทางในการนำมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนไปใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติในชุมชน โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์พิษภัยของบุหรี่ การปฏิเสธการขายบุหรี่ให้กับเยาวชน

เอกสารอ้างอิง

1. Raviworakul T. Knowledge of cigarettes. In: Klumpakorn S, Raviworakul T, editors. Community nursing and tobacco control. Bangkok: Manassas Film; 2007. p. 1-14. (in Thai).
2. Termsirikulchai L, Benjakul S. The situation of tobacco consumption. In: Wattanasirichai S, editor. Health textbooks tobacco control for health professionals and students. Bangkok: Thai Health Professional Alliance Against Tobacco; 2007. p. 63-102. (in Thai).
3. National Statistical Office. Smoking behavior survey and alcohol consumption of the population in 2014 [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 11]; Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>. (in Thai).
4. Thevejcharoenchai S. Drugs and drug addicts. Bangkok: Thai Wattana Panich; 1997. (in Thai).
5. Clayton S. Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. J Sch Health. 1991;61(3):115-20.
6. Lewis PC, Harrell JS, Bradley C, Deng S. Cigarette use in adolescents: The cardiovascular health in children and youth study. Res Nurs Health. 2001;24(1): 27-37.

7. Glendinning A. Self-esteem and smoking in youth--muddying the water? *J Adolesc.* 2002;25(4):415-25.
8. Lohakit S. Smoking attitude of Chiang Mai University and Mea Jo University freshmen data analysis [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai).
9. Kum-ngern P. Opinion on motivating factors that led the undergraduate students at the school of tourism development, Maejo University, Chiang Mai to smoking [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 11]; Available from: <http://www.tourism.mju.ac.th/download/research/7.pdf> . (in Thai).
10. Tongbai W, Puyadow C, Thanomegum R. Factors affecting relapsed smokers participating in smoking cessation project Khammuang Hospital. *Research and Development Health System Journal.* 2011;3:1-8. (in Thai).
11. Thuansri Y, Oonjan S. Mechanism to reduce access to cigarettes of male students participatory of Uttaradit Rajabhat University. *Lampang Rajabhat University Journal.* 2016;5(1):28-40. (in Thai).
12. Pittayarangsarit S, Anan P, Pankrachang P, Sommit K. The summary of tobacco consumption control in Thailand 2012. Bangkok: Charoen Di Mankhong Kanpim; 2012. (in Thai).
13. National Health Interview Survey. QuickStats: Assistance used to quit smoking by adults aged ≥ 18 years* during the preceding 2 years, by type [Internet]. 2005 [cited 2011 Jun 11]; Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5620a5.htm>. (in Thai).
14. Chantachum W. Development of student smoking prevention strategies using participatory processes: A case study of Kalasin Province Opportunity School. *Journal of Behavioral Sciences.* 2006;12(1):94-109. (in Thai).
15. The Secretariat of The House of Representatives. Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2550. Bangkok: Bureau of Printing Services, The Secretariat of The House of Representatives; 2007. (in Thai).
16. Vutiso P, Yimlamai K, Thongnit M, Khunkhavan T. A community participation model of tobacco accessibility prevention for youth in Muang District, Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Nursing.* 2013;62(1):12-21. (in Thai).
17. Tahlil T, Woodman RJ, Coveney J, Ward PR. The impact of education programs on smoking prevention: A randomized controlled trial among 11 to 14 year olds in Aceh, Indonesia. *BMC Public Health.* 2013;13:367.
18. Huda Waehayee H, Chaichana B, Ruangdej K. Effectiveness of a life skill training program on perceived self efficacy for the prevention of smoking among the first year students at Yala Rajabhat University. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2012;22(1):85-97. (in Thai).

วัยรุ่นตั้งครรภ์ : แนวคิดแก้ปัญหาด้วยกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ

ศิริวรรณ ทุมเชื้อ* พรพรรณ พุ่มประยูร**

บทคัดย่อ

วัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อสังคมในภาพกว้าง และในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงค่อนข้างช้า เนื่องจากปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์นั้นเป็นผลกระทบที่เกิดมาจากปัญหาหลายด้าน เช่น ปัญหาของวัยรุ่นเอง ปัญหาด้านครอบครัว ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม วัยรุ่นตั้งครรภ์จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้การดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีแนวทางการดูแลรวมถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาทั้งในระดับบุคคล คือวัยรุ่น ระดับครอบครัว และระดับชุมชนให้ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้งการรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพ จากสาขาวิชาชีพที่สอดคล้องกับแนวคิดในระบบสุขภาพยุคปัจจุบันที่เน้นหลักการทำงานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางใช้ชุมชนเป็นฐานและมีการทำงานร่วมกันในลักษณะของภาคีเครือข่ายด้วยการใช้กระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นการดำเนินงานด้วยเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อโดยคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพในแต่ละอำเภอ ตามหลัก UC CARE ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา

คำสำคัญ: วัยรุ่นตั้งครรภ์ ระบบสุขภาพอำเภอ สาขาวิชาชีพ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, E-mail: siriwan@bcns.ac.th

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system

Siriwan Tumchuea* Pornpan Pumprayool**

Abstract

Teenage pregnancy is a top priority issue in Thailand, which affects Thai society in a broad range even though the current trend has slowed down. Teenage pregnancy is the effect of many problems such as: family issues, educational, socioeconomic and issues from teenagers themselves. Teenage pregnancy can affect teenagers in different dimensions of health including physical, social, mental and spiritual. To care for pregnant teenagers requires strategies and solutions directed at individual, family and community levels. These solutions and strategies must cover all dimensions of health in order to maintain, promote, prevent and restore health form multidisciplinary care teams. This is consistent with the current health system that emphasizes the main concepts of health in the era, that focus on patient-centered work, community-based approaches, and collaborative work as a network by using the District Health System. It is operated with a seamless service network by unity health service network management committee in each district process to correct teenage pregnancy problems and prevent them from reoccurring in the future.

Keyword: teenage pregnancy, district health system, multidisciplinary

* Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, E-mail: siriwan@bcns.ac.th

** Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

บทนำ

จากรายงานวัยรุ่นตั้งครรถ์ในประเทศไทยของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) พบว่าจำนวนหญิงคลอดบุตร อายุ 10-19 ปี พ.ศ. 2555-2559 เรียงตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 16.90 16.80 16.20 15.30 และ 14.20 ของจำนวนหญิงคลอดทั้งหมดจังหวัดที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนมากกว่าร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 14 จังหวัดจาก 77 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีจังหวัดที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนน้อยกว่าร้อยละ 25.00 เพียง 1 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 1.30¹ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ 11 ปี แม่วัยใสอายุน้อยที่สุด 12 ปี² รวมถึงมีการศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรถ์และเผยแพร่วิธีการแก้ไขปัญหาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นทั้งในระดับตนเอง โดยวัยรุ่นจำเป็นต้องทำความเข้าใจในเรื่องเพศ เพศสัมพันธ์อย่างถูกต้องและปลอดภัย ในระดับครอบครัว บิดามารดาต้องสร้างความเข้าใจเรื่องเพศที่ถูกต้อง สร้างบรรยากาศในครอบครัวให้อบอุ่น ใฝ่ระวังและใช้เวลาว่างร่วมกันภายในครอบครัวในระดับชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นควรจัดอบรมให้ความรู้ สนับสนุนกิจกรรม สร้างเครือข่ายใฝ่ระวังในกลุ่มเยาวชน บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและประพาดิตนเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน³ แต่พบว่าวัยรุ่นตั้งครรถ์ของประเทศไทยนั้นยังมีอุปสรรคการเป็นวงกว้างและมีแนวโน้มลดลงค่อนข้างช้าซึ่งเป็นปัญหาของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันเร่งแก้ไขอย่างจริงจังเนื่องจากมีความซับซ้อนและส่งผลกระทบในมิติต่างๆ ต่อประเทศ เช่น มิติด้านสังคม มิติด้านเศรษฐกิจและมิติด้านสาธารณสุข⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรถ์ที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน ดังนั้นบทความนี้จึงมี

วัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรถ์ที่เป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและจริงจังสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพในยุคปัจจุบันเพื่อให้การแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรถ์เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยภายใน และภายนอกครอบครัวต่างก็มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น⁵ ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงปัจจัยภายใน คือ ด้านร่างกายและจิตใจของวัยรุ่น ด้านความรู้ และทัศนคติด้านครอบครัว ปัจจัยภายนอกคือ ด้านชุมชนและสังคมโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านร่างกายและจิตใจ วัยรุ่นเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาที่มีการเจริญเติบโตทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ทางจิตวิทยาและทางสังคมในขณะนี้ เป็นวัยที่กำลังอยากรู้ อยากลอง พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่นได้แก่ วัยรุ่นหญิงเริ่มมีประจำเดือน วัยรุ่นชายเริ่มสร้างอสุจิ หากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันก็จะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการตั้งครรถ์ก่อนวัยอันควรได้

ด้านค่านิยมและทัศนคติ ค่านิยมใหม่ของวัยรุ่นหญิงในสังคมไทยที่แสดงพฤติกรรมชั่ววัยด้วยกิริยาอาการที่แสดงความพึงพอใจ เรียกร้อง เชื้อเชิญเพศตรงข้ามที่เรียกว่า “เน็ตไอดอล”⁶ ผ่านสื่อโซเชียลให้คนรับรู้เป็นวงกว้าง จึงทำให้มีวัยรุ่นหญิงที่ต้องการเรียกร้องความสนใจเลียนแบบพฤติกรรมและค่านิยม “วันไนท์สแตนด์” หมายถึง พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ชั่วคืนของชายหญิงที่ไม่รู้จักคุ้นเคยกันมาก่อนแต่รู้สึกถูกใจกัน และ

ยินยอมที่จะมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยที่ไม่ได้ต้องการจะเป็นคู่รักกัน⁷ เป็นผู้ที่มีความสามารถ เพ่และมีเสน่ห์ ส่วนวัยรุ่นชายความสามารถในเรื่องเพศบ่งบอกถึงความเป็นลูกผู้ชาย รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องปกติร่วมกับวัยรุ่นยังขาดความตระหนักในเรื่องการเข้าถึงการคุมกำเนิด⁸

ด้านครอบครัว การที่วัยรุ่นไม่ได้อยู่กับบิดามารดาขาดการพูดคุยสื่อสารระหว่างกันโดยเฉพาะในประเด็นเรื่องเพศ ทำให้เกิดช่องว่างในการพูดคุยเรื่องเพศระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับวัยรุ่น การควบคุม และมีกฎระเบียบในครอบครัว รวมถึงปัญหาการหย่าร้าง การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว การขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว วัยรุ่นจึงอาจถูกชักชวนไปในทางที่ผิดได้ง่าย⁷

ด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ ชุมชนอยู่อาศัยละแวกบ้าน ความยากลำบากทางเศรษฐกิจ การอพยพของครอบครัวจากชนบทสู่เมือง ร่วมกับการเห็นคนรอบข้างหรือเห็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เมื่อเห็นพฤติกรรมคนรอบข้างเป็นแบบนี้ และมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาจึงถือเป็นพฤติกรรมที่ลอกเลียนแบบเป็นต้น⁸

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบหลายประการ ได้แก่ ต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ต่อครอบครัว ต่อสังคมเศรษฐกิจและประเทศชาติโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผลกระทบต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักตัวน้อยภาวะโลหิตจางและครรภ์เป็นพิษซึ่งส่งผลต่ออัตราการบาดเจ็บและตายของทั้งมารดาวัยรุ่นและทารก มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ใน

ระยะยาวพบว่าเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มถูกเลี้ยงดูอย่างไม่สอดคล้องกับพัฒนาการและมีภาวะทุพโภชนาการ⁹

2. เมื่อตั้งครรภ์วัยรุ่นจะไม่กล้าบอกให้ผู้ปกครองรับรู้ จะรู้สึกอายและเจ็บปวด สูญเสียความฝันของครอบครัว¹⁰ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะรู้สึกเศร้า หดหู่ ผิดใจไม่มีค่า¹¹ และหากหลีกเลี่ยงเพื่อนสื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อให้ตนเองแท้งบุตร ร่วมกับพยายามอำพรางรูปร่างตนเองจนถึงที่สุด¹⁰

3. บางกรณีเมื่อฝ่ายหญิงตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะแต่งงานด้วยความจำยอมโดยทั้งสองฝ่ายอาจยังไม่มีความพร้อมสำหรับชีวิตคู่อาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวซึ่งนำไปสู่การหย่าร้างในที่สุด

4. เมื่อวัยรุ่นมีแฟนมักจะหมกมุ่นเรื่องความรักจึงอาจส่งผลให้ความสนใจในการเรียนลดลง ขาดเรียนบ่อยหรือหนีเรียน เช่น การศึกษาของลำเจียก คำธนะและจิณัฐดาสุกศรี¹² พบว่า ผลของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนและผลการเรียนที่ตกต่ำลง

6. เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมา

7. การที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์อิสระมากขึ้นทำให้มุมมองการเห็นคุณค่าในตนเองเปลี่ยนไปจากเดิมคือมองกิจกรรมทางเพศเป็นเพียง “การแลกเปลี่ยน” อารมณ์และวัตถุทางเพศ เมื่อมีบ่อยครั้งขึ้นการเคารพและเห็นคุณค่าตนเองจะยิ่งน้อยลง เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมตามกระแสชาติตะวันตก เช่น การจับคู่อยู่กินฉันท์สามีภรรยาโดยไม่แต่งงาน⁷

ผลกระทบต่อครอบครัว

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวเพราะการทำผิดหลักจริยประเพณีที่ดั่งมาสร้างความทุกข์ให้กับครอบครัว ทำให้เกิดความอับอายเสื่อมเสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างคนใน

ครอบครัวและอาจเกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจจนนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้าง

ผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ และประเทศชาติ

1. ในอดีตสังคมไทยเป็นสังคมภาคเกษตรกรรม คนส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าศึกษาตามระบบเช่นปัจจุบัน วัยรุ่นในอดีตกับปัจจุบันจึงแตกต่างกันทั้งในด้านความรับผิดชอบ การคำนึงถึงครอบครัว และการตระหนักในความพร้อมของการเป็นมารดา ดังนั้น การมีบุตรจึงนับว่าเป็นสิ่งที่ขัดกับบริบทของสังคมในยุคปัจจุบันเมื่อตั้งครรภ์และเปลี่ยนสภาพจากเด็กหญิงเป็นมารดาวัยรุ่นจึงถูกมองจากสังคมว่าเป็นความผิดพลาดในชีวิต และถูกตีตราว่าเป็นปัญหาของสังคมไทย เช่น การศึกษาสภาพการณ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ด้านกระบวนการของ ณฑา สุวรรณศรี¹⁰ พบว่าวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์จะถูกสังคมตำหนิมากกว่าฝ่ายชาย

2. เมื่อมีวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนการเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติมากกว่าตัวบุคคลเนื่องจากส่วนใหญ่กำลังศึกษาและต้องออกจากการศึกษากลางคัน การไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อย ย่อมส่งผลต่อการหางานและประกอบอาชีพในอนาคตของแม่วัยรุ่นในกรณีฝ่ายชายก็เช่นเดียวกัน อีกทั้งต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นที่ประเทศต้องสูญเสียไปในการดูแลแม่และเด็กกลุ่มนี้

3. การทอดทิ้งทารกไว้ตามที่สาธารณะเกิดปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งรวมถึงปัญหาการหย่าร้างจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจส่งผลให้เด็กเหล่านี้ขาดความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่และปัญหาพฤติกรรมเด็กซึ่งมีสาเหตุมาจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹²

แนวคิดแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ

จากปัจจัยเสี่ยงของวัยรุ่นตั้งครรภ์และผลกระทบที่เกิดตามมามีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้อง คือ ร่างกายและจิตใจของวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจสังคมและประเทศชาติผู้เขียนจึงเสนอแนวคิดแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เพื่อให้มีแนวทางการแก้ปัญหาทั้งในระดับวัยรุ่น ครอบครัวและชุมชน ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลและสอดคล้องกับสภาพการณ์เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว แต่ยังมีความแตกต่างของพื้นที่รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร และความต้องการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ¹³ แนวคิดระบบสุขภาพยุคปัจจุบันจึงเน้นการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (Area-based Approach) โดยใช้องค์ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพแบบบูรณาการ ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ แนวคิดนี้จึงเป็นระบบการทำงานที่มุ่งตอบคำถามปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ที่สามารถเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติที่ใกล้ชิดมากพอที่จะรับรู้ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (Local needs) และสามารถวางแผนการทำงานด้วยการประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนของบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการ การใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อเป้าหมายคือสุขภาวะของประชาชน¹³ โดยเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยให้ “ระเบิดจากข้างใน” ซึ่งเป็นความต้องการและแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ไม่ใช่เกิดจากคนอื่นมากระตุ้นให้ทำ หรือส่งเสริมให้ทำ กรอบ

แนวคิดแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์นี้จึงเป็นการดำเนินงานภายใต้กรอบการทำงานที่มีชุมชนเป็นฐาน และใช้โอกาสการดำเนินงานตามข้อบังคับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพในแต่ละอำเภอ ซึ่งแต่ละพื้นที่นั้นมีความแตกต่างกันในรูปแบบของการเสนอกิจกรรมการดำเนินงานโดยเน้นวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับวัยรุ่น ครอบครัวชุมชน โรงเรียน ท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามองค์ประกอบของ UCCARE ซึ่งมีเป้าหมายที่ชัดเจนคือแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) หมายถึง การทำงานของภาคส่วนต่างๆที่มีความสัมพันธ์กันโดยมุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน เป็นการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายระดับอำเภอที่ได้รับการแต่งตั้งจากนายอำเภอโดยคณะกรรมการนี้มาจากภาคีเครือข่ายครบทุกภาคส่วน เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. ประชาชน และผู้รับบริการได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus) หมายถึง มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการหลากหลายแบบ และให้การช่วยเหลือได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ เช่น มีคลินิกเพื่อนใจวัยรุ่นเพื่อให้คำปรึกษาและตอบคำถามวัยรุ่นร่วมกับการให้บริการคุมกำเนิดในรูปแบบต่างๆ ทั้งในเชิงรับในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การออกให้บริการเชิงรุก เช่น ให้ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาแก่นักเรียนและนักศึกษา การอบรมเพื่อปรับทัศนคติเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาให้กับผู้ประกอบการเยาวชน

3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) หมายถึง การทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่ เป็นการบูรณาการงานข้ามกระทรวงตามบทบาทและหน้าที่ในพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เช่น กระทรวงศึกษาธิการ คือ โรงเรียน กระทรวงมหาดไทย คือ ตำรวจ กระทรวงสาธารณสุข คือ ตัวแทนจาก รพ.สต. รพช.และสสอ. ตัวแทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คือ บ้านพักเด็ก และครอบครัว กระทรวงแรงงานคือสำนักงานจัดหางานในพื้นที่ รวมถึงตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

4. การทำงานที่เกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) หมายถึง คุณค่าในการดำเนินงานของบริการปฐมภูมิ ที่เป็นกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติที่จะทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้าในขณะที่เดียวกันผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ การทำให้เกิดคุณค่าทั้งผู้รับและผู้ให้บริการเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาคriminalในวัยรุ่นให้สำเร็จเพราะนั่นคือการระดมจากข้างในเป็นการทำงานที่มีแรงบันดาลใจที่อยากแก้ปัญหาคriminalที่สามารถสะท้อนข้อมูลที่เป็นจริงให้กับชุมชนเพื่อจะได้ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาคriminalให้เกิดผลสำเร็จอย่างแท้จริงและยั่งยืน

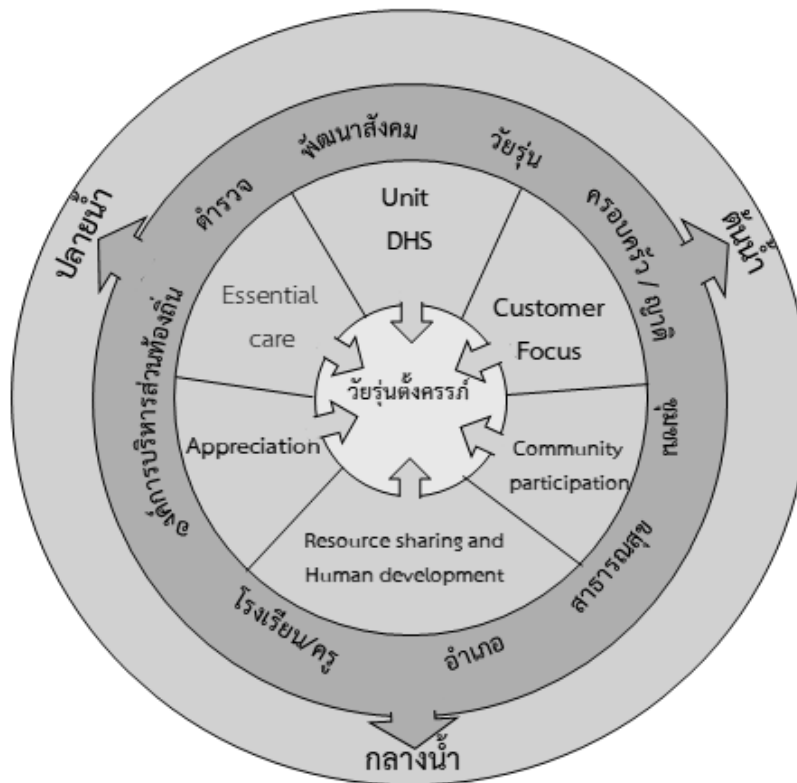
5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) หมายถึง การให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากร โดยวิเคราะห์ส่วนขาด และเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคล และหน่วยงานด้วยการประสานความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หรือภาคประชาชนรวมไปถึงการจัดการความรู้ที่ดีและมีประสิทธิภาพในพื้นที่

6. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) หมายถึง การจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่สอดคล้องตาม

บริบทและวัฒนธรรมเป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เช่น การให้บริการคุมกำเนิด แบบต่างๆ

ซึ่งสรุปเป็นแผนภูมิแนวทางการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามกระบวนการสุขภาพอำเภอ และมีขั้นตอนการดำเนินงานตามลำดับ ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ^{2-3,8,12-14} ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามกระบวนการสุขภาพอำเภอ

โดยในช่วงต้นน้ำการดำเนินงานมีวัตถุประสงค์หลักในการสร้างมุมมอง เสริมทัศนคติ การพัฒนาความรู้ และทักษะชีวิตเพื่อให้ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาแก่วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน ครู พร้อมกับสร้างระบบความร่วมมือเพื่อจัดการปัญหาในพื้นที่ ส่วนการดำเนินงานในช่วงกลางน้ำมีหลักการเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการเสริมสร้างเกราะป้องกัน และมีมาตรการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในครอบครัวและชุมชน โดยออกแบบพัฒนา กิจกรรมกระบวนการจัดการปัญหาและวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมและขั้นตอน

สุดท้ายเป็นการดำเนินงานในช่วงปลายน้ำ ที่เน้นการกำกับ ติดตามประเมินผลพฤติกรรมวัยรุ่น และความพร้อมเพื่อ การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพประโยชน์ของแนวคิดนี้สามารถ สะท้อนภาพการทำงานเพื่อแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์แบบ บูรณาจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คลอบคลุมทั้งระดับ วัยรุ่น ระดับครอบครัวและระดับชุมชนเพื่อให้การ แก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนต่อเนื่องและ เป็นระบบ รายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนดัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน

ภาคีเครือข่าย	การป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์		
	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินงานช่วงต้นน้ำ	การดำเนินงานช่วงปลายน้ำ
1. คณะทำงานระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน		- วางแผนนโยบายการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่	- ประเมินผลการดำเนินงาน
		- จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	- เผยแพร่ข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
		- จัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายและฐานข้อมูลวัยรุ่นระดับอำเภอ	
		- กำกับติดตามประสานความร่วมมือไปยังภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่	
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ (รพ.สต./รพช./สตอ.)		- จัดตั้งทีมวิทยากรเพศวิถีศึกษา	- ช่วยเหลือดูแลรักษาฟื้นฟูวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมพื้นที่และเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
		- จัดกิจกรรมเชิงรุกออกให้ความรู้แก่วัยรุ่นครอบครัวยุวมชนสถานให้บริการเชิงรุกทั้งในและนอกสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	
3. โรงเรียน		- นำหลักสูตรเพศวิถีศึกษาเข้ามาใช้ในการเรียนการสอนอย่างเป็นรูปธรรม	- เน้นการติดตามประเมินผลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนร่วมกับผู้ปกครอง
4. วัยรุ่น/ครอบครัว		- สร้างกลุ่มแกนนำวัยรุ่น แกนนำครอบครัวในระดับหมู่บ้าน ตำบลอำเภอเพื่อเฝ้าระวังวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	- ประเมินผลและคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในพื้นที่
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง		- ร่วมรณรงค์พัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นและครอบครัวในชุมชนและพัฒนาต่อยอดให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ครอบครัวอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชนอย่างครบวงจร	- ร่วมประเมินผลรวมถึงสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามกระบวนการสุขภาพอำเภอนี้ ต้องอาศัยกระบวนการจัดการอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ต้องดำเนินการไปพร้อมกันอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินงานที่จำแนกออกเป็นต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ตั้งแต่คณะกรรมการระดับอำเภอ โรงเรียน ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น และวัยรุ่น รวมถึงหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้การทำงานนั้นเป็นการบูรณาการอย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็ง และยั่งยืนสอดคล้องกับการดำเนินงานของระบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health. Stituation of reproductive health in adolescents and youth in 2016. [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 30]; Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/RH@2559.pdf. (in Thai).
2. Bureau of Gender Equality Promotion, Office of Women's Affairs and Family Development, Ministry of Social Development and Human Security. A study of guideline to prevent and solve pregnancy in adolescents [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 12]; Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/12781/17029.pdf. (in Thai).
3. Meesin R, Mee-U-Don F. Adolescence's unwanted pregnancies "Causes and Results" A case study of rural areas in Khon Kaen Province [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 1]; Available from: <http://research.pcru.ac.th/researchV2/index.php/component/attachments/download/603>. (in Thai).
4. Chokthanukul B, Kamsuwan K. Teens pregnant: Social impact from the intra-generational perspective. Thai Population Journal. 2015;4(2):61-79. (in Thai).
5. Hunchangsith P, Sakulsri T. Risk factors influencing teenage pregnancy: A qualitative study. In: Vorasiriamorn Y, Rittirong J, Chuanwan S, Hunchangsith P, editors. Birth and security in population and society. Bangkok: Institution for Population and Social Research, Mahidol University; 2014. p. 163-80. (in Thai).
6. Manager Online. Stop calling "Net Idol" spit out "Idol or Idiot" [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 19]; Available from: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9590000039832>. (in Thai).
7. Manager Online. Dangerous Sex "One Night Stand" [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 19]; Available from: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9540000009055>. (in Thai).
8. United Nations Children's Fund (UNICEF). Analysis of pregnancy situation of teens in Thailand: Synthesis report 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 20]; https://www.unicef.org/thailand/tha/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf. (in Thai).
9. Lue-wan S. Teenage pregnancy [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 19]; Available from: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=447:teenage-pregnancy&catid=40&Itemid=482. (in Thai).

10. Suwannasri N. Situation analysis of health services of teenage pregnancy family: Case study receiving services at Nongkhai Hospital [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University, 2012. (in Thai).
11. Ronglue S, Talengjit P, Siriborirak S. Unwanted pregnancies in teenagers: A survey of problems and needs for health care support. *Siriraj Nursing Journal*. 2012;3(2):14-28. (in Thai).
12. Khumtorn L, Suppasri J. Prevention of adolescent pregnancy in the education institutes in Trang Province to sexual values risk, sexual behavior and premature sexual intercourse that affects pregnancy [Research report]. Trang: Boromarajonani College of Nursing, Trang; 2013. (in Thai).
13. Saelee D, Namtatsanee S, Tiptiangtae C, Sumamal T, Tansuthepverawongse C, Yana T, et al. editors. District Health System (DHS) drive: Thailand version. 1st ed. Nonthaburi: Bureau of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
14. Bureau of Technical and Knowledge Management, Department of Health, Ministry of Public Health. Problem-solving and prevention of adolescent pregnancy engaging in the area (teen care) [Internet]. 2015. [cited 2017 Dec 1]; Available from: <http://knowledgemanagement.anamai.moph.go.th/download/BOOK/TeenCare.pdf>. (in Thai).

การวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวคิดของ แมกซ์ แวน แมนเนน:

ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

สุคตนิง ฤทธิ์ฤทัย* วิไลพร ขำวงษ์** เรเชล รอสเตอร์*** ไมเคิล เฮเซลตัน****

บทคัดย่อ

ปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาความรู้เกี่ยวกับความหมายของการเป็นมนุษย์ในโลก เป็นวิธีการที่พยายามจะอธิบายแก่นแท้ของปรากฏการณ์โดยปราศจากการคาดคะเนล่วงหน้าหรือการตัดสิน ผู้วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแสวงหาข้อมูลด้วยการถามบุคคลว่ามีประสบการณ์ต่อโลกที่อาศัยอยู่อย่างไร แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของแมกซ์ แวน แมนเนน มีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับวิจัยทางการแพทย์เพราะทำให้ได้แนวทางในการเข้าใจประสบการณ์ต่อโลกของบุคคล แนวคิดนี้แบ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งช่วยส่งเสริมให้นักวิจัยทางการแพทย์สร้างถ้อยคำเพื่อที่จะพัฒนาโครงสร้างของความหมายของข้อความหรือประเด็นหลักสำคัญของข้อมูล ประกอบด้วย (1) ถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยละเอียด พร้อมทั้งจัดบันทึกข้อมูลโดยเรียบเรียงอย่างเป็นระบบ (2) แยกประเด็นหลักสำคัญของข้อมูล (3) ใช้คำหรือปรับเปลี่ยนภาษาให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา และ (4) เขียนบรรยายประเด็นหลักสำคัญเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจความหมายของประสบการณ์ของผู้รับบริการ เหมือนกับผู้วิจัยไปอยู่ในเหตุการณ์หรือเป็นผู้รับบริการเอง ซึ่งจะช่วยให้การบริการแก่ผู้รับบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ประสบการณ์ชีวิต การวิเคราะห์แก่นสาระ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, E-mail: sudkhanoungp@hotmail.com

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

*** คณะพยาบาลและการผดุงครรภ์และภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยชาร์ล สจ๊วต ออสเตรเลีย

**** คณะพยาบาลและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยนิวคาสเซิล ออสเตรเลีย

Thematic analysis guided by Max van Manen: Hermeneutic (interpretive) phenomenological approach

Sudkhanoung Ritruetchai* Wilaiporn Khumwong** Rachel Rossiter*** Mike Hazelton****

Abstract

Phenomenology aims to seek knowledge of what it means to be human in the world. It attempts to describe the essence of phenomena without presuppositions or judgements. Phenomenological researchers seek to ask how persons experience their lived world. Max van Manen's Hermeneutic phenomenological approach is especially relevant to nursing research as it provides a way to understand how the persons experience their world. This approach also provides four steps of data analysis which encourages the nursing researchers to craft the texts in order to develop the structure of meaning of the texts or themes. They are (1) uncovering thematic aspects, (2) isolating thematic statements, (3) composing linguistic transformations, and (4) gleaning thematic descriptions. Then, the researchers would be able to understand the meaning of the experience of the clients as they lived in it and the knowledge would provide services or strategies to help clients more effectively.

Key words: hermeneutic phenomenology, lived experience, thematic analysis

* Boromarajonnani College of Nursing, Chang Wat Nonthaburi, E-mail: sudkhanoungp@hotmail.com

** Boromarajonnani College of Nursing, Chang Wat Nonthaburi

*** School of Nursing and Midwifery and Indigenous Health, Charles Sturt University, Australia

**** School of Nursing and Midwifery, The University of Newcastle Australia

Introduction

Phenomenology is both a philosophical approach and a research method which studies the lived experiences of humans or descriptions of phenomena.^{1,3} A phenomenon is anything which presents itself to someone or as one experiences.¹ Phenomenology is a philosophy because it deals in the realm of the ideal, pure, and perfect.⁴ It is also considered a methodology dealing with the practical world of concession, compromise, and approximation to investigate the phenomena. Phenomenology is described as a rigorous, critical, and systematic approach.⁵ It aims to “explicate the structure or essence of the lived experience of a phenomenon in the search for the unity of meaning which is the identification of the essence of a phenomenon, and its accurate description through the everyday lived experience.”⁶

There are several methodological interpretations of the philosophy of phenomenology (1) descriptive phenomenology (2) interpretive phenomenology, and (3) hermeneutic (interpretive) phenomenological approach.⁵ The differences of each philosophy are briefly described below.

Husserl is the father of a descriptive phenomenology. Central to Husserl’s approach is bracketing or *epoche*: the procedure of phenomenological reduction. This is a starting point for researchers employing descriptive phenomenology.¹ Researchers working with this approach seek to ignore their previous prejudices and experiences of the outer world and individual biases.⁷ They attempt to disconnect from the past to reframe their judgement of the present in order to successfully achieve contact with essences.⁸ The researchers defend the

objectivity of interpretation against their self-interest.⁹ For Husserl this enabled the researcher to see the phenomenon as it really is.

The work of Heidegger and Gadamer is recognised as pioneering in the field of interpretive phenomenology. Heidegger was concerned with the nature and relations of being. He said that the development of understanding is called ‘interpretation’.¹⁰ Individuals’ interpretation is based on their background and culture. They have the world and life at a cultural level through acts of interpretation.⁹ Heidegger contended that “to be human is to be interpretive, for the very nature of human realm is interpretive”.¹¹ Gadamer was one of Heidegger’s students. Gadamer agreed with Heidegger that understanding is the foundation of people existing in the world.¹² The interpretive process is conceptualised as a spiral moving back and forth from the part of the text to the whole to increase the depth of understanding.⁹ This process has been called ‘the hermeneutic circle’.¹¹

For van Manen, being grounded in both German and Dutch philosophy, “phenomenology is a philosophy of the unique; it is interested in what is essentially not replaceable”.¹³ The hermeneutic (interpretive) phenomenological approach is described by van Manen is “Phenomenology describes how one orients to lived experiences, hermeneutics describes how one interprets the “texts” of life, and semiotics is used here to develop a practical writing or linguistic approach to the method of phenomenology and hermeneutics.”¹³

The central idea of the approach is to gain access to clients’ perspectives of their interpretations and meanings

associated with lived experience. These can be gained by accessing participants' words using in-depth interviews.¹⁴ To gain any deeper understanding of lived experience, the researcher needs to focus on subjectivist points of view toward the object using methods such as description, interpretation, and self-reflection or critical analysis.¹³

The major concepts of different phenomenological methodologies have been briefly discussed. Each school of thought shares similar foundations, however each has developed its own perspective for the application of these foundations in practice. For effectiveness, the selected method must fit with the research question of the proposed study. It also has to relate to the theory underpinning and guiding the study.

For commentators such as Dowling¹⁵, van Manen's approach provides a means of dealing with the difficulties of phenomenological reduction, and "reflects the ongoing transformation of phenomenology as a methodological approach". Koch⁹ has asserted that to understand clients or a community, or to improve nursing care, nursing research questions are best answered interpretively. Therefore, this paper choose to explore Max van Manen's hermeneutic (interpretive) phenomenological approach. It also explains the framework of van Manen's hermeneutic phenomenological approach. Then, the thematic analysis underpinning van Manen approach which has been highly influential in nursing research are described.¹⁵

Max van Manen's hermeneutic (interpretive) phenomenological approach

For van Manen¹³ the study of humans who have consciousness and act purposefully in the world by creating the meanings that express such existence is human science research. The broad aim of such research is to interpret the meaning of phenomena and to understand the lived structures of meanings.

Human science researchers interpret and explore descriptions which are sufficiently detailed to understand and explain how we know what we know.¹³ They focus on the object of study which presents in front of them in a unique and personal way.¹³ This is an epistemology of human science related to the belief that meaning comes from the interpretation of people as they engage in the world and it emerges when consciousness engages with them. Meaning cannot be described as objective or subjective.¹⁶ Objectivity and subjectivity need to be carried and held together permanently to construct the meaning.¹⁶ To gain any deeper understanding of lived experience, the researcher needs to focus on subjectivist points of view toward the object using methods such as description, interpretation, and self-reflection or critical analysis.¹³

In particular, phenomenology studies day-to-day lived experiences of people which present themselves to consciousness.¹³ van Manen's approach is an attempt to explore experience without bracketing the researcher's understandings about that experience. It is only through consciousness that people are able to interpret their experiences and the effect of the world on their physical embodiment. van Manen¹³ offers a conceptual framework of phenomenology, as set out below.

The framework of van Manen's hermeneutic phenomenological approach

1. Phenomenological research is the study of lived experience.

Phenomenology is the study of the lifeworld of humans. It aims to gain a deeper understanding of the meaning of everyday experiences and insightful descriptions of the way people experience the world. Lived experience is an immediate and pre-reflective experience; as such lived experience does not involve conceptualisation, categorisation or reflecting. Individuals cannot control the world but with plausible insights, they can have contact with the world directly.

2. Phenomenological research is the explication of phenomena as they present themselves to consciousness.

Human beings present themselves to consciousness. Thus, people access or relate to the world through their consciousness. "Consciousness is always transitive...and cannot be described directly".¹³ This means that individuals cannot describe the experience while they are living in it. They reflect retrospectively on experience which is already passed or lived through.

3. Phenomenological research is the study of essences.

Phenomenology attempts to find and describe the internal meaning structure of lived experience or essence. The essence of a phenomenon is universal. It may be grasped through the study of instances as they are encountered in lived experience. For example: "What is the nature or essence of the experience of learning?"¹³ The essence of lived experiences is described and supported by

the descriptions which fully present the significance of the experiences.¹³

4. Phenomenological research is the description of experiential meanings as we live them.

Phenomenology focuses on lived or existential meanings. The meanings are described and interpreted until they reach the depth and richness of understanding. The meanings are also explicated as they are lived through.

5. Phenomenological research is the human scientific study of phenomena.

Phenomenology is human science research. It is comprised of five characteristics of scientific ways of knowing including (1) studying the structures of meaning of the lived human world, (2) employing specific practices of questioning, reflecting, focusing, and intuiting to conduct the study, (3) attempting to articulate the essence, the structures of meaning of lived experience as we live through the form of text, (4) continually checking goals and methods of the study in trying to deal with the faults of its approach, and (5) allowing the researchers to develop a dialogue with others to validate the phenomenon under study.

6. Phenomenological research is the attentive practice of thoughtfulness.

Phenomenological researchers are interested in studying everyday practices that concern them. They know how "to act tactfully in [their] situations on the basis of a carefully edified thoughtfulness."¹³ The researchers may be teachers, nurses, or parents who are responsible for people with whom they are involved. For example, nurses may be interested in studying their everyday practices associated with being with patients or clients. Thus, the use of

phenomenological study related to the researchers' role is a ministering of thoughtfulness.

7. Phenomenological research is a search for what it means to be human.

Phenomenology searches for the meaning of lived experience. Importantly, individuals' background, the socio-cultural and the historical traditions from which they come, gives meaning to their 'being-in-the-world'. Thus, the meaning of being as a human in the world is fully revealed. This serves the ultimate goal of hermeneutic research which is to fulfil human nature, "to become more fully who we are."¹³

8. Phenomenological research is a poetising activity.

The result of phenomenological study is characterised and presented by the passion and aim of the research process.¹⁷ Phenomenology is a poetising project in which the original experience is presented as 'a primal telling'; it aims to include the voice of the participants to the world.¹³ Language does not speak of itself but it echoes the world.¹⁷ Therefore, the findings of the approach are full of all reality from the participants' voice.

van Manen's hermeneutic phenomenological understand approach is clarified. The broad aim of phenomenological reflection is to the essential meaning of something.¹³ The process of reflection must be appropriate and be clarified to make explicit the structure of the meaning of that lived experience. van Manen¹³ says, "meaning is multi-dimensional and multi-layered". To understand the meaning of the text, the phenomenon described in the text is analysed as themes. Four levels of

thematic analysis are involved and these are set out in some detail below.

Thematic analysis underpinning van Manen approach

Phenomenological research seeks to uncover the meaning of lived experience. van Manen¹³ states that phenomenological themes are the structures of experience. Therefore, a theme can be thought of as "the experience of focus, of meaning, of point, and the form of capturing the phenomenon one tries to understand...Theme formulation is at best a simplification."¹³ van Manen's hermeneutic phenomenological approach provides four steps of analysis for the researchers to explore and gain a deeper and richer understanding of the meaning of the lived experience of people under study. The four steps are (1) uncovering thematic aspects (2) isolating thematic statements (3) composing linguistic transformations, and (4) gleaning thematic descriptions. This section provides an example of thematic analysis following the approach described by van Manen.¹⁴ It includes the process of thematic analysis and descriptions from interview transcription of caregivers of people with mental illness as below.

1. Uncovering thematic aspects

The interview transcript must be prepared once after the interview. The researcher checks the accuracy of the transcripts by listening to the recording while simultaneously reading the transcripts. This process is repeated until an accurate interview transcription is achieved. This process also provides an opportunity for the researcher to engage with and reflect on the text. The researcher also looks for areas for more exploration and further clarification.

2. Isolating thematic statements

During this stage of the process, the researcher repeatedly listens to the recordings, rereads transcripts, and reflects on the text. This is maintained throughout and following the period of data collection. Three levels emerge in this thematic analysis:

- A holistic or sententious approach: Initially the whole text is read and described in terms of a phrase. The aim here is to capture the fundamental meaning of the text as a whole.

Holistic approach: Caring for a loved one with mental illness means a difficulty in having to live with fear. Fear comes from “don’t know what’s going to happen”. There are a lot of unpredictable situations resulting from the loved ones’ symptoms of mental illness that create the feeling of fear.

Theme: Living with fear

- A selective or highlighting approach: The recorded data are listened to and read a number of times. The aim here is to identify statement(s) or phrase(s) which seem particularly essential to or revealing about the phenomenon or experience being described and highlighting these.

Selective approach:

“...he once pressed my arm to the floor. Press down. I told him, “Dee, this is Mother.” He regained himself and released me. He told others that he teased me, teased me for fun. We did not know what our son would do.”

“Stunned with fear, of course...One time I was frightened, my heart sank, he stood there stiff and black. I was frightened that I might not find him anymore. If we

could not find him, we could not find him, because being mad, he would run on and on, right? He had not taken any medicine at all.”

- The detailed or line by line approach: The text is read line by line to examine the sentence(s) which reveal the phenomenon of interest.

Line by line approach:

“We did not know what our son would do...”

“Stunned with fear...”

“...I was frightened, my heart sank...”

“I was frightened that I might not find him anymore.”

Essential theme

I’m overwhelmed with fear

As themes are built up they are constantly checked against the interview transcriptions to ensure they reflect the phenomenon of interest. The thematic descriptions and explanations are carefully chosen to demonstrate the essence of the phenomenon. Through this process the themes and thematic phrases alluding to the phenomenon of interest for the whole group are set, in respect of individual participants. An example of a developing essential theme of the whole group is presented in Table 1.

Table 1 Example of conducting thematic analysis for the whole group

Descriptions	Thematic analysis
When he went for treatment in [the provincial] hospital for about two months, it was difficult. And I have looked after him continually ever since he became ill . I must feed him food and water. And if he was not happy about something, he would throw the rice away spilling it all over my face. That was what he did, when he was unsatisfied about something. And when he did a poo, oh my , sometimes he smeared it all over the sleeping place. It has not been easy at all. Oh my, I am tired to death of it . Sometimes I sit and cry alone. Why does Ku have to be in such a hardship as this? Truly, truly, you see. Oh my, I have such great hardship. (Interviewee 2)	Holistic approach: This participant experienced caring as a prolonged burden. She was very tired and felt as if it was difficult for her to deal with difficulties which came from having to care for her loved ones in every way and being abused. Selective approach: And I have looked after him continually ever since he became ill . Line by line approach: "... continually ever since he became ill..."
Taking care of this kind of person is burdensome to my heart as well as to my body...He kept trying to get out, again and again. So I was stressed. I had to get out too. I need to earn our living. When I let him stay home by himself, he just wanders away. I have to work in the rice field... It is tiring, very, very tiring . It's a great burden to my heart. (Interviewee 3)	Holistic approach: The participant stated clearly that caring for a loved one with mental illness was a burden. She was very tired and stressed during her care giving roles. Selective approach: I have to work in the rice field... It is tiring, very, very tiring . It's a great burden to my heart. Line by line approach: "... It is tiring, very, very tiring "

The two descriptions present in Table 1 are examples of the lived experience of participants having to care for their loved one with mental illness over an extended period of time. In each case the participants express great tiredness in their care giving roles. A thematic statement is set to represent this experience as 'living with prolonged burdens'.

1. Composing linguistic transformations

Thematic statements are captured in more phenomenologically sensitive paragraphs using methods such as writing and generating illustrative examples pertaining to the phenomenon of interest. The building up of these thematic statements involves (1) ongoing dialogue with the co-researchers (2) writing and rewriting the theme using a short thigh and powerful sentence or phrase

(3) checking and rechecking the meaning of the theme against the descriptions to ensure that the theme represent the whole group. For example, the thematic statement set out in Table 1 'Living with prolonged burdens' is composed and changed to 'There is no end in sight'.

2. Gleaning thematic descriptions

Descriptions explaining themes are developed with close attention being paid to maintaining the essence of the phenomenon of interest. This involved reflection on how to group the identified experiences of care giving, and care giving associated crisis, using a genuine artistic expression. Further to this from Table 1, descriptions of the interviewed transcriptions are selected and used to support the theme.

Four levels of thematic analysis are involved in the reflection on the descriptions and these are set out in some detail in the section above. The broad purpose of the reflective activities referred to above is to gain insight into and describe the essential meaning of the experience that is the focus of the nurses' interest.

Conclusion

This paper has provided a description of Max van Manen's hermeneutic phenomenological approach basic foundation. The value of hermeneutic phenomenological research as an effective tool for deepening understanding and awareness of a specific experience has been demonstrated. Following a brief consideration of the theoretical basis to research procedures informed by hermeneutic phenomenology, the approach to data analysis was set out in details. The thematic analysis has been outlined with the example for nursing researchers to apply for practice. The researchers will gain more understanding of meaning of the lived experience of people under study without losing its essence in the process of transcription. Then, they would be able to provide help and support for those in need effectively.

References

1. Hammond M, Howarth J, Keat R. Understanding phenomenology. Oxford: Blackwell; 1991.
2. Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. Qual Health Res. 2004;14(5):726-35.
3. Munhall PL. Revisioning phenomenology: Nursing and health science research. New York: National League for Nursing; 1994.
4. Swanson-Kauffman KM, Schonwald E. Phenomenology. In: Sarter B, editor. Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing. New York: National League for Nursing; 1988. p. 97-105.
5. Carpenter DR. Phenomenology as method. In: Helen J, Speziale S, Carpenter DR, editors. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007. p. 75-101.
6. Rose P, Beeby J, Parker D. Academic rigour in the lived experience of researchers using phenomenological methods in nursing. J Adv Nurs. 1995;21(6):1123-29.
7. Stewart D, Mickunas A. Exploring phenomenology: A guide to the field and its literature. 2nd ed. Athens: Ohio University Press; 1990.
8. Lavery SM. Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. Int J Qual Methods. 2003;2(3):21-35.
9. Koch T. An interpretive research process: Revisiting phenomenological and hermeneutical approaches. Nurse Researcher. 1999;6(3):20-34.
10. Heidegger M. Being and time. Oxford: Blackwell Publishers; 1962.
11. Polkinghorne DE. Methodology for the human sciences: Systems of inquiry. Albany: State University of New York Press; 1983.
12. Ray MA. The richness of phenomenology: Philosophic, theoretical, and methodologic concerns. In: Morse JM, editor. Critical issues in qualitative research methods.

Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.

p. 117-33.

13. van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. State University of New York Press: New York; 1990.
14. Minichiello V, Aroni R, Timewell E, Alexander L. In-depth interviewing: Principles, techniques, analysis. 2nd ed. Melbourne: Longman; 1995.
15. Dowling M. From Husserl to van Manen: A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(1):131-42.
16. Crotty M. The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
17. Boyd CO. Phenomenology: The method. In: Munhall PL, editor. *Nursing research: A qualitative perspective*. 3rd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2001. p. 93-122.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ

อารีศ พลอยทรัพย์* วันเพ็ญ แก้วปาน** ปาหนัน พิษณุภิญโญ** จุฑาธิป ศีลบุตร**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้แนวทางการป้องกันโรคที่ดีคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามเกณฑ์การคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม จำนวน 220 คนเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลางและระดับดีเท่ากัน ร้อยละ 49.09 (Mean = 45.00, SD = 5.65) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ($p < .05$) ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 9.804$, $p = .002$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r = .226$) การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค ($r = 0.313$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .523$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้นั้น คือ เพศ ($\beta = 0.175$, $t = 3.618$, $p < .001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = 0.658$, $t = 13.587$, $p < .001$) โดยทั้งสองตัวแปรสามารถพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ร้อยละ 51.20 ($p < .05$)

คำสำคัญ : โรคหัวใจและหลอดเลือด แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,

Email: Areesy@hotmail.com

** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors affecting cardiovascular disease prevention behaviors among a high risk group in Samutprakan province

Arees Ploysub* Wonpen Kaewpan** Panan Pichayapinyo** Juthatip Silabut**

Abstract

Diabetes mellitus and hypertension are among the most likely risk factors for cardiovascular disease. A good prevention strategy is to change physical behavior to be healthy. The research model was a cross-sectional descriptive study. This study aimed to study the factors that affect cardiovascular disease (CVD) preventive behaviors in a high-risk patient group in Samutprakarn province. Samples were selected from a patient group in Samutprakarn province who were considered to be at high risk for the development of CVD. From these, 220 people were randomly selected by cluster random sampling. Data were collected using an interview form and analysed using a chi – squared test, to assess relationships, and by Stepwise multiple regression analysis to determine predictability.

The results indicate that the percentages of moderate and good CVD preventative behaviors performed by the samples were equal (49.09%; mean = 45.00, SD = 5.65). The statistically significant factors related to CVD preventive behaviour in the high- risk patient group in Samutprakarn province included: gender ($\chi^2 = 9.804$, $p = .002$), perceived susceptibility ($r = .226$), response efficacy ($r = .313$), and self efficacy ($r = .523$). Predictors of CVD preventive behavior for this group included gender ($\beta = 0.175$, $t = 3.618$, $p < .001$) and self efficacy ($\beta = 0.658$, $t = 13.587$, $p < .001$). Both variables predictors of CVD preventive behavior at 51.2% of variance (Adjusted $R^2 = 0.512$, $p < .05$).

Keywords: cardiovascular disease, protection motivation theory, high – risk patient group

* Master's degree in community nurse practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, Email: Areesy@hotmail.com

** The Department of Public Health Nursing, Mahidol University

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของประชากรทั่วโลก¹ และประชากรในประเทศไทย² ในจังหวัดสมุทรปราการพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญใน 5 อันดับแรกอีกด้วย³

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD Risk จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงและจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเสี่ยง $\geq 20\%$ ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยาและการตรวจตามนัด⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ มีการออกกำลังกายน้อย⁵ มีการรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง⁶ นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย⁷ และจากการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และการรับรู้ที่ดี^{6,7} อีกทั้งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวยังเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม⁸ อาจเกิดจากการขาดปัจจัยด้านจิตวิทยา ในเรื่อง

ของแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีที่ศึกษาการรับรู้ของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นสิ่งเชื่อมโยงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ การศึกษานี้จึงนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมายกมาศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป จึงแทบไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมานำกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรต้นประกอบด้วย 1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัวร่วม 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 4) การรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค และ 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสมุทรปราการ ที่คัดกรองความเสี่ยงตามแบบประเมิน Thai CVD Risk พบว่ามีความเสี่ยง $\geq 20\%$ จำนวนทั้งสิ้น 5,163 คน³

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่คัดกรองความเสี่ยงตามแบบประเมิน Thai CVD Risk พบว่ามีความเสี่ยง ≥ 20 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel อ้างถึงในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์⁹ มีสูตรการคำนวณ คือ

$$n = \frac{\frac{\alpha}{\sigma^2} Z^2 N \sigma_x^2}{Z^2 \sigma^2 + (N-1)d^2} = 200 \text{ คน}$$

เมื่อ N = จำนวนหน่วยประชากร เท่ากับ 5,163 คน

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 %

D = ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ์ของคะแนนพฤติกรรมไม่เกิน 0.05

σ^2 = ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคในประชากร เท่ากับ 0.15¹⁰

สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม มีขั้นตอน คือ (1) จังหวัดสมุทรปราการประกอบด้วย อำเภอทั้งสิ้น 6 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากมา 3 อำเภอ (2) เลือกโรงพยาบาลระดับอำเภอมาอำเภอละ 1 โรงพยาบาล (3) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 15 ข้อ

โดยคำถามในส่วนที่ 2 3 4 5 และ 6 เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 4 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง เห็นด้วย
- 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถามเชิงลบ

- 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนการแบ่งระดับคะแนนของเครื่องมือในส่วนที่ 6 แบ่งได้ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

- 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
- 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
- 4 หมายถึง ปฏิบัติประจำ

ข้อคำถามเชิงลบ

- 1 หมายถึง ปฏิบัติประจำ
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
- 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
- 4 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

การพัฒนาเครื่องมือโดยการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 3 4 5 และ 6 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 1.0 0.8 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 3 4 5 และ 6

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.81 0.79 0.85 0.72 และ 0.70 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2017-05

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลไปยังโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. การเก็บข้อมูล เริ่มจากคัดกรองความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Thai CVD Risk โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดกรองด้วยตนเอง ถ้าพบว่ามีความเสี่ยง $\geq 20\%$ เชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารการยินยอมตน จากนั้นจะสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ซึ่งใช้วิธี Stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 60.47 ปี (SD = 11.29) มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 60.91 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.91 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 77.27

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.73 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง

2. ปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.36 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.82 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.73 และการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.45

3. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และระดับดี เท่ากัน ที่ร้อยละ 49.09 (Mean = 45.00, S.D. = 5.65) เมื่อแยกพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.64 ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.73 ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.55 ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.18 และด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.73

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ

4.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 9.804, p = .002$) โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่าเพศชาย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม

4.2 ปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค

และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ (n=220)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค	พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	
	(r)	p
1.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.121	0.072
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.226	0.001**
3.การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค	0.313	<0.001***
4.การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	0.523	<0.001***

** $p < .01$, *** $p < .001$

5. การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนโดยนำตัวแปรอิสระคือ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง เข้าในการวิเคราะห์โดยใช้วิธี Stepwise multiple regression analysis พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta = 0.658$, $t = 13.587$, $p < .001$) และเพศ ($\beta = 0.175$, $t = 3.618$, $p < .001$) โดยสามารถพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 51.20 มีค่า

ความคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 3.948 ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันโรค = $14.517 + 0.846$ (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + 2.115 (เพศ) ส่วนตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค ถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลางและระดับดีเท่ากัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีได้แก่

พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่นการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ระดับปานกลาง คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางกิจกรรมได้ดี บางกิจกรรมก็ยังทำได้ไม่ค่อยดี จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและปานกลางเท่าๆ กันซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจอร์จัน สุธิพัฒนางกูร และรัตนศิริ ทาโต¹¹ พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยรัฐโดยรวมอยู่ในระดับดี

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้เพราะความสนใจในการดูแลสุขภาพของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เดียวกันเพศชายก็เป็นเพศที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายด้าน ทั้งในด้านการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ¹⁰

อายุ สถานภาพสมรส รายได้ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ทุกช่วงอายุสามารถปฏิบัติได้เหมือนกัน¹² และบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดบุคคลต่างให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตน¹³ และในปัจจุบันการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ สามารถเข้าถึงได้เท่าเทียมกันจากการที่ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ทั่วถึง มีความมั่นคงทางสุขภาพ¹⁴ ทำให้รายได้ ไม่มีผลต่อพฤติกรรม

ป้องกันโรค อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคได้ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าระดับการศึกษาและโรคประจำตัวจะแตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้เพราะโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการให้เห็นชัดเจน แต่เมื่อถึงเวลาแสดงอาการของโรคอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ทำให้ขาดความตระหนักและไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ¹⁰

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถอธิบายตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ของ Maddux and Rogers⁸ ได้ว่า การที่บุคคลจะมีการป้องกันโรคที่ดีได้นั้นก็ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างนั้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Sabzmakan et al.¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้มีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย

การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers⁸ ได้ว่า การบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้อุบัติการณ์เกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา Plotnikoff and Higginbotham¹⁶

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ของ

Maddux and Rogers⁸ ได้ว่าความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาจำนวนมาก ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง นำไปสู่การทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม¹⁶⁻¹⁷

3. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการได้

การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคสูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chio et al.¹⁸ ที่พบว่าเพศ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ทั้งนี้เพราะเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ค่านิยม อาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และ รัตนศิริ ทาโต¹¹

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองก็มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็น อีกทั้งยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถรักษาได้ ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับดีได้ ถึงแม้ว่าจะมีการ

รับรู้ดังกล่าวอยู่ในระดับสูงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และ รัตนศิริ ทาโต¹¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลางและระดับดีเท่ากัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และเพศ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยเฉพาะควรเน้นในเพศชาย

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงน้อย ปานกลาง และสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 3]; Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.
2. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Health. Number and rate of non-communicable disease patients in 2015 [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 10]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?id=32&gid=1-020>. (in Thai).
3. Samutprakarn Provincial Health Office. Top five of mortality rate in non-communicable disease patients [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 10]; Available from: http://www.samutprakan.go.th/m_n3_6.php. (in Thai).
4. Bureau of Non Communicable Disease. Guidelines for assessment of cardiovascular. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2016. (in Thai).
5. Pichayapinyo P, Lagampan S, Sujirarat D, Kaewpan W. Factors associated with health behavior in diabetic patients with risk of cardiovascular disease [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 11]; Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4386?show=full>. (in Thai).
6. Buatee S, Siriwatanamethanon J, Sindhu S. Cardiovascular prevention behaviors among middle-aged women living in Banladsrabua Yangtalad District, Kalasin Province, Thailand. Journal of Nursing Science. 2012;30(2):58-69. (in Thai).
7. El-Mokadem NM. Health promoting lifestyle behavior among women at high risk cardiovascular disease. Med J Cairo Univ. 2013;81(1):83-8.
8. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. J Exp Soc Psychol. 1983;19(5):469-79.
9. Kijpredarborisuthi B. Social sciences research methodology. Bangkok: Chamchuri Product; 2008. (in Thai).
10. Sawasdiphab K. Factors affecting cardiovascular disease preventive behavior of the dyslipidemia people in Ubon Ratchathani Province. Journal of Graduate School, Pitchayatat, Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2011;6(1):7-15. (in Thai).
11. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary disease among autonomous university staff in Bangkok. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017;28(2):111-25. (in Thai).
12. Uaphongsathon K. Health promotion behaviors for coronary heart disease prevention among people in Kaengkro District Chaiphum Province [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai).
13. Nicsnipa P. Factors affecting to the preventive coronary heart disease behaviors of the personnel in department of health service support Ministry of Public Health [Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2006. (in Thai).
14. Laopilai P, Kanato M. Accessibility to medical care of disabled persons in upper Northeast of Thailand. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2016;4(1):95-112. (in Thai).

15. Sabzmakan L, Morowatisharifabad MA, Mohammadi E, Mazloomi-Mahmoodabad SS, Rabiei K, Naseri MH, et al. Behavioral determinants of cardiovascular diseases risk factors: A qualitative directed content analysis. *ARYA Atheroscler*. 2014;10(2):71-81.
16. Plotnikoff RC, Higginbotham N. Protection motivation theory and exercise behavior change for the prevention of heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults. *Psychology Health and Medicine*. 2002;7(1):86-98.
17. Thimoonnee M, Preechawong S. Factors related to preventive behaviors for cardiovascular disease in premenopausal cleaning personnel. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2016;23(1):118-32. (in Thai).
18. Chiou AF, Wang HL, Chan P, Ding YA, Hsu KL, Kao HL. Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in northern Taiwan. *J Nurs Res*. 2009;17(3):221-30.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

แจ่มภา ไขคำ* ชลียา ศิริกาล** ถนอมศักดิ์ บุญสูง*** แก้วใจ มาลีลัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข้าวก่าย จังหวัดสกลนคร, E-mail:kaewjai_m@hotmail.com

** โรงพยาบาลห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

*** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Factors related to the role of Village Health Volunteers in promoting health promotion of the older person at That Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province

Jamnapa Khaikham* Chaliya Sirikan** Thanomsak Boonsu*** Kaewjai Maleelai***

Abstract

The aim of this research was to 1) study factors related to the Village Health Volunteers (VHV) in promoting health promotion of the older person, 2) study the relationship between social support and the role of VHV in promoting the health of the older person at That Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. A total of 98 samples were recruited from VHV at That Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected by a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and analytical statistic. Chi-square was employed to study the relationship of VHV and the factors related to promoting health promotion of the older person. The results showed that personal factors such as the occupational was significantly correlated with the role of VHV in promoting health promotion of the older person at the .05 level. The social support such as the emotional support, appraisal support and instrumental support was significantly correlated with the role of VHV in promoting health promotion of the older person at the .05 level.

Keywords: village health volunteers, health promotion, older person

* Ban Khua Kai Tambon Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province, E-mail: kaewjai_m@hotmail.com

** Wan Yai Hospital, Mookdaharn Province

*** Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มอายุที่ยืนยาวขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.70 ของประชากรทั้งประเทศ¹ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบจากรายงานของสำนักงาน พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวง สาธารณสุข พบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพะ 5 อันดับแรก คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือด หัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ตับ ทำให้ต้องเตรียมการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน สังคม และ ด้านเศรษฐกิจ² การส่งเสริมภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุควรเน้นการสนับสนุนที่มาจากครอบครัว สร้าง ภาวะครอบครัวเป็นสุข จัดกิจกรรมจรรโลงจิตใจ เมื่อจิต เป็นสุขและเข้มแข็งก็จะเกิดภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ที่ดีต่อไป³

บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุดังกล่าวนั้น คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านโดยได้รับการ อบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มี บทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมสุขภาพอนามัย สื่อสารข่าวสารด้านสาธารณสุข เผยแพร่ความรู้ และที่สำคัญเป็นบุคคลที่มีบทบาทใกล้ชิด กับประชาชน รวมทั้งมีบทบาทในการส่งเสริมเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ เฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานงานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เหมาะสม ต่อไป⁴ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นอีก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุโดยส่งผลให้อสม.ปฏิบัติหรือแสดงออก

ในทางพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ⁵ ซึ่งประกอบด้วยแรง สนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร

พื้นที่ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี มีผู้สูงอายุจำนวน 733 คน มี อสม. จำนวน 136 คน อสม.ได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพในด้าน ต่างๆ แต่ยังไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ในพื้นที่ดังกล่าวผู้สูงอายุยัง ขาดการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ บทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต. ธาตุ อ. วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอสม.ใน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจะสามารถ นำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรง สนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท ของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาท ของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี จำนวน 136 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

p = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ต้องการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.80 และยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 88 คน

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 98 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากจากรายชื่อ อสม. โดยไม่ใส่คืนเกณฑ์การคัดเข้าประชากร (Inclusion criteria) คือ อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ อสม. ที่ไม่มาในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือมาก (ให้ 3 คะแนน) ปานกลาง (ให้ 2 คะแนน) และน้อย (ให้ 1 คะแนน) การแปลความหมาย ดังนี้ ระดับมาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากเป็นประจำทุกครั้ง (เดือนละ 5-7 ครั้ง) ระดับปานกลาง หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทุกครั้ง (เดือนละ 2-4 ครั้ง) และระดับน้อย หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นบางครั้งหรือไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย (เดือนละ 1 ครั้ง) เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (IOC = 1) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป try out กับตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S014/2559 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจเข้าร่วม สามารถถอนชื่อจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ โดยไม่มีข้อแม้ ข้อมูลจากแบบสอบถามการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด และประธาน อสม. ทุกหมู่บ้านใน ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและ

ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม
ดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมายและตรวจสอบ
ความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่
ไคสแควร์ ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ที่
มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ
หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับ
บทบาทของ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่ อสม. เป็นเพศหญิง จำนวน 88 คน
(ร้อยละ 89.80) รองลงมา คือ เพศชาย จำนวน 10 คน
(ร้อยละ 10.20) อสม. ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 37 คน
(ร้อยละ 37.80) รองลงมาคือ อายุ 51-60 ปี จำนวน 35 คน
(ร้อยละ 35.70) อายุ 31-40 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ
16.30) อายุมากกว่า > 60 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.10)
และอายุน้อยกว่า 31 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 4.10)
ตามลำดับ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 50 คน
(ร้อยละ 51.00) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาจำนวน
42 คน (ร้อยละ 42.90) และสูงกว่ามัธยมศึกษาจำนวน 6 คน
(ร้อยละ 6.10) ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกร/ทำนาจำนวน
58 คน (ร้อยละ 59.20) รองลงมาคือเป็น พ่อบ้าน / แม่บ้าน
จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16.30) อาชีพค้าขายจำนวน 13 คน
(ร้อยละ 13.30) และอาชีพรับจ้าง/กรรมกร จำนวน 11 คน
(ร้อยละ 11.20) ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นอสม.ส่วนใหญ่
อยู่ระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 42 คน (ร้อยละ 42.30) รองลงมา
คือเป็นอสม.มากกว่า 10 ปี จำนวน 32 คน (ร้อยละ 32.70)

และเป็น อสม.น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 24.40)
ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เพศหญิงจำนวน 73 คน (ร้อยละ 74.50) และเพศ
ชายจำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.20) มีบทบาทในการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ เมื่อพิจารณา
ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับบทบาทของ อสม.ในการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ
บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อายุของ อสม.
มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
ดังนี้ อสม. ที่มีอายุ 41-50 ปีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 32.70)
รองลงมาคือ อสม. ที่มีอายุ 51-60 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ
30.60) อสม. ที่มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ
12.20) อสม. ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ
5.10) และ อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 3 คน
(ร้อยละ 3.10) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์
ระหว่างอายุของ อสม. กับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ พบว่าอายุของอสม. ไม่มีมีความสัมพันธ์กับ
บทบาทของ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับ
การศึกษาของ อสม. มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ดังนี้ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา
จำนวน 44 คน (ร้อยละ 44.90) รองลงมาคือ ระดับ
ประถมศึกษาจำนวน 34 คน (ร้อยละ 34.70) และการศึกษา
ระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 4 คน (ร้อยละ
4.10) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ
การศึกษากับบทบาทของ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ
บทบาทของ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาชีพ
ของ อสม. มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับมาก ดังนี้ อาชีพเกษตรกร/ทำนา จำนวน 52 คน
(ร้อยละ 53.10) รองลงมาคือ อาชีพพ่อบ้าน/ แม่บ้าน

[illegible]

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (N = 98) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข								X ²	p
	ประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ									
	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
4. อาชีพ										
เกษตรกรกรม/	58	59.20	52	53.10	6	6.10	0	0.00	13.419	.037*
ทำนา	13	13.30	9	9.20	3	3.10	1	1.00		
ค้าขาย	11	11.20	10	10.20	0	0.00	1	1.00		
รับจ้าง/	16	16.30	11	11.20	5	5.10	0	0.00		
กรรมกร										
พ่อบ้าน/										
แม่บ้าน										

* p < .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของอสม. โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.62$, $SD = 0.39$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.71$, $SD = 0.35$) รองลงมาคือ ด้านการประเมิน ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.40$) ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 0.40$) และด้านทรัพยากร ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 0.41$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง

แรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. ต. ชาติ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (N = 98)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล	X^2	p
1. ด้านอารมณ์	2.59	0.40	มาก	25.729	< .001*
2. ด้านการประเมิน	2.60	0.40	มาก	67.611	< .001*
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.71	0.35	มาก	14.247	.060
4. ด้านทรัพยากร	2.59	0.41	มาก	25.486	< .001*
รวม	2.62	0.39	มาก		

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ส่วนใหญ่ อสม. มีอาชีพเกษตรกร/ทำนาซึ่งเป็นอาชีพเดียวกันกับประชากรในหมู่บ้าน อสม. จะต้องประกอบอาชีพหลักของตนเอง เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวก่อนที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย ส่งผลต่อการมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชนุช จำปาศรี⁶ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณิณี รัตติโชติ⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. กรณีศึกษาเทศบาลเมืองทองสั อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ซึ่งพบว่าอาชีพเป็นปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. ในขณะที่ปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น เพศไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อภิปรายได้ว่าปัจจุบัน อสม. ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม.

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชนุช จำปาศรี⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. เมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าเพศที่แตกต่างกันปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน เพราะในแต่ละช่วงอายุจะมีการปฏิบัติงานที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่า อสม. ได้เข้ารับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุเทน บุญยงค์ พงษ์ไย่ เสี่ยมจิตต์ และธีรวิทย์ เอกะกุล⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. จ.อุบลราชธานี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากระดับการศึกษาทุกระดับสามารถแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในการปฏิบัติหน้าที่โดยการประชุม อบรม และมีเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการสืบค้นข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณิณี รัตติโชติ⁷

ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม.กรณีศึกษาเทศบาลเมืองทองหล่อ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. แต่ขัดแย้งกับสุชาณุช จำปาศรี⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. เทศบาลเมืองกาญจนบุรี จ.กาญจนบุรี พบว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกัน และระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะ อสม. ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่บ่อยๆ ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญานินี รัตติโชติ⁷ ที่พบว่าระยะเวลาการทำงานเป็นปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม.

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ปาประโคน⁸ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อ.บ้านกรวด จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภาคกุล⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ต.บึงศาล อ.องครักษ์ จ.นครนายก พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านอาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงด้านปัจจัยทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ควรรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอสม.ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป
3. หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนและส่งเสริมการทำงานของอสม.ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. The 2014 survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 1]; Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport57-1.pdf>. (in Thai).
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Situation of elderly health problems [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 2]; Available from: <https://>

- www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy/วิจัยงาน.pdf. (in Thai).
- Province. Pathumthani University Academic Journal. 2014;6(3):171-8. (in Thai).
3. Atthamaethakul W, Srivilai W. The influences of aging health in Tumbon Koobua, Ratchaburi. Journal of Health Science Research. 2013;7(2):18-28. (in Thai).
 4. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Operation manual for village health volunteer to the older person, love family, community. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion; 2009. (in Thai).
 5. Paprakhon T. Relationships between social support of village health volunteers on elderly health promotion in Bankruat district, Buriram Province [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013. (in Thai).
 6. Champasri S. Factors related to the performances of health volunteers in Muang Kanchanaburi Municipality, Kanchanaburi Province [Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2011. (in Thai).
 7. Rattichot Y. Factors affecting role of village health volunteers in promoting community health: A case study of Khohong Municipality, Hatyai District, Songkhla Province [Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2010. (in Thai).
 8. Bunying U, Sangiemchit P, Akakul T. Factors associated with the older person in health management of village health volunteers Ubon Ratchathani Province. Research and Development Health System Journal. 2013;6(3):11-8. (in Thai).
 9. Jitsopakul N. Factors related to behavior Health Promotion of the older person in Moo, Buengtam Subdistrict, Ongkharak District Nakhon Nayok

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น

กนิษฐา เมฆกมล* อริรัตน์ วิเชียรประภา**

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาระดับชาติของประเทศไทย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจสำหรับการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะหากมารดาไม่ได้รับการประเมินหรือไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นการประเมินภาวะเสี่ยงและการดูแลที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทในการเป็นมารดา และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้เป็นการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยในระยะตั้งครรภ์พยาบาลควรให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขอรับการตั้งครรภ์ เตรียมบทบาทในการเป็นมารดาและประเมินภาวะเสี่ยง ส่วนในระยะคลอดควรประเมินภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดทันที เพื่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน สำหรับในระยะหลังคลอดควรส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด ให้มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวางแผนการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการวางแผนครอบครัว และคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น บทบาทพยาบาล แนวทางการดูแล

* วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, E-mail: kanitta@pnc.ac.th

** วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

The roles of nurses in teenage mother's caring

Kanitta Mekkamol* Areerat Wichainprapha**

Abstract

Teenage pregnancy has become one of the national health problems in Thailand. This includes risks during pregnancy, labor and postpartum stages due to the lack of readiness of the body and mind among those pregnant adolescents, especially, in the case of lack of risk evaluation or proper care. Moreover, this might lead to unsafe pregnant termination. Receiving proper risk evaluation from health providers can help pregnant teenagers adjust their maternal role and continue their quality of life.

This article aims to provide a nursing guideline for teenage pregnancy care from a pregnancy to postpartum period. The contents include : 1) during pregnancy, nurses should support pregnant teens to accept their pregnancy, promote their maternal roles, and provide risk assessment; 2) during delivery, nurses should continue risk assessment, and promote mother-infant bonding right after the delivery to build strong attachment between them; 3) during a postpartum period, nurses should encourage parenting roles, breastfeeding, and life planning especially family planning and contraception to prevent repeated pregnancies.

Keyword: teenage mothers, nursing role, care guidelines

*Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, E-mail: kanitta@pnc.ac.th

** Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยเจริญพันธุ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นรู้สึกสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ขาดความเชื่อมั่น ความยับยั้งชั่งใจ และประสบการณ์ชีวิต ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า ช่วงอายุอื่น เช่น การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จากข้อมูลพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นครั้งแรกเร็วขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสังคมในอดีต โดยพบว่านักเรียนชายร้อยละ 23.60 และนักเรียนหญิงร้อยละ 18.70 ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งในปัจจุบันปัญหาที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย ถ้ามารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลไม่เหมาะสม จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ทารก ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอดจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่น

สถานการณ์และแนวโน้มการตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์วัยรุ่น (Teenage pregnancy/ Adolescent pregnancy) คือ การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี เมื่อนับถึงกำหนดคลอด² ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของประเทศไทยที่กล่าวว่า มารดาวัยรุ่น หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี โดยนับอายุถึงวันคะแนนกำหนดคลอด³

สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นทั่วโลก ปีค.ศ. 2015 พบว่า อัตราการคลอดบุตรของหญิง อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 44.10 ต่อ 1,000 คน⁴ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่น อยู่ลำดับที่ 3 เท่ากับ 51 ต่อ 1,000 คน⁵ โดยพบว่ามีอัตราการ

บุตรซ้ำของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีเท่ากับร้อยละ 12.20⁶ ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์การตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10⁷ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีสถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำในอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน ช่วยเหลือ แก้ไข และเยียวยาปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม โดยเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุข ต้องให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานสำหรับวัยรุ่น และมีระบบการส่งต่อให้ได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม⁸

แนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์

วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูง เนื่องจาก การเจริญเติบโตของร่างกายไม่สมบูรณ์และอาจดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารก บางรายอาจมีปัญหาด้านจิตใจ ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ไม่ยอมรับบทบาทการเป็นมารดา พยาบาลควรมีบทบาทในการดูแลวัยรุ่น ได้แก่ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ลดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งเสริมการปรับตัวและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว⁹ โดยบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. ประเมินการยอมรับการตั้งครรภ์และแนะนำแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไว้วางใจ กล่าวที่จะเปิดเผย

ความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ และควรใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นเล่าสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ยอมรับการตั้งครรภ์ ได้แก่ สามี บิดา มารดา บุคคลในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากวัยรุ่นตั้งครรภ์มักขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ต้องเผชิญกับความกดดันและความเครียดที่เกิดขึ้น จึงต้องการการดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำหรือข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลควรให้ข้อมูลทางเลือกกับวัยรุ่นบางรายที่ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์แยกทางกับสามี หรือไม่มีที่พัก รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกตามบริบทของมารดา¹⁰ โดยแนะนำแหล่งช่วยเหลือ เช่น ศูนย์ช่วยเหลือสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สายด่วน 1330 หรือเว็บไซต์ของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตมาตุ ซึ่งให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกข่มขืน ถ่วงละเมิดทางเพศ และสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

2. ให้บริการและให้คำปรึกษาแก่มารดาวัยรุ่นเฉพาะราย มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกับมารดาผู้ใหญ่ ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต้องมีความแตกต่างกัน และเน้นให้มารดาวัยรุ่น มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยนำเทคโนโลยีที่วัยรุ่นใช้อยู่มา เป็นสื่อในการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของมารดาวัยรุ่นแต่ละบุคคล เช่น การค้นหาข้อมูลความรู้ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น นอกจากนี้ สถานที่ฝากครรภ์ควรเป็นสัดส่วน หรือใช้สถานที่เดิมแต่แยกช่วงเวลา ควรมีห้องให้การปรึกษาส่วนตัว ให้บริการฝากครรภ์แบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service)³ เพื่อความสะดวกรวดเร็ว เป็นส่วนตัว และลดขั้นตอนในการเข้ารับบริการ

3. ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา วัยรุ่นตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปสู่การเป็นมารดา อาจทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่างการดูแลทารกในครรภ์กับการดูแลตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากสามี มารดา หรือบุคคลใกล้ชิด สามารถช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภูมิใจที่ได้เป็นมารดา สามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลต่อบทบาทการเป็นมารดา และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม¹¹

4. ประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ พยาบาลประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ โลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดเชื้อที่มักเกิดขึ้นในวัยเด็ก เช่น การติดเชื้อในหูชั้นกลาง โรคสุกใส หัด คางทูม ไอกรน เป็นต้น⁹ นอกจากนี้ควรประเมินภาวะเสี่ยงทางด้านจิตใจของมารดาวัยรุ่น โดยอาจใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อเป็นการประเมินความเครียดเบื้องต้น ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ การไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียด สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และลดผลกระทบต่อตนเองและทารก¹²

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลมารดาวัยรุ่น ในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การให้มารดาวัยรุ่นยอมรับการตั้งครรภ์ ปรับบทบาทการเป็นมารดา ประเมินภาวะเสี่ยงทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่มารดาวัยรุ่นในการดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอด

ระยะที่ 2 การดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด

ในระยะคลอดมารดาวัยรุ่นอาจเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ทำให้เกิดการคลอดยาวนาน เสี่ยงต่อการใช้หัตถการช่วยคลอด อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะช็อค ทารกคลอดก่อนกำหนด หายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome) หรือทารกเสียชีวิตและพิการได้ ทารกอาจมีน้ำหนักตัวน้อย เจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือได้รับบาดเจ็บจากการใช้หัตถการช่วยคลอด และทารกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) ได้¹³⁻¹⁵ การดูแลในระยะคลอดที่สำคัญต้องมีการประเมินภาวะเสี่ยง ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ดูแลทางด้านจิตใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดมีดังนี้

1. ประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาวัยรุ่น ได้แก่

การประเมินภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน (Cephalo pelvic disproportion) โดยคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์ และประเมินสภาพเชิงกรานเพื่อวางแผนผ่าคลอด ระวังภาวะเสี่ยงจากการคลอดยาวนาน ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้หัตถการต้องอธิบายและเตรียมตัวมารดาวัยรุ่น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้หัตถการ ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง ประเมินความสัมพันธ์ของอายุครรภ์กับระดับยดมดลูก ประเมินภาวะช็อค ถ้าพบให้ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือดซ้ำเนื่องจากในระยะคลอด และระยะหลังคลอดจะมีการเสียเลือดมากขึ้น

2. ส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดที่เหมาะสม โดยประเมินการหดตัวของมดลูก ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และแนะนำวิธีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด จากการศึกษาพบว่าในระยะเจ็บครรภ์คลอด มารดาวัยรุ่นต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการหายใจ การ

นวดหลัง และการใช้ความร้อนประคบ¹⁶ สำหรับมารดาวัยรุ่นที่ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ จะไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการคลอด อาจมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม ส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดล่าช้าได้ พยาบาลควรให้การดูแลมารดาวัยรุ่น กลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้และมีความก้าวหน้าของการคลอดที่ดี

3. ดูแลทางด้านจิตใจมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด

มารดาวัยรุ่นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมักรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีความสุข ต้องการความเอาใจใส่และต้องการกำลังใจ ถ้าได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจที่เหมาะสม จะส่งผลให้การคลอดราบรื่น ระยะเวลาการคลอดสั้นลง ลดการใช้ยาระงับปวด และลดการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด หากมารดาวัยรุ่นได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวด และการดูแลเพื่อส่งเสริมความสบาย จะทำให้มีความเครียดน้อยลงและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มปกติ¹⁷

4. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาวัยรุ่น

กับทารกหลังคลอดทันที ระยะหลังคลอดควรนำทารก มาให้มารดาวัยรุ่นได้โอบกอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin to skin contact) ภายในครึ่งชั่วโมง หลังคลอดและให้อยู่ร่วมกันอย่างน้อย 1 ชั่วโมง โดยไม่มีการรบกวนเนื่องจากระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นช่วงเวลาสำคัญของการสร้างความผูกพันทางด้านจิตใจ (Bonding) ระหว่างมารดากับทารก และควรกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้เร็วที่สุด เมื่อทารกดูดนมมารดาจะมีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (Prolactin hormone) และฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin hormone) ที่กระตุ้นให้มารดาและทารกแสดงพฤติกรรมตามสัญชาตญาณ สร้างความผูกพันทางจิตใจระหว่างมารดาและทารก¹⁸

ดังนั้น การดูแลในระลอกที่สำคัญ คือ การประเมินภาวะเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในระลอก และการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเพื่อกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อกัน

ระยะที่ 3 การดูแลมารดาวัยรุ่นในระลอกหลังคลอด

ระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม พยาบาลควรประเมินและวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะตกเลือด ดิฉีหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและภาวะเครียด ซึ่งมักเกิดกับมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีใครรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์เกิดความอับอายปรับตัวไม่ได้ และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เนื่องจากวุฒิภาวะที่ไม่เหมาะสม และไม่พร้อมต่อการมีบุตร บางรายอาจมีปัญหาคอขวด หรือเกิดปัญหาด้านการเรียนรู้ร่วมด้วย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและต่อสังคมโดยรวม เช่น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาการทอดทิ้งบุตร ปัญหาการทำร้ายบุตร ซึ่งจะกลายเป็นปัญหาที่สำคัญทางสังคมต่อไป¹⁹ โดยบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระลอกหลังคลอด มีดังนี้

1. ป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

มารดาวัยรุ่นอาจมีการฝึกหัดของช่องคลอดมากกว่าปกติ เนื่องจากเชิงกรานของมารดาวัยรุ่นอาจไม่ได้สัดส่วนกับศีรษะทารก ทำให้ต้องตัดฝีเย็บที่กว้างและลึก ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บที่ช่องคลอด และตกเลือดหลังคลอดได้⁹ โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ควรประเมินการเสียเลือด การหดตัวของมดลูกและแผลฝีเย็บ มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ควรประเมินความเข้มข้นของเลือดซ้ำ

2. ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา

พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัว มีการปรับบทบาททั้ง 2 ฝ่าย โดยครอบครัวต้องสนับสนุนให้

ความมั่นใจ กำลังใจ และร่วมกันเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือการปรับบทบาทที่เหมาะสม โดยอาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมทางด้านสังคมจิตวิทยาสำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะที่เรียกว่า HEEDSSS ซึ่งเป็น การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาสุขภาพทางอารมณ์ สังคมของวัยรุ่น จะช่วยทำให้การดูแลวัยรุ่นเป็นลักษณะองค์รวมมากขึ้น³

3. ส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา เพื่อเป็น

การสร้างสายใยและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และลดโอกาสที่มารดาวัยรุ่นจะทอดทิ้งบุตร โดยพบว่าความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง ดีกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเองบางส่วน²⁰

4. แนะนำการวางแผนครอบครัวและการ

คุมกำเนิดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่า 1 ใน 5 ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ²¹ และในปี พ.ศ. 2559 พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีการคลอดซ้ำเท่ากับร้อยละ 12.20²² ซึ่งผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำทำให้มารดาวัยรุ่นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้เต็มที่ และทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการศึกษาต่อ ปัจจัยแรกที่ทำให้ตั้งครรภ์ซ้ำเกิดจาก การไม่ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ และปัจจัย ที่ 2 เกิดจากไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ²³ ไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ²⁴ ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกรายอย่างครอบคลุมและชัดเจน เพื่อให้การคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพ ไม่ให้วัยรุ่นหยุดการคุมกำเนิดและตั้งครรภ์ซ้ำเร็วเกินไป มารดาวัยรุ่นควรจะ

คุมกำเนิด อย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อให้เข้าสู่วัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม และมีความรับผิดชอบมากขึ้น

องค์การอนามัยโลกเสนอแนะว่าการคุมกำเนิด ที่เหมาะสมสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ควรใช้การคุมกำเนิดกึ่งถาวรหรือการคุมกำเนิดระยะยาวแต่ไม่ถาวร เรียกว่า Long-acting Reversible Contraception (LARC) เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่พึงประสงค์²⁵ ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด (Implant) และห่วงอนามัย (Intrauterine device; IUD) ซึ่งมีอายุการใช้งาน 3-5 ปี ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนการคุมกำเนิดทั้งสองวิธีให้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสัมพันธ์กับความต้องการการช่วยเหลือในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น คือ ต้องการฝังยาคุมกำเนิดฟรีเมื่อมาตรวจหลังคลอด²⁶

5. แนะนำการวางแผนชีวิตและการกลับไปศึกษาต่อ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านการศึกษา โดยมารดาวัยรุ่นมักจะลาออกหรือ พักการศึกษา เนื่องจากจำเป็นต้องหาเลี้ยงตัวเอง บางรายอาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเอง หรือครอบครัวของสามี พยายามควรประเมินความต้องการในการศึกษาต่อและ ให้คำแนะนำในการวางแผนชีวิตในการกลับเข้ามาศึกษาต่อ ให้จบการศึกษา วางแผนเรื่องเศรษฐกิจ ส่งเสริมครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาวัยรุ่นและทารก

6. ใช้เทคโนโลยีในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด วัยรุ่นมักแสวงหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและ โทรศัพท์มือถือ เนื่องจากสะดวกสบาย สามารถค้นหาข้อมูลได้ตลอดเวลา และใช้โปรแกรมไลน์ เฟสบุ๊ก ในการสื่อสาร พยายามควรใช้ช่องทางการสื่อสารเหล่านี้ในการให้คำแนะนำข้อมูลความรู้ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.breastfeedingthai.com หรือใช้แอปพลิเคชันนมแม่ ใช้การสื่อสารทางไลน์ โดยอาจตั้งเป็นกลุ่มหรือไลน์ส่วนตัว เพื่อให้มารดาวัยรุ่นสามารถ

ปรึกษาปัญหาได้โดยง่าย และควรให้ข้อมูลผลกระทบของการใช้โทรศัพท์มือถือที่มีต่อทารกด้วย เช่น คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากโทรศัพท์มือถือสามารถผ่านเข้าสู่เยื่อสมองทารกได้ลึกกว่าผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงไม่ควรใช้โทรศัพท์มือถือใกล้ทารก²⁷ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลจึงต้องมีการประเมินภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแล ช่วยเหลือ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนการปรับบทบาทการเป็นมารดาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้มารดาวัยรุ่นและบุตรสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand reproductive health database [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 11]; Available from: <http://rhdata.anamai.moph.go.th/index.php/adolescent/adolescent8>.
2. World Health Organization. Adolescent pregnancy: Issues in adolescent health and development [Internet]. 2004 [cited 2018 May 11]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42903/9241591455_eng.pdf;jsessionid=07F1A71970D64E7432BE14AEB7A4B6FB?sequence=1.
3. Saejeng K, Sukrat B, Kovavisarat E, Pomprapat P, Kanjanawetang J. A practical guide for teenagers. Bangkok: Media Center and Kaewchaochom Publications; 2015. (in Thai).

4. World Health Organization. World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs (Sustainable Development Goals) [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 7]; Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/EN_WHS2017_TOC.pdf?ua=1.
5. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2017. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Birth statistics of Thai teenagers in 2015. Bangkok: Agricultural Cooperatives of Thailand; 2015. (in Thai).
7. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand reproductive health database [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 10]; Available from: <http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/data/inspect58/r06.pdf>. (in Thai).
8. Office of the Royal Gazette The Secretariat of the Cabinet. Act prevention and pregnancy problems in adolescents [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 1]; Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/A/030/1.PDF>. (in Thai).
9. Sansiriphun N, Baosoung C. Nursing and midwifery volume 3: Women with complications. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017. (in Thai).
10. Chirawatkul S. Options counseling for pregnant teenagers. Thai Journal of Nursing Council. 2016;31(2):5-16. (in Thai).
11. Phromchaisa P, Kantaruksa K, Chareonsanti J. Effect of social support enhancement on maternal role among adolescent pregnant women. Nursing Journal. 2014;41(2):98-106. (in Thai).
12. Boonyaporn T, Saetan C. Nursing role: Stress management of pregnant teenage. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(3):271-81. (in Thai).
13. Lawaratanakorn B. Maternal age and neonatal outcomes, in pregnant women and child who gave birth at Kanthaluk Hospital. Journal of ODPC 10th Ubon Ratchathani. 2013;11(1):1-9. (in Thai).
14. Maneepitaksanti R. Labor complications in teenage and elderly pregnancy in Phamomsarakarm Hospital. Journal of Health Science. 2014;23(1):69-74. (in Thai).
15. Vechayansringkarn W. Pregnancy outcomes in primiparous pregnant teenagers in Bangyai Hospital. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2012;29(2):82-92. (in Thai).
16. Kruachottikul S. Relationships between selected factors, social support, anxiety in maternal role and needs of nursing support of teenage pregnant women. Journal of Public Health Nursing. 2009;23(2):62-78. (in Thai).
17. Gerdprasert S. Nursing role in solving pregnancy problems in adolescents. In: Wongsiridej S, editor. Perinatal. Bangkok: Union Creation; 2013. p.187-95. (in Thai).
18. Muttamara S, Chusilp K, Suthatworawut U, Sangtawesin V, Heangcheowanich Y. Breastfeeding textbook. Bangkok: Aiyara; 2012. (in Thai).
19. Arundee S, Natrujirote W, Kayee P, Phungphak W. The needs of adolescent mothers for healing and preventing unintended adolescent pregnancy. Journal of Social

- Science Srinakarinwirot University. 2017;19:276-89.
(in Thai).
20. Nupech C, Phumduang S, Kritchareon S. Maternal-infant bonding of teenage postpartum mothers with full-time parenting and non-full-time parenting [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 12]; Available from: http://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/717_81-89.pdf.
(in Thai).
21. Opresertsawat P. Teenage pregnancy: Impact and prevention. In Wongsiridej S, editor. Thanyok perinatal. Bangkok: Perinatal Society of Thailand; 2013. p. 177-82. (in Thai).
22. Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health. The health of reproductive health in adolescents [Internet]. 2017 [cited 2018 May 10]; Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/brochure/FinalAW.pdf. (in Thai).
23. Pungbangkadee R, Ratintthorn A. Factors and consequences of repeat pregnancy among teenagers: A case study in Bangkok metropolis. Journal of Nursing Science. 2014;32(2):23-31. (in Thai).
24. Wisarutkasempong A, Muangpin S. Factors related to the intention to repeat pregnancy among pregnant adolescents. Srinagarind Medical Journal. 2015;30(3):262-9. (in Thai).
25. Wanitpongpan P, Russameecharoen K, Lertbunnaphong T. Modern textbook of obstetrics. Bangkok: P.A. Living; 2017. (in Thai).
26. Srivilai K. Repeated pregnancy among adolescents: A case study in a community hospital, Southern Thailand. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3):142-52. (in Thai).
27. Jirawongnusone S, Chitmanasak N, Littisan S, Phooyadao P. A danger of mobile technology. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology). 2018;13(1):164-77. (in Thai).

ประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน

มกร ลิ้มอุดมพร* ผกากรอง ขวัญข้าว** บุญทำ กิจนิยม** ปวีณสรารักษ์ภักดิ์**

นภัศรญา เกษรา** ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์*** สุจิตา โอภาณี***

บทคัดย่อ

ไมเกรนเป็นสาเหตุของอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อย การรักษาที่ใช้ยาเป็นหลักซึ่งอาจเกิดอาการแทรกซ้อนได้ ในทางการแพทย์แผนไทยมีโรคที่มีอาการใกล้เคียงกับโรคไมเกรน ซึ่งรักษาด้วยการนวด จึงได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผล และความปลอดภัยในการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 91 ราย ในปี พ.ศ. 2555 -2560 และสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับยาเพียงอย่างเดียว (42 คน) และกลุ่มที่ 2 ได้รับยาร่วมกับการนวด (นวดวันเว้นวัน) เป็นเวลา 7 วัน (49 คน) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มที่ 2 มีอาการลดลงกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในประเด็นดังนี้ 1) ระดับความเจ็บปวดลดลงในวันที่ 7 2) ความถี่ในการปวดต่อวันลดลงในวันที่ 2 และตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นไป 3) จำนวนยาที่ใช้ลดลงตั้งแต่วันที่ 2 เป็นต้นไป และมีระดับความพึงพอใจที่มากกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังในกลุ่มที่ 2 พบว่า มีระดับความปวดลดลงตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป ความถี่ในการปวด และจำนวนการใช้ยาลดลงตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าการรักษาผสมผสานมีผลลดความถี่ในการปวด และการใช้ยา จึงควรส่งเสริมให้เกิดการรักษาแบบผสมผสาน

คำสำคัญ: ไมเกรน การนวดไทย การรักษาแบบผสมผสาน

* โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, E-mail: fatattm@gmail.com

** โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

*** วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

Effectiveness of Thai massage integrated into standard treatment for patients with migraine with or without aura

Makron Limudomporn* Pakakrong Kwankhao** Buntam Kitniyom** Pawatsara Kampheratham**

Napatchaya Kessara** Chalalai Chokdeesrijan*** Suthita Obhasi***

Abstract

Migraine is the major cause of headache. Medication is typically used for the treatment of migraine, however, adverse drug reactions may be found. For Thai Traditional Medicine, there is a disease of which symptoms are similar to migraine and massage has been used to treat this disease. Therefore, to develop an integrative treatment, this study aimed to assess effectiveness and safety of massage integrated into standard treatment in patients with migraine with or without aura. The Quasi experiment was conducted in the outpatient department of Chao Phya Abhaibhubejhr hospital during 2012-2017. Ninety-one patients with migraine with or without aura were randomly divided into 2 groups; standard treatment (group 1) for 7 days and standard treatment with Nuad Thai every other day for 3 days (group 2). Group 2 had less pain intensity and modern medicine consumption significantly within 7 and 2 days respectively when comparing to group 1. Pain frequency reduced significantly in day 2 and 4 while patient satisfaction was also higher significantly in group 2. Within the groups, group 2 started reducing pain intensity, pain frequency and modern medicine consumption in day 3, 4 and 4 onward respectively. In conclusion, it is indicated that Nuad Thai helps reducing pain intensity and modern medicine consumption in patients with migraine. It should be promoted and integrated into standard treatment.

Keywords: migraine, Thai massage, integration into standard treatment

*Chao Phya Abhaibhubejhr hospital, Prachinburi, E-mail: fatattm@gmail.com

** Chao Phya Abhaibhubejhr hospital, Prachinburi

*** Abhaibhubejhr college of Thai Traditional Medicine, Prachinburi

บทนำ

โรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นสาเหตุของอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อย ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคปวดศีรษะในประชากรผู้ใหญ่ภาคกลาง พบความชุกของโรคไมเกรน ร้อยละ 17.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 ต่อ 1¹ ปัจจัยที่กระตุ้นหรือเสริมอาการปวด ได้แก่ ความเครียด การอดนอน และอาการท้องผูก นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะหรือเสริมอาการปวดมากขึ้น² ไมเกรนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เป็นโรคหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ทำงานประเภที่ใช้ความคิดต้องขาดงานเป็นจำนวนมาก ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจไม่น้อย ถ้าเป็นบ่อยมากเป็นรุนแรงมากๆ ก็ทำให้เสียสุขภาพจิตได้³

การรักษาไมเกรน โดยส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นหลัก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแตกต่างกันไปตามกลุ่มของยา เช่น ยากลุ่ม NSAIDS อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ยากลุ่ม Ergot ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียนและห้ามใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ยากลุ่ม TCA อาจมีผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก นอกจากนี้การใช้ยาดัดต่อกันในขนาดสูงเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคปวดศีรษะเหตุใช้ยาเกิน (Medication overused headache) ได้ โดยเฉพาะยาที่มักใช้บ่อย เช่น Paracetamol, NSAIDS, Ergotamine, Opioids และ Triptans⁴

ด้านการแพทย์แผนไทยพบว่า มีการกล่าวถึงโรคลมปะกำ ซึ่งมีอาการปวดศีรษะ ลักษณะปวดขมับ ปวดเบ้าตา หรือปวดกระบอกตา ปวดแบบตุ๊บๆ หรืออาจตื้อๆ เป็นข้างเดียวหรือสลับข้างกันในแต่ละครั้ง และอาจเป็นทั้งสองข้างได้ ทำให้หน้าแดง ตาพร่า ตาตาย เห็นแสงระยิบระยับ มักมีอาการเป็นชั้วโมงหรือตั้งแต่เช้าถึงเที่ยง บางครั้งพบว่ามีอาการปวดตลอดวัน และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาเจียน มีไข้ แต่หากมีไข้ร่วมด้วย ต้องรักษาไข้ให้หายก่อน⁵ อาการดังกล่าวนี้ มีอาการคล้ายกับโรค

ไมเกรนในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงมีการเทียบเคียงโรคลมปะกำกับโรคไมเกรน และใช้การนวดเพื่อการรักษา ซึ่งในโครงการนี้ทางคณะผู้วิจัยได้นำแนวเวชปฏิบัตินวดรักษาของลมปะกำมาใช้ในโครงการ เนื่องจากโรคไมเกรนเป็นโรคใหม่ที่ไม่มีการกล่าวอ้างในการนวดไทยแบบดั้งเดิมมาก่อน และอีกประการหนึ่งคือ โรคไมเกรนมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเครียด ซึ่งการค้นคว้าพบว่าการนวดไทยสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียดได้⁶ และอาจช่วยลดปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดผลข้างเคียงจากยา คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการผสมผสานการนวดไทยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในสถานพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล และความปลอดภัยในการรักษาอาการปวดศีรษะจากไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน โดยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department; OPD) และคลินิกแพทย์แผนไทย เพื่อการวิจัย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ จำนวน 100 คน จากนั้นนำ

อาสาสมัครแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน สุ่มเลือกอาสาสมัครแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็นและแบ่งกลุ่มตามการสุ่มโดยใช้ตารางสุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-60 ปี จากแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้รับการวินิจฉัยจากประสาทแพทย์ผู้ตรวจว่ามีอาการปวดศีรษะจากไมเกรนชนิดมีหรือไม่มีอาการเตือน (migraine with or without aura) สามารถเข้าใจ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนเรื้อรัง (มีอาการปวดมากกว่า 15 วันต่อเดือนติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป) รับประทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อมา ภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้านี้มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส มีบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บภายในช่วง 48 ชั่วโมง หรือบริเวณที่กระดูกเสื่อม แดง หัก ปริ ร้าว แล้วยังไม่ดีขึ้น เป็นมะเร็ง มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mm.Hg และ / หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน มีบริเวณที่ผ่าตัดในระยะเวลา 1 เดือน บริเวณที่มีหลอดเลือดดำอักเสบ (Deep Vein Thrombosis : DVT) มีการติดเชื้อเฉียบพลัน มีประวัติโรคกระดูกพรุน โรคเลือดออกง่ายหรือรับประทานยากลุ่มยาละลายลิ่มเลือด จิตไม่สมประกอบ เป็นโรคกระเพาะอาหาร เป็นโรคตับ มีประวัติปวดศีรษะจากการมีประจำเดือน หรืออยู่ในระยะตั้งครรภ์ แพทย์ NSAID ได้แก่ Ibuprofen หรือ Naproxen, Paracetamol และ Ergotamine

เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา

อาสาสมัครมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น หรือไม่มาเข้าร่วมโครงการตามการนัดหมาย หรือไม่สามารถติดต่อได้ เพื่อติดตามผลการรักษา อย่างน้อย 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกของผู้ป่วยของแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค การรักษา การประเมินระดับความเจ็บปวดก่อน-หลังการรักษา
2. สมุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยระดับความเจ็บปวดในแต่ละครั้งที่มีอาการ เวลาที่เริ่ม-สิ้นสุดเมื่อมีอาการปวด ความถี่ในการปวด (ครั้ง/วัน) และจำนวนการรับประทานยา (จำนวนชุด/วัน)
3. ประเมินความพึงพอใจในการรักษา (ประเมินวันสุดท้ายของการเข้าร่วมโครงการ)
4. แบบประเมินความเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนๆ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสโครงการ 08-2555 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2555 ผู้วิจัยได้รับการยินยอมเข้าร่วมจากผู้ร่วมวิจัยและในขณะดำเนินการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์ใดๆ ที่พึงมี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมทำความเข้าใจระหว่างคณะผู้วิจัย เรื่องการนัด ระเบียบวิธีวิจัย และการบันทึกผลการวิจัย
2. จัดอบรมผู้ร่วมวิจัยที่เป็นแพทย์แผนไทย ประยุกต์ จำนวน 3 คน เพื่อให้การรักษาเป็นมาตรฐาน

3. อาสาสมัครที่เข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีอาการปวดศีรษะเข้าพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อตรวจ วินิจฉัยโรค และคณะผู้วิจัยอธิบายเอกสาร แนะนำอาสาสมัครและสอบถามความยินยอม

4. แพทย์ตรวจ วินิจฉัยอาสาสมัครและสั่งการรักษาตามวิธีวิจัยที่กำหนด (แบบตารางส้ม) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รักษาโดยการให้ยาแผนปัจจุบัน และกลุ่มที่รักษาโดยการให้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย

5. อาสาสมัครรับการรักษา โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่รักษาด้วยการให้ยาแผนปัจจุบัน คือ NSAID ได้แก่ Ibuprofen หรือ Naproxen, Paracetamol และ Ergotamine เฉพาะเวลาปวดศีรษะ และประเมินระดับความเจ็บปวดและระดับความเครียดก่อนการรักษา กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่รักษาโดยการให้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย และประเมินระดับความเจ็บปวดและระดับความเครียดก่อนการรักษา ในวันนั้นนับเป็นวันที่ 1

6. คณะผู้วิจัยมอบสมุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวดของอาสาสมัคร ให้อาสาสมัครบันทึกระหว่างอยู่ที่บ้าน ทั้งหมดจำนวน 7 วัน และบันทึกระดับความพึงพอใจหลังการรักษาในวันที่ 7

7. คณะผู้วิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของอาสาสมัครเป็นระยะ ในวันที่ 1, 3 และ 5 ของการเข้าร่วมโครงการในกลุ่มที่ 1 ซึ่งรักษาโดยการให้ยาแผนปัจจุบันวิธีเดียว ส่วนอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 รับการรักษาโดยการให้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย อาสาสมัครจะได้รับการนวดไทยจำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 1, 3 และ 5 ของการเข้าร่วมโครงการ⁷ และผู้วิจัยจะสอบถาม

และบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของอาสาสมัครเพื่อประเมินความปลอดภัยในการรักษาด้วย

8. คณะผู้วิจัยนัดอาสาสมัครกลับมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการในวันที่ 7 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของการเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาชี้แจงข้อมูลประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบผลก่อนหลังในด้านระดับความเจ็บปวด ความถี่ในการปวด ระยะเวลาที่ปวด จำนวนการให้ยาในแต่ละวัน โดยทดสอบการกระจายข้อมูลเป็นปกติ และใช้ Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่าอาสาสมัครมีทั้งสิ้น 91 คน มี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้ยาแผนปัจจุบันจำนวน 42 คน (ร้อยละ 46.20) และ กลุ่มที่ 2 ให้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทยจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 53.80) อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 81 คน (ร้อยละ 89.00) และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 37.40) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41 – 60 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 34.10) และน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.50) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ และอายุ (n = 91)

รายละเอียด		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	รวม 2 กลุ่ม
		ใช้ยาแผนปัจจุบัน	ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย	(คิดเป็นร้อยละ)
เพศ	ชาย	5	5	10 (11.0%)
	หญิง	37	44	81 (89.00%)
อายุ	18-30 ปี	10	9	19 (20.90%)
	31-40 ปี	15	19	34 (37.40%)
	41-60 ปี	14	17	31 (34.10%)
	60 ปี ขึ้นไป	1	4	5 (5.50%)
	รวม	42 (46.20%)	49 (53.80%)	

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษา

ระหว่างกลุ่ม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ด้านระดับความเจ็บปวด กลุ่มที่ 2 ลดลงแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ในวันที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ด้านความถี่ในการปวด กลุ่มที่ 2 ลดลงแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ในวันที่ 2 4 5 6 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านจำนวนยาที่ใช้ กลุ่มที่ 2 ลดลงแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ในวันที่ 2 3 4 5 6 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านระดับความเครียดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันและ ด้านระดับความพึงพอใจ กลุ่มที่ 2 มีระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2.1 และ 2.2

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาในกลุ่มเดียวกัน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแต่ละวันของกลุ่มที่ 1 พบว่า มีระดับความปวดวันที่ 3, 5 และ 6 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความถี่ในการปวดวันที่ 5 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับความเครียดในวันที่ 3 5 และ 7

ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวดและจำนวนยาที่ใช้ไม่แตกต่างกันจากวันที่ 1

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแต่ละวันของกลุ่มที่ 2 พบว่า มีระดับความปวดวันที่ 3 4 5 6 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความถี่ในการปวดวันที่ 4 5 6 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวนการใช้ยาวันที่ 4 5 6 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับความเครียดในวันที่ 3 5 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวดไม่แตกต่างกันจากวันที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 ความปลอดภัยในการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ไม่พบผลข้างเคียงหรือผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของอาสาสมัครที่เข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของการรักษาระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบัน (กลุ่มที่ 1, n = 42) และกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวด (กลุ่มที่ 2, n = 49)

วันที่	ระดับความเจ็บปวด			ระยะเวลาปวดเฉลี่ย(นาที/วัน)			ความถี่ในการปวด (ครั้ง/วัน)		
	$\bar{X}$ กลุ่ม 1	$\bar{X}$ กลุ่ม 2	p	$\bar{X}$ กลุ่ม 1	$\bar{X}$ กลุ่ม 2	p	$\bar{X}$ กลุ่ม 1	$\bar{X}$ กลุ่ม 2	p
1	3.90±1.66	3.64±1.86	.50	330.6±425.49	228.32±218.27	.14	1.76±1.07	1.51±1.02	.25
2	3.24±1.83	3.33±1.66	.81	237.9±380.87	196.9±300.75	.56	1.80±1.19	1.26±1.18	.03*
3	2.90±2.09	2.38±1.84	.20	247.2±380.81	217.1±383.87	.70	1.80±1.27	1.42±1.90	.27
4	3.00±2.22	2.32±1.94	.12	233.7±399.84	190.1±327.06	.56	1.61±1.18	1.02±.98	.01*
5	2.68±2.21	2.15±2.24	.25	250.7±394.73	178.3±317.88	.33	1.52±1.34	0.85±1.00	.01*
6	2.74±2.24	2.17±2.07	.21	228.4±400.68	164.9±336.65	.41	1.42±1.34	0.89±1.00	.03*
7	2.77±2.40	1.68±2.15	.02*	260.0±441.55	212.3±445.02	.61	1.28±1.19	0.69±.79	.00*

* p < .05

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของการรักษาระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบัน (กลุ่มที่ 1, n = 42) และกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวด (กลุ่มที่ 2, n = 49)

วันที่	จำนวนยาที่ใช้(ชุด/วัน)			ระดับความเครียด			ความพึงพอใจในการรักษา		
	$\bar{X}$ กลุ่ม 1	$\bar{X}$ กลุ่ม 2	p	$\bar{X}$ กลุ่ม 1	$\bar{X}$ กลุ่ม 2	p	$\bar{X}$ กลุ่ม 1	$\bar{X}$ กลุ่ม 2	p
1	.95±.73	.77±.71	.24	2.24±1.12	1.94±1.19	.22	3.90±.65	4.41±.57	.00*
2	1.14±.81	0.69±.76	.00*						
3	1.09±1.00	0.48±.61	.00*	1.55±.77	1.41±.81	.40			
4	0.95±1.01	.46±.50	.00*						
5	0.90±.98	.36±.52	.00*	1.45±.73	1.33±.74	.42			
6	.92±.94	.36±.60	.00*						
7	.85±.97	.28±.50	.00*	1.36±.65	1.41±.81	.74			

* p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาที่ปวด ความถี่ในการปวด จำนวนยาที่ใช้ ระดับความเครียด ในแต่ละวันของกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบัน (กลุ่ม 1) และกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย (กลุ่ม 2)

ตัวแปรตามเปรียบเทียบกับ วันที่ 1	$\bar{X}$ วันที่ 1		$\bar{X}$ วันที่ 2		$\bar{X}$ วันที่ 3		$\bar{X}$ วันที่ 4		$\bar{X}$ วันที่ 5		$\bar{X}$ วันที่ 6		$\bar{X}$ วันที่ 7	
	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2
ระดับความปวด	3.90	3.64	3.24	3.33	2.90*	2.38*	3.00	2.32*	2.68*	2.15*	2.74*	2.17*	2.77	1.68*
	±1.66	±1.86	±1.83	±1.66	±2.09	±1.84	±2.22	±1.94	±2.21	±2.24	±2.24	±2.07	±2.40	±2.15
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวด	330.61	228.32	237.86	196.94	247.21	217.06	233.69	190.07	250.70	178.26	228.35	164.92	260.01	212.33
	±425.49	±218.27	±380.87	±300.75	±380.81	±383.87	±399.84	±327.06	±394.73	±317.88	±400.68	±336.65	±441.55	±445.02
ความถี่ในการปวด	1.76	1.51	1.80	1.26	1.80	1.42	1.61	1.02*	1.52	.857*	1.42	.898*	1.28	.693*
	±1.07	±1.02	±1.19	±1.18	±1.27	±1.90	±1.18	±.98	±1.34	±1.00	±1.34	±1.00	±1.19	±.79
จำนวนยาที่ใช้	.952	.775	1.14	.693	1.09	.489	.952	.469*	.904	.367*	.928	.367*	.857	.285*
	±.73	±.71	±.81	±.76	±1.00	±.61	±1.01	±.50	±.98	±.52	±.94	±.60	±.97	±.50
ระดับความเครียด	2.24	1.94			1.55*	1.41			1.45*	1.33			1.36*	1.41
	±1.12	±1.19			±.77	±.81			±.73	±.74			±.65	±.81

* p < .05

อภิปรายผล

ประสิทธิผลการรักษา จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่รักษาแบบผสมผสานการนวดร่วมด้วยมีแนวโน้มดีขึ้นในด้านความรุนแรงของการปวด ความถี่ของการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก และคณะ ที่สรุปว่าการนวดสามารถลดอาการปวดไมเกรนได้ และยังสร้างความสุขสบายให้กับผู้ป่วย อาจเป็นผลให้ความพึงพอใจในการรักษาของกลุ่มที่มีการนวดมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเพียงอย่างเดียว และการศึกษาของ ชงชัย แก้วศรียา ที่กล่าวไว้ว่าการนวดช่วยลดความปวด และความถี่ของการปวดได้ จากผลข้างต้นเป็นเหตุให้การใช้ยาของกลุ่มที่รักษาแบบผสมผสานลดลงในแต่ละวัน แตกต่างจากกลุ่มใช้ยาอย่างเดียวที่ในระยะ 7 วันยังไม่มีผลเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการรักษาแบบผสมผสานสามารถลดการใช้ยาได้ในทันที และจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนของยา เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ตามที่ รังสรรค์ เสวกุล ได้กล่าวถึงผลข้างเคียงของยาและผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาได้⁴ ดังนั้นการนวดจึงเป็นการเพิ่มประสิทธิผลการรักษา ลดการใช้ยาและเป็นทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย ซึ่งในงานวิจัยนี้ไม่พบอันตรายที่เกิดจากการนวดแต่อย่างใด แต่อย่างไรก็ดีในด้านระยะเวลาที่ปวดแต่ละครั้งยังไม่เห็นผลที่ชัดเจน และระดับความเครียดของทั้งสองกลุ่มลดลงแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะมียานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลการนวดในการลดปวดจากความเครียด และไมเกรนมีสาเหตุจากความเครียด แต่ในการลดความเครียดอาจต้องมีการติดตามเพื่อเปรียบเทียบในระยะยาวเพราะในงานวิจัยนี้ติดตามผลเพียง 1 สัปดาห์

สรุปและข้อเสนอแนะ

การผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน เป็นจำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ สามารถลดระดับความปวด และความถี่ในการปวด อีกทั้งมีความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือนได้ และได้ผลดีกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถลดการใช้ยาของผู้ป่วยลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดแนวทางการรักษาด้วยการนวดอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุดตามผลการวิจัยนี้
2. ควรศึกษาผลต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป ว่าการรักษาแบบผสมผสานนี้ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องนานเท่าไร จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งด้านผลการรักษาและด้านค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Wang SJ, Chung CS, Chankrachang S, Ravishankar K, Merican JS, Salazar G, et al. Migraine disability awareness campaign in Asia: migraine assessment for prophylaxis. Headache. 2008;48(9):1356-65.
2. Phanthumchinda K, Kamolratanakul P. Prevalence of primary headache in central region of Thailand: a cross-sectional survey. Bulletin Neurological Society of Thailand. 2000;16 Suppl 1:12-3. (in Thai).
3. Ashanuphap S. General diagnosis textbook. 4th ed. Bangkok: Holistic Publishing; 2008. (in Thai).

4. Saewikul R. Migraine [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 10]; Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=105>. (in Thai).
5. Schuurmans A, van Weel C. Pharmacologic treatment of migraine. Comparison of guidelines. Can Fam Physician. 2005;51:838-43.
6. Kruapanich C, Chatchawan U, Eungpinichpong W, Kongbunkiat K. The immediate effects of traditional Thai massage for reducing pain on patients related with episodic tension-type headache. Journal of Medical Technology and Physical Therapy. 2011;23(1):57-70. (in Thai).
7. Committee on Development of Traditional Thai Medicine Practices in Public Health Facilities. Traditional Thai medicine practice in public health facilities. 2nd ed. Bangkok: The Institute of Thai Traditional Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai).
8. Kaewsriya T. Effects of Thai traditional massage on migraine and pain frequency [Internet]. ปีที่ ๗. [cited 2012 Jan 10]; Available from: <http://www-old.dtam.moph.go.th/images/document/research-thai-treshing/Thai/research-thai-threshing-0019.pdf>. (in Thai).
9. Poonnotok R, Aeamla-or N, Jariyapayuklert K, Voramethkul N. Effect of massage on migraine headache and comfort of patients with migraine. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2007;15(4):76-89.

ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 2

วันวิสาข์ สนใจ* สุวรรณ จันทรประเสริฐ** นิสากร กรุงไกรเพชร**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 2 สามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 1 ได้ หากมีการจัดการตนเองเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 2 จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับคู่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลการตรวจเลือดค่าซีรีเอตินิน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรีเอตินิน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงค่าซีรีเอตินินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยให้มีการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สมรรถภาพไต ภาวะไตเสื่อมหน้าที่ 5 เอโมเดล

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,

Email: asawanwisa@hotmail.co.th

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The effects of self-management on health behaviors and kidney function of chronic illness patients with chronic kidney injury stage 2

Wanwisa Sonjai* Suwanna Junprasert** Nisakorn Krungkripetch**

Abstract

If a patient with chronic kidney injury stage 2 have appropriate self-management, he could improve to stage 1. The objectives of this quasi-experimental research were to examine the effects of self-management on health behaviors and kidney function of patients with chronic kidney injury stage 2. The samples included hypertension and/or diabetic patients with chronic kidney injury stage 2 who met the study criteria. Sixty subjects were randomly assigned and separated into experimental and control group using match-paired by age, sex, education, and period of hypertension and/or diabetic. The experimental group received self-management program 12 weeks. The data collection was using demographic, self-management behaviors questionnaire and serum creatinine record. The demographic data were analyzed by frequency, percentage, means, and standard deviation. To compare mean differences change of behavior and serum creatinine between experimental group and control group by independent t-test

The results revealed that after the experiment, health behavior and creatinine of those in the experimental group were better than those in the control group with the significant level of .05. Therefore community nurse practitioners should apply self-management program to promote health behavior of patients for control eating, exercise and drug use behaviors in order to control their kidney function of patients efficiently.

Keywords: self-management, health behaviors, kidney function, chronic kidney injury, 5 A's model

* Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner),

Faculty of Nursing, Burapha University, Email: asawanwisa@hotmail.co.th

** Faculty of Nursing, Burapha University

บทนำ

ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและต้องแก้ไขระดับต้นซึ่งถ้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังหรือส่งผลให้เกิดความพิการและการตายก่อนวัยอันควร นอกจากนี้พบว่า โรคเรื้อรังบางโรคส่งผลให้เกิดภาวะไตเสียหายที่ (Kidney injury) มากถึงร้อยละ 70 และเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) มากถึงร้อยละ 17.50¹ พบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.30 ภาวะไตเสียหายที่เป็นภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ทำให้สูญเสียหน้าที่ในการทำงานน้อยลงแบ่งได้ 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงไตจะสูญเสียหน้าที่แบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะที่ 2 ไตเริ่มทำงานเหลือเพียงร้อยละ 60-89 หรือ 3 ใน 4 ส่วนของการทำหน้าที่ตามปกติ ระยะที่ 3 ไตทำงานเหลือร้อยละ 30-59 หรือเหลือครึ่งหนึ่งของคนปกติ ระยะที่ 4 ไตทำงานเหลือร้อยละ 15-29 หรือไตทำงาน 1 ใน 4 ส่วน และระยะที่ 5 ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 15 ซึ่งเป็นภาวะไตเสียหายที่ระยะสุดท้าย (End stage of renal injury)² จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากการสะสมของของเสียในเลือดทำให้เกิดการเสียสมดุลของเกลือแร่และสารน้ำ โดยมีอาการปัสสาวะลดลง ปัสสาวะสีแดงหรือสีน้ำตาล มีอาการบวมตามร่างกายซึ่งต้องให้การรักษาด้วยกระบวนการล้างไต ดังนั้นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังก้าวสู่ภาวะไตเสียหายที่ระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องทำการป้องกันตั้งแต่พบภาวะไตเสียหายที่ระยะแรก

การป้องกันและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหายที่ได้ดีที่สุด คือ การป้องกันในระดับปฐมภูมิโดยการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงเพิ่มความสามารถแห่งตน ให้ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไตได้ ร้อยละ 20-50³ ดังนั้นการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความสำคัญโดยระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อม แต่ยังไม่ปรากฏพยาธิสภาพหรืออาการให้เห็น จึงยากแก่การที่จะค้นหาพบได้ร้อยละ 7 ระยะที่ 2 ในระยะนี้อาการแสดงมีเพียงเล็กน้อย อาจพบอาการปัสสาวะบ่อย หิว น้ำบ่อย และเมื่อตรวจปัสสาวะอาจพบอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน หรือไม่พบอัลบูมินในปัสสาวะพบได้ร้อยละ 4.30 ผู้ป่วยในระยะนี้ควรได้รับการวินิจฉัยโรคให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันมิให้เข้าสู่ภาวะรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 2 สามารถให้การดูแลรักษาแบบชะลอไตเสื่อมด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมก็สามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 1 ได้ ส่วนระยะที่ 3-5 เป็นระยะที่มีอาการแสดงไตเสียหายที่ชัดเจน ผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาที่ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

การป้องกันภาวะไตเสียหายที่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารลดหรือลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ดื่มน้ำให้เพียงพอออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานั้น เป็นกระบวนการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อป้องกันหรือไม่ให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น โดยใช้วิธีการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะที่ 1 และ 2 เพื่อชะลอ การเสื่อมของไตและป้องกันมิให้โรคลุกลามไประยะที่ 3-5 ได้²

จากการทบทวนแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁴ สามารถนำมาประยุกต์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยแนวคิดที่สำคัญ (Concepts) ได้แก่ 1) การกำกับติดตาม

ตนเอง (Self-monitoring) เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เพื่อประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้เกิดประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น Glasgow, Emont and Miller³ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5 A's behavior change model adapted for self-management support) ประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและ 5) การติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตยังไม่ถูกต้อง ได้แก่การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดร้อยละ 41.73 รับประทานหวานจัดร้อยละ 37.23 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 17.30 รวมถึงมีการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรีที่ผ่านมาขาดการประเมินปัญหาเป็นรายบุคคล การให้ความรู้ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้รายกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาอาจไม่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีกระบวนการจัดการตนเองที่ไม่ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁴ บูรณาการร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุน

การจัดการตนเอง ของ Glasgow, Emont and Miller³ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการแนะนำให้คำปรึกษาการยอมรับการช่วยเหลือสนับสนุนและการติดตามประเมินผลเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สามารถจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสมผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี ส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการทำหน้าที่ของไตดีขึ้น ไม่เพิ่มความเสี่ยงภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี และเป็นแนวทางการพัฒนางานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี 2 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี ก่อนและหลังการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี ก่อนและหลังการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมในอำเภอเมืองนนทบุรี 2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี ได้รับการตรวจเลือดประจำปี และผลตรวจเลือดไม่เกิน 6 เดือน พบว่ามีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 มีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate: eGFR) อยู่ระหว่าง 60-89 มิลลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการจับคู่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ ทุ่งทอง⁷ มีค่าเท่ากับ .70 ซึ่งมีค่าอิทธิพลขนาดกลาง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 เปิดตาราง ของ Cohen⁸ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 25 ราย และคำนวณเพื่อการสูญเสียของข้อมูลอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการทดลองและอุปกรณ์ที่ใช้ ประกอบด้วย

1.1 กระบวนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยบูรณาการแนวทางการจัดการตนเอง⁴ ร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ⁹ กิจกรรมการทดลองทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 15-60 นาที ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยประเมินปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรออกกำลังกาย และพฤติกรรมกร ใช้จ่าย และให้กลุ่มตัวอย่างเขียนพฤติกรรมตนเองที่คิดว่าเป็นปัญหา สรุปให้กลุ่มเป้าหมายทราบวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยให้กลุ่มเป้าหมายตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เขียนแนวทางการแก้ไข ปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำและวางแผนร่วมกัน รับฟังและยอมรับในแผนการแก้ไข ปัญหา และวางแผนสนับสนุนให้ความรู้และอุปกรณ์ช่วยเหลือ รวมถึงการ

ออกแบบการกำกับตนเอง โดยแจกแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองให้กลุ่มเป้าหมาย อธิบายการใช้แบบบันทึกพฤติกรรม แจกคู่มือการจัดการตนเอง⁴ แจกกล่องข้าวจัดการตนเอง กำหนดวันที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปครั้งที่ 2-4 กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาและติดตามประเมินผลครั้งที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยประเมินตนเอง ประเมินพฤติกรรมกรจัดการตนเอง ติดตามการลงบันทึกผลการประเมินพฤติกรรมร่วมกับปรับปรุงแก้ไขปัญหาพฤติกรรมตามผลการประเมิน และการเสริมแรงตนเองให้กลุ่มเป้าหมายสะท้อนข้อมูลจากการประเมินเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ให้การเสริมแรงในกรณี ที่บรรลุเป้าหมาย และแก้ไขในกรณีที่ ไม่บรรลุเป้าหมาย นัดวัน เวลา เยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ครั้งที่ 5-6 โดยการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมกรจัดการตนเอง และช่วยเสริมแรง เป็นกำลังใจกับผู้ป่วยใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาทีต่อคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.2 แผนการสอนและสไลด์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติสำหรับโรคไตโดยใช้โปรแกรมการนำเสนอ (Power point) ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่

1.3 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2

1.4 สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวทางการจัดการตนเอง

1.5 กล่องข้าวจัดการตนเอง ใช้สำหรับให้ผู้ป่วยกำกับตนเองในการรับประทานอาหารให้เหมาะสม แต่ละมือตลอดการทำกิจกรรมที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และผู้ประกอบอาหาร 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและยาที่รับประทานเป็นประจำคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เนื้อหา การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และการจัดการตนเองด้านการใช้ยา จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ คำถามเชิงลบ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (2 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจเลือดค่าซีรั่มครีเอตินิน

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ .94 หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาค่าความ

เชื่อมั่นจากการสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81 ของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 04-02-2560 ลงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการทั้งหมดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ สอบถามความสมัครใจ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการและลงลายมือชื่อ จึงเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใครๆ ทั้งสิ้นและในระหว่างการเข้าร่วมการทดลอง ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสุขภาพ ผู้วิจัยยินดีให้การดูแลและช่วยเหลือทันที สำหรับกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 มีการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ ให้คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี

ภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการวิจัยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ในการดำเนินการวิจัยไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi square test) และ Independent t-test และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรุ่มครีเอตินีนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่า Independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 มีอายุเฉลี่ย 55.57 ปี (SD = 6.95) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.40 มีระดับการศึกษาเท่ากัน คือระดับชั้นประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาหารด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 โรค ร้อยละ 46.67 ระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่นานในระยะเวลา 2-5 ปี ร้อยละ 60.00 และยาที่รับประทาน

เป็นประจำ คือยาเบาหวานและยาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับความสำคัญทางสถิติที่ .05 ยกเว้นอาชีพพบว่า มีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีอาชีพที่ไม่ใช่แรง ร้อยละ 53.33 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอาชีพที่ไม่ใช่แรง ร้อยละ 26.70 โดยมีการทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรุ่มครีเอตินีนก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่า Independent t-test

2. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรุ่มครีเอตินีนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 0.78 ($SD_{diff} = 0.39$) เพิ่มขึ้นสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 0.09, SD = 0.44) เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ [$t(57.01) = 6.40, p (1-tailed) \leq .000$] ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงค่าซีรุ่มครีเอตินีนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.09 ($SD_{diff} = 0.09$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น -0.06 (SD = 0.11) เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าการเปลี่ยนแปลงค่าซีรุ่มครีเอตินีนของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ [$t(56.31) = 5.60, p (1-tailed) \leq .000$] ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง(n=30)	หลังทดลอง(n=30)	M _{diff}	SD _{diff}	t(df)	p(1-tailed)
	M(SD)	M(SD)				
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	1.78 (0.38)	2.56 (0.23)	0.7813	0.3866	6.40	< .001*
กลุ่มควบคุม	2.01 (0.39)	2.11 (0.38)	0.0958	0.4413		
ค่าชี้วัดครีเอตินิน						
กลุ่มทดลอง	0.94 (0.13)	0.85 (0.17)	0.0857	0.0916	5.60	< .001*
กลุ่มควบคุม	0.84 (0.16)	0.90 (0.16)	-0.0600	0.1091		

* p < .001

อภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายได้ว่าการใช้กระบวนการจัดการตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสมเนื่องจากการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาพฤติกรรมที่แท้จริง และวิธีการแก้ไขด้วยตนเองโดยมีการตั้งเป้าหมาย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติดตามตนเองลงบันทึกผลกิจกรรมในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทุกวัน ซึ่งเป็นตัวประเมินผลกระตุ้นพฤติกรรม และผู้วิจัยให้การยอมรับในแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนในส่วนที่ขาดและช่วยเสริมแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเองผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะทำกิจกรรมต่อไป กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจในการจัดการตนเองสามารถอ่านเพิ่มเติมในกลุ่มมือการจัดการตนเองได้ การใช้กล่องข้าวจัดการตนเองเพื่อเป็นตัวกำหนดสัดส่วนอาหารแต่ละมื้อในการรับประทานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ภูทอง⁷ ที่นำไปโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน มาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

2. ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงค่าชี้วัดการเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายได้ว่า การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้⁸ ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้สมรรถภาพดีขึ้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ต่อเนื่อง 20-30 นาที อย่างสม่ำเสมอส่งผลให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายดีขึ้นรวมถึงการไหลเวียนเลือดในไต ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น ส่งผลให้ไตสามารถกักเก็บพลังงานได้มากขึ้น ถ้าออกกำลังกายนานเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ส่งผลให้ปัสสาวะออกน้อยลง และระบบหายใจทำงานได้มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม จากการปฏิบัติติดต่อกันต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มสมรรถภาพไตให้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าชี้วัดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 1⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ

เรื่องดัชนี, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์ และชุลินดา สมะแอ¹⁰
เรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรค
ไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
โรงพยาบาลสงขลา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่
พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกรายสามารถชะลอการ
เกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากค่าซีรัมครีเอตินินที่
ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่ากระบวนการ
จัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่
ระยะที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างเหมาะสม
ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่า
ซีรัมครีเอตินินลดลงจากก่อนการทดลอง และลดลงดีกว่า
กลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ลดลงแต่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรนำแผนกิจกรรมการจัดการ
ตนเองเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ
การใช้ยาอย่างเหมาะสม ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะ
ไตเสียหายที่ระยะที่ 2 ในชุมชนอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมี
พฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ฟื้นฟู
สมรรถภาพไตให้ดีขึ้นจากระยะที่ 2 กลับไปสู่ระยะที่ 1 ได้
นอกจากนั้นยังสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี
ภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 1-3 ได้ ทั้งในตำบลบางไผ่และ
พื้นที่ตำบลอื่น เพื่อพัฒนาการให้บริการสุขภาพในมิติ
ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จาก
การศึกษาในครั้งนี้ ติดตามผลการทดลองในระยะ 12
สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 2

มีการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ส่งผลให้ค่า
ซีรัมครีเอตินินลดลงสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตได้ ดังนั้น
การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลเป็นระยะ ๆ อย่าง
ต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมและการคงไว้
ซึ่งระดับซีรัมครีเอตินินรวมทั้งควรมีการศึกษาในผู้ป่วยโรค
เรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 1-3 ตลอดจนขยายไป
ทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ และควรมีการส่งเสริมให้
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่าง
เหมาะสม และเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติ
พฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Patient care guidelines for patients with chronic diseases. Bangkok: O-WitThailand; 2013. (in Thai).
2. Nephrology Society of Thailand. Guidelines for kidney diseases. Bangkok: BNS Advance; 2016. (in Thai).
3. Mahalee S, Raksilp M, Akakul T. Effectiveness of health education program in self-care of Chronic Kidney Disease (CKD) among chronic kidney disease patients at Tambon Health Promoting Hospital, Namyuen District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Graduate School, Pitchayatat. 2016;11(1):99-106. (in Thai).
4. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305-60.
5. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promot Int. 2006;21(3):245-55.

6. Nonthaburi City Public Health Office. Summary of chronic kidney disease screening report Amphoe MueangNonthaburi fiscal year 2016. Nonthaburi: Nonthaburi City Public Health Office; 2016. (in Thai).
7. Thungtong S. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2014;35(1):67-84. (in Thai).
8. Sane A. Self management program in chronic diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2): 129-34. (in Thai).
9. Kittipeerachol P, Asawachaisuwikrom W, Junprasert S. Effects of self-regulation program on arm swing exercise behavior and blood sugar of diabetic patients in community. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2012;20(4):21-32. (in Thai).
10. Reungdit B, Urairat S, Samaair S. Development of self-care behaviors for patients with chronic kidney disease in Songkhla Hospital's contracted Unit of Primary Care. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3):194-207. (in Thai).

ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัว ที่มีต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

เจนกัณฐ์ เจริญสุขศิริ* นุศราพร แซ่ลิ้ม** หารวยกร สาระพันธุ์** รัชฎาภรณ์ กษณัฏฐ์* พรหมสุข**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการทรงตัวในผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยเสริมสุขภาพที่ได้ผลดี งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัวที่มีต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย เป็นการศึกษาทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบบันทึกการทดสอบ single leg stance และ Time up and Go test เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและสถิติ Independent t-test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มมีการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางมีการทรงตัวขณะอยู่นิ่งเพิ่มขึ้นและมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและด้านการดูแลตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มฝึกการทรงตัวมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าเฉพาะการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัวมีผลต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง การฝึกการทรงตัว การทรงตัว คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

* คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, E-mail: charoensuksiri.k@gmail.com

** นักศึกษาปริญญาตรี คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Effect of square-stepping exercise and balance training on balance and health for quality of life in Thai elderly

Khemmapak Charoensuksiri* Nutsaraporn Saelim** Hunsagorn Saraphunt** Thunyaluk Promsuk**

Abstract

Nowadays, Thailand has an increasing number of elderly. Balance problem in elderly may deteriorate quality of life. Exercise is one of effective health promotions. An aim of this study was to investigate and compare effects of square-stepping exercise and balance training on balance and health for quality of life in Thai elderly. This study was a quasi-experimental research using simple random sampling. Participants were 19 elderly. Research instruments were a personal information, the 5-level EQ-5D-5L (Thai-version), single leg stance test and Timed up and Go test. Data were collected from November 2017 to January 2018. Data were analyzed using mean, standard-deviation, and median. Independent t-test, Wilcoxon signed-rank test and Man-Whitney U test were also used to analyze the data.

Results showed that participants in both groups did statistically significant improve ($p < .05$) in dynamic standing balance. Participants in square-stepping exercise group showed significant increase in static standing balance and decrease in health for quality of life problem in movement and self-care domains ($p < .05$), while participants in balance training group showed significant decrease in quality of life problem due to anxiety or depression. Between-groups comparison showed that there was a statistically significant difference ($p < .05$). Therefore, square-stepping exercise and balance training have a positive effect on balance and thus on quality of life.

Keywords: square-stepping exercise, balance training, balance, health for quality of life

* Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College, E-mail: charoensuksiri.k@gmail.com

** Undergraduate student, Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College

บทนำ

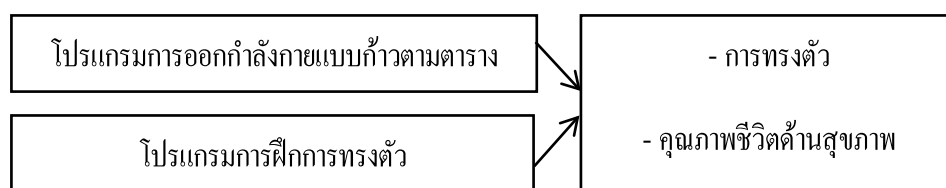
มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทย อาจมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 5 ของทวีปเอเชีย¹ อายุ ที่เพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลต่อความเสื่อมของระบบหลอดเลือดและหัวใจ² ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ³ รวมถึงสมองและระบบ ประสาท ส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม การทรงตัว เป็นพื้นฐานสำคัญของร่างกาย การทรงตัวอาศัยการทำงาน ของระบบรับรู้สึกทางกาย ระบบการมองเห็น และ ระบบการทรงตัวของหูชั้นใน⁴ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรง ตัวส่วนใหญ่มีผลการทำกิจวัตรประจำวัน⁵ และการออก กกำลังกาย⁶ ทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุดูแล สุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอจะสามารถชะลอความ เสื่อมของระบบต่างๆ⁷ และลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลจากการเกิดการหกล้มได้ กระทรวง สาธารณสุขวางยุทธศาสตร์ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ⁸ เช่น ออกกำลังกายเพราะเป็นการสร้าง เสริมสุขภาพที่ได้ผลดีและมีการลงทุนต่ำ⁹ การออกกำลังกาย

กายเป็นกิจกรรมที่มีการใช้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและ ไขมันเนื่องจากมีการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย¹⁰ มีการศึกษา จำนวนมากพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีการ ทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความทนทานของ หัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น¹¹ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกาย โดยมีความหนักระดับปานกลางหรือมาก¹² การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบ แอโรบิกประเภทกิจกรรมที่มีการลงน้ำหนักและมีแรง กระแทกต่ำ ในต่างประเทศมีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับ ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อความกลัว ต่อการหกล้ม⁶ การป้องกันการหกล้ม¹³ และการทรงตัว¹¹ ใน ผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยมีการศึกษาจำนวนน้อยและยัง ไม่มีการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง และการฝึกการทรงตัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกาย แบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัวที่มีต่อการทรงตัว ขณะอยู่นิ่ง การทรงตัวขณะเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากแบ่ง ผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่พัก อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัด

ปทุมธานี กรมกิจการผู้สูงอายุ จำนวน 23 คน สุ่มแบบอย่าง ง่ายจำนวน 20 คนคำนวณโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan¹⁴ เกณฑ์คัดเข้าได้แก่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชาย และหญิง ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็น อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีการรับรู้และ สดชื่นมีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเมินด้วย แบบทดสอบสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย MMSE-Thai

2002) เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอหรือไม่เกิน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่ดื่มชา/กาแฟก่อนการออกกำลังกายภายใน 24 ชั่วโมง ผ่านเกณฑ์ตามแบบสอบถามและแบบประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกายและการคัดเลือกอสาสมัคร และยินยอมเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการออกกำลังกายได้ติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ และมีเหตุสุดวิสัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน
2. แบบทดสอบการทรงตัวขณะอยู่หนึ่ง (single leg stance) วิธีการทดสอบคือจับเวลาเมื่อผู้ถูกทดสอบเริ่มยืนบนขาข้างเดียว แขนแนบลำตัวและลิ้นตาและหยุดเวลาหากเท้าแตะพื้นหรือมือจับ แปลผลดังนี้หากยืนได้น้อยกว่า 5 วินาทีแปลว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม หากยืนได้ระหว่าง 5-10 วินาทีแปลว่ามีการทรงตัวขณะอยู่หนึ่ง แต่หากยืนได้มากกว่า 10 วินาทีแปลว่ามีการทรงตัวขณะอยู่หนึ่งดี¹¹

3. แบบทดสอบการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (Timed Up and Go test) เครื่องมือนี้มีความไวและมีความจำเพาะอยู่ในระดับสูงและมีค่า Inter-rater reliability และ ค่า Intra-rater reliability อยู่ในระดับสูงมาก¹⁵ วิธีการทดสอบคือ จับเวลาที่ถูกทดสอบลุกจากเก้าอี้ เดินระยะทาง 3 เมตร และกลับมานั่งบนเก้าอี้การแปลผลดังนี้หากใช้เวลาทดสอบตั้งแต่ 20 วินาทีขึ้นไป แสดงว่ามีปัญหาการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวมาก หากใช้เวลาทดสอบระหว่าง 10 ถึง 19 วินาที หมายถึง มีปัญหาการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่หากใช้เวลาทดสอบน้อยกว่า 10 วินาที หมายถึง มีการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวปกติ¹¹

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L แบบสอบถามนี้มีความตรงเฉพาะหน้าและความเชื่อมั่นแบบสอบซ้ำอยู่ในเกณฑ์ดี¹⁶ ฉบับภาษาไทยดัดแปลงโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) และถูกนำมาใช้กับผู้สูงอายุ¹⁷ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 หัวข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวและความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า แต่ละหัวข้อมีคำตอบ 5 ระดับ ดังนี้ ไม่มีปัญหา (1 คะแนน) มีปัญหาน้อย (2 คะแนน) มีปัญหามาก (3 คะแนน) มีปัญหาหนัก (4 คะแนน) และมีปัญหาหนักที่สุด (5 คะแนน)¹⁸

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.052/2560 ให้ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามพื้นฐานและคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทยและรับการทดสอบการทรงตัวขณะอยู่หนึ่ง (SB) และการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (DB) (สัปดาห์ที่ 0)
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (กลุ่ม SSE) ออกกำลังกายโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตทดสอบความถูกต้องและให้ความช่วยเหลือตลอดการศึกษาโปรแกรมเริ่มจากง่ายไปยาก โดยสัปดาห์ที่ 1

(รูปแบบ 1 – 2) สัปดาห์ที่ 2 (รูปแบบ 1 – 4) สัปดาห์ที่ 3 (รูปแบบ 1 – 6) และสัปดาห์ที่ 4 (รูปแบบ 1 – 8) ดังแสดงในรูปที่ 1 และผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มฝึกการทรงตัว (กลุ่ม BT) ออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ รับ-ส่งลูกบอลเป็นวงกลม ขึ้นโยนรับ-ส่งลูกบอลไปฝั่งตรงข้าม เป็นต้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ตรวจสอบความถูกต้อง และให้ความช่วยเหลือตลอดการศึกษา (ทั้งสองกลุ่มใช้เวลา

ครั้งละ 50 นาที ประกอบด้วยช่วงอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ช่วงออกกำลังกาย 40 นาที และช่วงผ่อนคลายร่างกาย 5 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์) รวม 8 วัน

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยรับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทยและรับการทดสอบการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว (สัปดาห์ที่ 4)

	2		
		1	
	2		
		1	
	2		
		1	
	2		
		1	
	2		
		1	

รูปแบบ 1

4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3
4	2	1	3

รูปแบบ 2

2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1
2	4	3	1

รูปแบบ 3

12			
12			
12			
12			
12			
12			
12			
12			
12			
12			

รูปแบบ 4

12			
12			
12			
12			
12			

รูปแบบ 5

12			
12			
12			
12			
12			
12			
12			

รูปแบบ 6

	6	1	5
	4	2	3
	6	1	5
	4	2	3
	6	1	5
	4	2	3
	6	1	5
	4	2	3
	6	1	5
	4	2	3

รูปแบบ 7

	1	6	2
	3	5	4
	1	6	2
	3	5	4
	1	6	2
	3	5	4
	1	6	2
	3	5	4
	1	6	2
	3	5	4

รูปแบบ 8

แผนภาพที่ 2 รูปแบบการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (ตัวเลข 1-6 ในตารางหมายถึงลำดับการก้าว)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบอายุและดัชนีมวลกายของแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบเวลาของการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวและคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนและหลังด้วย Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4. เปรียบเทียบเวลาของการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวและคะแนน EQ-5D-5L ฉบับ

ภาษาไทระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุระหว่าง 68 – 89 ปีและทุกคนไม่มีประวัติการผ่าตัดและ

ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาและพบว่าค่าเฉลี่ยของอายุและดัชนีมวลกายของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอายุและดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่ม (n=19)

หัวข้อ	กลุ่ม SSE (n = 10)		กลุ่ม BT (n = 9)		t	p
	mean	SD	mean	SD		
อายุ (ปี)	73.70	5.10	77.33	6.87	-1.32	0.20
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	22.05	5.50	22.75	3.22	-2.00	0.06

หมายเหตุ ข้อมูลอายุและดัชนีมวลกายมีการแจกแจงแบบปกติ, t = ค่าที่คำนวณได้จากสถิติ Independent t-test

2. การเปรียบเทียบเวลาที่ใช้การทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางสามารถทรงตัวขณะอยู่นิ่งได้ระยะเวลานานขึ้นและทั้งสองกลุ่มใช้เวลาใน

การทรงตัวขณะเคลื่อนไหวลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เวลา (นาท) ในการทรงตัวของแต่ละกลุ่มขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว (n=19)

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p
		mean	median	SD	mean	median	SD		
SSE	SB	8.55	5.23	9.87	12.73	7.66	10.87	-2.43	.01*
	DB	0.10	0.12	0.32	0.03	0.10	0.04	-2.37	.02*
BT	SB	6.72	5.52	4.53	7.03	5.47	3.89	-0.18	.86
	DB	0.16	0.15	0.07	0.13	0.12	0.40	-2.21	.03*

* p < .05 ; z = ค่าที่คำนวณได้จากสถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางและกลุ่มฝึกการทรงตัวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ด้านการเคลื่อนไหวและด้านการดูแลตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มฝึกการทรงตัวมีคะแนนลดลงในด้านความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (n=19)

ด้าน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p
		mean	median	SD	mean	median	SD		
การเคลื่อนไหว	SSE	0.04	0.06	0.03	0.00	0.00	0.00	-2.65	0.01*
	BT	0.03	0.03	0.04	0.00	0.00	0.00	-1.89	0.06
การดูแลตนเอง	SSE	0.06	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00	-2.89	0.01*
	BT	0.15	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	-2.00	0.05
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	SSE	0.02	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	-1.86	0.06
	BT	0.03	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	-1.86	0.06
อาการเจ็บป่วย / อาการไม่สบายตัว	SSE	0.01	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	-1.63	0.10
	BT	0.02	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	-1.63	0.10
ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า	SSE	0.02	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00	-1.86	0.06
	BT	0.03	0.00	0.04	0.00	0.03	0.00	-2.07	0.04*

* $p < .05$; z = ค่าที่คำนวณได้จากสถิติ Wilcoxon signed-rank test

4. การเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่ม SSE และกลุ่ม BT หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มออกกำลัง

กายแบบก้าวตามตารางใช้เวลาในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวลดลงมากกว่ากลุ่มฝึกการทรงตัว ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เวลา (นาท) ที่ใช้ในการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่ม

การทรงตัว	กลุ่ม SSE			กลุ่ม BT			U	p
	mean	median	SD	mean	median	SD		
ขณะอยู่นิ่ง	12.73	7.66	10.87	7.03	5.47	3.89	35.00	0.41
ขณะเคลื่อนไหว	0.10	0.12	0.32	0.13	0.12	0.40	20.50	0.04*

* $p < .05$; U = ค่าที่คำนวณได้จากสถิติ Mann-Whitney U test

5. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่ม SSE และกลุ่ม BT หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่ามัธยฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเพิ่มการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวได้อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนักและมีรูปแบบการเคลื่อนไหวต่อเนื่องหลากหลายทิศทาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายและระบบควบคุมการทรงตัวกระตุ้นสมรรถภาพการทำงานประสานกันของระบบประสาทและระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชีร์วีร์ วีรวรรณ¹⁹ ที่พบว่าหลังออกกำลังกายแล้ว ผู้สูงอายุมีการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติโดยในโปรแกรมมีท่าเดินจงกรม ซึ่งคล้ายกับท่าการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางคือมีการยกขาและก้าวไปด้านหน้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shigematsu et al.²⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นมีการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเป็นเวลา 12 สัปดาห์ การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางช่วยลดปัญหาการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง อาจเป็นเพราะ โปรแกรมออกกำลังกายเริ่มจากง่ายไปยากทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการฝึกฝนร่างกายอย่างต่อเนื่องซึ่งช่วยพัฒนาศักยภาพกระดูกและสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ผลการศึกษายังพบว่าการฝึกการทรงตัวช่วยเพิ่มการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัลยา อมตฉายา และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีการทรงตัวดีกว่ากลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยนอกจากนี้การฝึกการทรงตัวยังช่วยลดความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการฝึกการทรงตัวเป็นกิจกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดความสนุกสนาน มีการปฏิสัมพันธ์ ผู้สูงอายุได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกัน ทำให้คลายความเครียดและความกังวลได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในทุกด้านสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เขมภัก เจริญสุขศิริและสิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ²² ที่พบว่าการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสภาวะด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองซึ่งช่วยลดภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความเครียด ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาบ่งบอกว่าการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางมีผลทำให้การทรงตัวขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น และลดปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ในขณะที่การฝึกการทรงตัวมีผลทำให้การทรงตัวขณะเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายหรือฝึกการทรงตัวตามปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และควรติดตามผลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือตลอดงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Assantachai P. Principles and essences of primary care of older persons. In: Muangpaisan W, editor. Gerontology and geriatrics for primary care practice. 1st ed. Nonthaburi: Parbpim Design and Printing; 2017. p. 3-20. (in Thai).
2. Webb RC, Inscho EW. Age-related changes in the cardiovascular system. In: Prisant LM, editor. Hypertension in the elderly. Totowa, NJ: Humana Press; 2005. p. 11-21.
3. Ratanai S. Elder care manual. Bangkok: Saengdao Publishing House; 2012. (in Thai).
4. Assantachai P. Common health problems in elderly and prevention. 2nd ed. Bangkok: Department of Preventive

- and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2011. (in Thai).
5. Salzman B. Gait and balance disorders in older adults. *Am Fam Physician*. 2010;82(1):61-8.
6. Bhanusali H, Vardhan V, Palekar T, Khandare S. Comparative study on the effect of square stepping exercises versus balance training exercises on fear of fall and balance in elderly population. *International Journal of Physiotherapy and Research*. 2015;4(1):1352-9.
7. Khemapech S. Exercise for health in older adult. *Journal of The Police Nurses*. 2016;8(2):201-11. (in Thai).
8. Ministry of Public Health. The twelfth national economic and social development plan [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 13]; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf
9. Amruklert W, Fumaneechort O, Ananchaisup T, Chamroonkiadtikun P. Care for elderly, disable, terminal-illness in primary care. Songkhla: Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2015. (in Thai).
10. Fuster V, Walsh RA, O'Rourke RA, Poole-Wilson P. *Hurst's the heart*. 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2007.
11. Gulsatitporn S. *Physiotherapy in elderly*. 2nd ed. Bangkok: Offset Press; 2006. (in Thai).
12. Fisseha B, Janakiraman B, Yitayeh A, ravichandran H. Effect of square stepping exercise for older adults to prevent fall and injury related to fall: Systematic review and meta-analysis of current evidences. *J Exerc Rehabil*. 2017;13(1):23-9.
13. El Haber N, Erbas B, Hill KD, Wark JD. Relationship between age and measures of balance, strength and gait: Linear and non-linear analyses. *Clin Sci (Lond)*. 2008;114(12):719-27.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
15. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.
16. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Niewada M, Scalone L, Swinburn P, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to EQ-5D-3L across eight patient groups: A multi-country study. *Qual Life Res*. 2013;22(7):1717-27.
17. Laukongtam W, Phimtra S, Kongsuk T, Rungreangkulkij S. The effects of group happy reminiscence therapy on depressive symptoms in Thai older people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2015;29(2):12-27. (in Thai).
18. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. Policy brief: The Thai version of the EQ-5D-5L health questionnaire (Thai version). *Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)*. 2015;3(24):1-4. (in Thai).
19. Viravan T. Effect of combination exercise on balance in elderly, Bungkum District, Bangkok. *Journal of Public Health*. 2012;42(2):44-53. (in Thai).
20. Shigematsu R, Okura T, Nakagaichi M, Tanaka K, Sakai T, Kitazumi S, et al. Square-stepping exercise and fall risk factors in older adults: A single-blind,

randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63(1):76-82.

21. Amatachaya S, Thaweewannakij T, Srisim K, Wongsas, Phiwjinda K, Mato L, et al. Sufficient activity is important for mobility of well-functioning elderly. Chulalongkorn Medical Journal. 2011;55(3):221-31. (in Thai).
22. Charoensuksiri K, Charoensuksiri S. A health-related quality of life and activities of daily living of Thai elderly people in Pathumthani Social Welfare Development Center for Older Persons. Journal of Associated Medical Sciences. 2017;50(3):516-24. (in Thai).

การประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านในโปรแกรมการใช้อย่างถูกต้องต่อความรู้ในการใช้ยา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

วนิดา ประเสริฐ* อุเทน สุทิน** วรวิทย์ บุญไทย***

บทคัดย่อ

การใช้อย่างไม่ถูกต้อง เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน นำมาซึ่งการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้อย่างถูกต้องโดยการประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านต่อความรู้ในการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 104 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการใช้อย่างถูกต้อง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Independent-sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้อย่างถูกต้องของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ บุคลากรทางการแพทย์ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้เพื่อส่งเสริมการใช้อย่างถูกต้อง และหลีกเลี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานได้

คำสำคัญ: การใช้ยา เบาหวาน เพลงพื้นบ้าน

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี, Email: vanidarx23@gmail.com

** โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

*** คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**Applying the accurate drug usage program by using Thai traditional music on drug knowledge
and fasting blood sugar among diabetic patients at Boh Thong District,
Chonburi Province**

Vanida Prasert* Uten Sutin** Worrawit Boonthai***

Abstract

Inappropriate medication use is a serious issue in chronic disease patients, especially diabetics, leading frequently to adverse drug effects. This study aimed to study the effect of the accuracy drug usage program by applying Thai traditional music on drug knowledge and fasting blood sugar of diabetic patients. The quasi-experimental research with two group pretest-posttest was designed. One hundred and four participants were simple random samplings as diabetic patients from Tambon health promoting hospital at Boh Thong district, Chonburi province. Research instruments were the accurate drug usage program and the questionnaires. The outcomes were measured 12 weeks after the intervention. Data were analyzed by descriptive analysis, and independent-sample t-test.

The results showed that, after intervention, the average of drug knowledge score in the experimental group was significantly higher than the control group and FBS level was significantly lower than the control group ($p < .05$). The findings suggest that health care professionals should apply this program to promote the accurate drug usage in diabetic patients.

Keywords: drug usage, diabetes, Thai traditional music

* Sirindhorn College of Public Health, Chonburi province, Email: vanidarx23@gmail.com

** Boh Thong Hospital, Chonburi province.

*** Faculty of Sociology and Anthropology, Thammasat University

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลกและ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้คาดการณ์อีก 20 ปีข้างหน้าถึงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มมากกว่า 600 ล้านคน โดย 4 ใน 5 จะเป็นชาวเอเชีย^{2,3} ในปี 2556 ประเทศไทย มีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและงบประมาณด้านการรักษา⁴ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ใช้ยาไม่ถูกต้อง ปรับขนาดยาเอง และไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจึงส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา ผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องโดยยึดหลัก 5 ถูก คือ ใช้ยาให้ถูกโรค ถูกกับคน ถูกเวลา ถูกวิธี และ ถูกขนาด นอกเหนือจากการเก็บรักษา ยาการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยากี่มีความจำเป็นเช่นกัน ดังนั้นการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง⁶

โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี คือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง⁷ จากรายงานการประเมินผลด้านสุขภาพของโรงพยาบาลบ่อทองในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้เข็มฉีดยาอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน⁸ งานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการนำศิลปะพื้นบ้านมาผสมผสานกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดรา⁹ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างแพร่หลาย โดยพบว่าโปรแกรดังกล่าว

สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และการใช้เพลงพื้นบ้านเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย และง่ายต่อการเข้าใจและจดจำกระตุ้นทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น¹⁰ เนื่องจากยังไม่พบโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านในจังหวัดชลบุรี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ยาอย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้านต่อความรู้ในการใช้ยา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาอย่างถูกต้องโดยการประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านต่อความรู้ในการใช้ยา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของเบนดรา ในการพัฒนาโปรแกรม เบนดราเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะทำ ให้บุคคลเกิดการรับรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองด้วยความมุ่งมั่น⁹ พยายามที่จะกระทำเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้กรอบแนวคิดการศึกษานี้มีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาอย่างถูกต้องโดยการประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้าน โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การบรรยายร่วมกับร้องเพลงพื้นบ้านเกี่ยวกับหลัก การใช้ยาอย่างถูกต้อง 2) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง และพูดโน้มน้าวชักชวนให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้ยาอย่างถูกต้อง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนผู้ป่วยต้นแบบจนเกิด

ความเชื่อมั่นและสร้างเสริมส่วนตัวแปรตาม คือ ความรู้ในการใช้ยาอย่างถูกต้อง และระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวาน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรีจำนวน 986 คนทำการสุ่มเลือกตำบลโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย ตำบลบ่อทอง เป็นกลุ่มทดลองและตำบลพลวงทองเป็นกลุ่มควบคุม ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน¹¹ และได้นำผลการทดลองของ ภาวินี พรหมบุตร และคณะ¹² เป็นข้อมูลเบื้องต้น ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน แต่เนื่องจากกลุ่มควบคุม ต้องการเข้าร่วม 54 คน ดังนั้นมีจำนวนทั้งหมด 104 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี อายุ 35 ปีขึ้นไป มีระดับน้ำตาลในเลือดชนิด FBS ≥ 130 mg%

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการใช้ยาอย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้าน โดยเนื้อหาบทเพลงประกอบด้วย 1) หลักการ 5 R: ใช้ยาถูกโรค ถูกคน ถูกขนาด ถูกวิธีและถูกเวลา 2) หลักการเก็บรักษายา 3) หลักการสังเกตยาเสื่อมและหมดอายุ และ 4) การสังเกตการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา จังหวะการร้องเพลงเป็นแบบเพลงน้อย ใช้เวลาจัดกิจกรรม 3 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรม ดังนี้กิจกรรมที่ 1 คือการเรียนรู้หลักการใช้ยาอย่างถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการบรรยายร่วมกับร้องเพลงพื้นบ้านโดยทีมผู้วิจัย การสอนด้วยวิธีนี้จะทำให้เกิดความผ่อนคลาย และใช้หลักการอธิบายที่ง่ายและกระชับด้วย

เพลงพื้นบ้านมาประกอบเข้าจังหวะเพื่อเพิ่มการจดจำของผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมที่ 2 คือ เป็นการตั้งคำถามเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปราย และถอดบทเรียนโดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จกับผู้ป่วยต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เมื่อใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพได้ ตามแนวคิดการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนคูรา นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อซักถามและทบทวนความรู้การใช้ยาอย่างถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย 1) หลักการใช้ยา 2) การเก็บรักษายา 3) การเสื่อมสภาพของยา และ 4) การแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเบาหวาน มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการตอบแบบใช่-ไม่ใช่ การแปลผลคะแนน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม¹³ คือ ตอบถูกมากกว่า 16 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง ตอบถูกระหว่าง 12 – 15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ ตอบถูกน้อยกว่า 12 คะแนนหมายถึงมีความรู้ระดับต่ำ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วงระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบหาความเที่ยง ได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson 20)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.86

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 2/59 เมื่อได้รับการ

รับรองและอนุญาตผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตาม ความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และ เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้มีการคัดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 54 คนเก็บ รวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ก่อนทำการทดลอง ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้โปรแกรมที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แต่จะได้รับการดูแลตามปกติของคลินิก ผู้ป่วยส่วนกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการใช้อย่าง ถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้าน โดยแบ่งเป็น 3 กิจกรรม กิจกรรม ละ 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 3 ชั่วโมงดังนี้กิจกรรมที่ 1 เป็น การบรรยายร่วมกับร้องเพลงพื้นบ้านเกี่ยวกับการใช้อย่าง ถูกต้องโดยทีมผู้วิจัย พร้อมกับพูดจูงใจให้เห็นถึง ประโยชน์ของการใช้อย่างถูกต้อง และการกระตุ้นทาง อารมณ์เชิงลบ คือ บรรยายให้เห็นผลกระทบหากใช้ยาไม่ ถูกต้อง จะส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กิจกรรมที่ 2 เป็นการทบทวนความรู้ในเรื่องการใช้อย่างถูกต้องโดยใช้ ข้อคำถาม และ กิจกรรมที่ 3 เป็นการอภิปรายแลกเปลี่ยน เรียนรู้และถอดบทเรียน ความสำเร็จของผู้ป่วยต้นแบบใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เมื่อใช้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 ระบุติดตามผล กลุ่มตัวอย่างจะ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อซักถามและทบทวน ความรู้การใช้อย่างถูกต้องโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้อย่าง ถูกต้องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนถึงสัปดาห์ที่ 11 รวมจำนวน ได้ 8 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามภายหลังการทดลอง และ บันทึกค่าระดับ น้ำตาลในเลือดชนิด FBS จากทะเบียนผู้ป่วย ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการเจาะเลือดจากเครื่องมือใน การเจาะเลือดชนิดเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง ทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คุณลักษณะประชากรใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าโดยส่วนใหญ่ทั้งสอง กลุ่มเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.00 และ ร้อยละ 75.93) มากกว่าครึ่งมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (52 ปี และ 53.70 ปี) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.00 และ ร้อยละ 68.10) มากกว่าครึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 62.96) มากกว่าครึ่ง เป็นโรคเบาหวานมาแล้วมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 58.00 และ ร้อยละ 57.50) และภายใน 1 ปี ไม่เคยเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 86.00 และ ร้อยละ 87.03) นอกจากนี้ ในกลุ่มทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าสุด 134 mg% และสูงสุด 322 mg% และกลุ่มควบคุม มี ค่าระดับน้ำตาลในเลือดค่าสุด 137 mg% และสูงสุด 318 mg% เมื่อทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะ ประชากรทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ตัวแปรที่ควบคุมคือ อายุและระดับน้ำตาลในเลือด

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้อย่าง ถูกต้องก่อนการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 13.90 และ 13.69 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งเป็นความรู้

ระดับปานกลาง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .26$) หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 17.56 คะแนน ซึ่งเป็นความรู้ระดับมาก และ กลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ

13.83 คะแนน ซึ่งเป็นความรู้ระดับปานกลาง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 54)		t-test	df	p
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนการทดลอง	13.90	1.68	13.69	1.31	7.36	103	0.26
หลังการทดลอง	17.56	1.18	13.83	1.00	17.35	103	<0.00*

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดชนิด FBS ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 190.31 mg% และ 186.39 mg% ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p = .74$) หลังการทดลองพบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 152.01 mg% และ 190.05 mg% ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 38.04 mg% เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือดชนิด FBS	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 54)		t-test	df	p
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนการทดลอง	190.31	71.68	186.39	64.31	2.95	103	0.74
หลังการทดลอง	152.01	36.48	190.05	60.04	-3.877	103	<0.00*

FBS = Fasting Blood Sugar, * $p < .05$

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันตามลักษณะประชากรโดยเฉพาะระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งจะส่งผลต่อระดับการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน การพัฒนาโปรแกรมการใช้ยาอย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เกิดการใช้ยาได้อย่าง

ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สอดคล้องกับนโยบายแห่งชาติด้านยาในการส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างสมเหตุผลซึ่งได้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาในประชาชนเพื่อให้เกิดการใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยด้วยวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสม¹⁵ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานใน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางอีกทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม มีค่าใกล้เคียงกันและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คือ มากกว่า 130 มก./ดล.¹⁶ ภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รติกร พลรัักษ์ วิภาวี คงอินทร์ และจารุวรรณ มานะสุรการ¹⁷ ได้ทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม รูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินมีความคล้ายคลึงกันกับโปรแกรมในการศึกษานี้ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลายความกลัวการฉีดอินซูลินแบบปากกาด้วยตนเอง และมั่นใจว่าตนเองสามารถฉีดอินซูลินได้และนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือดที่คาดหวังไว้¹⁸ จุดเด่นของโปรแกรมการใช้ยาอย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้านในการศึกษานี้ สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา และผสมผสานระหว่างเพลงพื้นบ้านกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ค่อนข้างซับซ้อนและเข้าใจยากสำหรับบุคคลทั่วไปโดยเฉพาะผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมอารมณ์ด้านบวก เพื่อให้รู้สึกมีความสุข เกิดการผ่อนคลาย จะทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและจดจำ จากการฟังคำชักจูงและเกิดความรับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้ เกิดคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับศิลปะการแสดง พื้นบ้านที่ผู้สูงอายุ

คุ้นเคย ได้แก่ การรำโนราห์ประยุกต์ และฟ้อนหมอลำกลอน ซึ่งโปรแกรมหาดังกล่าวสามารถดึงดูดใจให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมและเกิดความ สนุกสนานเพลิดเพลิน ง่ายต่อการเข้าใจและจดจำ การเลือกใช้สื่อหรือช่องทางการถ่ายทอดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและนำมาซึ่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้^{10,19} การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อซักถามและทบทวนความรู้การใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อเป็นการกระตุ้นความจำและการรับรู้ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องและส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยต้นแบบ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นจะทำให้เกิดการเลียนแบบ และเกิดความเชื่อมั่นว่าการที่จะมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนก็สามารถทำได้⁹ จากงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานศิลปะพื้นบ้านนั้นทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นไปในทางที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการใช้ยาอย่างถูกต้อง²⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการใช้ยาอย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้าน สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรนำโปรแกรมนี้อไปใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการใช้อย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้านยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้เนื่องจากต้องถ่าย ทอดเนื้อหาสาระการใช้อย่างถูกต้องโดยใช้เพลงพื้นบ้าน ดังนั้นควรจัดทำโปรแกรมนี้ในรูปแบบเครื่องบันทึกภาพและเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ดูก่อนเข้าพบแพทย์

2. ผู้วิจัยควรศึกษาการติดตามผลของโปรแกรมการใช้อย่างถูกต้องด้วยเพลงพื้นบ้านต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยขยายระยะเวลาในการติดตามให้นานขึ้น เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;18(2):CD005270.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004; 27(5): 1047-53.
3. Chapter 2: The global burden. In: Guariguata L, Nolan T, Beagley J, Linnenkamp U, Jacqmain O, editors. *IDF Diabetes Atlas*. 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2013. p. 29-49.
4. The Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The information of non-communicable disease [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 10]; Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>. (in Thai).

5. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes management in Thailand: A literature review of the burden, costs, and outcomes. *Global Health.* 2013;9:11.doi: 10.1186/1744-8603-9-11.
6. Poonsawas Y. The outcomes of empowerment program for village health volunteers in home medication usage amongst the elderly with chronic illnesses in Ratchaburi Province [Thesis]. Nakhon Pathom: Christian University of Thailand; 2014. (in Thai).
7. Health Information Center in Chonburi Province. Health Information [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 25]; Available from: <http://data.cbo.moph.go.th/> (in Thai).
8. Bothong Hospital, Chonburi Province. The evaluation of the organization competency. Chonburi: Health Strategy Development Department, Bothong Hospital; 2015. (in Thai).
9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company; 1997.
10. Khongruangrat Y, Vannarit T, Lukkahatai N. Effect of Fawn Mor Lum Klorn exercise on hemoglobin A1C level among persons with type 2 diabetes. *Nursing Journal.* 2012;39(3):105-16. (in Thai).
11. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. New York, NY: Wiley&Son; 1990.
12. Prombutr P, Sookpool A, PhinyoK, PhinyoP. The effect of self-efficacy program toward knowledge and self-efficacy of village health volunteers in diabetic and hypertension patient care in community in Northeast

- Province. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015; 35(2):113-28. (in Thai).
13. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York, NY: McGraw-Hill; 1971.
14. Tan S. Misuses of KR-20 and Cronbach's alpha reliability coefficients. Education and Science. 2009; 34(152):101-12.
15. Chongtrakul P. RDU hospital: The pathway to rational drug use. Thai Journal of Pharmacology. 2015; 37(1):41-62. (in Thai).
16. Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakir Sirindhorn. Clinical practice recommendation on diabetic disease 2014. Bangkok: Srimeuang Publishing; 2014. (in Thai).
17. Polruk R, Kongin W, Manasurakan J. The effect of self-efficacy enhancement program on Insulin-penfill injection competency [Thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2014. (in Thai).
18. Piman W, Sukarnaknun P. Medicine use for diabetic patients. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2008;3(1):169-79. (in Thai).
19. Rittiruang A, Piphatvanitcha N, Jullamate P. The effect of the Noraprayuk exercise program applying self-efficacy and social support on glycosylate hemoglobin level among older adults with type 2 diabetes mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015;36(1):179-99. (in Thai).
20. Meebunmak Y, Srisaket J, Phokwang W, Homnan K. A systematic review on health care programs for older adults with diabetes mellitus. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2017;27(Special):72-89. (in Thai).

การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สินีนานทิพย์มุลิก* สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ** นงลักษณ์ จินตนาดีล**

บทคัดย่อ

หอผู้ป่วยเป็นหน่วยปฏิบัติ ที่ต้องมีการบริหารกลยุทธ์สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กรการพยาบาล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นวิจัยแบบบรรยาย โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 ราย และวิเคราะห์เนื้อหา นำข้อค้นพบไปพัฒนาแบบสอบถามการวิจัยในระยะวิจัยเชิงปริมาณ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI 0.84 และค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 351 ราย และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 6 องค์ประกอบ 32 ตัวแปร ดังนี้ 1) การเตรียมบุคลากรในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยมี 3 ตัวแปร 2) การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหอผู้ป่วย มี 5 ตัวแปร 3) การกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย มี 6 ตัวแปร 4) การสร้างแรงจูงใจของบุคลากร มี 4 ตัวแปร 5) การนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติและการประเมินผลแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย มี 10 ตัวแปร และ 6) การประเมินผลแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย มี 4 ตัวแปร ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารหอผู้ป่วย และฝึกอบรมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบริหารเชิงกลยุทธ์ หอผู้ป่วย

* นักศึกษา หลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีสเคียน,

E-mail: sineenatt@hotmail.com

** สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีสเคียน

The strategic management of patient unit at the tertiary level hospitals under Ministry of Public Health

Sineenart Thipmusik* Suchitra Luangamonlert** Nongluk Chintanadilok**

Abstract

Patient units have to have strategic management relevant to the strategy of nursing organization. The aim of this descriptive research was to investigate factors and strategic management variables at patient units in tertiary hospitals under the Ministry of Public Health. The informants were 4 head nurses experiencing in strategic management at patient units. Qualitative data were analyzed using content analysis. Results were used to develop research questionnaires in quantitative phase. The tools had Content Validity Index 0.84 and reliability 0.87. Quantitative data were collected from 351 head nurses who had been in position for more than 3 years. Data were analyzed for Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis.

Results showed that strategic management at patient units in tertiary hospitals under the Ministry of Public Health were composed of 6 factors, including 1) preparation for personnel for strategic management at patient units that contained 3 variables, 2) specifying vision and goal of patient units that contained 5 variables, 3) setting up a strategic plan and operational year plan of patient units that contained 6 variables, 4) building motivation for personnel that contained 4 variables, 5) deploying and evaluating operational year plan that contained 10 variables, and 6) evaluating strategic plan of patient units that contained 10 variables. Results could be applied in training and management about strategic management at patient units.

Keywords: strategic management, patient unit

* PhD candidate in Nursing Management, Christian University, E-mail: sineenat.t@hotmail.com

** Nursing Management Department, Christian University

บทนำ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐต้องมีการบริหารเชิงยุทธศาสตร์และปรับเปลี่ยนเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐ เป็นการจัดสรรงบประมาณตามผลการปฏิบัติงานที่บรรลุเป้าหมาย¹ กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจึงต้องมีการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อสนองนโยบายรัฐและเพื่อให้โรงพยาบาลมีเป้าหมายและมีการวัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถนำผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายไปขอรับการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งเป็นรายได้หลักของหน่วยงานภาครัฐ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งถูกกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคยุ่งยากซับซ้อน เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา มีการกำหนดพันธกิจโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพิ่มเติมให้เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence center)² ดังนั้น ผู้บริหารจึงต้องมีการบริหารเชิงกลยุทธ์อย่างจริงจัง เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในสภาพแวดล้อมและนโยบายที่เปลี่ยนแปลง

องค์กรการพยาบาล เป็นองค์กรสำคัญในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ต่างๆ ของโรงพยาบาล มีการกำหนดกลยุทธ์ระดับกลุ่ม/ฝ่ายงานหรือกลยุทธ์ระดับธุรกิจ ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล และเมื่อองค์กรการพยาบาลจัดทำแผนกลยุทธ์เสร็จจะถ่ายทอดสู่หน่วยงานในความรับผิดชอบเพื่อนำไปปฏิบัติ³

หอผู้ป่วย เป็นหน่วยบริการหลัก (Core business) ขององค์กรการพยาบาลและโรงพยาบาล ที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น การบรรลุเป้าหมายขององค์กรการพยาบาลและโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับบรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วย ซึ่งการบริหารเชิงกลยุทธ์จะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีทิศทางและเป้าหมายการดำเนินงานที่

ชัดเจนและก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีคุณภาพ⁴ จากการสอบถามหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่บริหารด้วยแผนปฏิบัติการประจำปี มีหอผู้ป่วยเพียงส่วนน้อย จาก 57 หอผู้ป่วย มีเพียง 2 หอผู้ป่วย⁵ ที่มีการบริหารเชิงกลยุทธ์มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนระยะยาว 3-5 ปี มีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อพัฒนางานตามหน้าที่หลักของหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กรการพยาบาล แล้วจึงกำหนดแผนปฏิบัติการประจำปี³ ซึ่งผลการดำเนินงานแสดงการบรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วย ที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรการพยาบาลได้อย่างชัดเจน และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ในหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ประกอบ และตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นองค์ความรู้นำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารหอผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบและตัวแปรของการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้จากการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพก่อน แล้วนำมาสร้างกรอบแนวคิดและแบบสอบถามการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะวิจัยเชิงปริมาณ

ระเบียบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล (Key informants) เลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์การวิจัย (Purposive sampling) เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ตรงในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยเคยศึกษาหรืออบรมเรื่องการบริหารเชิงกลยุทธ์ และมีประสบการณ์ร่วมในการบริหารเชิงกลยุทธ์ขององค์กรการพยาบาลหรือโรงพยาบาลได้ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 4 ราย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งหมด 116 โรงพยาบาล มีหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยครบรอบ ตั้งแต่เริ่มการบริหารจนถึงประเมินผลแผนกลยุทธ์ เพียง 4 ราย และทั้ง 4 ราย ให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกัน ซึ่งจำนวนผู้ให้ข้อมูลไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย หมายถึง การบริหารหอผู้ป่วยให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายโดยบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด และการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก (Themes) 20 ประเด็นย่อย (Sub-themes) นำข้อค้นพบที่ได้มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี การบริหารเชิงกลยุทธ์ สร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ 6 องค์ประกอบ 32 ตัวแปร

ระยะวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 116 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 2,032 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป จำนวนจากสูตรของ Krejcie and Morgan⁶ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน จึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคิดค่าโอกาสสูญหายของข้อมูล (Drop out) ที่ร้อยละ 10⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ Factor analysis จำนวน 300 คนถือว่าดี⁸ และใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) และหาสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แนวทางของ Bums and Grove⁹ เพื่อสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ได้จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ผู้วิจัยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 หาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .87

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 41/2559 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่งแบบสอบถามและหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนทางไปรษณีย์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาจำนวน 351 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 71.20 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.77 เคยอบรมเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ และร้อยละ 54.13 มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 76.92 มีประสบการณ์ร่วมในการบริหารเชิงกลยุทธ์ระดับองค์กร การพยาบาล และร้อยละ 81.20 มีประสบการณ์ร่วมในการบริหารเชิงกลยุทธ์ระดับโรงพยาบาล

2. องค์ประกอบและตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า มีองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่า 1 คือ มีค่าไอเกนระหว่าง 1.01-16.33 ทั้งหมด 6 องค์ประกอบ และมีค่าความแปรปรวนรวมร้อยละ 74.43 ดังนี้

2.1 ด้านการเตรียมบุคลากรในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย มี 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การกำหนดทีมบริหารกลยุทธ์ 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมบริหารกลยุทธ์ 3) การพัฒนาความรู้เรื่องการบริหารเชิงกลยุทธ์

2.2 ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหอผู้ป่วย มี 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูลปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของการบริหารกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย 2) การวิเคราะห์และประมวลสรุป จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของหอผู้ป่วย 3) การกำหนดวิสัยทัศน์

และเป้าหมายของหอผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การกำหนดระยะเวลาที่ต้องการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหอผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 5) การสื่อสารวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหอผู้ป่วยถึงบุคลากรทุกคน

2.3 ด้านการกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย มี 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) กำหนดกรอบกลยุทธ์ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านบริการพยาบาล ด้านการวิจัยและพัฒนาบริการ ด้านการตลาด และด้านการเงิน 2) การกำหนดแผนกลยุทธ์และตัวชี้วัดครอบคลุมกลยุทธ์ทั้ง 4 ด้าน 3) การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมปฏิบัติการกลยุทธ์ทั้ง 4 ด้าน 4) การมอบหมายให้ทีมปฏิบัติการกลยุทธ์แต่ละด้านจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ตลอดระยะเวลาของแผนกลยุทธ์ 5) การวิเคราะห์และรับรองแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย และ 6) การเสนอแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปีต่อกลุ่มการพยาบาลเพื่อขออนุมัติ

2.4 ด้านการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วย มี 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) การอำนวยความสะดวกให้ทีมปฏิบัติการกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี 2) การให้คำปรึกษาแนะนำกับทีมปฏิบัติการกลยุทธ์ในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี 3) จัดให้ทีมปฏิบัติการกลยุทธ์ได้พัฒนาความรู้ ทักษะให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี 4) การให้กำลังใจและชมเชยทีมปฏิบัติการกลยุทธ์เมื่อได้ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการประจำปีอย่างต่อเนื่อง

2.5 ด้านการนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติและการประเมินผลแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย มี 10 ตัวแปร ได้แก่ 1) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของทีมปฏิบัติการกลยุทธ์ 2) การกำกับทีมปฏิบัติการกลยุทธ์ในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการประจำปี 3) การช่วยแก้ไขปัญหาค่าดำเนินงานตาม

แผนปฏิบัติการประจำปีของทีมปฏิบัติการกลยุทธ์อย่างทันเหตุการณ์ 4) การกำหนดระยะเวลาให้ทีมปฏิบัติการกลยุทธ์แต่ละทีมส่งรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงในปีถัดไป 5) การรับรองผลการประเมินแผนปฏิบัติการประจำปีของกลยุทธ์แต่ละด้าน 6) การวิเคราะห์ข้อเสนอการปรับปรุงแผนปฏิบัติการประจำปีของปีถัดไป 7) การปรับปรุงแผนปฏิบัติการประจำปีของปีถัดไป 8) การเสนอแผนปฏิบัติการประจำปีต่อกลุ่มการพยาบาล 9) การส่งมอบแผนปฏิบัติการประจำปีของปีถัดไปให้ทีมปฏิบัติการกลยุทธ์เพื่อดำเนินการตามแผนต่อไป 10) การประเมินและสรุปปัจจัยความสำเร็จของการนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติเพื่อใช้สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีต่อไป

2.6 ด้านการประเมินผลแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย มี 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการประจำปี ปีสุดท้ายของแผนกลยุทธ์ 2) การสรุประดับการบรรลุเป้าหมายของแผนกลยุทธ์ 3) การวิเคราะห์และสรุปปัจจัยความสำเร็จของแผนกลยุทธ์ที่ผ่านมา 4) การปรับวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยรอบต่อไป

3. องค์ประกอบและตัวแปรของการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จากการวิจัย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง ดังนี้

3.1 องค์ประกอบด้านการเตรียมบุคลากรในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย มี 3 ตัวแปร มีค่า

น้ำหนักองค์ประกอบ .75 และพยากรณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย (R^2) ได้ .56

3.2 องค์ประกอบด้านการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหอผู้ป่วยมี 5 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .83 และพยากรณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย (R^2) ได้ .69

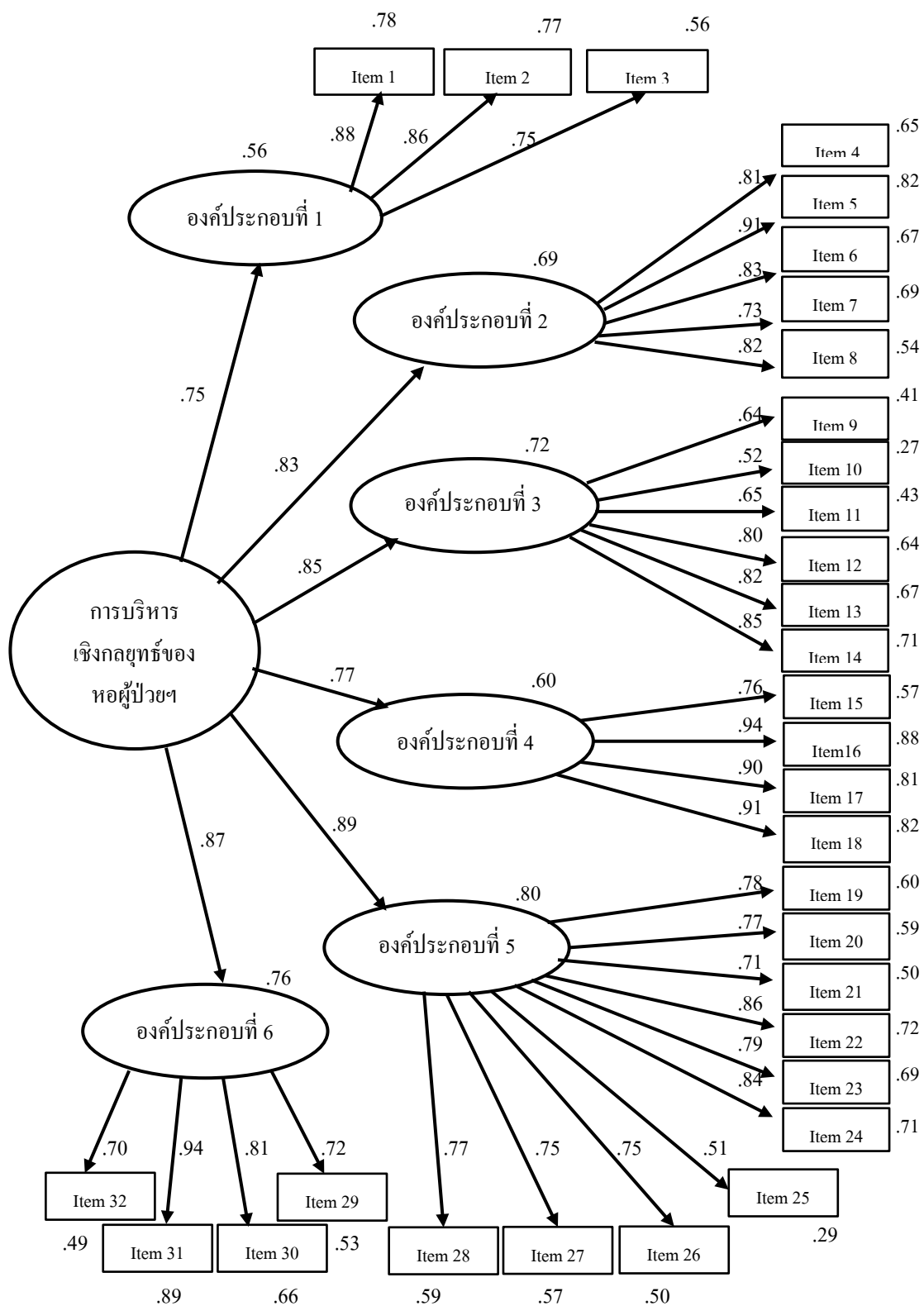
3.3 องค์ประกอบด้านการกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วยมี 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .85 และพยากรณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย (R^2) ได้ .72

3.4 องค์ประกอบด้านการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วย มี 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .77 และพยากรณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย (R^2) ได้ .60

3.5 องค์ประกอบด้านการนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติและการประเมินผลแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย มี 10 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .89 และพยากรณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย (R^2) ได้ .80

3.6 องค์ประกอบด้านการประเมินผลแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย มี 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .87 และพยากรณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย (R^2) ได้ .76

สรุปแผนภาพ องค์ประกอบและตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของโมเดลการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบและตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวง

สาธารณสุข มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของโมเดลการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (n = 351)

สถิติที่ใช้ทดสอบความสอดคล้องของโมเดล	เกณฑ์วัดความสอดคล้อง	ผลการวิเคราะห์
Probability level (P-value)	P-value มากกว่า .05 ¹⁰	.06 *
X ² /degrees of freedom (CMIN/DF)	น้อยกว่า 3 ¹¹	1.12 *
Standardized Root Mean Square Residual: Standardized (RMR)	น้อยกว่า .05 ¹¹	.01 *
Goodness of Fit Index (GFI)	มากกว่า .90 ¹⁰	.94 *
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	มากกว่า .90 ¹⁰	.91 *
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0 - .08 ¹¹	.02 *
Comparative Fit Index (CFI)	มากกว่า .95 ¹¹	.99 *

* ค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายได้ว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย เป็นการบริหารที่มุ่งให้ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย โดยมีการกำหนดที่รับผิดชอบ และมีกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย และใช้กลยุทธ์ระดับให้บริการที่สอดคล้องกับหน้าที่หลักของหอผู้ป่วย เริ่มจากการเตรียมบุคลากรในการบริหารเชิงกลยุทธ์ การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย การกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปี การสร้างแรงจูงใจของบุคลากร การนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติ การประเมินผลแผนปฏิบัติการประจำปี ไปจนถึงการประเมินผลแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย ซึ่งทฤษฎีองค์กรมุ่งกลยุทธ์ อธิบายว่า องค์กรที่ประสบความสำเร็จในปัจจุบันมีการกระจายอำนาจสู่หน่วยงาน ทีมงาน และการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร และเพื่อให้การบริหารเชิงกลยุทธ์บรรลุเป้าหมาย องค์กรต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายที่ชัดเจน แล้วจึงกำหนดกลยุทธ์และ

แปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องมีการจูงใจบุคลากรให้ดำเนินงานสอดคล้องไปกับกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง มีระบบการรายงานและการปรับปรุง ไปจนถึงการวัดผลการดำเนินงาน และกระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ไม่มีผู้ใดกำหนดไว้ชัดเจน แต่ละองค์กรจะต้องพัฒนาวิธีการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของตนเองขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย¹²

หอผู้ป่วยกำหนดกลยุทธ์ 4 ด้าน คือ ด้านบริการพยาบาล ด้านการวิจัยและพัฒนาบริการ ด้านการตลาด และด้านการเงิน อภิปรายได้ว่า หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานระดับให้บริการมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีการกำหนดกลยุทธ์ระดับให้บริการที่สอดคล้องกับหน้าที่หลักของหอผู้ป่วย เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย และสนับสนุนให้กลยุทธ์ขององค์กรการพยาบาลและโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมาย โดยกำหนดกลยุทธ์ด้านการบริการพยาบาล กลยุทธ์ด้านวิจัยและพัฒนาบริการ เพื่อมุ่งให้บริการของหอผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย ส่วนกลยุทธ์ด้านการตลาด เพื่อมุ่ง

ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และจัดบริการให้ตอบสนองความจำเป็น ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และกลยุทธ์ด้านการเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆของหอผู้ป่วย และเกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ ที่กล่าวว่า องค์กรมีกลยุทธ์ 3 ระดับ คือกลยุทธ์ระดับองค์กร (Corporate-level strategy) กลยุทธ์ระดับธุรกิจ (Business-level strategy) และกลยุทธ์ระดับให้บริการ (Functional-level strategy) ซึ่งกลยุทธ์ระดับให้บริการ คือแผนที่ทำให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมาย และสนับสนุนกลยุทธ์ระดับธุรกิจและระดับองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย กลยุทธ์ระดับให้บริการจะสัมพันธ์กับหน้าที่หลักของหน่วยงาน ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) กลยุทธ์ด้านการเงิน 2) กลยุทธ์ด้านการวิจัยและพัฒนา 3) กลยุทธ์ด้านการตลาด และ 4) กลยุทธ์ด้านการผลิตหรือบริการ¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษา ได้องค์ประกอบและตัวแปรในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระบวนการการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 32 ตัวแปร

ข้อเสนอแนะ

1. หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน ควรนำองค์ความรู้จากผลการวิจัยไปถ่ายทอดให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำองค์ความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ในการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย และใช้ในการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยโดยนำชุดปฏิบัติการที่ได้จากการวิจัยไปทดลองใช้ แล้วนำมาพัฒนาเครื่องมือวัด

การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย เพื่อใช้ต่อยอดองค์ความรู้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ รศ.ดร.นงลักษณ์ จินตนาดี และอาจารย์มหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Public Sector Development Commission. A guide to the explanation and guidelines for the royal decree on criteria and procedures for good governance. Bangkok: Sirabut Printing; 2003. (in Thai).
2. Planning Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health. Documentation for the regional health service development [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 28]; Available from: http://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-22--569.pdf (in Thai).
3. Strategic management committee. Strategic and action plan of nursing organization and patient unit. Phraphutthabat, Saraburi: Nursing organization; 2014. Annual report 2014. Nursing organization, Phraphutthabat hospital. (in Thai).
4. Vorahan W. Strategic management in nursing. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division. 2013;31(4):6-15. (in Thai).
5. Podhisita C. Science and art of qualitative research. 5th ed. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2011. (in Thai).

6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3): 607-10.
7. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. *Saudi J Anaesth.* 2016;10(3):328–31.
8. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1992.
9. Burns N, Grove SK. Practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
10. Byrne. B. M. Structural Equation Modelling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 2001.
11. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
12. Kaplan RS, Norton DP. The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment. Boston, MA: Havard Business School Press; 2000.
13. Daft RL. Management. 10th ed. Mason, Ohio: South-Western College Publishing; 2011.

ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานของ องค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ณิชาภา ขนจอหอ* นงลักษณ์ จินตนาดีล** สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 252 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ มีค่าความเที่ยง .94 และแบบสอบถามผลการดำเนินงาน มีค่าความเที่ยง .89 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = .40$; $\bar{X} = 3.59$, $SD = .39$) ตามลำดับ การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ($r=.61$, $p<.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการวิจัยทำให้ได้องค์ความรู้ในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในองค์กรการพยาบาล โดยผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการเตรียมองค์กรเกี่ยวกับทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร การตอบสนองต่อคู่แข่ง การมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และการสร้างความแตกต่างในการบริการพยาบาล เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: แผนกลยุทธ์ องค์กรการพยาบาล

* นักศึกษา หลักสูตรปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

E-mail: Thongdee1010@gmail.com

** สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

The relationship between strategic implementation and nursing organization performance at tertiary level hospital under the Ministry of Public Health.

Nichapa Yonchoho* Nongluk Chintanadilok** Suchitra Luangamornlert**

Abstract

This descriptive study was conducted to examine the relationship between strategic implementation and nursing organizational performance of tertiary level hospitals under the Ministry of Public Health. A systemic sampling technique was used to recruit 252 nursing administrators in the study. The research instruments include a questionnaire about strategic implementation with reliability of 0.94 and a questionnaire about organizational performance with reliability of 0.89. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation were performed. Pearson's correlation coefficient was calculated to examine the relationship.

The research findings revealed the mean scores of both strategic implementation and nursing organizational performance were at a high level ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.40$; $\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.39$ respectively). There was a statistically significant positive relationship between strategic implementation and nursing organizational performance ($r = .61$, $p < .01$). The study findings suggest that the nursing administrators should be prepared for their competency in implementing strategic plan. Other competencies such as personnel investment management skills, reaction to competitor actions, goal achievement performance focusing, and nursing service differentiation should be enhanced in order to increase the effectiveness of nursing organization performance.

Keywords: strategic plan, nursing organization

* PhD. Candidate in Nursing Management, Christian University, E-mail: Thongdee1010@gmail.com

** Nursing Management Department, Christian University

บทนำ

การบริหารกลยุทธ์มีความสำคัญกับเป้าหมายระยะยาวขององค์กร สิ่งสำคัญในการบริหารกลยุทธ์คือการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพ¹ ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 กำหนดให้องค์กรภาครัฐนำแนวคิดการบริหารกลยุทธ์มาใช้ เพื่อให้องค์กรมีการกำหนดทิศทาง และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กร รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์² โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีการปรับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นกลยุทธ์การเจริญเติบโต ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้โรงพยาบาลก้าวทันการเปลี่ยนแปลง และสามารถนำองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้³ ดังนั้นทุกหน่วยงานจะต้องมีกลยุทธ์และการปฏิบัติที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน⁴

องค์กรการพยาบาลมีการจัดทำแผนกลยุทธ์ขององค์กรครอบคลุม 3 ขั้นตอน คือ (1) การกำหนดแผนกลยุทธ์ (2) การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และ (3) การประเมินผลตามแผนกลยุทธ์⁵ ในขั้นตอนการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ พบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน มีเพียงผู้รับผิดชอบนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง และการประเมินผลตามแผนกลยุทธ์ยังไม่ชัดเจน⁶ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนส่วนใหญ่มีแผนกลยุทธ์ แต่ปัญหาคือไม่สามารถนำแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติได้จริง⁴ ดังนั้นการที่จะทำให้องค์กรการพยาบาล สามารถบรรลุวิสัยทัศน์ได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ดังนั้นบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่สำคัญคือการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนให้

เข้าใจแผนกลยุทธ์ มีการจัดการตามแผนกลยุทธ์ทุกขั้นตอน และกระตุ้นให้ทุกส่วนงานมีส่วนร่วมในการบริหารกลยุทธ์ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ขององค์กร⁷ งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นบทบาทของผู้บริหารในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ส่วนน้อยที่มีการศึกษาการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ทำให้เกิดอุปสรรคในการประเมินแผนกลยุทธ์ในองค์กร จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาวิจัยในธุรกิจภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในองค์กรการพยาบาลมีนักวิชาการกล่าวถึงน้อย และไม่ได้กล่าวถึงในส่วนของการเตรียมองค์กรเพื่อนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กร ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อขยายองค์ความรู้ด้านการบริหารกลยุทธ์ขององค์กรการพยาบาล ให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

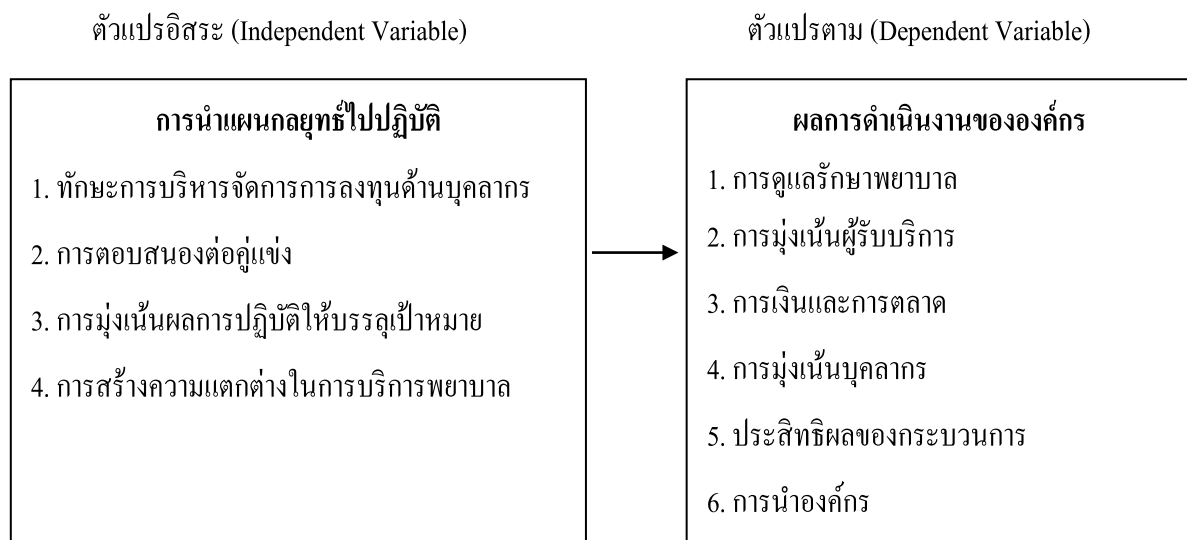
สมมุติฐานของการวิจัย

การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบตามกรอบการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติโดยสังเคราะห์จากแนวคิดการบริหารกลยุทธ์⁶ และแนวคิดการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ^{2,4} มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร 2) การตอบสนองต่อคู่แข่ง 3) การ

มุ่งเน้นผลการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย และ 4) การสร้างความแตกต่างในการบริการพยาบาลและแนวคิดผลการดำเนินงานขององค์กรโดยใช้มิติผลลัพธ์การดำเนินงาน⁷ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลรักษาพยาบาล 2) การมุ่งเน้นผู้รับบริการ 3) การเงินและการตลาด 4) การมุ่งเน้นบุคลากร 5) ประสิทธิภาพของกระบวนการ และ 6) การนำองค์กร ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานองค์กรการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการบริหารงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 33 แห่งทั่วประเทศ มีประชากร 429 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการบริหารงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป คำนวณจากสูตรของ Krejcie and Morgan⁸ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน จึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคิดค่าโอกาสสูญหายของข้อมูล (Drop out) ที่ร้อยละ 10⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มา 19 แห่ง ได้ผู้บริหารทางการพยาบาลจำนวน 252 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่งด้านการบริหาร ประสบการณ์ด้านการบริหารงานในตำแหน่ง การฝึกอบรมทางด้านการบริหาร และประสบการณ์ในการบริหารกลยุทธ์

2. แบบสอบถามการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Burn and Grove¹⁰ สร้างแบบสอบถามการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ มีข้อคำถาม 30 ข้อ มีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .60–1.00 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ .96 ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

3. แบบสอบถามผลการดำเนินงาน ตามแนวคิดผลการดำเนินงานขององค์กรของ Malcolm Baldrige⁷ โดยนำแบบสอบถามของปราณี มีหาญพงษ์ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และสกุล ช่างไม้¹¹ มาปรับใช้ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของ D'Souza and Sequeira¹² มีข้อคำถาม 18 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .80–1.00 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองโครงการวิจัยลงวันที่ 2 มีนาคม 2560 เลขที่ น.08/2559 ผู้วิจัยมีเอกสารชี้แจงให้กับผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการตอบแบบสอบถาม และการได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากการวิจัยมีการเผยแพร่ตีพิมพ์แล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่งแบบสอบถามและหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 เดือน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับและมีความสมบูรณ์ครบจำนวน 252 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล 19 คน (ร้อยละ 7.50) รองหัวหน้าพยาบาล 72 คน (ร้อยละ 28.60) และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 161 คน (ร้อยละ 63.90) อายุเฉลี่ย 55.65 ปี มีประสบการณ์การบริหารงานในตำแหน่งเฉลี่ย 5.29 ปี มีประสบการณ์ในการบริหารกลยุทธ์มาแล้ว 1 รอบ มากที่สุด (ร้อยละ 99.20)

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ดังนี้ การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ผู้บริหารทางการแพทย์ มีความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = .40$) เมื่อพิจารณาการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการสร้างความแตกต่างในการบริการพยาบาล มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, $SD = .53$) ด้านการมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, $SD = .49$) ด้านทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .51$) และ

ด้านการตอบสนองต่อคู่แข่ง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .53$) ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล มีความคิดเห็นในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$, $SD = .39$) เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการนำองค์กร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .45$) ด้านการดูแลรักษาพยาบาล มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, $SD = .56$) ส่วนด้านการเงินและการตลาด มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .47$) และด้านการมุ่งเน้นบุคลากร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$, $SD = .55$) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($r=.61$, $p < .01$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า รายด้านของการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงาน คือ 1) ทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร ($r=.59$, $p < .01$) 2) การมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ($r=.55$, $p < .01$) 3) การตอบสนองต่อคู่แข่ง ($r=.54$, $p < .01$) และ 4) การสร้างความแตกต่างในการบริการพยาบาล ($r=.54$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวแปร	(SI)	(1)	(2)	(3)	(4)	(OP)
การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (SI)						
1. ทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร (1)	.74*	-				
2. การมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย (2)	.88*	.74*	-			
3. การตอบสนองต่อคู่แข่ง (3)	.75*	.64*	.65*	-		
4. การสร้างความแตกต่างในการบริการพยาบาล (4)	.86*	.78*	.62*	.82*	-	
ผลการดำเนินงาน (OP)	.61*	.59*	.55*	.54*	.54*	-

** $p < .001$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล พบว่า การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ⁴ โดยให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการของผู้บริหารให้มีความพร้อมในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติอันจะส่งผลให้ผลการดำเนินงานขององค์กรดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติขององค์กรภาคเอกชน ที่พบว่า การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน¹³ นอกจากนี้การบริหารจัดการขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข¹⁴ โดยให้ความสำคัญในการมุ่งเน้นการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติอย่างจริงจัง เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย² และสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพขององค์กรการพยาบาล โดยให้บุคลากรทุกคนในองค์กรการพยาบาล รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กรการพยาบาล ต้องมีส่วนร่วมในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และจากข้อค้นพบยังแสดงให้เห็นว่า องค์กรการพยาบาลควรมีการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ เพื่อมุ่งให้องค์กรการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย⁵ สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกลยุทธ์⁶ และแนวคิดการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ²⁴ โดยสามารถอภิปรายประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการนำ

แผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ⁴ โดยให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการด้านบุคลากร มีการลงทุนด้านบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานสอดคล้องกับกลยุทธ์ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่มีการลงทุนด้านบุคลากร ที่พบว่า การลงทุนด้านบุคลากร การพัฒนาทักษะให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กร ทำให้เกิดความรู้ และทักษะที่ก่อให้เกิดศักยภาพในการปฏิบัติงานตอบสนองต่อกลยุทธ์มีผลต่อผลการดำเนินงานขององค์กร¹³

ด้านการมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ²⁴ ที่อธิบายว่า การจะนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้ต้องทำให้บุคลากรทุกคนเข้าใจกลยุทธ์ขององค์กร และสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยผู้นำองค์กรจะต้องเป็นผู้กระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติมีความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหาร กลยุทธ์ในระดับหน่วยปฏิบัติการ ที่พบว่า องค์กรมีการเตรียมความพร้อมในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ด้านการกำหนดบุคลากรที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร และทักษะในการบริหารกลยุทธ์ให้กับบุคลากรมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานขององค์กร¹³

ด้านการตอบสนองต่อคู่แข่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกลยุทธ์⁶ ที่อธิบายว่า กลยุทธ์การแข่งขันมีความเกี่ยวข้องกับกิจการภายในองค์กร และมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีกว่าคู่แข่ง ซึ่งกลยุทธ์มีลักษณะสำคัญ คือ ทำให้มีความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน เนื่องจากการนำแผน

กลยุทธ์ไปปฏิบัติ ต้องมีการพัฒนา อย่างมีวัตถุประสงค์ และมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันที่ยั่งยืน และ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ด้านการตอบสนองต่อคู่แข่ง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานขององค์กร¹³

ด้านการสร้างความแตกต่างในการบริการ พยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ⁴ ที่อธิบายว่า การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ เพราะการจะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จได้นั้น ทุกคนจะต้องค้นหาวิธีปฏิบัติงานใหม่ๆ ที่ช่วยสนับสนุนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย มีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และมีการพัฒนานวัตกรรมของการบริการ โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกลยุทธ์⁷ ที่อธิบายว่า ความสามารถขององค์กรในการสร้างความแตกต่างของการบริการ โดยการสร้างความพึงพอใจ การให้คุณค่า และคุณลักษณะพิเศษหรือการบริการให้กับผู้รับบริการ โดยผู้บริหารต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านการออกแบบหรือการจัดบริการ การอำนวยความสะดวก คุณภาพและการบริการด้านภาพลักษณ์และชื่อเสียงของกิจการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพอันจะส่งผลให้มีผลการดำเนินงานที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Mutemi , Maina and Wanyoike ที่พบว่า การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ด้านการสร้างความแตกต่างในผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานขององค์กร¹³ ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรเตรียมองค์การเกี่ยวกับทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร การตอบสนองต่อคู่แข่ง การมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และการสร้าง

ความแตกต่างในการบริการพยาบาล เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการบริหารทางการแพทย์

1.1 ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรเตรียมองค์กรการพยาบาลในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ทักษะการบริหารจัดการการลงทุนด้านบุคลากร 2) การตอบสนองต่อคู่แข่ง 3) การมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และ 4) การสร้างความแตกต่างในการบริการพยาบาล เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลดีขึ้น

1.2 ควรมีการประเมินผลการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติทั้ง 4 ด้าน และนำผลการประเมินในส่วนผลการประเมินที่สนับสนุน และเป็นอุปสรรค เป็นข้อมูลจัดทำแผนกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาการนำแผนกลยุทธ์ไป ปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ

1.3 ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรมีนโยบายจذبกรมให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีความรู้ในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ให้ครอบคลุมเพื่อสามารถนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้จริง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ในองค์กรการพยาบาลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารที่กำกับดูแลงานด้านการบริหารกลยุทธ์ขององค์กรการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson G, Pyle S, Scholes K, Whittington R. Exploring strategy: Text and cases. Harlow: Financial Times Prentice Hall; 2011.
2. Office of the Public Sector Development Commission. A guide to the explanation and guidelines for the royal decree on criteria and procedures for good governance. Bangkok: Sirabut Printing; 2003. (in Thai).
3. Vitayaaudome V. Organization and management. Bangkok: Thanachart Printing; 2007. (in Thai).
4. Kaplan RS, Norton DP. The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment. Boston, MA: Havard Business School Press; 2001.
5. Vorahan W. Strategic management in nursing. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division. 2013;31(4):6-15. (in Thai).
6. Porter ME. The competitive advantage: Creating and sustaining superior performance. New York: Free Press; 1985.
7. National Institute of Standards and Technology. Health Care Criteria for Performance Excellence [Internet]. 2009 [cited 2013 Sep 21]. Available from: <https://www.nist.gov/baldrige/publications>
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
9. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials! Saudi J Anaesth. 2016;10(3):328-31.
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
11. Meehanpong P, Luangamornlert S, Changmai S. A causal model of patient unit performance in general hospital under Ministry of Public Health. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2015;16(1):78-86. (in Thai).
12. D'Souza SC, Sequeira AH. Application of MBNQA for service quality management and performance in healthcare organizations. International Journal of Engineering, Science and Technology. 2011;3(7):73-88.
13. Mutemi BM, Maina R, Wanyoike ND. Strategic management practices and performance of small scale enterprises in Kitui Town in Kenya. Int J Sci Commer Humanit. 2014;2(4):249-59.
14. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Standard of nursing in hospital. 2nd ed. Nonthaburi: The War Veterans Organization Office of Printing Mill; 2007. (in Thai).



เลขที่.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผลงาน
ลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research) มีความประสงค์ขอชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้

ค่าตีพิมพ์

- แบบเร่งด่วน (Fast Track) ☐ บุคลากรในเครือข่ายวิทยาลัยภาคกลาง 1 = 5,000 บาท
☐ บุคลากรนอกเครือข่าย = 7,000 บาท
☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 10,000 บาท

- แบบปกติ ☐ บุคลากรในเครือข่าย (ฟรี) ☐ บุคลากรในเครือข่ายร่วมกับคนนอกเครือข่าย = 1,000 บาท
☐ บุคลากรนอกเครือข่ายวิทยาลัยภาคกลาง 1 = 3,000 บาท
☐ ฉบับภาษาอังกฤษ บุคลากรในเครือข่าย = 2,000 บาท
☐ ฉบับภาษาอังกฤษ บุคลากรนอกเครือข่าย = 5,000 บาท
☐ ฉบับภาษาอังกฤษ บุคลากรในเครือข่ายร่วมกับคนนอกเครือข่าย = 3,000 บาท

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยทาง ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินรับฝากรายได้ วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-47626-1

scan หลักฐานการโอนเงินพร้อมจดหมายนี้ ส่ง ดร.ศุภภาพิชญ์ โพน โบรมันน์ e-mail: suparpit@bcnnon.ac.th

และคุณคันสนีย์ ฉิมกุล e-mail: schimkul@bcnnon.ac.th

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสารวารสาร

.....
.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม.....
.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ผู้รับเงิน.....

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

