



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560 Vol.28 No.1 January - June 2017



รายงานการวิจัย

- ผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าที่ระบุงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด
- การศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง
- ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรสมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี
- ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
- การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน

บทความวิชาการ

- โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก
- พยาบาลผู้จัดการรายการนิโรคเรื้อรัง
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข
- การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม
- การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัดทำร้ายเฉียบพลัน

บทความพิเศษ

- **พี่น้อง**

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560

Vol.28 No.1 January - June 2017

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุนหปราน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)

นางกาญจนา ร้อยนา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธุ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางสาวคณิสร์ แก้วแดง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา |
| 4. ดร.พรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ. ดร.อรพรรณ ไคลสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. ผศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสุมาลี ราชนิยม | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล |
| 2. นางสาวสมิตรา เนียมกัน | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |
| 3. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ | ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 2. ดร.มัทนา เหมชะญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัตน์ สุกุลสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาด้น | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสถลี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ดร.วรพล แวงนอก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 13. ดร.ศรีสกุล เนียบแหลม | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 20. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560 Vol.28 No.1 January - June 2017

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด 1
ปราณี อีร์โสภณ สมจิตร เมืองพิล สมสกุล นิละสมิต
สุทธัญญู นามเมืองจันทร์ อารยา ฉัตรธนะพานิช เกียรติศักดิ์ หาญสิทธิพร
- การศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง 14
ปริญญ์พร ปราภพผล
- ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ 26
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอดำรงวิทยะปาล จังหวัดราชบุรี
ดารณี ทองสัมฤทธิ์ กนกวรรณ บริสุทธิ์ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก
- ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง 38
นาฏนภา อารยะศิลปะธร พิชณี สมกำลัง จรัสศรี สีลาวัณ
จันทร์จิรา ภูบุญเอิบ จิราภรณ์ มูลเมืองแสน
- การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 51
กรรณธัช ปัญญาใส พิชามญช์ ภูเจริญ ณิชกมล เปียอยู่
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย 63
อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
นันทิดา จันทะวงศ์ ปิยธิดา ตรีเดช สุนธนา ศิริ
ชาญวิทย์ ตรีเดช
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 80
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี
ศุภิสยา วสุธาดา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน 90
สุกัญญา สอนสี ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ นุจรี ไชยมงคล

บทความวิชาการ

- โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เชนมมาตเวียบที่ควรตระหนัก 100
นิพพาทกร์ สันทรพิย์ จินวัตร จันครา บุพพา ใจมั่น
- พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง 112
ปริญญ์พร ปราภพผล
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข 122
ปวิณภัทร นิธิตันตวัฒน์ วรางคณา อุดมทรัพย์

ส

า

ร

บ

ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560 Vol.28 No.1 January - June 2017

หน้า

บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม
รุ่งนภา เขียวชะอำ ชดช้อย วัฒนนะ 129
- การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง
สุภาพ เหมือนชู ปณิษฐา เชื้อวงศ์ 140
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัดกำเริบเฉียบพลัน
กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ 149

บทความพิเศษ

- พี่น้อง
อภิสร่า ทำสมัด สุภาวดี สีเผือก 161

ส

า

s

บ

ญ

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ผู้ป่วยเด็กโรคหัดค้ำาเริบ และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับความเป็นพี่เป็นน้องของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพอีกเช่นเคย ดังนั้น หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการหรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร แก้วแดง
บรรณาธิการ

ผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด The Effects of Promoting Maternal Mobility and Upright Positions during the First Stage of Labor

ปราณี ธีรโสภณ, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Pranee Theerasopon, Ph.D. (Nursing) *

สมจิตร เมืองพิล, พย.ด. **

สมสกุล นีละสมิต, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) **

Somjit Muangpin, Ph.D. (Nursing) **

Somsakul Neelasamith, M.N.S. (Advanced Midwifery) **

สุธิญญนัฐ นางเมืองจันทร์, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) ***

Suthunyanut Najmuangjun, M.N.S. (Advanced Midwifery) ***

อารยา ฉัตรชนะพาณิช, พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน) ****

Araya Chattanapanich, M.N.S. (Community Health Nursing) ****

เกรียงศักดิ์ ทาญสิทธิพร, พ.บ., วว. สูติ-นรีเวช, วว. เวชศาสตร์ครอบครัว *****

Kriengsak Hansittiporn, M.D., OB-GYN, Family Medicine *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์และคู่มือส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา แบบบันทึกการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการคลอด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t -test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.049, p < .05$)

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

***** นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มารดาที่อยู่ในระยะที่หนึ่งของการคลอดมีการเคลื่อนไหว และการอยู่ในท่าศีรษะสูง เพื่อช่วยให้การคลอดใช้เวลาสั้นลง อันจะช่วยลดเวลาที่มารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ในระยะที่หนึ่งของการคลอด และลดความเหนื่อยล้าจากการรอคลอดเป็นเวลานาน

คำสำคัญ : การเคลื่อนไหวของมารดา ท่าศีรษะสูง ระยะที่หนึ่งของการคลอด

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of promoting maternal mobility and upright positions during the first stage of labor. The samples consisted of 50 mothers giving birth for the first time at Chiang Yuen Hospital, Mahasarakham Province, who were equally separated into an experimental group and a control group. The experimental group were promoted with the maternal mobility and upright positions during the first stage of labor with the conventional nursing care and the control group received only the conventional nursing care. The research instruments consisted of the visual media and the manual for promoting the maternal mobility and upright positions during the first stage of labor, the data recording form, the recording form of mobility and upright positions, and the birth outcomes recording form. The implementation and data collection were conducted from December, 2014 to May, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The result revealed that the experimental group had statistically significant shorter average time of the first stage of labor than that of the control group ($t = 2.049, p < .05$).

This study suggested that mothers should be encouraged to have mobility and upright positions during the first stage of labor in order to shorten the labor time. This will reduce the time that mothers have to face with the pain during the first stage of labor and reduce fatigue from waiting for giving birth for a long time.

Keywords : Maternal mobility, Upright position, The first stage of labor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะที่หนึ่งของการคลอด เป็นระยะเวลาที่เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดขยายเต็มที่ นับเป็นระยะเวลายาวนานที่สุดของทุกระยะการคลอด โดยมารดาครรภ์แรกใช้เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด ตั้งแต่ 2.80-30 ชั่วโมง โดยมีค่ากลาง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50)

10.50 ชั่วโมง (Cheng, Shaffer, Bryant, & Caughey, 2010) ระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก มีความอ่อนล้า มีความกลัวและวิตกกังวลต่อการคลอด โดยเฉพาะการต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลายาวนาน จะส่งผลให้มารดาอ่อนล้า กลัวและวิตกกังวลมากขึ้น จนทำให้มดลูก

หดตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และไม่มีแรงเบ่ง จนอาจต้องสิ้นสุดการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การบาดเจ็บจากการคลอด การตกเลือดหลังคลอด ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Baker, 2010) ดังนั้น การดูแลเพื่อส่งเสริมให้การคลอดมีความก้าวหน้าและสิ้นสุดในระยะเวลาเหมาะสม จะช่วยให้มารดาเผชิญกับความเจ็บปวดในเวลาที่ย่นลง ลดความกลัวและความวิตกกังวล ลดความอ่อนล้า ลดความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติ และลดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก

จากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการดูแลในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้บริการดูแลและทำคลอดในรายที่ไม่มีความเสี่ยงสูง พบว่าปัญหาที่ทำให้โรงพยาบาลส่งต่อมารดาไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายระดับสูง มาจากปัญหาการคลอดล่าช้าในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด ซึ่งมักพบในมารดาที่มานอนรอคลอดในห้องคลอดเป็นเวลานาน มีการจำกัดการเคลื่อนไหว นอนพักอยู่แต่บนเตียง มีความเจ็บปวดจากการที่มดลูกหดตัว เกิดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอด และเกิดความอ่อนล้าจากการเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูกที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีความต้องการยาบรรเทาปวด และต้องการให้ส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายในระดับสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มาโรงพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) แล้ว มักมีเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ามารดาที่มานอนรอคลอดตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมารดาไม่มีการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีการเคลื่อนไหว จึงอาจส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้า จากการสังเกตและสัมภาษณ์มารดาในห้องคลอด พบว่ามารดามักนอนบนเตียงเกือบตลอดเวลา เนื่องจากการรับรู้ว่าเมื่อมาที่โรงพยาบาล ควรนอนพักบนเตียงมากกว่าลุกหรือเคลื่อนไหว เพื่อให้มีแรงในระหว่างคลอด และเกรงว่าการเคลื่อนไหวอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก โดยมารดามักอยู่ในท่านอนหงายราบและท่านอนตะแคง นอกจากนี้ มารดายัง

ไม่ค่อยได้รับการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวและอยู่ในท่านอนอื่น ๆ การเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด เป็นแนวทางการดูแลที่เป็นการส่งเสริมการคลอดซึ่งเป็นไปตามกลไกธรรมชาติของการคลอด องค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะให้มีการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 (World Health Organization: WHO, 1996; Romano & Lothian, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด ยังมีข้อโต้แย้งในการนำมาปฏิบัติ เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนถึงประสิทธิผลของการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงต่อการลดเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการออกแบบการวิจัย ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมสิ่งทดลองที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง การไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวแปรเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด เช่น ระยะเวลาการเคลื่อนไหว ระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูง การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การฉีดยาชาวก้น (Souza, Miquetutti, Cecatti, & Makuch, 2006; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell, & Styles, 2009; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013; Martin & Martin, 2013) การศึกษาส่วนหนึ่งพบว่า การเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูง ซึ่งประกอบด้วยท่านั่ง (sitting) ทำยืน (standing) ทำเดิน (walking) ทำคุกเข่า (kneeling) ท่านั่งยอง (squatting) และท่าคลาน (all fours, hand and knees) สามารถช่วยให้เวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอดสั้นลง ลดความต้องการใช้ยาบรรเทาปวด และช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของมารดา (Lawrence et al., 2009; Baker, 2010; Priddis, Dahlen, & Schmied, 2012; Lawrence et al., 2013; Gizzo, Di Gangi, Noventa, Bacile, Zamboni, & Nardelli, 2014) การศึกษาอีกส่วนหนึ่งพบว่า การเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงไม่มีความแตกต่างของเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้

เคลื่อนไหวและอยู่ในท่านอนราบ (Souza et al., 2006; Albers, 2007; Miquelutti, Cecatti, & Makuch, 2007) ส่วนผลลัพธ์ด้านการคลอดอื่น ๆ มีรายงานว่า เวลาในระยะที่สองของการคลอด ชนิดของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และคะแนน APGAR ในนาทีที่ 1 และในนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด เปรียบเทียบระหว่างผู้คลอดที่ใช้ท่าศีรษะสูงกับผู้คลอดที่ใช้ท่านอนราบในระยะที่หนึ่งของการคลอดนั้นไม่แตกต่างกัน (Souza et al., 2006; Lawrence et al., 2009) รายงานการสังเคราะห์เมตาดาของ Lawrence et al. (2013) พบว่ากลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวและอยู่ในท่าศีรษะสูง มีเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอด และการได้รับยาบรรเทาปวดทางไขสันหลัง ต่ำกว่ากลุ่มมารดาที่นอนราบ แต่ไม่พบความแตกต่างของเวลาในระยะที่สองของการคลอด และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารก รายงานการศึกษาของ Gizzo et al. (2014) พบว่ากลุ่มมารดาที่อยู่ในท่าศีรษะสูง มีเวลาในระยะที่หนึ่งและเวลาในระยะที่สองของการคลอดสั้นกว่า และได้รับยาบรรเทาปวด ต่ำกว่ากลุ่มมารดาที่นอนราบ โดยไม่มีความแตกต่างของคะแนน APGAR ทั้งนี้ ทุกรายงานการศึกษาไม่พบรายงานการเกิดผลเสียและภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก รายงานที่สังเคราะห์งานวิจัยแบบเมตาดาและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ชี้ให้เห็นว่าผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนของระเบียบวิธีการวิจัยและการควบคุมการได้รับสิ่งทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีการปนเปื้อน (contaminate) ของสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม เช่น กลุ่มควบคุมมีการเคลื่อนไหวและใช้ท่าศีรษะสูงร่วมกับการนอนราบ กลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวน้อยและอยู่ในท่านอนราบร่วมกับการใช้ท่าศีรษะสูง ซึ่งนักวิจัยไม่สามารถควบคุมได้ ไม่มีการบันทึกเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของแต่ละกลุ่มที่เป็นจริง การกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษาที่ไม่รัดกุม เช่น การกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดด้วยยา oxytocin การได้รับยาบรรเทาปวดทางไขสันหลัง และการเจาะถุงน้ำคร่ำ (Souza et al.,

2006; Albers, 2007; Lawrence et al., 2009; Lawrence et al., 2013)

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด ต่อเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยออกแบบการวิจัยที่ลดข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยที่ผ่านมา และลดการปนเปื้อนของสิ่งทดลองที่จัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณที่มีการอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยที่ผ่านมา ใช้วิธีการสุ่มเพื่อดำเนินการวิจัยที่ละกลุ่ม เนื่องจากเป็น การวิจัยในสถานที่และช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อช่วยลดการปนเปื้อนของสิ่งทดลองที่จัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม และมีการใช้แบบบันทึกการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีการคัดอาสาสมัครออกกรณีที่เป็นไปตามเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย อันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในระยะที่หนึ่งของการคลอด ที่เป็นการดูแลตามวิถีธรรมชาติ และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อช่วยให้มารดาได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้หญิงในการส่งเสริมการคลอดที่ปลอดภัย ไม่รุกรานร่างกาย สร้างประสบการณ์การคลอดที่ดี และมีความพึงพอใจต่อการคลอด

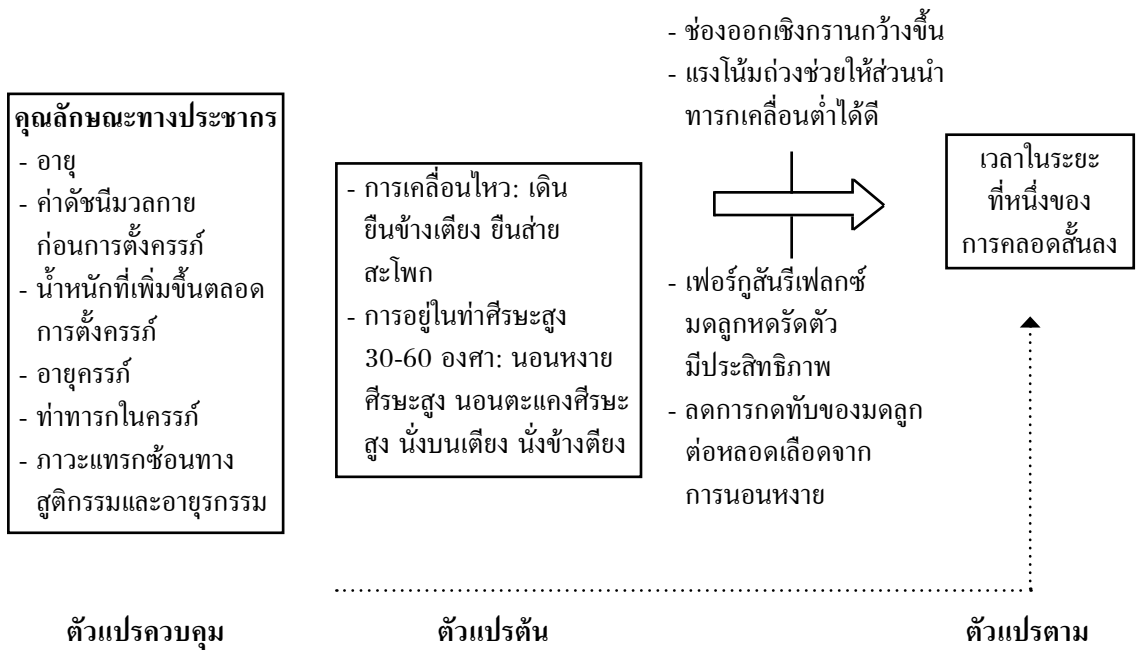
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด ต่อเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มมารดาที่ได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ใช้เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two groups, posttest only design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรองเลขที่ HE572173)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ก) เกณฑ์การคัดเลือกในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) เป็นการคลอดครั้งแรก 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี 4) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ 5) มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 11.50-16 กิโลกรัม และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์

การคัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นข้อห้ามในการเคลื่อนไหวในระยะรอคลอดซึ่งตรวจวินิจฉัยโดยสูติแพทย์ ได้แก่ โรคหัวใจ ภาวะโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ภาวะครรภ์แฝด ภาวะครรภ์แฝดน้ำ หรือภาวะอื่น ๆ ที่สูติแพทย์ลงความเห็น และ ข) เกณฑ์การคัดเลือกในระยะแรกรับที่ห้องคลอด ประกอบด้วย 1) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 38-42 สัปดาห์ 2) ทารกอยู่ในท่าศีรษะ 3) น้ำหนักทารกตามการคาดคะเนอยู่ในช่วง 2,500-3,500 กรัม 4) มีอาการเจ็บครรภ์จริงที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผลการตรวจภายในทางช่องคลอดเมื่อแรกรับ พบปากมดลูกเปิดเกิน 4 เซนติเมตร สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นข้อห้ามในการเคลื่อนไหวซึ่งตรวจวินิจฉัยพบโดยสูติแพทย์ในขณะรอคลอด ได้แก่ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะช่องเชิงกรานมารดาและศีรษะทารกไม่ได้

สัดส่วนกัน ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะอื่น ๆ ที่สูติแพทย์ลงความเห็น 2) ได้รับยากระตุ้นการคลอดหรือยาระงับความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด 3) ทารกมีภาวะเครียด (fetal distress) ในระยะที่หนึ่งของการคลอด 4) มีการเคลื่อนไหวก่อนคลอดและการอยู่ในท่าศีรษะสูงไม่ครบตามที่กำหนด (กลุ่มทดลอง) และมีการเคลื่อนไหวก่อนคลอดและการอยู่ในท่าศีรษะสูง (กลุ่มควบคุม) และ 5) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล (effect size) และใช้ค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุดจากงานวิจัยที่ศึกษาตัวแปรที่คล้ายคลึงกับการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ค่าที่อ้างอิงจากผลการศึกษาของ Bloom et al. (1998) ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีการแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มมารดาครรภ์แรกและมารดาครรภ์หลังได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์และคู่มือส่งเสริมการเคลื่อนไหวก่อนคลอดและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยสื่อวีดิทัศน์มีความยาวประมาณ 15 นาที เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์และคู่มือฯ ประกอบด้วยประโยชน์ของการเคลื่อนไหวก่อนคลอดและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด และวิธีปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวก่อนคลอดและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และได้ค่าการประเมินคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 4.34 (จากคะแนนเต็ม 5)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น

ตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนทั้งสิ้น 3 ชุด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น

ชุดที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการคลอด คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดปกติทางช่องคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอด คะแนน APGAR ในนาทีที่ 1 และคะแนน APGAR ในนาทีที่ 5 จำนวนทั้งสิ้น 4 ชุด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

2. คณะผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อนและหลัง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งทำการศึกษาในสถานที่เดียวกัน คณะผู้วิจัยจึงทำการสุ่มเพื่อเลือกที่จะทำการศึกษาในกลุ่มใดก่อน โดยใช้การโยนเหรียญที่มี 2 ด้าน กำหนดให้เหรียญด้านหน้าเป็นกลุ่มทดลอง และเหรียญด้านหลังเป็นกลุ่มควบคุม ผลการสุ่มได้เหรียญด้านหลัง จึงทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 25 คน แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลองอีก 25 คน

3. ในกลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแผนกฝากครรภ์ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายข้อมูลการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมและการยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้เวลาในการตัดสินใจเพื่อลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป 2) ในห้องคลอด มารดาจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามแนวปฏิบัติของห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้แก่ การตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การดูแลความสุขสบายทั่วไป การดูแลความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนบนเตียงในท่านอนราบหรือตะแคง ตามความต้องการของมารดา การอนุญาตให้ออกไปพบญาติ และให้ญาติเข้าเยี่ยมกรณีไม่เจ็บครรภ์มาก

และการรายงานแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ

4. ในกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแผนกฝากครรภ์ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายข้อมูลการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมและการยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้เวลาในการตัดสินใจเพื่อลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป 2) เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยให้คำแนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระหว่างหนึ่งของการคลอด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และแจกคู่มือให้กลับไปทบทวนด้วยตนเอง 3) ในห้องคลอด มารดาจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้เคลื่อนไหวอย่างอิสระ เช่น ลูกเดินเข้าห้องน้ำ ลูกเดินออกไปพบญาติ เดินรอบเตียง ยืนรอบเตียง ยืนสายสะโพกข้างเตียง และหากมารดาต้องการพักผ่อนบนเตียง จะได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือให้นั่งบนเตียง นั่งเก้าอี้ข้างเตียง หรือนอนในท่าศีรษะสูง 30-60 องศา โดยใช้หมอนหนุนบริเวณหลังและศีรษะ โดยอาจอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง นอนตะแคงศีรษะสูง นั่งเอนหลังบนเตียง หรือนอนตะแคงศีรษะสูง โดยใช้หมอนรองบริเวณอกและขา ขึ้นอยู่กับความสบายของมารดา

5. คณะผู้วิจัยสังเกตและลงบันทึกเกี่ยวกับลักษณะและระยะเวลาที่มารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เคลื่อนไหวและอยู่ในท่าศีรษะสูง ตามแบบบันทึก

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 ซึ่งสาเหตุที่ใช้เวลานานเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีค่อนข้างน้อย และมารดาบางคนมาโรงพยาบาลเมื่อใกล้คลอดมากแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบระยะเวลา

การเคลื่อนไหว ระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูง ระยะเวลาการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดเรื่อง ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 22.56 ปี ($SD = 3.55$) และ 24.04 ปี ($SD = 4.32$) ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 20.94 kg/m^2 ($SD = 2.57$) และ 20.88 kg/m^2 ($SD = 2.25$) ตามลำดับ และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เฉลี่ย 13.19 กิโลกรัม ($SD = 3.56$) และ 13.72 กิโลกรัม ($SD = 3.79$) ตามลำดับ มีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 39.10 สัปดาห์ ($SD = .99$) และ 39.22 สัปดาห์ ($SD = .83$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบระยะเวลาการเคลื่อนไหว และระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเคลื่อนไหว 67.75 นาที ($SD = 75.93$) และ 12.08 นาที ($SD = 13.51$) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูง 233.29 นาที ($SD = 175.76$) และ 34.58 นาที ($SD = 27.62$) ตามลำดับ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเคลื่อนไหวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.810, p < .01$) โดยกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลามากกว่ากลุ่มควบคุม 55.67 นาที ($SD = 14.61$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.256, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลามากกว่ากลุ่มควบคุม 210.79 นาที ($SD = 33.69$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเคลื่อนไหว และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ระยะเวลาการเคลื่อนไหว	67.75	75.93	12.08	13.51	3.810	.001
ระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูง	233.29	175.76	22.50	27.62	6.256	< .001
รวมระยะเวลาการเคลื่อนไหวและ การอยู่ในท่าศีรษะสูง	301.04	206.67	34.58	2.97	6.723	< .001

3. การเปรียบเทียบระยะเวลาการคลออด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลออด 487.80 นาที (SD = 214.86) และ 658.04 นาที (SD = 355.61) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่สองของการคลออด 20.76 นาที (SD = 10.33) และ 23.24 นาที (SD = 17.86) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่สามของการคลออด 7.96 นาที (SD = 9.64) และ 7.71 นาที (SD = 18.92) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยเวลาในการคลออดทั้งหมดทุกระยะ 503.76 นาที (SD = 208.86) และ 682.71 นาที (SD = 364.74) ตามลำดับ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลออด

สั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.049$, $p < .05$) โดยกลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลออดสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 170.24 นาที (SD = 83.09) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในการคลออดทั้งหมดทุกระยะสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.085$, $p < .05$) โดยกลุ่มทดลองใช้เวลาในการคลออดทั้งหมดทุกระยะสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 178.95 นาที (SD = 155.88) แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่สองของการคลออด และค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่สามของการคลออด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ระยะที่หนึ่งของ การคลอด	487.80	214.86	658.04	355.61	2.049	.046
ระยะที่สองของ การคลอด	20.76	10.33	23.24	17.86	.601	.551
ระยะที่สามของ การคลอด	7.96	9.64	7.71	18.92	.411	.683
รวมระยะเวลา การคลอด	503.76	208.86	682.71	364.74	2.085	.044

4. ผลลัพธ์ของการคลอดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการคลอดปกติทางช่องคลอดทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอดเท่ากับ 220.83 มิลลิลิตร (SD = 85.56) และ 195.96 มิลลิลิตร (SD = 28.72) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนน APGAR ในนาทีที่ 1 และค่าเฉลี่ยคะแนน APGAR ในนาทีที่ 5 เท่ากับ 9 คะแนน และ 10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และค่าเฉลี่ยเวลาในการคลอดทั้งหมดทุกระยะ สั้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองใช้

เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 2 ชั่วโมง 50 นาที ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีการเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ โดยลุกเดินไปไหว้พระขอพรภายในโรงพยาบาล ลุกเดินไปยังบริเวณหน้าห้องคลอด เพื่อพูดคุยและพบปะกับสมาชิกในครอบครัว ลุกเดินไปมารอบ ๆ เตียง และยืนถ่ายส้วมพักข้างเตียง โดยใช้ระยะเวลาการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 67.75 นาที ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ระยะเวลาการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 12.08 นาที และกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูงเฉลี่ย 233.29 นาที ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ระยะเวลาการอยู่ในท่าศีรษะสูงเฉลี่ย 22.50 นาที โดยการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นกลไกที่ช่วยให้ข้อต่อที่ยึดช่องเชิงกราน โดยเฉพาะบริเวณ sacro-iliac joint และ pubic symphysis ซึ่งมีความยืดหยุ่นจากผลของฮอร์โมนรีแลกซิน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและขนาดของช่องเชิงกราน โดยเฉพาะช่องออกของช่องเชิงกรานซึ่งเปิดกว้างมากขึ้นถึงร้อยละ 28-30 ศีรษะทารกจึงสามารถเคลื่อนต่ำลงมาสู่ช่องเชิงกรานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงยังทำให้แกนตัวมดลูกและแกนลำตัวทารกอยู่ในแนวเดียวกัน แรงโน้มถ่วง

ที่ตกลงบนแกนตัวมดลูกจะส่งผลลงบนแกนลำตัวและศีรษะทารก จึงเป็นแรงที่ช่วยผลักดันให้ศีรษะทารกเคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกรานอีกแรงหนึ่ง และในขณะที่ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากบริเวณปากมดลูก จะเกิดรีเฟล็กซ์บริเวณปากมดลูกที่เรียกว่า เฟอ์กูสันรีเฟล็กซ์ (Ferguson's reflex) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ช่วยให้มดลูกหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ปากมดลูกจึงมีการบวมและยืดขยายได้เร็วขึ้น (Souza et al., 2006; Albers, 2007; Baker, 2010; Gizzo et al., 2014) จึงส่งผลให้เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gizzo et al. (2014) ที่ทำการศึกษาแบบ cohort เปรียบเทียบกลุ่มมารดาครรภ์แรกที่อยู่ในท่านอนราบในระยะที่หนึ่งของการคลอด จำนวน 69 คน และกลุ่มมารดาครรภ์แรกที่อยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด จำนวน 156 คน พบว่ากลุ่มมารดาที่อยู่ในท่าศีรษะสูงใช้เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มมารดาที่อยู่ในท่านอนราบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับรายงานการสังเคราะห์เมต้า ที่พบว่ากลุ่มมารดาที่มีการเคลื่อนไหวและอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่มีการเคลื่อนไหวและอยู่ในท่านอนราบประมาณ 1 ชั่วโมง 22 นาที โดยในมารดาครรภ์แรกมีเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่าประมาณ 1 ชั่วโมง 13 นาที และมารดาครรภ์หลังมีเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่าประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที (Lawrence et al., 2013) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของ Souza et al. (2006) ที่พบว่ากลุ่มมารดาที่อยู่ในท่าศีรษะสูงมีเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มมารดาที่นอนราบประมาณ 1 ชั่วโมง 33 นาที อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ เพทายประกายเพชร, นววิพรรณ อยู่สำราญ, และวรรณมา พาวุฒิพนกร (2558) ที่ศึกษาผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดในกลุ่มมารดาครรภ์แรกที่มีรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูง มีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่หนึ่ง

ของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ การออกแบบการวิจัยที่ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยการสุ่มศึกษาที่ละกลุ่มเพื่อลดการปนเปื้อนของสิ่งทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองได้มีการเตรียมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ด้วยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และมีคู่มือแจกให้มารดานำกลับไปศึกษาเองที่บ้าน อีกทั้งเมื่อมาถึงห้องคลอด พยาบาลจะทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงอีกครั้ง จึงทำให้มารดาเกิดความเข้าใจ และยินดีปฏิบัติตามการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะรอคลอด ซึ่งการที่มารดามีอิสระในการเคลื่อนไหวตามต้องการไม่ถูกจำกัดให้นอนอยู่เฉพาะบนเตียงและอยู่ในสิ่งแวดล้อมด้านบุคลากรในห้องคลอดที่ไม่คุ้นเคยดังที่เคยปฏิบัติกันมา แต่มารดาสามารถลุกเดินเพื่อไปพบและพูดคุยกับญาติ หรือทำกิจกรรมกับครอบครัวตามต้องการ เช่น ออกไปไหว้ขอพรพระพุทธรูปในโรงพยาบาล ส่งผลให้มารดารู้สึกว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายจากกฎระเบียบของห้องคลอดที่มีกักจำกัดกิจกรรมให้อยู่เฉพาะบนเตียงภายในห้องคลอด จึงคลายความวิตกกังวล มีขวัญและกำลังใจส่งผลให้ไม่มีปัจจัยด้านความกลัวและความวิตกกังวลที่จะส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี การคลอดจึงก้าวหน้า (Baker, 2010; Priddis et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีการสังเกตและการบันทึกกิจกรรมและระยะเวลาที่มารดามีการเคลื่อนไหว และระยะเวลาที่มารดาอยู่ในท่าศีรษะสูง ซึ่งเป็นการช่วยยืนยันว่ากลุ่มทดลองได้รับสิ่งทดลองตามที่กำหนด โดยมีการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงตามความเป็นจริง และมีการคัดอาสาสมัครออกกรณีที่เกินไปตามเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย อันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการทดลอง ซึ่งเป็นการออกแบบการวิจัยที่ลดข้อจำกัดของการออกแบบการวิจัยจากผลการวิเคราะห์ของรายงานการสังเคราะห์เมต้า และรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Souza et al., 2006; Albers, 2007; Lawrence et al., 2009; Lawrence et al., 2013)

2. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ การคลอดปกติทางช่องคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอด คะแนน APGAR ในนาทีที่ 1 และคะแนน APGAR ในนาทีที่ 5 ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการวิจัยครั้งนี้จัดให้กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงเฉพาะในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดเท่านั้น ไม่ได้มีการจัดการกระทำเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อเวลาในระยะเวลาที่สองและเวลาในระยะเวลาที่สามของการคลอด เช่น การจัดทำในระยะที่สองของการคลอด การเบ่งคลอด อีกทั้งในระยะคลอด มารดาทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของห้องคลอด โรงพยาบาลเดียวกัน ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงไม่ส่งผลต่อเวลาในระยะเวลาที่สองและเวลาในระยะเวลาที่สามของการคลอด ตลอดจนผลลัพธ์ของการคลอดเรื่อง ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอด และด้านสุขภาพทารก สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยแบบเมตาดาต้าที่พบว่าไม่มีความแตกต่างของเวลาในระยะเวลาที่สองของการคลอด และคะแนน APGAR ของทารก ระหว่างกลุ่มมารดาที่มีการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูง กับกลุ่มมารดาที่ไม่มีการเคลื่อนไหวและนอนราบ (Lawrence et al., 2009; Lawrence et al., 2013) และสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Gizzo et al. (2014) ที่พบว่ากลุ่มมารดาที่อยู่ในท่าศีรษะสูง และกลุ่มมารดาที่นอนราบ ทารกมีคะแนน APGAR ในนาทีที่ 5 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายงานการวิจัยที่พบว่ามีผลแตกต่างกันของเวลาในระยะเวลาที่สองของการคลอด และคะแนน APGAR ของทารกนั้น เนื่องจากมีการใช้ท่าศีรษะสูงในระยะคลอดร่วมด้วย (Priddis et al., 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของ

การคลอด โดยประกอบด้วยแนวปฏิบัติในการคัดกรองกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูง แนวปฏิบัติในการเตรียมและการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์ แนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในระยะรอคลอด และแนวปฏิบัติในการคัดกรองความเสี่ยงระหว่างมีการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูง

1.2 ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์และในห้องคลอด ให้มีสมรรถนะในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในระยะรอคลอด

1.3 ควรมีการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในระยะรอคลอด โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

1.4 ผู้บริหารควรสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในระยะรอคลอด ได้แก่ หมอนสำหรับจัดท่า จัดบริเวณให้มารดาและครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยจัดหาเก้าอี้ไฟฟ้า หนังสือ ทีวี เป็นต้น

1.5 ควรมีการสอนแนวทางการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงประโยชน์ของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูง ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่รบกวนร่างกาย เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับมารดา และเพิ่มคุณภาพการดูแลมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

1.6 ควรมีการจัดหลักสูตรอบรม เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดทำศีรษะสูง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาระยะเวลาของการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพในระยะที่หนึ่งของการคลอด ต่อเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด เพื่อสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการอยู่ในท่าศีรษะสูงท่าต่าง ๆ และระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพในการอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะที่หนึ่งของการคลอด ต่อเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด เพื่อสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดท่าศีรษะสูงที่มีประสิทธิภาพ

2.3 ควรมีการศึกษาผลของการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูง ต่อเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาครรภ์แรกกับมารดาครรภ์หลัง และในกลุ่มมารดาที่มีอายุแตกต่างกัน เพื่อสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้และในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการจัดท่าศีรษะสูงที่มีประสิทธิภาพในแต่ละกลุ่มประชากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณ พาทูวัฒนกร. (2558). ผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดท่าศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(2), 52-62.

Albers, L. L. (2007). The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 207-215.

Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492-497.

Bloom, S. L., et al. (1998). Lack of effect of walking on labor and delivery. *The New England Journal of Medicine*, 399(2), 76-79.

Cheng, Y. W., Shaffer, B. L., Bryant, A. S., & Caughey, A. B. (2010). Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstetrics & Gynecology*, 116(5), 1127-1135.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *BioMed Research International*, e1-e7. Retrieved June 1, 2016, from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/638093>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, Issue 8. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.

Martin, H. C. J., & Martin, C. R. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(1), 44-49.

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2007). Upright position during the first stage of labor: A randomised controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86(5), 553-558.

- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth, 25*(3), 100-106.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 37*(1), 94-105.
- Souza, J. P., Miquetutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2006). Maternal position during the first stage of labor: A systematic review. *Reproductive Health, 3*(10), e1-e9. Retrieved January 16, 2016, from <http://www.reproductive-health-journal.com> Doi: 10.1186/1742-4755-3-10
- World Health Organization. (1996). *Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Care in normal birth: A practical guide*. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research. Retrieved June 1, 2016, from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/638093>
-

การศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง The Study of Case Management's Competencies and Skills of Chronic Disease Nurse Case Manager

ปฐยาวัชร ปรางกูร, พย.ด. *

Padthayawad Pragodpol, Ph.D. (Nursing) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสำคัญและการมีสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) รุ่นที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จำนวน 51 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สมรรถนะการจัดการรายกรณี และทักษะการจัดการรายกรณี มีค่าความเชื่อมั่น .93 และ .85 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าความสำคัญและการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมาก ตามลำดับ ($\bar{X} = 4.53$, $SD = .54$ และ $\bar{X} = 3.85$, $SD = .59$ ตามลำดับ) ความสำคัญและการมีทักษะการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลาง ตามลำดับ ($\bar{X} = 4.42$, $SD = .63$ และ $\bar{X} = 3.38$, $SD = .59$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.992$, $p < .001$ และ $t = 11.528$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีให้แก่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง และสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

คำสำคัญ : สมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มสาระวิชาการพยาบาล 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

Abstract

This descriptive research aimed to study the significant and belonging of case management competencies and skills of nurse case manager. The samples consisted of 51 registered nurses who passed the Program of Nursing Specialty in Nurse Case Management for Chronic Disease (Diabetes and Hypertension) class 1 from Boromarajonani College of Nursing Phra-putthabhat. The research instrument was a questionnaire that composed of 3 parts, including general data, case management's competencies, and case management's skills with the reliability of .93 and .85, respectively. Data were collected in July, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The results revealed that the overall average scores of significant and belonging of case management's competencies were at a highest level and a high level, respectively ($\bar{X} = 4.53$, $SD = .54$ and $\bar{X} = 3.85$, $SD = .59$, respectively). The overall average scores of significant and belonging of case management's skills were at a highest level and a moderate level, respectively ($\bar{X} = 4.42$, $SD = .63$ and $\bar{X} = 3.38$, $SD = .59$, respectively), and the average scores of belonging of case management's competencies and skills had statistically significant lower than the average scores of significant of case management's competencies and skills ($t = 6.992$, $p < .001$ and $t = 11.528$, $p < .001$, respectively).

This study suggested that the results of this study should be implemented for promoting the case management's competencies and skills. Moreover, nursing institutes should apply the case management's concepts for learning and teaching administration.

Keywords : Case management's competency and skill, Nurse case manager, Chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์และแนวโน้มโรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 366 ล้านคน สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.50 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55 เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.50 และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน

โลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 73.60 และ 33.70 ตามลำดับ (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 29.70 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 6.40 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.10 และโรคจอประสาทตาเสื่อม ร้อยละ 6.70 สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 14.90 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.40 (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งแสดงว่าทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เป็นมูลเหตุในการนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นตามมาได้บ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับคือการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ เพราะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีของการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ภัคพร กอบพิงตน, ชนกวร อุดตะมะ, นาฏยา เอื้องไพโรจน์, และปริชาติ ชันทรักษ์, 2554; กฤษดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริรังศรี, และบุญจง แซ่จิ่ง, 2557; อนุสร การเกษ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2560; Sutherland & Hayter, 2009; Ishani et al., 2011) ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ประสานความร่วมมือกับสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความรู้ ความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการจัดการ การสื่อสาร/ประสานทีม การใช้และจัดการข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการประเมินปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาและความจำเป็น การประสานแหล่งประโยชน์และทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว การจัดการระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร/หน่วยงาน ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางปัญหาสุขภาพ รวมทั้งพิทักษ์สิทธิ ความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ

เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ (ศิริอร สันธุ และคณะ, 2554) อันได้แก่ กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัย การดูแลรักษาตามมาตรฐานที่ตรงกับปัญหาและความจำเป็นในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต พัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการจัดบริการสุขภาพมีความคุ้มค่า คุ้มค่าผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ เป็นต้น ด้วยนโยบายดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพจึงได้รับการสนับสนุนให้เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

จากสถานการณ์โรคเรื้อรังของประเทศไทย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังจึงถูกคาดหวังให้เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ประสานงานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีนั้น มีการกำหนดไว้อย่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการรายกรณี บริบททางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และระบบการเงินการคลังในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่นำมาใช้ ได้พัฒนาขึ้นจากหลักสูตรกลางของสภาการพยาบาลที่กำหนดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการ ประสานงานทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยบูรณาการความรู้ทางด้านทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ และผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล บนพื้นฐานของปรากฏการณ์ทางคลินิก และพัฒนางานบริการทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของประเทศได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (ศิริอร สันธุ และคณะ, 2554) โดยผู้วิจัยได้นำสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ และตรงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฯ ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน ของ Mullahy and Jensen (2004) ได้แก่ สมรรถนะการจัดการ สมรรถนะทางคลินิก สมรรถนะการพิทักษ์สิทธิ และสมรรถนะการตัดสินใจ

เชิงจริยธรรม และทักษะที่ได้จากการบูรณาการตามแนวคิดของ Mullahy and Jensen (2004), Cohen and Cesta (2005), Powell and Tahan (2010) ศิริอร สินธุ (2555) และศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอต (2557) รวมทั้งสิ้น 18 ทักษะ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เป็นสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งที่ได้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในการประเมินว่าผู้ผ่านการอบรมมีคุณลักษณะครบตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ ซึ่งได้แก่ การมีความรู้ ความสามารถในการจัดการรายกรณี ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสามารถประเมินได้จากผลการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตลอดระยะเวลาการอบรม 4 เดือน นอกจากนี้ ผู้ผ่านการอบรมยังจำเป็นต้องมีสมรรถนะและทักษะที่สำคัญในการเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังเมื่อสำเร็จการอบรมหลักสูตรฯ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฯ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผ่านการอบรมไปเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง มีสมรรถนะและทักษะในการจัดการรายกรณีที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีมาตรฐานในระดับสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณี และการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณี ตามการรับรู้ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสำคัญของทักษะการจัดการรายกรณี และการมีทักษะการจัดการรายกรณี ตามการรับรู้ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณีและทักษะการจัดการรายกรณี กับการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณีและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

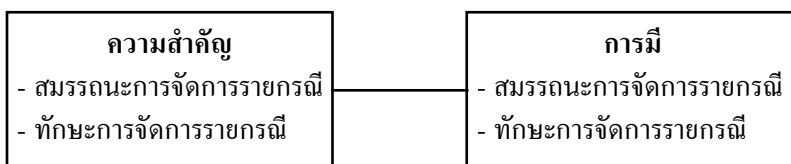
การจัดการรายกรณี เป็นแนวคิดหนึ่งในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายทั่วโลก (Cohen & Cesta, 2005) รวมทั้งประเทศไทย โดย Mullahy and Jensen (2004) ได้กำหนดสมรรถนะการจัดการรายกรณีที่สำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมรรถนะการจัดการรายกรณี คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วยสมรรถนะต่อไปนี้

1. สมรรถนะการจัดการ ประกอบด้วยการจัดการความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการด้านบุคคล การจัดการด้านทรัพยากร การจัดการด้านข้อมูล และการจัดการเชิงผลลัพธ์
 2. สมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วยการจัดการทางคลินิก และการวางแผนการจัดการทางคลินิกในทุกระยะของการเจ็บป่วยและระยะการเปลี่ยนผ่านอย่างลุ่มลึก
 3. สมรรถนะการพิทักษ์สิทธิ์ ประกอบด้วย การจัดบริการการดูแลรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลรักษา นโยบาย กฎหมาย และระบบการบริการสุขภาพ มอบความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ โดยมุ่งเน้นประโยชน์สูงสุดที่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ
 4. สมรรถนะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ประกอบด้วย การป้องกันและแก้ไขปัญหาเชิงจริยธรรมภายใต้ขอบเขตความมีอิสระของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความตระหนักและไวต่อการรับรู้ในมิติทางจริยธรรม ไวต่อการเข้าไปจัดการปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม
- สำหรับทักษะการจัดการรายกรณีที่สำคัญ เพื่อให้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีประสบความสำเร็จ ได้มีผู้กำหนดไว้หลากหลาย ได้แก่ Mullahy and Jensen (2004), Cohen and Cesta (2005), Powell and Tahan (2010) และสำหรับประเทศไทยได้แก่ ศิริอร สินธุ (2555) และศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอต (2557) ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่หลากหลาย โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทักษะที่สำคัญ

สำหรับการเป็นผู้จัดการรายกรณี ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมานับรวมการกัน โดยทักษะการจัดการรายกรณีที่สำคัญ คือ ความชำนาญหรือความสามารถในการปฏิบัติการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จำนวนทั้งสิ้น 18 ทักษะ ได้แก่ การใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์ (critical thinking) การตัดสินใจ (decision making) การสร้างสรรค์ (creativity) การคิดในเชิงระบบธุรกิจ (business systems thinking) การแก้ไขปัญหา (problem solving) การสื่อสาร (communication) การสร้างสัมพันธภาพ (building

relationships) ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) การแสดงออกที่เหมาะสม (assertive behaviors) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) การเจรจาต่อรอง (negotiation) การพิทักษ์สิทธิ์ (advocacy) การเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเองและผู้อื่น (empowerment) การสร้างทีมงานและเครือข่าย (network building) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology) การจัดการด้านการเงินและการบัญชี (financial-accounting management) ความซื่อสัตย์ (integrity) และคำนึงถึงจริยธรรม (ethics) และการรักษาสัมดุลระหว่างผลประโยชน์ (assertion) ทั้งขององค์กรและผู้รับบริการ
สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 011/2558)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) รุ่นที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท จำนวนทั้งสิ้น 51 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีระยะเวลาการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2) มีระยะเวลาการฝึกภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า 300 ชั่วโมง 3) ได้เกรดเฉลี่ยแต่ละรายวิชาไม่ต่ำกว่า 2.00 4) ได้เกรดเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.50 และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 51 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ก่อนการอบรม และแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 สมรรถนะการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของศิริอร สิ้นธุ และคณะ (2554) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะการจัดการรายกรณีของ Mullahy and Jensen (2004) แบ่งออกเป็นความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณี และการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณี จำนวนอย่างละ 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความสำคัญของสมรรถนะ/การมีสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60

คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการรายการณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็นความสำคัญของทักษะการจัดการรายการณีและการมีทักษะการจัดการรายการณี จำนวนอย่างละ 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความสำคัญของทักษะ/การมีทักษะในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ตามแนวทางของบุญใจ ศรีสถิตยัณทรู (2553) ได้ค่าเท่ากับ .90 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และหากค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนสมรรถนะการจัดการรายการณี และส่วนทักษะการจัดการรายการณี เท่ากับ .93 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 วันก่อนสำเร็จการอบรม ชี้นำวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสมรรถนะการจัดการรายการณี และข้อมูลทักษะการจัดการรายการณี วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง

ความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายการณีและทักษะการจัดการรายการณี กับการมีสมรรถนะการจัดการรายการณีและทักษะการจัดการรายการณี วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.10 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 41.75 ปี (SD = 5.19) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 86.27 สถานที่ปฏิบัติงานก่อนการอบรมส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 60.78 และมีการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.22

2. สมรรถนะการจัดการรายการณีของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายการณีตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายการณีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53$, SD = .54) เมื่อพิจารณาเป็นรายสมรรถนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะการจัดการรายการณีที่สำคัญที่สุดคือ การประเมินปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.79$, SD = .51) รองลงมาคือการพิทักษ์สิทธิ์ ให้ความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ($\bar{X} = 4.71$, SD = .54) และที่น้อยที่สุดคือการจัดการเชิงผลลัพธ์/คุณภาพ ($\bar{X} = 4.31$, SD = .51) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 การมีสมรรถนะการจัดการรายการณีตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะการจัดการรายการณีโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, SD = .59) เมื่อพิจารณาเป็นรายสมรรถนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะการจัดการรายการณีที่ตนเองมีสูงที่สุดคือ การประเมินปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.03$, SD = .49) รองลงมาคือการพิทักษ์สิทธิ์ ให้ความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ ($\bar{X} = 4.00$, SD = .60) และที่น้อยที่สุดคือ การจัดการด้านแหล่งประโยชน์และ

การใช้ทรัพยากรสุขภาพ ($\bar{X} = 3.71$, $SD = .58$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณีอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณี และกลุ่มตัวอย่าง

รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะการจัดการรายกรณีที่สูงที่สุด และรองลงมา สอดคล้องกับความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณี แต่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะการจัดการรายกรณีที่น้อยที่สุด ไม่สอดคล้องกับความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของสมรรถนะและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณี ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายสมรรถนะ ($n = 51$)

สมรรถนะการจัดการรายกรณี	ความสำคัญของสมรรถนะ		การมีสมรรถนะ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. การประเมินปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย	4.79	.51	4.03	.49
2. การจัดการเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	4.57	.59	3.85	.55
3. การจัดการระบบบริการสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร/หน่วยงาน	4.41	.61	3.84	.61
4. การจัดการสื่อสาร/ประสานทีม	4.63	.50	3.79	.59
5. การจัดการด้านแหล่งประโยชน์และการใช้ทรัพยากรสุขภาพ	4.34	.80	3.71	.58
6. การจัดการด้านข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.45	.61	3.79	.68
7. การจัดการเชิงผลลัพธ์/คุณภาพ	4.31	.51	3.74	.63
8. การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม	4.53	.58	3.81	.55
9. การพิทักษ์สิทธิ์ ให้ความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ	4.71	.54	4.00	.60
10. การตัดสินใจจริยธรรมในการจัดการรายกรณี	4.61	.53	3.97	.62
โดยรวม	4.53	.54	3.85	.59

3. ทักษะการจัดการรายกรณีของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ความสำคัญของทักษะการจัดการรายกรณี ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่าของทักษะการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.42$, $SD = .63$) เมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่าของการจัดการรายกรณีที่สำคัญที่สุดคือ การสร้างสัมพันธภาพ ($\bar{X} = 4.63$, $SD = .60$) และความซื่อสัตย์และคำนึงถึงจริยธรรม

($\bar{X} = 4.63$, $SD = .55$) รองลงมาคือ การแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 4.54$, $SD = .61$) การสื่อสาร ($\bar{X} = 4.54$, $SD = .56$) และการสร้างทีมงานและเครือข่าย ($\bar{X} = 4.54$, $SD = .56$) และที่น้อยที่สุดคือ การคิดในเชิงระบบธุรกิจ ($\bar{X} = 4.08$, $SD = .70$) และการจัดการด้านการเงินและการบัญชี ($\bar{X} = 4.08$, $SD = .85$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 การมีทักษะการจัดการรายกรณีตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่า

มีทักษะการจัดการรายกรณีโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$, $SD = .59$) เมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทักษะการจัดการรายกรณีที่ตนเองมีสูงที่สุดคือ ความซื่อสัตย์และคำนึงถึงจริยธรรม ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .58$) รองลงมาคือ การสร้างสัมพันธ์ภาพ ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .68$) และที่น้อยที่สุดคือ การจัดการด้านการเงินและการบัญชี ($\bar{X} = 2.86$, $SD = .81$) ดังแสดงในตารางที่ 2

สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของทักษะการจัดการรายกรณีอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการมีทักษะการจัดการรายกรณี และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีทักษะการจัดการรายกรณีที่สูงที่สุดและที่น้อยที่สุดสอดคล้องกับความสำคัญของทักษะการจัดการรายกรณี แต่รับรู้ว่าตนเองมีทักษะการจัดการรายกรณีรองลงมา ไม่สอดคล้องกับความสำคัญของทักษะการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของทักษะและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีทักษะการจัดการรายกรณี
ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายทักษะ (n = 51)

ทักษะการจัดการรายกรณี	ความสำคัญของทักษะ		การมีทักษะ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. การใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์	4.34	.69	3.11	.58
2. การตัดสินใจ	4.40	.60	3.29	.62
3. การสร้างสรรค์	4.23	.55	3.26	.66
4. การคิดในเชิงระบบธุรกิจ	4.08	.70	3.00	.74
5. การแก้ไขปัญหา	4.54	.61	3.40	.65
6. การสื่อสาร	4.54	.56	3.51	.61
7. การสร้างสัมพันธ์ภาพ	4.63	.60	3.80	.68
8. ความมั่นใจในตนเอง	4.49	.61	3.51	.74
9. การแสดงออกที่เหมาะสม	4.51	.61	3.60	.60
10. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.40	.60	3.20	.47
11. การเจรจาต่อรอง	4.51	.56	3.29	.67
12. การพิทักษ์สิทธิ์	4.51	.61	3.57	.56
13. การเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเองและผู้อื่น	4.53	.56	3.51	.74
14. การสร้างทีมงานและเครือข่าย	4.54	.56	3.22	.60
15. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.45	.56	3.31	.72
16. การจัดการด้านการเงินและการบัญชี	4.08	.85	2.86	.81
17. ความซื่อสัตย์และคำนึงถึงจริยธรรม	4.63	.55	4.01	.58
18. การรักษาสัมดุลระหว่างผลประโยชน์ ทั้งขององค์กรและผู้รับบริการ	4.22	.77	3.54	.56
โดยรวม	4.42	.63	3.38	.59

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณีและทักษะการจัดการรายกรณี กับการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณี และทักษะการจัดการรายกรณีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสมรรถนะการจัดการ

รายกรณีและทักษะการจัดการรายกรณีต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณี และทักษะการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.992, p < .001$ และ $t = 11.528, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณีและทักษะการจัดการรายกรณี กับค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณี และทักษะการจัดการรายกรณีของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 51$)

การจัดการรายกรณี	ความสำคัญ		การมี		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
สมรรถนะการจัดการรายกรณี	4.53	.54	3.85	.59	6.992	< .001
ทักษะการจัดการรายกรณี	4.42	.63	3.38	.59	11.528	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีที่ตนเองมีสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณี ทั้งนี้เป็นเพราะการอบรมในหลักสูตรฯ มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทำให้พยาบาลผู้เข้ารับการอบรมได้รับรู้และพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติตามหลักการที่ได้ศึกษายืนยันมา ประกอบกับการฝึกภาคปฏิบัติยังช่วยทำให้พยาบาลผู้เข้ารับการอบรมได้นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ทำให้สามารถวิเคราะห์และรับรู้ได้ว่าการจัดการรายกรณีเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล จำเป็นต้องมีสมรรถนะและทักษะที่สำคัญและจำเป็นตามที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของอัมภา สีแสด (2557) ที่ศึกษาองค์ประกอบและระดับสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลชุมชน พบว่าการเรียงลำดับความจำเป็นและการเรียงลำดับความสามารถของสมรรถนะการจัดการรายกรณี

มีความสอดคล้องกัน ได้แก่ สมรรถนะด้านการบริหารจัดการผู้นำ สมรรถนะด้านธุรกิจ และสมรรถนะด้านสารสนเทศและการพัฒนางาน จากสมรรถนะการจัดการรายกรณีทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการผู้นำ ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านการวิจัย ด้านธุรกิจ ด้านวิชาชีพ และด้านสารสนเทศและการพัฒนางาน

2. ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสมรรถนะการจัดการรายกรณีและทักษะการจัดการรายกรณี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญของสมรรถนะการจัดการรายกรณี และทักษะการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังทั้งหมดเพิ่งสำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ซึ่งใช้เวลาในการอบรม 4 เดือน จึงมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเฉพาะในช่วงการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งใช้เวลาเพียง 2 เดือนเท่านั้น อีกทั้งทุกคนยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมาก่อน การที่จะมีสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนและ

ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังเห็นความสำคัญว่าการเป็นผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องมีสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีที่หลากหลาย เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด (Powell & Tahan, 2010) และจากการศึกษาของ You, Dunt and Doyle (2016) ได้เสนอแนะว่าการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องมีการฝึกฝนสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณี และจำเป็นต้องมีการฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีในระดับมากและระดับปานกลางตามลำดับ แต่ยังน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสำคัญที่ผู้จัดการรายกรณีควรจะมี ดังนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีทุกด้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสมรรถนะการจัดการด้านแหล่งประโยชน์และการใช้ทรัพยากรสุขภาพ และทักษะการจัดการด้านการเงินและการบัญชี เพื่อให้สามารถจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลอันจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการต่อไป นอกจากนี้รูปแบบการจัดการรายกรณียังถือเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพแนวใหม่ (Mullahy & Boling, 2008) ดังข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการจัดการรายกรณีส่งผลด้านบวกต่อผู้รับบริการ บุคลากรทีมสุขภาพ และการพัฒนาวิชาชีพ (Lupari, Coates, Adamson, & Crealey, 2011) ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังได้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมฝึกฝน และพัฒนาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้รับผิดชอบหลักสูตรฯ ควรมีการศึกษาวิเคราะห์หลักสูตร และพัฒนากระบวนการอบรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีในระดับสูง ที่ใกล้เคียงกับความสำคัญของสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณี

1.2 ผู้รับผิดชอบหลักสูตรฯ ควรจัดให้มีการอบรม หรือฟื้นฟูสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีให้แก่ผู้ผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่อง

1.3 สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และนำไปใช้ในการประกอบวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามสมรรถนะและทักษะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังในระยะยาว รวมทั้งศึกษาสมรรถนะและทักษะของพยาบาลฯ ตามการรับรู้ของหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา จวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี, และบุญจง แซ่เจ็ง. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 80-94.
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). *รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555*. สืบค้น วันที่ 15 พฤษภาคม 2557, จาก http://dmht.thaimedresnet.org/files/DHMT_SLIDE_ph4_ajr.pdf

- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2557). รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2557. สืบค้น วันที่ 15 พฤษภาคม 2560, จาก http://dmht.thaimedresnet.org/files_2558/57DMHT_2014_ALL_Ontour.pdf
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ภัคพร กอบพิงตน, ชนกวร อุดตะมะ, นาฎยา เอื้องไพโรจน์, และปรีชาติ ชันทรักษ์. (2554). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 22-31.
- ศิริอร สิ้นธุ. (2555). *เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เรื่อง ขอบเขต บทบาท และสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- ศิริอร สิ้นธุ, และคณะ. (2554). *หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- ศิริอร สิ้นธุ, และพิเชต วรรอด. (บ.ก.). (2557). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.
- อนุสร การเกษ, และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2560). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 119-127.
- อัมภา สีแสด. (2557). *องค์ประกอบและระดับสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลชุมชน*. สืบค้น วันที่ 15 พฤษภาคม 2557, จาก <http://old.rmutto.ac.th/fileupload/Wannasa%20Balsong6oral344-362.pdf>
- Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (Eds.). (2005). *Nursing case management: From essentials to advanced practice applications* (4th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Ishani, A., et al. (2011). Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 34(8), 1689-1694.
- Lupari, M., Coates, V., Adamson, G., & Crealey, G. E. (2011). "We're just not getting it right" -how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions?. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1225-1235.
- Mullahy, C. M., & Boling, J. (2008). The case manager as change agent in a new and improved healthcare model. *Professional Case Management*, 13(5), 286-289.
- Mullahy, C. M., & Jensen, D. K. (2004). *The case manager's handbook*. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sutherland, D., & Hayter, M. (2009). Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2978-2992.

You, E. C., Dunt, D., & Doyle, C. (2016). Important case management goals in community aged care practice and key influences. *Care Management Journal*, 17(1), 47-60.

ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี

Effects of Health Behavior Modifying Program on Ability of Self-care among Risk Group of Diabetes Mellitus in Watphleng Subdistrict, Watphleng District, Ratchaburi Province

ดารณี ทองสัมฤทธิ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) *

Daranee Thongsumrit, M.Sc. (Public Health) *

กนกวรรณ บริสุทธิ์, วท.ม. (สุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์) *

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, พ.ด. (การพยาบาล) **

Kanokwan Borisut, M.Sc. (Health Education and Behavioral Science) *

Yaowaluck Meebunmak, Ph.D. (Nursing) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี จำนวน 66 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น .88 และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.060, p < .001$; $t = 18.770, p < .001$ และ $t = 18.900, p < .001$ ตามลำดับ) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.300, p < .01$) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.813, p < .001$; $t = 3.825, p < .001$ และ $t = 5.050, p < .001$ ตามลำดับ) และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.220, p < .01$)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรขยายผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายอื่นในพื้นที่ และควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of health behavior modifying program on ability of self-care. The samples consisted of 66 risk group of diabetes mellitus in Watphleng Subdistrict, Watphleng District, Ratchaburi Province, 34 for an experimental group and 32 for a control group. The experimental group received the health behavior modifying program, while the control group received the conventional nursing care. The research instruments composed of the health behavior modifying program, a questionnaire of ability of self-care for risk group of diabetes mellitus with the reliability of .88, and a blood glucose meter. The implementation and data collection were conducted from June to August, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The findings revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of expectation in self-efficacy, expectation in outcomes of self-care practices, and self-care practices than before the experiment ($t = 12.060, p < .001$; $t = 18.770, p < .001$ and $t = 18.900, p < .001$, respectively); 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean blood glucose (DTX) than before the experiment ($t = 12.300, p < .01$); 3) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of expectation in self-efficacy, expectation in outcomes of self-care practices, and self-care practices than those in the control group ($t = 7.813, p < .001$; $t = 3.825, p < .001$ และ $t = 5.050, p < .001$, respectively); and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean blood glucose (DTX) than that in the control group ($t = 3.220, p < .01$).

This study suggested that health behavior modification should be extended through other risk groups of diabetes mellitus. Additionally, Self-efficacy Theory should be applied for caring in others risk groups of non-communicable diseases.

Keywords : Health behavior modification, Ability of self-care, Blood glucose, Risk group of diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคไม่ติดต่อ ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและตระหนักว่าเป็นโรคที่ต้องควบคุมอย่างเร่งด่วน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยตั้งเป้าหมายว่าภายในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเบาหวานในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จะไม่เพิ่มขึ้น (World Health Organization: WHO, 2000) แต่สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยไม่ได้มีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ของประเทศไทย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.90 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.90 ในปี พ.ศ. 2557 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ม.ป.ป.) เมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดราชบุรี จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลวัดเพลง ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นเทียบกับโรงพยาบาลทุกปี โดยมีอุบัติการณ์ของโรคเท่ากับ 19.90, 10.20 และ 7.60 ต่อพันประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี, 2559) แม้ว่าทางโรงพยาบาลจะมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และได้จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงทุกคน แต่ก็ไม่สามารถควบคุมอัตราการเกิดโรคได้ เนื่องจากโรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรมที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน นิสัยด้านการรับประทานอาหารที่มักได้รับประทานอาหารที่มีผลต่อสุขภาพกาย เช่น อาหารที่มีกรดไขมันมาก ทำให้น้ำหนักเกิน มีภาวะอ้วน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรี่เอง และการรับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ ภาวะเครียด และการมีกิจกรรมทางกายน้อย (WHO, 2016 a) ซึ่งการควบคุมและป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวานนั้น มีวิธีการสำคัญสองประการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลในปริมาณที่เหมาะสม (diet) และการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม (physical activity) รวมทั้งการควบคุมน้ำหนัก การเดินวันละครึ่งชั่วโมง ก็สามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ 50 (WHO, 2016 a; WHO, 2016 b)

สำหรับมูลเหตุที่แม้ว่าโรงพยาบาลวัดเพลงจะจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกคนแล้ว แต่ไม่สามารถควบคุมการเกิดโรคเบาหวานได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้นุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้ ดังการศึกษาของธมารินทร์ เงินทิพย์ (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาหารได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองได้ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1977) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความสามารถของบุคคล หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองสามารถทำสิ่งหนึ่งได้และคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมาโดยการที่จะแสดงความสามารถของตนเองได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์ การสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่น หรือการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว รวมถึงการกระตุ้นทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องตลอดไป ดังนั้น หากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังกับผลลัพธ์ และมีการตั้งเป้าหมาย พร้อมทั้งกำกับตนเองให้ปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นตัวกระตุ้นที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะนำมาซึ่งประโยชน์ในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และนำมาใช้เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง

อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง

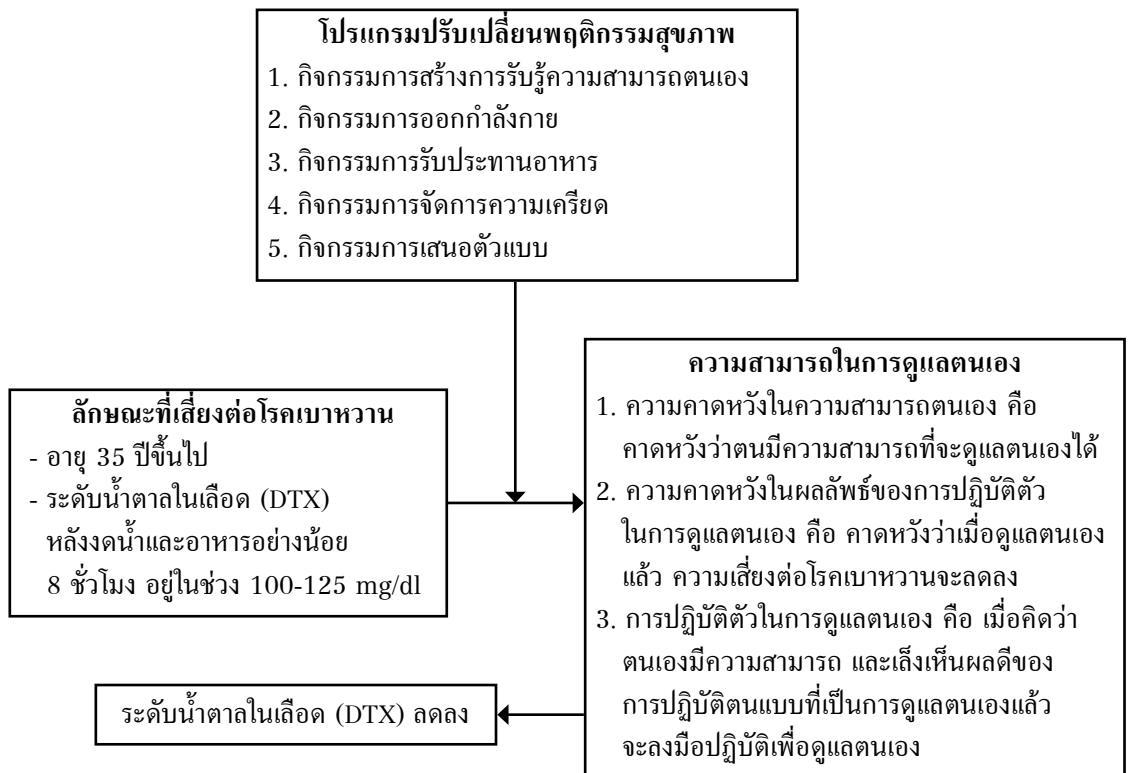
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเรื่องการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการเสนอตัวแบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ในเรื่องความคาดหวังในความสามารถตนเอง ว่ามีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ว่าจะให้ผลดีคือ มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานลดลง และมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส (เอกสารรับรอง เลขที่ BCNR 6/2558)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 100-125 mg/dl จำนวน 71 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อาศัยอยู่ในเขตตำบลวัดเพลง 2) มีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง จากการเจาะเลือดซ้ำ

ซึ่งห่างจากการเจาะเลือดครั้งแรก 1 สัปดาห์ อยู่ในช่วง 100-125 mg/dl และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักของธวัชชัย วรพงศธร (2543) ที่ว่าขนาดตัวอย่างในการวิจัยแบบทดลองไม่ควรน้อยกว่า 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับคู่ตามช่วงอายุ (35-44 ปี, 45-54 ปี, 55-64 ปี และ 65 ปีขึ้นไป) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 68 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คณะผู้วิจัยพัฒนา

ขึ้นโดยใช้แนวคิดของทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบ ด้วยกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สื่อที่ใช้ได้แก่ สไลด์ภาพนิ่งเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคู่มือ การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และ 2) การอภิปราย กลุ่มเพื่อสร้างความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถดูแลตนเองได้ และจะเกิดผลลัพธ์คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การออกกำลังกาย เป็นการสาธิต และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน

กิจกรรมที่ 3 การรับประทานอาหาร เป็นการสาธิต อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สื่อที่ใช้ ได้แก่ โมเดลอาหาร

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียด เป็นการสาธิต และการฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ

กิจกรรมที่ 5 การเสนอตัวแบบ เป็นการสนทนา กลุ่ม และให้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับ ความสำเร็จในการปฏิบัติตัวได้ดี และให้ชมวิดิทัศน์ ตัวแบบด้านลบที่เป็นโรคเบาหวาน สื่อที่ใช้ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานที่ปฏิบัติตัวได้ดี และวิดิทัศน์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คณะผู้วิจัยดัดแปลง จากแบบสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ของดารณี ทองสัมฤทธิ์ (2542) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังในความสามารถตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถาม ทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามทางบวก คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 3 คะแนน หากตอบว่าไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถาม ทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวัง ในระดับต่ำ (12-19 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20-27 คะแนน) และในระดับสูง (28-36 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และ ข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้ คะแนนของข้อคำถามทางบวกคือ หากตอบว่าใช่ ให้ 3 คะแนน หากตอบว่าไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน และหากตอบว่า ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนใน ลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับต่ำ (12-19 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20-27 คะแนน) และในระดับสูง (28-36 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน ทั้งหมด 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง และเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตัวในระดับไม่ดี (12-19 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20-27 คะแนน) และในระดับ ดี (28-36 คะแนน)

2.2 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTEX) ใช้เครื่องตรวจยี่ห้อ Optium รุ่น Freestyle Optium H มีการควบคุมคุณภาพคือ การสอบเทียบเครื่องมือโดย ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลวัดเพลงในทุกเดือน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำโปรแกรมและแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลเกาะสาละพระ อำเภอดำรงเพ็ญ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88 นอกจากนี้ยังทดลองทำกิจกรรมในโปรแกรมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (กลุ่มเดิม) โดยให้ชมสไลด์ภาพนิ่งเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และวิดีโอผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อ่านคู่มือการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สมุดบันทึกประจำตัวกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แผนการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แผนการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน แผนการฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ แผนการสนทนากลุ่มการเสนอตัวแบบที่ปฏิบัติตัวได้ดี และแผนการสาธิตอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสม กล่าวคือมีเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย และใช้เวลาตามที่กำหนด

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
2. คณะผู้วิจัยตรวจสอบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเชิญกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และแจ้งว่าจะมีรถรับ-ส่งเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม และมีอาหารว่างไว้บริการ จากนั้นให้เวลาในการตัดสินใจ 1 สัปดาห์ เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
3. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนการทดลอง (pre-test) และให้ตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาตอบ 25-30 นาที
4. คณะผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

โดยใช้สถานที่ในโรงพยาบาลวัดเพลง

5. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 2 ชั่วโมง โดยแต่ละกิจกรรมห่างกัน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ ในช่วงการดำเนินการ มีการแจกคู่มือการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้นำกลับไปทบทวนที่บ้าน และให้บันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกประจำตัวกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด รวมเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

6. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการทดลอง (post-test) และให้ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาตอบ 25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความคาดหวังในความสามารถตนเอง ข้อมูลความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และข้อมูลการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ทั้งนี้ ระหว่างดำเนินการวิจัยมีกลุ่มควบคุม 2 คน เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ จึงเหลือกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.30 และ 84.37 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 60.71 ปี (SD = 11.10) และ 53 ปี (SD = 9.91) ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.60 และ 58.30 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.90 และ 47.20 ตามลำดับ มีอาชีพแม่บ้าน และอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 32.40 และ 41.70 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.90 เท่ากัน โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 38.90 และ 30 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.060, p < .001$; $t = 18.770, p < .001$ และ $t = 18.900, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.300, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง (n = 34)		หลังการทดลอง (n = 34)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	30.18	2.61	32.38	2.31	12.060	< .001
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	30.12	1.81	34.03	1.85	18.770	< .001
การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	27.00	3.95	30.65	4.36	18.900	< .001
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	109.89	7.62	97.44	5.82	12.300	.001

3. การเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.813, p < .001$; $t = 3.825, p < .001$ และ $t = 5.050, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.220, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	32.38	2.31	27.56	2.68	7.813	< .001
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	34.03	1.85	30.68	3.29	3.825	< .001
การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	30.65	4.36	27.19	2.87	5.050	< .001
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	97.44	5.82	102.31	6.45	3.220	.002

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองมีกิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานสื่อที่ใช้ได้แก่ สไลด์ภาพนิ่งเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคู่มือการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มเพื่อสร้างความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถดูแลตนเองได้ และจะเกิดผลลัพธ์คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งกลุ่มทดลองไม่เพียงแต่ได้รับความรู้เท่านั้น แต่ยังมีโอกาสพิจารณาว่าตนเองสามารถจัดการกับความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ เป็นไปตามตามทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความสามารถของบุคคล หากบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถทำสิ่งหนึ่งได้และคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา

สอดคล้องกับการศึกษาของทรงเดช ยศจำรัส และปาริชา นิพนพานนท์ (2556) ที่ศึกษาผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนกับหลังการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ตั้งความคาดหวังก่อนการทำการกิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายซึ่งมีการสาธิตก่อน โดยลักษณะการออกกำลังกายเป็นการแกว่งแขน ซึ่งไม่ยากเกินไป และได้พบตัวแบบซึ่งใช้วิธีการออกกำลังกายแบบนี้แล้วควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หลังจากนั้น กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย

โดยการวางแผน ได้ชมการสาธิตอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีสื่อที่ชัดเจนคือ โมเดลอาหาร นอกจากนี้ยังได้ชมการสาธิตและฝึกปฏิบัติการนึ่งสมาธิ ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในการจัดการความเครียด รวมทั้งได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ได้พบตัวแบบด้านบวกที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวได้ดี และได้ชมวีดิทัศน์ตัวแบบด้านลบที่เป็นโรคเบาหวาน สื่อที่ใช้ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ปฏิบัติตัวได้ดี และวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าจะสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ และควรมีการปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์เช่นเดียวกับที่ตัวแบบด้านบวกประสบความสำเร็จมาก่อน ซึ่งหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับที่ Bandura (1977) ได้อธิบายว่าหากบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถทำสิ่งหนึ่งได้และคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารักษ์ โสตะ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งมีกิจกรรมส่วนใหญ่คล้ายกับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การใช้กระบวนการกลุ่ม การชมวีดิทัศน์การใช้ตัวแบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนและค่าเฉลี่ยความแตกต่างเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทุกสัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไปในคราวเดียวกัน รวมทั้งได้พบตัวแบบด้านบวก ทั้งด้าน

การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด ทำให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ที่อธิบายว่าการที่ความสามารถของตนเองจะแสดงออกมาได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์ การสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่น หรือการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว การกระตุ้นทางอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะเป็นสิ่งทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมมาศ วิไลประสงค์ (2557) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดโปรแกรมมีกิจกรรมการเสนอตัวแบบในการปฏิบัติตัวที่สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง และรับรู้ถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของทรงเดช ยศจรัส และปาริชา นิพนพานนท์ (2556) และการศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารักษ์ โสตะ (2553) ที่ใช้กระบวนการกลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยผลต่างของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของชมารินทร์ เงินทิพย์ (2553) ที่ศึกษาผลของการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) มากกว่าร้อยละ 7 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยตัวแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองบ้าง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเล็กน้อย แต่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการขยายผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายอื่นอย่างครอบคลุมในพื้นที่

1.2 ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เนื่องจากมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงได้ เมื่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองแล้ว จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อลดปัญหาสุขภาพนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อดูความต่อเนื่องและยั่งยืนของผลลัพธ์จากการดูแลตนเองตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเอง ว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว บุคคลได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ชวรินทร์ อิมอาบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดเพลง ที่ได้สนับสนุนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัยจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลวัดเพลง ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ดวงสมร นิลตานนท์, และจุฬารัตน์ โสตะ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)*, 10(3), 51-60.
- ดารณี ทองสัมฤทธิ์. (2542). *ผลการใช้โปรแกรมการบริหารแบบไทยต่อการควบคุมภาวะข้อต่อเสื่อมในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงเดช ชยจรัส, และปาริชา นิพนพานนท์. (2556). ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 21-30.
- ธมารินทร์ เงินทิพย์. (2553). ผลของการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารโภชนาการ*, 45(1), 175-185.

- ธวัชชัย วรพงษ์ธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. (2559). *สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวัดเพลง ปี พ.ศ. 2556-2558*. ราชบุรี: ผู้แต่ง.
- สมมาศ วิไลประสงศ์. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลม่วงงาม อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 10(5), 31-38.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (ม.ป.ป.). 9 เป้าหมายและ 25 ตัวชี้วัดระดับโลก. ใน ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์ (บ.ก.). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2: Kick off to the goals*. ม.ป.ท. สืบค้น วันที่ 10 มีนาคม 2560, จาก <http://www.dmthai.org/statistic/1846>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- World Health Organization. (2000). *53th World Health Assembly: Prevention and control of noncommunicable diseases*. Retrieved December 25, 2016, from http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf
- World Health Organization. (2016 a). *Fact sheet no. 138*. Retrieved December 25, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>
- World Health Organization. (2016 b). *Global report on diabetes*. Retrieved December 25, 2016, from <http://www.who.int/diabetes/publications/grd-2016/en/>

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง Factors Affecting Sleep Quality among Nursing Students in One College of Nursing

นาฏนภา อารยะสินปธรร, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Nadnapa Arayasinlaphon, M.N.S. (Nursing Administration) *

พัชณี สมกำลัง, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) **

จรัสศรี สีลาวัณ, พย.บ. ***

Patchanee Somkumlung, M.N.S. (Nursing Administration) **

Jaratsri Seelawut, B.N.S. ***

จันทร์จิรา ภูบุญเอิบ, พย.บ. ****

จิราภรณ์ มูลเมืองแสน, พย.บ. *****

Janjira Phooobunerb, B.N.S. ****

Jiraporn Mulmuangsaen, B.N.S. *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2557 ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมจำนวน 150 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบวัดความเครียดสวนปรุง มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .70 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ มีสุขนิสัยการนอนหลับ และมีความเครียดในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58, 52 และ 47.30 ตามลำดับ 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 78 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .307, p < .001$; $r = .166, p < .05$ และ $r = .299, p < .001$ ตามลำดับ) 4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 17.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .174, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าวิทยาลัยพยาบาลควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในหอพักให้เอื้อต่อการนอนหลับ และหาแนวทางในการจัดการความเครียดของนักศึกษา เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ
คำสำคัญ : คุณภาพการนอนหลับ สิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ ความเครียด

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี

***** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

Abstract

The purposes of this predictive research were to examine factors affecting sleep quality among nursing students. The samples consisted of 150 1st - 3rd year nursing students in one College of Nursing, in an academic year of 2014. The research instruments consisted of a questionnaire of personal factors, an assessment form of environmental factors with the reliability of .70, an assessment form of sleep habits with the reliability of .70, Suanprung Stress Test with the reliability of .91, and the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index with the reliability of .70. Data were collected from September to November, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The results revealed that 1) most of the nursing students had average scores of environmental factors, sleep habits, and stress at the moderate level (58%, 52%, and 47.30%, respectively); 2) most of the nursing students had a poor sleep quality (78%); 3) the factors statistically significant related to sleep quality were as follows—environmental factors ($r = .307, p < .001$), sleep habits ($r = .166, p < .05$), and stress ($r = .299, p < .001$), and 4) environmental factors, sleep habits, and stress could co-predict sleep quality by 17.40% ($R^2 = .174, p < .01$).

This study suggested that in order to promote sleep quality of nursing students, the modification of dormitory environment, the enhancement of good sleep habits, and stress management should be taken into consideration.

Keywords : Sleep quality, Environment, Sleep habit, Stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์ใช้เวลาถึงหนึ่งในสามของชีวิตในการนอนหลับ (Montagna & Chokroverty, 2011) คุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ความผาสุก และวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีของบุคคล หากบุคคลใดมีปัญหาด้านการนอนจะทำให้มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง กล่าวคือ บุคคลนั้นอาจมีอาการเพลีย เหนื่อยง่าย อ่อนล้า และง่วงนอนในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2556; Montagna & Chokroverty, 2011) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี เพราะเป็นวัย

ที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น การนอนหลับที่มีคุณภาพสูงสุดคือ การนอนหลับที่ต่อมใต้สมองมีการหลั่ง growth hormones เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย (สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ รัญจิรา, และอรุณศรี เดชสังข์, 2550) ซึ่งผลกระทบจากการนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลให้รู้สึกไม่สดชื่น เหนื่อยล้า ไม่กระตือรือร้นกับการเรียนในตอนเช้า และมีพฤติกรรมหลับในเวลาเรียนได้

คณะผู้วิจัยได้ทำการกลุ่มสัมภาษณ์นักศึกษาทุกชั้นปีของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมจำนวน 40 คน พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.50) มีพฤติกรรมหลับในเวลาเรียน และเมื่อถามถึงผลกระทบ นักศึกษาเหล่านี้

ให้ความเห็นว่าเมื่อตอนหลับในเวลาเรียน ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจในเนื้อหาที่อาจารย์สอน ไม่สามารถจับประเด็น ในส่วนที่สำคัญได้ และไม่สามารถตอบคำถามได้ ทำให้ ผลการสอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพการนอนหลับมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ รายได้ การมีโรคประจำตัว การออกกำลังกาย การใช้เวลา และการดื่มเครื่องดื่มที่มี สารกาเฟอีน ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ (กันตพร ยอดไชย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, และทิพมาศ ชินวงศ์, 2550; ฉันทนา แรงสิงห์, 2550; Huang, Wang, & Guilleminault, 2010; Luo et al., 2013; Lim, Baek, Chung, & Lee, 2014; Hayley, Williams, Venugopal, Kennedy, Berk, & Pasco, 2015; Fawzy & Hamed, 2017) 2) ปัจจัย สิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอน ประกอบด้วยอุณหภูมิ แสง และเสียง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจ ในการนอนหลับ (นงลักษณ์ ทศเกตุ, 2550; สุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง, และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2550; จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) 3) สุขนิสัยการนอนหลับ พบว่าการตระหนักในการนอนหลับ ที่มีสุขลักษณะมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ถูก สุขลักษณะ และมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษา ในมหาวิทยาลัย (Schlarb, Claßen, Hellmann, Vögele, & Gulewitsch, 2017) นักศึกษาที่มีสุขนิสัยการนอนหลับ ที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เนื่องจาก สุขนิสัยการนอนหลับที่ดีครอบคลุมพฤติกรรมที่ส่งเสริม คุณภาพการนอนหลับ ส่วนปัญหาที่พบบ่อยคือ พฤติกรรม การเข้านอนและตื่นนอนไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหาร และดื่มเครื่องดื่มก่อนนอน และการใช้ยาและสารต่าง ๆ ก่อนนอน (Montagna & Chokroverty, 2011) และ 4) ความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2556; Fawzy & Hamed, 2017) และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพสำหรับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนและนักศึกษาคือ สภาพอารมณ์

และความเครียดจากการเรียน โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง ล้วนมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ทั้งสิ้น (Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010) ซึ่งการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข อย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (Morin, 2009) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมามีทั้งข้อมูล ที่สนับสนุนและขัดแย้ง และยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างแท้จริง โดยเฉพาะยังมีข้อจำกัดในการศึกษาใน กลุ่มนักศึกษาพยาบาลในบริบทของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด ทั้งนี้ ผลการวิจัย ที่ได้จะเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และช่วยให้สถาบันมี แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับสำหรับ นักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษา พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัย พยาบาลแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด ต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัย พยาบาลแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

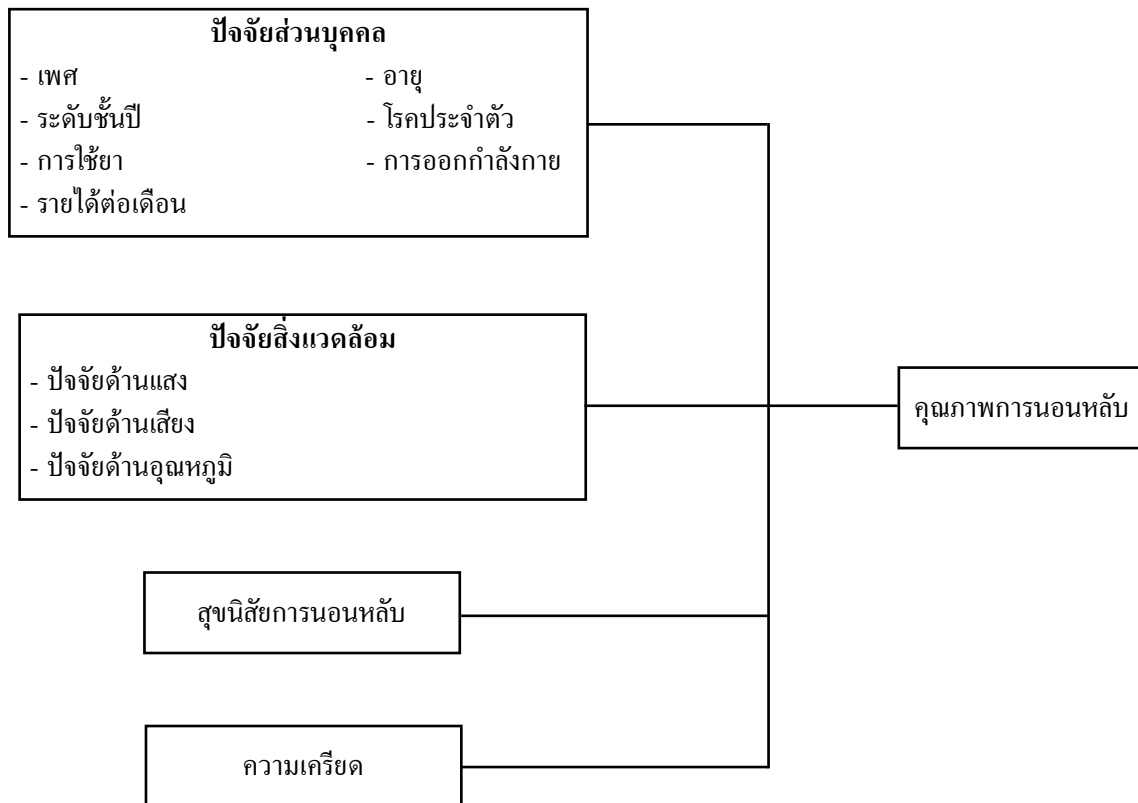
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัย การนอนหลับ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล

แห่งหนึ่ง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ของนักศึกษาพยาบาล โดยกัสดสรตัวแปรที่ใช้ในการทำนาย คุณภาพการนอนหลับ รวมทั้งสิ้น 10 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (7 ตัวแปร) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุชนิสัย การนอนหลับ และความเครียด สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (predictive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล ที่ทำการศึกษา (เอกสารรับรอง เลขที่ NPU255720B002)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2557 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นเพศ ชายหรือเพศหญิง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณ ขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ การถดถอยของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978 อ้างถึง ในวันเพ็ญ ไสยมรรคา, 2555) ตามจำนวนตัวแปรต้นที่ ศึกษาทั้งสิ้น 10 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน จากนั้นเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ได้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 50 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 51 คน และชั้นปีที่ 3 จำนวน 49 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล คณะผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว การไข้ การออกกำลังกาย และรายได้ต่อ เดือน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือก ตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม คณะผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านแสง ปัจจัย ด้านเสียง และปัจจัยด้านอุณหภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ โดยสอบถามว่าปัจจัยเหล่านี้รบกวนการนอนหลับหรือไม่ เพียงใด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ตามเกณฑ์ของวิชิต อุ๋อัน (2550) ได้แก่ ไม่มี/ไม่รบกวน รบกวนเล็กน้อย รบกวนปานกลาง และ รบกวนมาก สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ในระดับน้อย (0-5 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-10

คะแนน) และในระดับมาก (11-15 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ แบ่งออกเป็น ข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ตามเกณฑ์ ของวิชิต อุ๋อัน (2550) ได้แก่ ไม่มีเลย บางครั้ง บ่อย ๆ และประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะ ตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับใน ระดับน้อย (0-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) และในระดับดี (25-36 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยสอบถามถึงเหตุการณ์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด ส่วนใน กรณีที่ไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดใน ระดับน้อย (0-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ในระดับสูง (42-61 คะแนน) และในระดับรุนแรง (62-100 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index: T-PSQI) พัฒนาโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 9) องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 5.1) องค์ประกอบ ที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (ใช้คำถามข้อ 4) องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดย ปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4) องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 5.2-5.10) องค์ประกอบ ที่ 6 การใช้นอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6) องค์ประกอบที่ 7

ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8) รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ โดยสอบถามถึงการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบ 2 แบบ คือ 1) แบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 2) แบบเติมคำ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการนอนหลับ มีคะแนนรวมไม่เกิน 21 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพการนอนหลับในระดับดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) และในระดับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม และแบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ แบบวัดความเครียดสวนปรง และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .70, .70, .91 และ .70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้บริหารสูงสุดของวิทยาลัยพยาบาล และขออนุญาตใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแบบประเมิน และแบบวัดแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลสุขนิสัยการนอนหลับ ข้อมูล

ความเครียด และข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว การไข้ยา และการออกกำลังกาย กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุ รายได้ ต่อเดือน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ต่อคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วง 20-21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 19.68 ปี ($SD = .95$) ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 95.30 ไม่มีการไข้ยาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 96.60 มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 73.30 และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,501-7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85.20 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,200 บาท ($SD = 1,588.93$)

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยสิ่งแวดล้อม 7.20 ($SD = 2.73$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ การนอนในห้องที่มีอากาศร้อนอบอ้าว ($\bar{X} = 2.08$, $SD = .88$) รองลงมาคือ การนอนในห้องที่มีแสงสว่างมาก ($\bar{X} = 1.53$, $SD = .86$) และการมีเสียงดังรบกวนจากภายในห้อง เช่น เพื่อนร่วมห้อง ($\bar{X} = 1.43$, $SD = .88$) ตามลำดับ

3. สุขนิสัยการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขนิสัยการนอนหลับในระดับปานกลาง

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขนิสัย การนอนหลับ 12.67 (SD = 3.00) เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับ ทั้งทางบวกและทางลบ โดยพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับที่ พบมากที่สุดเป็นพฤติกรรมทางลบ คือ มีการใช้ยาพิภพปลูก ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 1.00) รองลงมาเป็นพฤติกรรมทาง บวก คือ เข้านอนเมื่อว่าง ($\bar{X}$ = 1.67, SD = .85) และ พฤติกรรมทางลบ คือ นอนกลางวัน ($\bar{X}$ = 1.49, SD = .71) ตามลำดับ

4. ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.30 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 42.94 (SD = 13.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด มากที่สุดคือ ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ($\bar{X}$ = 2.82,

SD = 1.04) รองลงมาก็คือ กลัวทำงานผิดพลาด ($\bar{X}$ = 2.73, SD = .94) และความจำไม่ดี ($\bar{X}$ = 2.42, SD = 1.15) ตามลำดับ

5. คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับในระดับ ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 78 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ การนอนหลับ 7.36 (SD = 2.15) เมื่อพิจารณาเป็นราย องค์ประกอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีองค์ประกอบที่ 3 ระยะ เวลาการนอนหลับในแต่ละคืน มากที่สุด ($\bar{X}$ = 1.90, SD = .68) รองลงมาก็คือ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพ การนอนหลับเชิงอัตนัย ($\bar{X}$ = 1.65, SD = .77) และ องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลา กลางวัน ($\bar{X}$ = 1.25, SD = .73) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพการนอนหลับ (n = 150)

ระดับคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	33	22.00
ระดับไม่ดี	117	78.00
$\bar{X}$ = 7.36, SD = 2.15		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว การใช้ยา และการออกกำลังกาย กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัย ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของ กลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่อง อายุ และรายได้ต่อเดือน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัย สิ่งแวดล้อม (r = .307, p < .001) สุขนิสัยการนอนหลับ (r = .166, p < .05) และความเครียด (r = .299, p < .001) ส่วนอายุและรายได้ต่อเดือน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุ และรายได้ต่อเดือน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม
สุขนิตยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p
อายุ	-.107	.191
รายได้ต่อเดือน	.030	.713
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.307	< .001
สุขนิตยการนอนหลับ	.166	.042
ความเครียด	.299	< .001

8. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิตย

การนอนหลับ และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 17.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .174, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนาย กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

ตัวแปรทำนาย	R ²	Adjusted R ²	B	Beta	t	p	95% CI
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.094	.088	.241	.037	3.926	< .001	.120 - .365
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.143	.131	.191	.243	3.058	.003	.068 - .314
สุขนิตยการนอนหลับ			.037	.229	2.882	.005	.012 - .062
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.174	.157	.167	.261	3.319	.001	.083 - .327
สุขนิตยการนอนหลับ			-.147	-.215	2.743	.007	.010 - .060
ความเครียด			.031	.177	2.336	.021	.233 - .166

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) มีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี โดยมีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนน้อย เฉลี่ยเพียง 5.36 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการเรียนที่หนัก เมื่อเทียบกับบางวิชาชีพ (Hershner & Chervin, 2014) และต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบกับสิ่งแวดล้อมภายในหอพักไม่เอื้อต่อการนอนหลับ ซึ่งวัยรุ่นควรใช้เวลาในการนอนหลับ 8-10 ชั่วโมง (Hershner & Chervin, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ทับแสงสี (2550) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย พบว่าพยาบาลประจำการร้อยละ 81.90 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา แรงสิงห์ (2550) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 36.90 ใช้เวลาในการนอนหลับแต่ละคืน 5-6 ชั่วโมง ซึ่งโดยปกติ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการนอนหลับในแต่ละคืนของผู้ใหญ่วัยกลางคนคือ 6-8 ชั่วโมง (Hershner & Chervin, 2014) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยหรือคุณภาพการนอนหลับโดยรวมในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่ค่อยดี เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bahammam, Alaseem, Alzakri, Almeneessier, and Sharif (2012) ที่พบว่านักศึกษาแพทย์เกิดความเหนื่อยล้าจากการเรียน การทำงาน สว่างเวลา การทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยลง จึงมีอาการง่วงนอน เหนื่อยล้า และไม่มีสมาธิ ซึ่งจะพบในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนเรื่องผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันนั้น จากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีอาการง่วงหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรม เนื่องจากการเรียนการสอนเป็นแบบเน้นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) โดยนักศึกษาทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการเรียน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ

การศึกษาของจิราภรณ์ ทับแสงสี (2550) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการง่วง หลับ หรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรม

2. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัย การนอนหลับ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 58) โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ การนอนในห้องที่มีอากาศร้อนอบอ้าว รองลงมาคือ การนอนในห้องที่มีแสงสว่างมาก และการมีเสียงดังรบกวนจากภายในห้อง ทั้งนี้เนื่องจากหอพักที่ทางวิทยาลัยพยาบาลจัดให้นั้น มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษา โดยนักศึกษา 4-5 คน ต้องพักอยู่ร่วมกันในห้อง ไม่มีเครื่องปรับอากาศหรือเครื่องทำน้ำอุ่น หลอดไฟฟ้าบนเพดานใช้ร่วมกัน ซึ่งสมาชิกแต่ละคนในห้องมีช่วงเวลาในการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน และมีเสียงที่เกิดจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ในห้องมีแสงสว่างและเสียงดังเกือบตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ ทศเกตุ (2550) การศึกษาของสุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เดชะอุดมเดช, พิภูล บุญช่วง, และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2550) และการศึกษาของจินดารัตน์ ชัยอาจ (2556) ที่พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอน ประกอบด้วยอุณหภูมิ แสง และเสียง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับ ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในช่วงเวลากลางคืน (Gradisar, Wolfson, Harvey, Hale, Rosenberg, & Czeisler, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cain and Gradisar (2010) ที่พบว่าสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างคือ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การดูทีวี การเล่นเกมออนไลน์และ/หรือเล่นอินเทอร์เน็ต การใช้โทรศัพท์ และการฟังดนตรี

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีสุขนิสัยการนอนหลับในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 52) โดยพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับทางบวกที่นักศึกษา

ปฏิบัติน้อย 5 อันดับแรก ได้แก่ การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน การตื่นนอนและเข้านอนเป็นเวลา การทำกิจกรรมผ่อนคลาย ก่อนนอน การลุกจากเตียงทันทีเมื่อตื่น และการเข้านอนทันทีเมื่อว่าง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลทำกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงเวลากลางคืน และหอพักไม่มีเครื่องทำน้ำอุ่น ทำให้นักศึกษาไม่อยากลุกจากเตียงหลังตื่นนอนตอนเช้า ส่วนการตื่นนอนและเข้านอนเป็นเวลานั้น มีความสัมพันธ์กับวงจรชีวภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพและปริมาณการนอนหลับ (Lockley et al., 2007) เช่นเดียวกับการตระหนักในการนอนหลับที่มีสุขลักษณะ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ถูกสุขลักษณะ และมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย (Schlarb, Claßen, Hellmann, Vögele, & Gulewitsch, 2017) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับทางลบนั้น พบว่านักศึกษามีการใช้สารกระตุ้น กล่าวคือ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารกาเฟอีน 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน และมีการใช้นาฬิกาปลุก ทั้งนี้เนื่องจากการนอนดึกในแต่ละคืน ทำให้มีอาการง่วงนอนในช่วงบ่าย จึงต้องมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารกาเฟอีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor and Bramoweth (2010) ที่ศึกษารูปแบบและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพักผ่อนไม่เพียงพอกับการใช้สารเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษาเคยใช้สารเสพติด ทั้งสุรา เบียร์ และบุหรี่ สำหรับการใช้นาฬิกาปลุกนั้น ในวัยรุ่นนักเรียน นักศึกษา รวมถึงวัยทำงาน หลาย ๆ คนต้องใช้นาฬิกาปลุก เพื่อให้ตนเองสามารถลุกจากที่นอนในตอนเช้าได้ ซึ่งมีข้อเสียคือ ในช่วงที่บุคคลนอนหลับระยะ REM หรือช่วงหลับฝัน หากถูกปลุกด้วยนาฬิกา ร่างกายของบุคคลจะตื่น และหากบุคคลฝันหลับต่ออีกนิด จะเป็นการหลับที่ไม่เต็มที่ ซึ่งคุณภาพจะต่ำกว่าการนอนไม่หลับ ดังนั้นต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการนอนร่วมกับเครื่องมือสื่อสาร เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสแสงไฟสีฟ้าก่อนนอน เพราะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ (ผู้จัดการออนไลน์, 2557)

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 47.30) ซึ่งเป็นการเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม โดยบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่รุนแรง เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น (Schlarb et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา สุขเจริญ และ สุวรรณ วุฒิณฤทธิ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.20) ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้มีความเครียดในระดับปานกลาง ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เป็นแรงจูงใจให้มีพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดผลลัพธ์ออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินชีวิต (Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger, & Rist, 2008)

3. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 17.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา คำส้อม, มรุส ทิพยมงคลกุล, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, และวิสาข์สิริ ตันตระกูล (2558) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าบุคลากรเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 46.50) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ การไม่ดื่มชาและกาแฟ แผนกที่ทำงาน การทำงานเป็นกะ ความเครียด (ทั้งระดับปานกลางและระดับมาก) และความวิตกกังวล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทารัตน์ ขาวสะอาด, มณี อาภานันท์กุล, และพรรณวดี พุฒวนะ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรู้สึกทางใจ และชั่วโมงการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 วิทยาลัยพยาบาลควรทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอพักที่นักศึกษาต้องการปรับปรุง เพื่อให้เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

1.2 วิทยาลัยพยาบาลควรพิจารณาจัดคลินิกให้คำปรึกษา มีการคัดกรองความเครียดเบื้องต้น และหาแนวทางในการจัดการความเครียดของนักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ภาระด้านการเรียน

2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างการเรียนภาคทฤษฎีกับการเรียนภาคปฏิบัติ

2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับนักศึกษาสาขาวิชาชีพอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

กันตพร ยอดไชย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, และทิพมาส ชินวงศ์. (2550). ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(5), 407-413.

จิตรรา สุขเจริญ, และสุวรรณา วุฒิรมฤตย์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี.

จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2556). ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล: การจัดการโดยไม่ใช้ยา. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 105-115.

จิราภรณ์ ทับแสงสี. (2550). *คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ หออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉันทนา แร่งสิงห์. (2550). *คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิชา แยมมา, และพีรพนธ์ ลีอนุญวรัชชัย. (2556). ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2), 183-196.

ณภัทรรัตน์ ขาวสอาด, มณี อาภานันท์กุล, และพรรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 19-33.

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 123-132.

นงลักษณ์ ทัสเกต. (2550). *คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผู้จัดการออนไลน์. (2557). *เลื่อนเวลานาฬิกาปลุกเสี่ยงสมาธิสั้น ความจำแย่*. สืบค้น วันที่ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก <https://blog.eduzones.com/snowytest/126299>

วันเพ็ญ ไสยมรรคา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่การคลออดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 35(2), 34-42.

- วิชิต อุ๋น. (2550). *การวิจัยและการสืบค้นข้อมูลทางธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: พรินท์แอมมี.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชาญจิรา, และอรุณศรี เดชสังข์. (บ.ก.). (2550). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุธารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง, และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2550). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 50-63.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *การสร้างแบบวัดความเครียดของสวนปรุง* (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อนุชา คำล้อม, มรุรส ทิพย์มงคลกุล, ลีริมา มงคลสัมฤทธิ์, และวิสาข์ศิริ ตันตระกูล. (2558). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล*. สืบค้น วันที่ 6 มิถุนายน 2560, จาก http://pheap.ph.mahidol.ac.th/thai/presentation_2558.html
- Bahammam, A. S., Alaseem, A. M., Alzakri, A. A., Almeneessier, A. S., & Sharif, M. M. (2012). The relationship between sleep and wake habits and academic performance in medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 12(1), 61.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C., & Rist, F. (2008). Prevalence of mental disorders among college students at a German university. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(11), 423-429.
- Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742.
- Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 225, 186-194.
- Gradisar, M., Wolfson, A. R., Harvey, A. G., Hale, L., Rosenberg, R., & Czeisler, C. A. (2013). The sleep and technology use of Americans: Findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America Poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(12), 1291-1299.
- Hayley, A. C., Williams, L. J., Venugopal, K., Kennedy, G. A., Berk, M., & Pasco, J. A. (2015). The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: Findings from the American National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 156-170.
- Hershner, S. D., & Chervin, R. D. (2014). Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nature and Science of Sleep*, 6, 73-84.
- Huang, Y. S., Wang, C. H., & Guilleminault, C. (2010). An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. *Sleep Medicine*, 11(10), 1035-1042.
- Lim, D. K., Baek, K. O., Chung, I. S., & Lee, M. Y. (2014). Factors related to sleep disorders among male firefighters. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 26, 11.
- Lockley, S. W., et al. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(Suppl. 11), 7-18.

- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health, 46*(2), 124-132.
- Luo, J., et al. (2013). Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: Results from the Shanghai Aging Study. *PLoS One, 8*(11), e81261.
- Montagna, P., & Chokroverty, S. (Eds.). (2011). *Handbook of clinical neurology: Sleep disorder, Part 1*. Edinburgh: Elsevier.
- Morin, C. M. (2009). Foreword. In Silberman, S. A. *The insomnia workbook: A comprehensive guide to getting the sleep you need*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C., & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research, 10*, 1189-1199.
- Taylor, D. J., & Bramoweth, A. D. (2010). Pattern and consequences of inadequate sleep in college students: Substance use and motor vehicle accidents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 610-612.
-

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง Factors Affecting Sleep Quality among Nursing Students in One College of Nursing

นาฏนภา อารยะสินปธรร, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Nadnapa Arayasinlathorn, M.N.S. (Nursing Administration) *

พัชณี สมกำลัง, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) **

จรัสศรี สีลาวัณ, พย.บ. ***

Patchanee Somkumlung, M.N.S. (Nursing Administration) **

Jaratsri Seelawut, B.N.S. ***

จันทร์จิรา ภูบุญเอิบ, พย.บ. ****

จิราภรณ์ มูลเมืองแสน, พย.บ. *****

Janjira Phooobunerb, B.N.S. ****

Jiraporn Mulmuangsaen, B.N.S. *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2557 ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมจำนวน 150 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบวัดความเครียดสวนปรุง มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .70 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ มีสุขนิสัยการนอนหลับ และมีความเครียดในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58, 52 และ 47.30 ตามลำดับ 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 78 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .307, p < .001$; $r = .166, p < .05$ และ $r = .299, p < .001$ ตามลำดับ) 4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 17.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .174, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าวิทยาลัยพยาบาลควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในหอพักให้เอื้อต่อการนอนหลับ และหาแนวทางในการจัดการความเครียดของนักศึกษา เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ
คำสำคัญ : คุณภาพการนอนหลับ สิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ ความเครียด

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพทย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี

***** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

Abstract

The purposes of this predictive research were to examine factors affecting sleep quality among nursing students. The samples consisted of 150 1st - 3rd year nursing students in one College of Nursing, in an academic year of 2014. The research instruments consisted of a questionnaire of personal factors, an assessment form of environmental factors with the reliability of .70, an assessment form of sleep habits with the reliability of .70, Suanprung Stress Test with the reliability of .91, and the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index with the reliability of .70. Data were collected from September to November, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The results revealed that 1) most of the nursing students had average scores of environmental factors, sleep habits, and stress at the moderate level (58%, 52%, and 47.30%, respectively); 2) most of the nursing students had a poor sleep quality (78%); 3) the factors statistically significant related to sleep quality were as follows—environmental factors ($r = .307, p < .001$), sleep habits ($r = .166, p < .05$), and stress ($r = .299, p < .001$), and 4) environmental factors, sleep habits, and stress could co-predict sleep quality by 17.40% ($R^2 = .174, p < .01$).

This study suggested that in order to promote sleep quality of nursing students, the modification of dormitory environment, the enhancement of good sleep habits, and stress management should be taken into consideration.

Keywords : Sleep quality, Environment, Sleep habit, Stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์ใช้เวลาถึงหนึ่งในสามของชีวิตในการนอนหลับ (Montagna & Chokroverty, 2011) คุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ความผาสุก และวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีของบุคคล หากบุคคลใดมีปัญหาด้านการนอนจะทำให้มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง กล่าวคือ บุคคลนั้นอาจมีอาการเพลีย เหนื่อยง่าย อ่อนล้า และง่วงนอนในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2556; Montagna & Chokroverty, 2011) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี เพราะเป็นวัย

ที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น การนอนหลับที่มีคุณภาพสูงสุดคือ การนอนหลับที่ต่อมใต้สมองมีการหลั่ง growth hormones เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย (สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ รัญจิรา, และอรุณศรี เดชสังข์, 2550) ซึ่งผลกระทบจากการนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลให้รู้สึกไม่สดชื่น เหนื่อยล้า ไม่กระตือรือร้นกับการเรียนในตอนเช้า และมีพฤติกรรมหลับในเวลาเรียนได้

คณะผู้วิจัยได้ทำการกลุ่มสัมภาษณ์นักศึกษาทุกชั้นปีของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมจำนวน 40 คน พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.50) มีพฤติกรรมหลับในเวลาเรียน และเมื่อถามถึงผลกระทบ นักศึกษาเหล่านี้

ให้ความเห็นว่าเมื่อตอนหลับในเวลาเรียน ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจในเนื้อหาที่อาจารย์สอน ไม่สามารถจับประเด็น ในส่วนที่สำคัญได้ และไม่สามารถตอบคำถามได้ ทำให้ ผลการสอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพการนอนหลับมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ รายได้ การมีโรคประจำตัว การออกกำลังกาย การใช้เวลา และการดื่มเครื่องดื่มที่มี สารกาเฟอีน ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ (กันตพร ยอดไชย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, และทิพมาศ ชินวงศ์, 2550; ฉันทนา แรงสิงห์, 2550; Huang, Wang, & Guilleminault, 2010; Luo et al., 2013; Lim, Baek, Chung, & Lee, 2014; Hayley, Williams, Venugopal, Kennedy, Berk, & Pasco, 2015; Fawzy & Hamed, 2017) 2) ปัจจัย สิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอน ประกอบด้วยอุณหภูมิ แสง และเสียง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจ ในการนอนหลับ (นงลักษณ์ ทัศนกุล, 2550; สุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง, และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2550; จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) 3) สุขนิสัยการนอนหลับ พบว่าการตระหนักในการนอนหลับ ที่มีสุขลักษณะมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ถูก สุขลักษณะ และมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษา ในมหาวิทยาลัย (Schlarb, Claßen, Hellmann, Vögele, & Gulewitsch, 2017) นักศึกษาที่มีสุขนิสัยการนอนหลับ ที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เนื่องจาก สุขนิสัยการนอนหลับที่ดีครอบคลุมพฤติกรรมที่ส่งเสริม คุณภาพการนอนหลับ ส่วนปัญหาที่พบบ่อยคือ พฤติกรรม การเข้านอนและตื่นนอนไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหาร และดื่มเครื่องดื่มก่อนนอน และการใช้ยาและสารต่าง ๆ ก่อนนอน (Montagna & Chokroverty, 2011) และ 4) ความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2556; Fawzy & Hamed, 2017) และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพสำหรับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนและนักศึกษา คือ สภาพอารมณ์

และความเครียดจากการเรียน โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง ล้วนมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ทั้งสิ้น (Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010) ซึ่งการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข อย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (Morin, 2009) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาทั้งข้อมูล ที่สนับสนุนและขัดแย้ง และยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างแท้จริง โดยเฉพาะยังมีข้อจำกัดในการศึกษาใน กลุ่มนักศึกษาพยาบาลในบริบทของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด ทั้งนี้ ผลการวิจัย ที่ได้จะเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และช่วยให้สถาบันมี แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับสำหรับ นักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษา พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัย พยาบาลแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด ต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัย พยาบาลแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

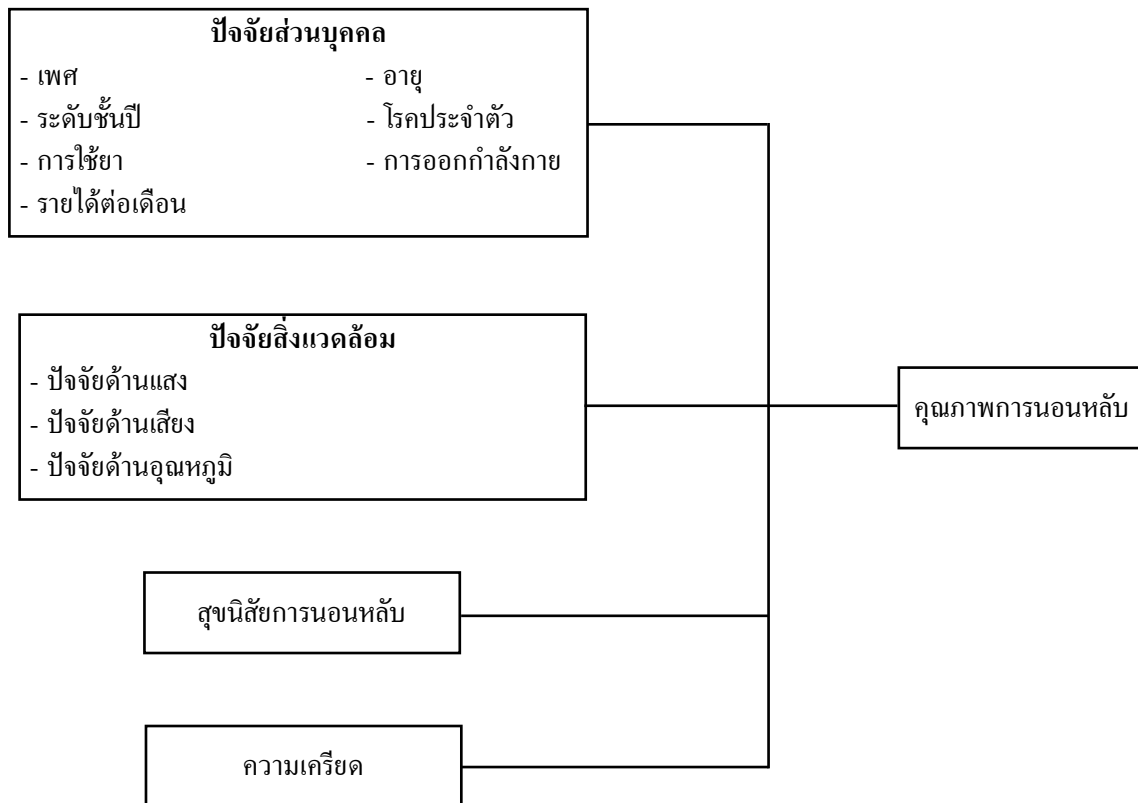
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัย การนอนหลับ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล

แห่งหนึ่ง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ของนักศึกษาพยาบาล โดยกัณฑ์สรสตัวแปรที่ใช้ในการทำนาย คุณภาพการนอนหลับ รวมทั้งสิ้น 10 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (7 ตัวแปร) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุชนิสัย การนอนหลับ และความเครียด สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (predictive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล ที่ทำการศึกษา (เอกสารรับรอง เลขที่ NPU255720B002)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2557 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นเพศ ชายหรือเพศหญิง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณ ขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ การถดถอยของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978 อ้างถึง ในวันเพ็ญ ไสยมรรคา, 2555) ตามจำนวนตัวแปรต้นที่ ศึกษาทั้งสิ้น 10 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน จากนั้นเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ได้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 50 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 51 คน และชั้นปีที่ 3 จำนวน 49 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล คณะผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว การไข้ การออกกำลังกาย และรายได้ต่อ เดือน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือก ตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม คณะผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านแสง ปัจจัย ด้านเสียง และปัจจัยด้านอุณหภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ โดยสอบถามว่าปัจจัยเหล่านี้รบกวนการนอนหลับหรือไม่ เพียงใด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ตามเกณฑ์ของวิชิต อุ๋อัน (2550) ได้แก่ ไม่มี/ไม่รบกวน รบกวนเล็กน้อย รบกวนปานกลาง และ รบกวนมาก สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ในระดับน้อย (0-5 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-10

คะแนน) และในระดับมาก (11-15 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ แบ่งออกเป็น ข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ตามเกณฑ์ ของวิชิต อุ๋อัน (2550) ได้แก่ ไม่มีเลย บางครั้ง บ่อย ๆ และประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะ ตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับใน ระดับน้อย (0-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) และในระดับดี (25-36 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยสอบถามถึงเหตุการณ์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด ส่วนใน กรณีที่ไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดใน ระดับน้อย (0-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ในระดับสูง (42-61 คะแนน) และในระดับรุนแรง (62-100 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index: T-PSQI) พัฒนาโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 9) องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 5.1) องค์ประกอบ ที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (ใช้คำถามข้อ 4) องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดย ปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4) องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 5.2-5.10) องค์ประกอบ ที่ 6 การใช้นอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6) องค์ประกอบที่ 7

ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8) รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ โดยสอบถามถึงการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบ 2 แบบ คือ 1) แบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 2) แบบเติมคำ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการนอนหลับ มีคะแนนรวมไม่เกิน 21 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพการนอนหลับในระดับดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) และในระดับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม และแบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อม แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ แบบวัดความเครียดสวนปรง และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .70, .70, .91 และ .70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้บริหารสูงสุดของวิทยาลัยพยาบาล และขออนุญาตใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแบบประเมิน และแบบวัดแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลสุขนิสัยการนอนหลับ ข้อมูล

ความเครียด และข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว การไข้ยา และการออกกำลังกาย กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุ รายได้ ต่อเดือน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ต่อคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วง 20-21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 19.68 ปี ($SD = .95$) ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 95.30 ไม่มีการไข้ยาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 96.60 มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 73.30 และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,501-7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85.20 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,200 บาท ($SD = 1,588.93$)

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยสิ่งแวดล้อม 7.20 ($SD = 2.73$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ การนอนในห้องที่มีอากาศร้อนอบอ้าว ($\bar{X} = 2.08$, $SD = .88$) รองลงมาคือ การนอนในห้องที่มีแสงสว่างมาก ($\bar{X} = 1.53$, $SD = .86$) และการมีเสียงดังรบกวนจากภายในห้อง เช่น เพื่อนร่วมห้อง ($\bar{X} = 1.43$, $SD = .88$) ตามลำดับ

3. สุขนิสัยการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขนิสัยการนอนหลับในระดับปานกลาง

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขนิสัย การนอนหลับ 12.67 (SD = 3.00) เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับ ทั้งทางบวกและทางลบ โดยพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับที่ พบมากที่สุดเป็นพฤติกรรมทางลบ คือ มีการใช้ยาพิทาปลุก ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 1.00) รองลงมาเป็นพฤติกรรมทาง บวก คือ เข้านอนเมื่อว่าง ($\bar{X}$ = 1.67, SD = .85) และ พฤติกรรมทางลบ คือ นอนกลางวัน ($\bar{X}$ = 1.49, SD = .71) ตามลำดับ

4. ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.30 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 42.94 (SD = 13.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด มากที่สุดคือ ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ($\bar{X}$ = 2.82,

SD = 1.04) รองลงมาก็คือ กลัวทำงานผิดพลาด ($\bar{X}$ = 2.73, SD = .94) และความจำไม่ดี ($\bar{X}$ = 2.42, SD = 1.15) ตามลำดับ

5. คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับในระดับ ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 78 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ การนอนหลับ 7.36 (SD = 2.15) เมื่อพิจารณาเป็นราย องค์ประกอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีองค์ประกอบที่ 3 ระยะ เวลาการนอนหลับในแต่ละคืน มากที่สุด ($\bar{X}$ = 1.90, SD = .68) รองลงมาก็คือ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพ การนอนหลับเชิงอัตนัย ($\bar{X}$ = 1.65, SD = .77) และ องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลา กลางวัน ($\bar{X}$ = 1.25, SD = .73) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพการนอนหลับ (n = 150)

ระดับคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	33	22.00
ระดับไม่ดี	117	78.00
$\bar{X}$ = 7.36, SD = 2.15		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว การใช้ยา และการออกกำลังกาย กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัย ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของ กลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่อง อายุ และรายได้ต่อเดือน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัย สิ่งแวดล้อม (r = .307, p < .001) สุขนิสัยการนอนหลับ (r = .166, p < .05) และความเครียด (r = .299, p < .001) ส่วนอายุและรายได้ต่อเดือน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุ และรายได้ต่อเดือน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม
สุขนิตยการนอนหลับ และความเครียด กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p
อายุ	-.107	.191
รายได้ต่อเดือน	.030	.713
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.307	< .001
สุขนิตยการนอนหลับ	.166	.042
ความเครียด	.299	< .001

8. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิตย

การนอนหลับ และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 17.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .174, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนาย กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

ตัวแปรทำนาย	R ²	Adjusted R ²	B	Beta	t	p	95% CI
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.094	.088	.241	.037	3.926	< .001	.120 - .365
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.143	.131	.191	.243	3.058	.003	.068 - .314
สุขนิตยการนอนหลับ			.037	.229	2.882	.005	.012 - .062
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	.174	.157	.167	.261	3.319	.001	.083 - .327
สุขนิตยการนอนหลับ			-.147	-.215	2.743	.007	.010 - .060
ความเครียด			.031	.177	2.336	.021	.233 - .166

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) มีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี โดยมีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนน้อย เฉลี่ยเพียง 5.36 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการเรียนที่หนัก เมื่อเทียบกับบางวิชาชีพ (Hershner & Chervin, 2014) และต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบกับสิ่งแวดล้อมภายในหอพักไม่เอื้อต่อการนอนหลับ ซึ่งวัยรุ่นควรใช้เวลาในการนอนหลับ 8-10 ชั่วโมง (Hershner & Chervin, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ทับแสงสี (2550) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหอพยาบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย พบว่าพยาบาลประจำการร้อยละ 81.90 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา แรงสิงห์ (2550) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 36.90 ใช้เวลาในการนอนหลับแต่ละคืน 5-6 ชั่วโมง ซึ่งโดยปกติ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการนอนหลับในแต่ละคืนของผู้ใหญ่วัยกลางคนคือ 6-8 ชั่วโมง (Hershner & Chervin, 2014) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยหรือคุณภาพการนอนหลับโดยรวมในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่ค่อยดี เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bahammam, Alaseem, Alzakri, Almeneessier, and Sharif (2012) ที่พบว่านักศึกษาแพทย์เกิดความเหนื่อยล้าจากการเรียน การทำงาน สว่างเวลา การทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยลง จึงมีอาการง่วงนอน เหนื่อยล้า และไม่มีสมาธิ ซึ่งจะพบในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนเรื่องผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันนั้น จากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีอาการง่วงหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรม เนื่องจากการเรียนการสอนเป็นแบบเน้นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) โดยนักศึกษาทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการเรียน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ

การศึกษาของจิราภรณ์ ทับแสงสี (2550) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการง่วง หลับ หรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรม

2. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขนิสัย การนอนหลับ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 58) โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ การนอนในห้องที่มีอากาศร้อน อับอ้าว รongลงมาคือ การนอนในห้องที่มีแสงสว่างมาก และการมีเสียงดังรบกวนจากภายในห้อง ทั้งนี้เนื่องจากหอพักที่ทางวิทยาลัยพยาบาลจัดให้นั้น มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษา โดยนักศึกษา 4-5 คน ต้องพักอยู่ร่วมกันในห้อง ไม่มีเครื่องปรับอากาศหรือเครื่องทำน้ำอุ่น หลอดไฟฟ้าบนเพดานใช้ร่วมกัน ซึ่งสมาชิกแต่ละคนในห้องมีช่วงเวลาในการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน และมีเสียงที่เกิดจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ในห้องมีแสงสว่างและเสียงดังเกือบตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ ทศเกตุ (2550) การศึกษาของสุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิภูล บุญช่วง, และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2550) และการศึกษาของจินดารัตน์ ชัยอาจ (2556) ที่พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอน ประกอบด้วยอุณหภูมิ แสง และเสียง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับ ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในช่วงเวลากลางคืน (Gradisar, Wolfson, Harvey, Hale, Rosenberg, & Czeisler, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cain and Gradisar (2010) ที่พบว่าสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างคือ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การดูทีวี การเล่นเกมออนไลน์และ/หรือเล่นอินเทอร์เน็ต การใช้โทรศัพท์ และการฟังดนตรี

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีสุขนิสัยการนอนหลับในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 52) โดยพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับทางบวกที่นักศึกษา

ปฏิบัติน้อย 5 อันดับแรก ได้แก่ การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน การตื่นนอนและเข้านอนเป็นเวลา การทำกิจกรรมผ่อนคลาย ก่อนนอน การลุกจากเตียงทันทีเมื่อตื่น และการเข้านอนทันทีเมื่อว่าง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลทำกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงเวลากลางคืน และหอพักไม่มีเครื่องทำน้ำอุ่น ทำให้นักศึกษาไม่อยากลุกจากเตียงหลังตื่นนอนตอนเช้า ส่วนการตื่นนอนและเข้านอนเป็นเวลานั้น มีความสัมพันธ์กับวงจรชีวภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพและปริมาณการนอนหลับ (Lockley et al., 2007) เช่นเดียวกับการตระหนักในการนอนหลับที่มีสุขลักษณะ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ถูกสุขลักษณะ และมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย (Schlarb, Claßen, Hellmann, Vögele, & Gulewitsch, 2017) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับทางลบนั้น พบว่านักศึกษามีการใช้สารกระตุ้น กล่าวคือ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารกาเฟอีน 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน และมีการใช้นาฬิกาปลุก ทั้งนี้เนื่องจากการนอนดึกในแต่ละคืน ทำให้มีอาการง่วงนอนในช่วงบ่าย จึงต้องมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารกาเฟอีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor and Bramoweth (2010) ที่ศึกษารูปแบบและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพักผ่อนไม่เพียงพอกับการใช้สารเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษาเคยใช้สารเสพติด ทั้งสุรา เบียร์ และบุหรี่ สำหรับการใช้นาฬิกาปลุกนั้น ในวัยรุ่นนักเรียน นักศึกษา รวมถึงวัยทำงาน หลาย ๆ คนต้องใช้นาฬิกาปลุก เพื่อให้ตนเองสามารถลุกจากที่นอนในตอนเช้าได้ ซึ่งมีข้อเสียคือ ในช่วงที่บุคคลนอนหลับระยะ REM หรือช่วงหลับฝัน หากถูกปลุกด้วยนาฬิกา ร่างกายของบุคคลจะตื่น และหากบุคคลฝันหลับต่ออีกนิด จะเป็นการหลับที่ไม่เต็มที่ ซึ่งคุณภาพจะต่ำกว่าการนอนไม่หลับ ดังนั้นต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการนอนร่วมกับเครื่องมือสื่อสาร เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสแสงไฟสีฟ้าก่อนนอน เพราะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ (ผู้จัดการออนไลน์, 2557)

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 47.30) ซึ่งเป็นการเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม โดยบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่รุนแรง เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น (Schlarb et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา สุขเจริญ และ สุวรรณ วุฒิณฤทธิ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.20) ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้มีความเครียดในระดับปานกลาง ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เป็นแรงจูงใจให้มีพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดผลลัพธ์ออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินชีวิต (Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger, & Rist, 2008)

3. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล การนอนหลับ และความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 17.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา คำส้อม, มรุส ทิพยมงคลกุล, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, และวิสาข์สิริ ตันตระกูล (2558) ที่ศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าบุคลากรเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 46.50) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ การไม่ดื่มชาและกาแฟ แผนกที่ทำงาน การทำงานเป็นกะ ความเครียด (ทั้งระดับปานกลางและระดับมาก) และความวิตกกังวล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทารัตน์ ขาวสะอาด, มณี อาภานันท์กุล, และพรรณวดี พุฒวนะ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรู้สึกทางใจ และชั่วโมงการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 วิทยาลัยพยาบาลควรทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอพักที่นักศึกษาต้องการปรับปรุง เพื่อให้เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

1.2 วิทยาลัยพยาบาลควรพิจารณาจัดคลินิกให้คำปรึกษา มีการคัดกรองความเครียดเบื้องต้น และหาแนวทางในการจัดการความเครียดของนักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ภาระด้านการเรียน

2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างการเรียนภาคทฤษฎีกับการเรียนภาคปฏิบัติ

2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับนักศึกษาสาขาวิชาชีพอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

กันตพร ยอดไชย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, และทิพมาส ชินวงศ์. (2550). ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(5), 407-413.

จิตรรา สุขเจริญ, และสุวรรณา วุฒิรมฤตย์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี.

จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2556). ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล: การจัดการโดยไม่ใช้ยา. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 105-115.

จิราภรณ์ ทับแสงสี. (2550). *คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ หออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉันทนา แร่งสิงห์. (2550). *คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิชา แยมมา, และพีรพนธ์ ลีอนุญวรัชชัย. (2556). ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2), 183-196.

ณภัทรารัตน์ ขาวสอาด, มณี อาภานันท์กุล, และพรรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 19-33.

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 123-132.

นงลักษณ์ ทัสเกต. (2550). *คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผู้จัดการออนไลน์. (2557). *เลื่อนเวลานาฬิกาปลุกเสี่ยงสมาธิสั้น ความจำแย่*. สืบค้น วันที่ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก <https://blog.eduzones.com/snowytest/126299>

วันเพ็ญ ไสยมรรคา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่การคลออดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 35(2), 34-42.

- วิชิต อุ๋น. (2550). *การวิจัยและการสืบค้นข้อมูลทางธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: พรินท์แอมมี.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชาญจิรา, และอรุณศรี เดชสังข์. (บ.ก.). (2550). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง, และจิตร ศรีสุพรรณ. (2550). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 50-63.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *การสร้างแบบวัดความเครียดของสวนปรุง* (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อนุชา คำล้อม, มรุรส ทิพยมงคลกุล, ลีริมา มงคลสัมฤทธิ์, และวิสาข์ศิริ ตันตระกูล. (2558). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล*. สืบค้น วันที่ 6 มิถุนายน 2560, จาก http://pheap.ph.mahidol.ac.th/thai/presentation_2558.html
- Bahammam, A. S., Alaseem, A. M., Alzakri, A. A., Almeneessier, A. S., & Sharif, M. M. (2012). The relationship between sleep and wake habits and academic performance in medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 12(1), 61.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C., & Rist, F. (2008). Prevalence of mental disorders among college students at a German university. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(11), 423-429.
- Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742.
- Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 225, 186-194.
- Gradisar, M., Wolfson, A. R., Harvey, A. G., Hale, L., Rosenberg, R., & Czeisler, C. A. (2013). The sleep and technology use of Americans: Findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America Poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(12), 1291-1299.
- Hayley, A. C., Williams, L. J., Venugopal, K., Kennedy, G. A., Berk, M., & Pasco, J. A. (2015). The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: Findings from the American National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 156-170.
- Hershner, S. D., & Chervin, R. D. (2014). Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nature and Science of Sleep*, 6, 73-84.
- Huang, Y. S., Wang, C. H., & Guilleminault, C. (2010). An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. *Sleep Medicine*, 11(10), 1035-1042.
- Lim, D. K., Baek, K. O., Chung, I. S., & Lee, M. Y. (2014). Factors related to sleep disorders among male firefighters. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 26, 11.
- Lockley, S. W., et al. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(Suppl. 11), 7-18.

- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health, 46*(2), 124-132.
- Luo, J., et al. (2013). Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: Results from the Shanghai Aging Study. *PLoS One, 8*(11), e81261.
- Montagna, P., & Chokroverty, S. (Eds.). (2011). *Handbook of clinical neurology: Sleep disorder, Part 1*. Edinburgh: Elsevier.
- Morin, C. M. (2009). Foreword. In Silberman, S. A. *The insomnia workbook: A comprehensive guide to getting the sleep you need*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C., & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research, 10*, 1189-1199.
- Taylor, D. J., & Bramoweth, A. D. (2010). Pattern and consequences of inadequate sleep in college students: Substance use and motor vehicle accidents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 610-612.
-

การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง Evaluation of Health Promotion for People at Risk of Diabetes Mellitus and Hypertension

กรตณัฐ ปัญญาไส, ปริญญาโท, (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) *

Korntanatouch Panyasai, Ph.D. (Health Promotion Management) *

พิชามณญ์ ภูเจริญ, ปริญญาโท, (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) **

Pichamon Phucharoen, Ph.D. (Health Promotion Management) **

นิชกมล เปียอยู่, ศศ.ม. (ยุทธศาสตร์การพัฒนา) **

Nitchakamol Piayoo, M.A. (Development Strategy) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นในช่วง .67-.91 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .79 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดความยาวรอบเอว และเครื่องชั่งน้ำหนักพร้อมชุดวัดส่วนสูง ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ความยาวรอบเอว และดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, $SD = .62$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าก่อนนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ ควรมีการประเมินสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่ และความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
คำสำคัญ : ความรู้ทางด้านสุขภาพ การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ โรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of health promotion program for people at risk of diabetes mellitus and hypertension. The samples consisted of 30 people at risk of diabetes mellitus and hypertension in Mae Korn Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. The research instruments were composed of the health promotion program, a scale of health literacy with the reliability in a range of .67-.91, a recording form of health condition, a questionnaire of satisfaction with health promotion activities with the reliability of .79, a glucometer, a sphygmomanometer, a waistline tape, and a weight scale with a height gauge. The implementation and data collection were conducted from November, 2016 to February, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The results revealed that 1) after the experiment, the samples had statistically significant higher mean scores of 8 aspects of health literacy than before the experiment ($p < .001$); 2) after the experiment, the samples had lower mean scores of all indicators of health condition—fasting blood sugar, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, waistline, and body mass index than before the experiment; and 3) after the experiment, the samples had an overall mean score of satisfaction with health promotion activities at a highest level ($\bar{X} = 4.67$, $SD = .62$).

This study suggested that before using health promotion activities, health care provider should evaluate the problems and the need of setting as well as the health literacy among the people who are at risk of diabetes mellitus and hypertension.

Keywords : Health literacy, Evaluation of health promotion, Diabetes mellitus, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในทุก ๆ ปี ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี (World Health Organization: WHO, 2011) จะเห็นได้ว่าในช่วงปีที่ผ่านมา องค์การระดับชาติ ไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ธนาคารโลก และรัฐบาลจากประเทศต่าง ๆ ล้วนให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว เกิดเป็นเครือข่ายระดับนานาชาติขึ้น โดยเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกในเรื่องการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568

(WHO, 2013)

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งที่สำคัญได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การจัดการโรคสำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวในระดับปฏิบัติการ ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องรูปแบบ โดยเฉพาะในบริบทของการให้บริการ ซึ่งมีความแตกต่างจากการให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) สำนักโรคบาติยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 โดยเริ่มจากการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด จากนั้นในปี พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค รายใหม่ รวมจำนวน 626,073 ราย โดยโรคความดันโลหิตสูงพบสูงสุด จำนวน 379,551 ราย อัตราป่วย 591.38 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 179,597 ราย อัตราป่วย 279.83 ต่อประชากรแสนคน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 26,514 ราย อัตราป่วย 41.31 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 21,782 ราย อัตราป่วย 33.94 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18,629 ราย อัตราป่วย 29.03 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2554 อัตราป่วยโรคเบาหวานลดลงกว่าในปี พ.ศ. 2553 เล็กน้อย ส่วนโรคอื่น ๆ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มของทุกโรคในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15-65 ปี) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนมีนาคม 2556 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 11 และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 34 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ต้องเร่งสร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง (สุเทพ ลือใจ, ชญาณันท์ พุเจริญกุลยา, และสร้อยมาลี วิจิต, 2558) จากผลการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหนึ่งพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระดับไม่ถูกต้อง มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับพอใช้ มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทาง

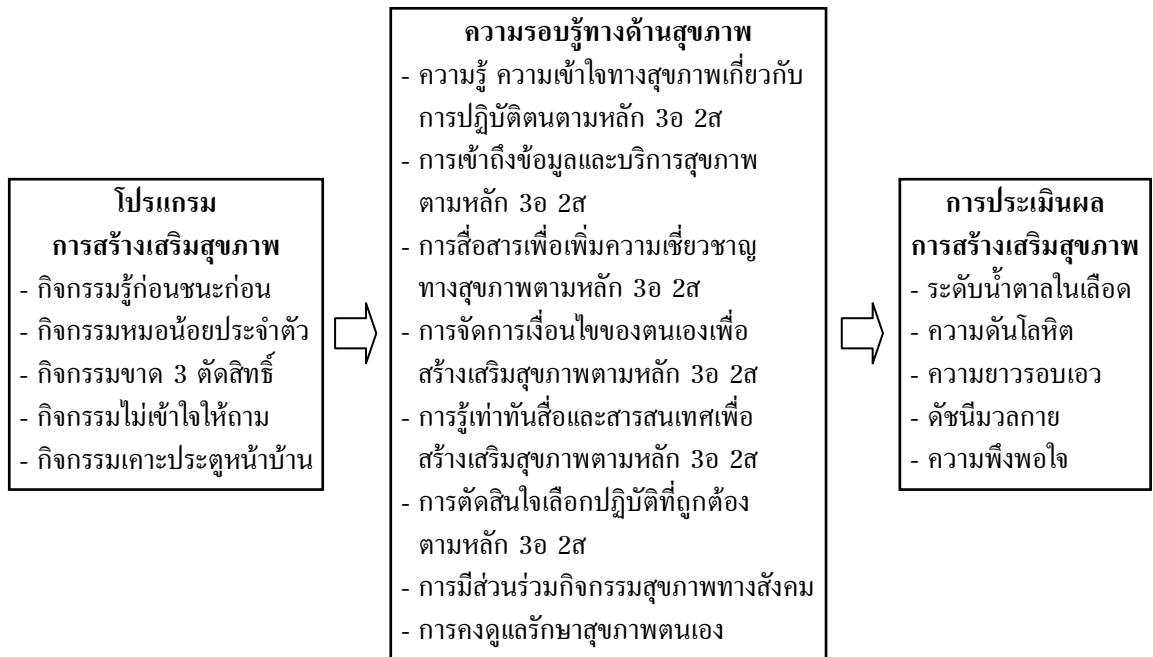
สุขภาพในระดับไม่ดีพอ มีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดีพอ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับพอใช้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในระดับไม่ดีพอ และมีการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองในระดับไม่ดีพอ (สุเทพ ลือใจ และคณะ, 2558)

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้เข้าไปศึกษาและวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน จำนวน 8 คน โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มเสี่ยง พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากนั้นจึงนำสาเหตุที่ทำให้เกิดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมาสังเคราะห์แนวทางร่วมกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน โดยการจัดการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ประกอบด้วย 1) กิจกรรมรู้ก่อนชนะก่อน 2) กิจกรรมหมั่นน้อยประจำตัว 3) กิจกรรมขาด 3 ตัดสิทธิ์ 4) กิจกรรมไม่เข้าใจให้ถาม และ 5) กิจกรรมเกาะประตูหน้าบ้าน แล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ด้านเนื้อหาเท่ากับ .95 ด้านความสอดคล้องของกิจกรรมกับบริบทชุมชนเท่ากับ .99 ด้านการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และด้านสื่อการจัดการเรียนรู้เท่ากับ 1 เท่ากัน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อยืนยันความเหมาะสมของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายใต้บริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (เอกสารรับรอง เลขที่ 07/2560)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: 1) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 100-125 mg/dl หลังดื่มน้ำอดอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง 2) ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 3) ฟังและพูดภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: 1) ค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 121-139 mmHg และค่าความดันโลหิตตัวล่าง

อยู่ในช่วง 81-89 mmHg หลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที 2) ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 3) ฟังและพูดภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่แพทย์ไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่เข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือสหสัมพันธ์ที่มีผลการทดลองขนาดกลาง [ขนาดอิทธิพล (effect size) = .50] เพื่อหาข้อสรุปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสำคัญในระดับนําสู่การปฏิบัติ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (ระพินทร์ โพธิ์ศรี, 2549) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 26 คน โดยคณะผู้วิจัยปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมรู้ก่อนชนะก่อน ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องสาเหตุ ผลกระทบจากโรค และการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และ 2) การให้ตัวแทนด้านบวกเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตสูง โดยใช้ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ และกลุ่มเสี่ยงฯ ที่ปฏิบัติตัวได้ดี

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมหมอน้อยประจำตัว เป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบุตรหลานในครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและกำกับพฤติกรรมสุขภาพของบิดา/มารดา/บุคคลในครอบครัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยผ่านการอบรมความรู้และความเข้าใจก่อนการดำเนินการ โดยใช้ได้แก่ เอกสารการบันทึกกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมขาด 3 ดัดสิทธิ์ เป็นกิจกรรมการนัดหมายเพื่อติดตามพัฒนาการทางพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทของกลุ่มเสี่ยงฯ จำนวนทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดยใช้ได้แก่ สมุดบันทึกประจำตัว

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมไม่เข้าใจให้ถาม เป็นกิจกรรมการถาม-ตอบประเด็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังสงสัย โดยผ่านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ โดยสัดส่วนของอสม. ต่อกลุ่มเสี่ยงฯ เท่ากับ 1 : 2 กรณีอสม. ไม่มั่นใจในคำตอบ สามารถปรึกษาคณะผู้วิจัยได้ โดยใช้ได้แก่

แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมเคาะประตูหน้าบ้าน เป็นกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยและอสม. ดำเนินการเชิงรุกเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำและแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลตามบริบท สื่อที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรม การเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ คณะผู้วิจัยใช้แบบวัดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2557) ที่สร้างขึ้นตามหลัก 3อ 2ส แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ต่อเดือน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

1.2 ความรู้ทางด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ ความเข้าใจในระดับไม่ถูกต้อง (0-4 คะแนน) ในระดับถูกต้องบ้าง (5-7 คะแนน) และในระดับถูกต้องที่สุด (8-10 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) เท่ากับ .68

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ในระดับ

พอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .86

ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสื่อสารในระดับไม่ดีพอ (0-11 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (12-18 คะแนน) และในระดับดีมาก (19-24 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .91

ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .88

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรู้เท่าทันในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .83

ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการตัดสินใจเลือกในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของ

ครอนบาคเท่ากับ .67

ด้านที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .87

ด้านที่ 8 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ และ 6-7 วัน/สัปดาห์ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการคงดูแลรักษาในระดับไม่ดีพอ (0-19 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (20-31 คะแนน) และในระดับดีมาก (32-40 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .71

2. แบบบันทึกภาวะสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ความยาวรอบเอว และดัชนีมวลกาย จำนวนทั้งสิ้น 5 ตัวชี้วัด

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการบริการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการพัฒนาตนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านสื่อกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านความสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน จำนวน 3 ข้อ 7) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 4 ข้อ และ 8) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจ

ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .79

4. เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ใช้เครื่องตรวจยี่ห้อ Easy Max รุ่น MU

5. เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดยี่ห้อ Omron รุ่น HEM-8712

6. สายวัดความยาวรอบเอว ใช้สายวัดของคลินิกไร้พุง (DPAC) กระทรวงสาธารณสุข

7. เครื่องซังน้ำหนักระบบดิจิทัล พร้อมชุดวัดส่วนสูง ยี่ห้อ BS รุ่น TCS-200-RT

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที จากนั้นประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ความยาวรอบเอว และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. คณะผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

5. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกิจกรรม รวมเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน โดยคณะผู้วิจัยบันทึกภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

6. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ (เฉพาะส่วนที่ 2) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้เวลาตอบ 40 นาที จากนั้นประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ความยาวรอบเอว และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบความรู้ทางด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลภาวะสุขภาพ และข้อมูลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 80 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40

2. การเปรียบเทียบความรู้ทางด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การสื่อสารเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม และการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อน
กับหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส					
ก่อนการทดลอง (Min = 0, Max = 1)	30	1.00	.00	31.850	< .001
หลังการทดลอง (Min = 7, Max = 9)	30	9.00	2.12		
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส					
ก่อนการทดลอง (Min = 1, Max = 3)	30	1.00	.00	42.180	< .001
หลังการทดลอง (Min = 7, Max = 19)	30	17.40	2.12		
3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส					
ก่อนการทดลอง (Min = 5, Max = 16)	30	9.50	2.51	16.780	< .001
หลังการทดลอง (Min = 15, Max = 19)	30	17.40	1.00		
4. การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส					
ก่อนการทดลอง (Min = 1, Max = 18)	30	10.70	4.54	8.120	< .001
หลังการทดลอง (Min = 16, Max = 20)	30	17.80	1.16		
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริม สุขภาพตามหลัก 3อ 2ส					
ก่อนการทดลอง (Min = 0, Max = 16)	30	9.50	5.50	7.780	< .001
หลังการทดลอง (Min = 15, Max = 19)	30	17.30	1.23		
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส					
ก่อนการทดลอง (Min = 7, Max = 16)	30	10.70	2.13	13.600	< .001
หลังการทดลอง (Min = 15, Max = 19)	30	17.00	1.03		
7. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม					
ก่อนการทดลอง (Min = 0, Max = 12)	30	9.70	5.70	5.880	< .001
หลังการทดลอง (Min = 14, Max = 18)	30	16.30	1.11		
8. การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง					
ก่อนการทดลอง (Min = 7, Max = 28)	30	17.90	5.98	13.960	< .001
หลังการทดลอง (Min = 29, Max = 38)	30	34.10	2.12		

3. ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ค่าเฉลี่ยความยาวรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n = 30)		หลังการทดลอง (n = 30)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	108.10	9.13	87.17	5.47
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	128.41	11.69	114.41	4.14
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	84.33	4.65	72.90	2.52
ความยาวรอบเอว (cm)	93.08	8.86	85.52	3.01
ดัชนีมวลกาย	31.30	3.14	30.01	3.02

4. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, $SD = .62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงสุด

($\bar{X} = 4.83$, $SD = .37$) รองลงมาคือ ด้านสื่อกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 4.73$, $SD = .45$) และที่น้อยที่สุดคือ ด้านความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X} = 4.57$, $SD = .62$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม หลังการทดลอง (n = 30)

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส	4.60	.98	มากที่สุด
ด้านการบริการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	4.70	.46	มากที่สุด
ด้านการพัฒนาตนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส	4.67	.47	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน	4.60	.98	มากที่สุด
ด้านสื่อกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	4.73	.45	มากที่สุด
ด้านความสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน	4.67	.47	มากที่สุด
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	4.83	.37	มากที่สุด
ด้านความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง	4.57	.62	มากที่สุด
โดยรวม	4.67	.62	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยได้จัดดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนเกี่ยวกับสภาพปัญหาของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แล้วนำข้อมูลมาสังเคราะห์กิจกรรมภายใต้แนวความคิดความรู้ทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน เพื่อสร้างกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมรู้ก่อนชนก่อน ซึ่งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการเสนอตัวแบบบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต 2) กิจกรรมหมอน้อยประจำตัว ซึ่งใช้การมีส่วนร่วมของบุตรหลานในครอบครัวในการควบคุมและกำกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ 3) กิจกรรมขาด 3 ดัดนิสัย ซึ่งมีการนัดหมายเพื่อติดตามพัฒนาการทางพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ พร้อมให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพภายใต้บริบทของกลุ่มเสี่ยงฯ 4) กิจกรรมไม่เข้าใจให้ถาม ซึ่งเป็นการถาม-ตอบประเด็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มเสี่ยงฯ ยังสงสัย โดยผ่านการมีส่วนร่วมของ อสม. และ 5) กิจกรรมเคาะประตูหน้าบ้าน ซึ่งเป็นการดำเนินการเชิงรุกเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ จากกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์บนพื้นฐานของสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้กลุ่มเสี่ยงฯ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (จาก 108.10 mg/dl เป็น 87.17 mg/dl) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนลดลง (จาก 128.41 mmHg เป็น 114.41 mmHg) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างลดลง

(จาก 84.33 mmHg เป็น 72.90 mmHg) ค่าเฉลี่ยความยาวรอบเอวลดลง (จาก 93.08 cm เป็น 85.52 cm) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง (จาก 31.30 เป็น 30.01)

จากการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงฯ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทชุมชน กลุ่มเสี่ยงฯ จึงเกิดความพึงพอใจที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต 3) การกระตุ้นเตือนกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล มีการเสริมสร้างกำลังใจ และคอยกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างไม่แตกต่างกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล อริยะเดช (2555) ที่ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอแห่งหนึ่ง โดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การใช้ระบบพี่เลี้ยงเยี่ยมตามหน่วยราชการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้

เรื่องการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งรัตน์ กล้าสนอง (2553) ที่ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ของสถานอนามัยแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการแนะนำและกระตุ้นในการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การวัดความดันโลหิต และการตรวจน้ำตาลในเลือด ในระยะเวลา 4 เดือน พบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องความสะดวกสบายในการเดินทางมารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาด ลำนำก, มาเรียม แอญิ, ตัม บุนอรอด, และกำไล สมรักษ์ (2554) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยตนเอง อาหารกับพลังงานที่สมดุล การออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน และกิจกรรมเพื่อนร่วมทางวางแผนเพื่อปฏิบัติกิจกรรม โดยมีสม. น้อย เป็นเสมือนเพื่อนร่วมปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าก่อนกับหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตัวและมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ที่ว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996)

ที่ว่าการสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง การดูแลสุขภาพหรือการกระทำใดๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของยุวดี รอดจากภัย (2554) ที่ว่าการสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การนำกิจกรรมไปใช้ ควรมีการประเมินเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการดำเนินการ

1.2 การนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกันนั้น ควรมีการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ก่อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กับที่ไม่ใช้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาดูตามในระยะยาวถึงอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อประเมินและติดตามการสร้างเสริมสุขภาพและความต่อเนื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2557). คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- นุชนาท สำนัก, มาติยม แอภูยิ, ตัม บุนรอด, และก่าโล สมรัักษ์. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพั่นฝั่งตะวันออก อำเภอปากพั่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 21-28.
- ยุวดี รอดจากภัย. (2554). *แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ*. ชลบุรี: โอโอะ เพรส.
- ระพีพันธ์ โพธิ์ศรี. (2549). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งรัตน์ กล่ำสนอง. (2553). *การประเมินผลโปรแกรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของสถานีนานชัยบ้านโคกราช ตำบลรางหวาย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี (การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สุเทพ ลือใจ, ชญาณันท์ พุเจริญกุลยา, และสร้อยมาลี วิจิต. (2558). ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางริมกรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 7(2), 19-27.
- สุรพล อริยะเดช. (2555). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(3), 205-216.
- เสาวลักษณ์ มูลสาร, และเกษร ลำเกาทอง. (2559). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 87-98.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2556). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). London: Appleton & Lange.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. In *An International Conference on Health Promotion: The Move towards a New Public Health*. November, 17-21, 1986, Ottawa, Canada.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: Author.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี *

Factors Related to Receiving Cervical Cancer Screening Services among Women Aged 30-60 Years in Muang District, Pathumthani Province *

นันทิดา จันทะวงศ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) **

Nuntida Juntawong, M.Sc. (Public Health) **

สุคนธา ศิริ, พ.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน) ****

Sukhonta Siri, Ph.D. (Tropical Medicine) ****

ปิยธิดา ศรีเดช, ศ.ด. (บริหารสาธารณสุข) ***

Piyathida Tridech, Dr.P.H. (Health Administration) ***

ชาญวิทย์ ศรีเดช, พ.ด. (Chemical Engineering) *****

Charnwit Tridech, Ph.D. (Chemical Engineering) *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 380 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .80-.87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson's Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 26.911, p < .001$) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 21.253, p < .001$) ประวัติการตั้งครรภ์ ($\chi^2 = 9.761, p < .01$) การคุมกำเนิด ($\chi^2 = 19.581, p < .001$) การดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกาย ($\chi^2 = 7.472, p < .05$) และประสบการณ์ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกเรื่องการได้รับข่าวสารการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก ($\chi^2 = 10.642, p < .01$) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ($\chi^2 = 3.157, p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ($\chi^2 = 25.034, p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์ ($\chi^2 = 11.547, p < .01$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($\chi^2 = 12.808, p < .001$) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว ($\chi^2 = 8.589, p < .01$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ($\chi^2 = 14.868, p < .001$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

***** นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานปลัด กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความตระหนักแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย และบุคคลที่มีส่วนสนับสนุนในประเด็นสำคัญและประเด็นใหม่ ๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และควรประชาสัมพันธ์ ข้อมูลให้มากขึ้นโดยใช้ช่องทางที่หลากหลาย

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine factors related to receiving cervical cancer screening services. The samples consisted of 380 women aged 30-60 years in Muang District, Pathumthani Province. The research instrument was a 6-part-questionnaire with the reliability in a range of .80-.87. Data were collected from February to April, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Chi-square, and Fisher's exact test.

The results revealed that factors statistically significant related to receiving cervical cancer screening services were as follows—personal factors: age ($\chi^2 = 26.911, p < .001$), marital status ($\chi^2 = 21.253, p < .001$), history of pregnancy ($\chi^2 = 9.761, p < .01$), contraception use ($\chi^2 = 19.581, p < .001$), exercise ($\chi^2 = 7.472, p < .05$), and receiving news of death from cervical cancer ($\chi^2 = 10.642, p < .01$); predisposing factors: perceived susceptibility to cervical cancer ($\chi^2 = 3.157, p < .05$), perceived severity of cervical cancer ($\chi^2 = 25.034, p < .001$), and perceived benefits of cervical cancer screening by a Pap smear technique ($\chi^2 = 11.547, p < .01$); and reinforcing factors: receiving family reinforcement ($\chi^2 = 12.808, p < .001$), receiving external reinforcement ($\chi^2 = 8.589, p < .01$), and receiving information from various sources ($\chi^2 = 14.868, p < .001$).

This study suggested that relevant health care settings should promote awareness in target women and their supporters regarding important and new issues of cervical cancer. Additionally, giving cervical cancer informations via various channels is needed.

Keywords : Personal factors, Knowledge, Perceiving, Enabling factors, Reinforcing factors, Cervical cancer screening

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 ที่ว่า “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

ของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” ภายใต้วิสัยทัศน์ดังกล่าว การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังคงเป็นตัวชี้วัดในกลุ่มวัยทำงานของงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นฐาน (basic promotion

and prevention service) คือ ร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม จากปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2557 (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกถือว่าเป็น ปัญหาสุขภาพของสตรีไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับสองของการเสียชีวิตด้วยมะเร็ง รองจากมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับทั่วโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในช่วงปี 2551-2555 พบผู้ป่วย จำนวน 1,719 คน 1,705 คน 1,746 คน 1,749 คน และ 1,915 คน ตามลำดับ ในส่วนของจังหวัดปทุมธานี พบว่าอัตราการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกอยู่อันดับ 1 ใน 10 ของอัตราการป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในปี 2556 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้ มะเร็งปากมดลูกยังเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ของจังหวัดปทุมธานีเช่นกัน

ปัจจุบัน การดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกของประเทศไทยคือ การตรวจคัดกรองเพื่อ ค้นหาความผิดปกติหรือรอยโรคที่ปากมดลูกให้พบก่อน ที่จะกลายเป็นมะเร็ง วิธีการตรวจคัดกรองที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ การตรวจแพปสเมียร์ (Pap smear) และการตรวจ โดยใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic acid (VIA) จากการศึกษาของนักวิจัยจาก โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี แพปสเมียร์ทุก 5 ปี เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้ตรวจคัดกรองโรคเลย และต้นทุนในการตรวจ คัดกรองโรคมียุทธศาสตร์น้อยกว่าต้นทุนที่ต้องใช้ในการรักษา มะเร็งปากมดลูกในกรณีที่ไม่มีมีการตรวจคัดกรอง และ International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้ทำการศึกษาพบว่าหากตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในระยะที่หนึ่ง อัตราการรอดชีพ 5 ปี จะสูงถึงร้อยละ 90-95 แต่หากตรวจพบผู้ป่วยในระยะที่สี่ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย อัตราการรอดชีพ 5 ปี จะลดลงเหลือเพียงน้อยกว่าร้อยละ 5 นอกจากนี้ IARC/World Health Organization (WHO) ยังทำการศึกษาพบว่าหากทำแพปสเมียร์ 1 ครั้ง ทุกปี, 1 ครั้ง ทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี อัตราการเกิดมะเร็ง

ปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 91-93 หากทำแพปสเมียร์ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลง ร้อยละ 84 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549 อ้างถึง ในสุดาฟ้า วงศ์หิมาตย์, 2556) ดังนั้น การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพปสเมียร์จึงเป็นการป้องกัน มะเร็งปากมดลูกที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง

จังหวัดปทุมธานีโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด และดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่าง ต่อเนื่องทุกปี และในปี 2557 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปทุมธานี มีการออกมาตรการส่งเสริมในโครงการ “ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดปทุมธานี ปี 2557” โดยการจัดมาตรการเชิงรุกต่างๆ เช่น จัดช่องทางด่วนและจัดให้บริการเฉพาะแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) บริการตรวจคัดกรองโดยไม่คิดมูลค่า จัดให้บริการ นอกเวลาราชการ คือ ในช่วงเย็น และวันเสาร์-อาทิตย์ ส่งรัด การลงข้อมูลในระบบ (คีย์ข้อมูล) และการแจกแบบสอบถาม (การบ้านนักเรียน) เพื่อเป็นการเชิญชวนผู้ปกครอง ให้มารับการตรวจคัดกรอง และสำรวจความครอบคลุม (การเคยได้รับการตรวจคัดกรองจากแหล่งอื่นๆ) ซึ่งทาง อำเภอเมืองได้มีการดำเนินงานตามนโยบายอย่างเคร่งครัด แต่ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี สะสม 5 ปี (ปี พ.ศ. 2553-2557) ทำได้เพียงร้อยละ 47.60 (สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ, 2557)

จากแนวคิดของ Green et al. (1980) ที่ว่าพฤติกรรม ของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุและจะต้องทำ การวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม นั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการเพื่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยที่ได้รับรู้ไว้จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงปัญหา หรืออุปสรรคต่างๆ ที่จะขัดขวางการเกิดพฤติกรรม และ ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการกระทำหรือ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รับการส่งเสริมหรือไม่เพียงใด ซึ่งสอดคล้องกับที่ O'Donnell (2002) ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น ๆ การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น ๆ การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจากมาตรการเชิงรุกต่าง ๆ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีได้จัดขึ้นนั้น ถือว่าเป็นส่วนของปัจจัยเอื้อที่จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการมากขึ้น แต่ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยังจำเป็นต้องดำเนินการให้ได้ครอบคลุมตามเป้าหมาย เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะที่บ่งชี้ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว เพื่อให้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

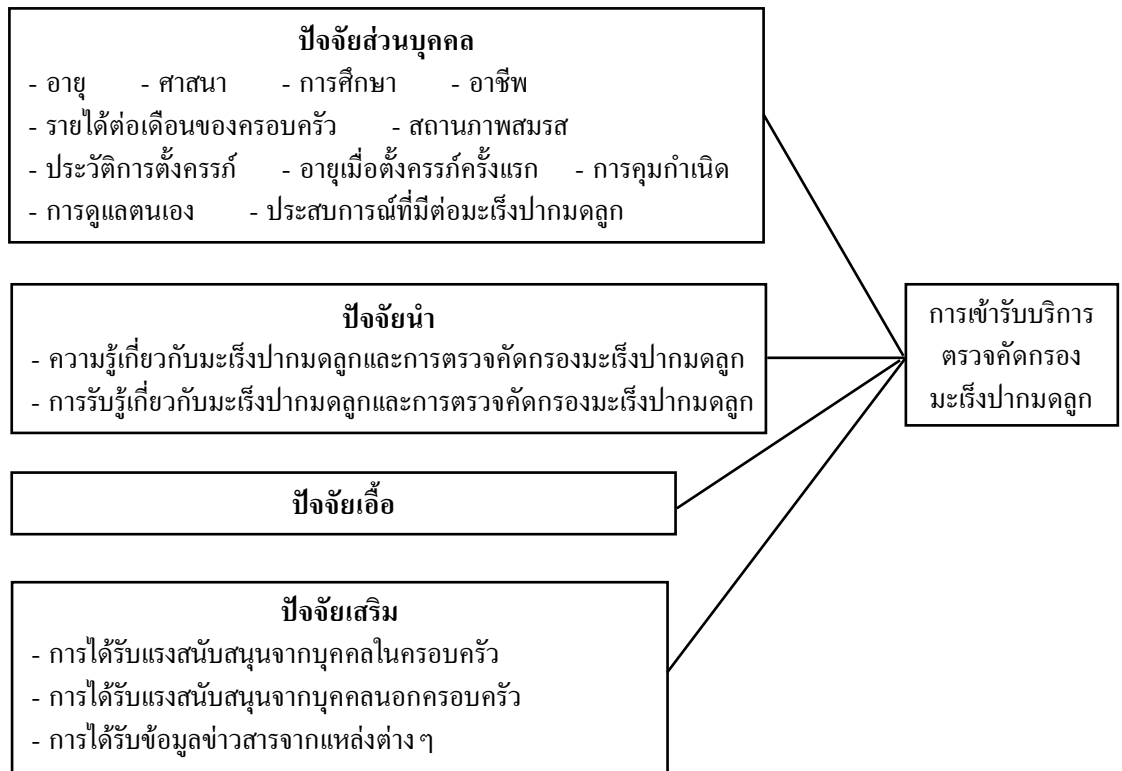
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยคัดสรรตัวแปรต้น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2014-217)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ของอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 47,606 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือสามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีประวัติการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกหรือการผ่าตัดมดลูก และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Daniel (2009) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 418 คน โดยเลือกพื้นที่แต่ละระดับด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลาก จนกระทั่งได้หมู่บ้าน จำนวน 12 หมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านแล้วทำการสุ่มจากบ้านเลขที่ที่มีสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม เมื่อได้ตัวอย่างลำดับที่ 1 แล้ว จะบวกเพิ่มทีละ 2 ลำดับ หากบ้านเลขที่ที่สุ่มได้มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมากกว่า 1 คน จะเลือกเพียงคนเดียวโดยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก การคุมกำเนิด

การดูแลตนเอง และประสบการณ์ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูก จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามในงานวิจัยของสาวตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) และงานวิจัยของสุพัตรตา งามคำ (2555) รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูก ผิด หรือไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-14 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) และในระดับสูง (20-24 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพปสเมียร์ จำนวน 8 ข้อ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 36 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า

5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยเอื้อในระดับต่ำ (8.00-18.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18.68-29.33 คะแนน) และในระดับสูง (29.34-40.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริมต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 6 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งล่าสุด ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 สถานที่ที่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ตำบลบางเลน อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80 สำหรับแบบสอบถามส่วนปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และส่วนปัจจัยเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และขอความอนุเคราะห์ในการแจ้งสาธารณสุขอำเภอหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัย
แจ้งผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง
แบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์ และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์
ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการ
พิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย
รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ
และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล
ในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง
โดยให้เวลาตอบ 40-50 นาที และรวบรวมแบบสอบถาม
ส่งคืนผู้วิจัย ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง
เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
ข้อมูลปัจจัยนำ และข้อมูลปัจจัยเอื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติ
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อมูลปัจจัยเสริม และข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ
ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ
ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's Chi-square
และ Fisher's exact test ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามที่
สมบูรณ์ จำนวน 380 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.91

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 38.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.29 ปี ($SD = .77$)
เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.20
มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
37.10 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
23.70 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง

10,001-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.40 มีสถานภาพ
สมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.20 มีประวัติการตั้งครรภ์ คิดเป็น
ร้อยละ 88.40 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกคือ น้อยกว่า
25 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 24.39 ปี
($SD = 5.35$) มีการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 75 มีการดูแล
ตนเอง โดยไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ
91.60 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 98.10 และออกกำลังกาย
3 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 14.50 ส่วนประสบการณ์
ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูก พบว่าเกือบทั้งหมดไม่มีบุคคล
ในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 98.70
ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก
คิดเป็นร้อยละ 95.50 และไม่มีคนรู้จักป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก
คิดเป็นร้อยละ 63.20 แต่เคยได้รับข่าวสารการเสียชีวิต
ด้วยมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 80.30

2. ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมในระดับต่ำ
และระดับปานกลางใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 43.90
และ 43.70 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 14.60
($SD = 4.78$)

3. ปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับรู้ประโยชน์ของ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์
($\bar{X} = 3.80$, $SD = .66$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรง
ของมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.74$, $SD = .61$) และที่
น้อยที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก ($\bar{X} = 2.50$, $SD = .69$) ดังแสดงในตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน (n = 380)

การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	3.63	.61	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก	3.74	.61	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีแพปสเมียร์	3.80	.66	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.50	.69	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.54	.62	ปานกลาง

4. ปัจจัยเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.70 รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 39.20 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยเอื้อฯ 28.68 (SD = 4.94)

5. ปัจจัยเสริมต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.40 ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 86.30 และได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 96.60

6. การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 คิดเป็นร้อยละ 75.80 สถานที่ที่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล คิดเป็นร้อยละ 74 และเกือบทั้งหมดมีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ คิดเป็นร้อยละ 98.60

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 26.911, p < .001$) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 21.253, p < .001$) ประวัติการตั้งครรภ์ ($\chi^2 = 9.761, p < .01$) การคุมกำเนิด ($\chi^2 = 19.581, p < .001$) การดูแลตนเอง เรื่องการออกกำลังกาย ($\chi^2 = 7.472, p < .05$) และประสบการณ์ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกเรื่องการได้รับข่าวสาร การเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก ($\chi^2 = 10.642, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	p
	เคย		ไม่เคย			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
อายุ						
30 - 39 ปี	50	55.60	40	44.40	26.911	< .001
40 - 49 ปี	117	80.10	29	19.90		
50 - 60 ปี	121	84.00	23	16.00		
ศาสนา						
พุทธ	281	75.30	92	24.70	2.278	.203 ^a
อื่นๆ	7	100.00	-	-		
การศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	107	74.30	37	25.70	3.299	.192
มัธยมศึกษา	137	79.70	35	20.30		
ประกาศนียบัตรขึ้นไป	44	68.70	20	31.30		
อาชีพ						
พนักงานบริษัทเอกชน/รับจ้าง	128	80.50	31	19.50	4.394	.111
ค้าขาย/เกษตรกรรม/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	144	73.50	52	26.50		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	16	64.00	9	36.00		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (n = 285)						
น้อยกว่า 15,000 บาท	115	72.80	43	27.20	.056	.972
15,000-50,000 บาท	80	74.10	28	25.90		
มากกว่า 50,000 บาท	14	73.70	5	26.30		
สถานภาพสมรส						
คู่	241	81.10	56	18.90	21.253	< .001 ^a
โสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	47	56.60	36	43.40		
ประวัติการตั้งครรภ์						
เคยตั้งครรภ์	263	78.30	73	21.70	9.761	.002 ^a
ไม่เคยตั้งครรภ์	25	56.80	19	43.20		
อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก (n = 335)						
น้อยกว่า 25 ปี	165	76.40	51	23.60	1.182	.277 ^a
25 ปีขึ้นไป	97	81.50	22	18.50		

a = p-value for Fisher' exact test

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 380) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	p
	เคย		ไม่เคย			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การคุมกำเนิด						
คุมกำเนิด	232	81.40	53	18.60	19.581	< .001 ^a
ไม่คุมกำเนิด	56	58.90	39	41.10		
การดูแลตนเอง						
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม/เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่ม	276	76.20	86	23.80	.857	.398 ^a
ดื่ม	12	66.70	6	33.30		
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ/เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกสูบ	285	75.80	91	24.20	.001	1.000 ^a
สูบ	3	75.00	1	25.00		
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	103	82.40	22	17.60	7.472	.024
น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	150	75.00	50	25.00		
3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	35	63.60	20	36.40		
ประสบการณ์ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูก						
การมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก						
ไม่มี	285	76.00	90	24.00	.688	.598 ^a
มี	3	60.00	2	40.00		
การมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก						
ไม่มี	287	75.90	91	24.10	.729	.426 ^a
มี	1	50.00	1	50.00		
การมีคนรู้จักป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก						
ไม่มี	180	75.00	60	25.00	2.066	.356
มี	81	80.20	20	19.80		
ไม่ทราบ	27	69.20	12	30.80		
การได้รับข่าวสารการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก						
ไม่เคย	46	61.30	29	38.70	10.642	.001 ^a
เคย	242	79.30	63	20.70		

a = p-value for Fisher' exact test

7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการเข้ารับ
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ($\chi^2 = 3.157$,

$p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก
($\chi^2 = 25.034$, $p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ของ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์
($\chi^2 = 11.547$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ปัจจัยนำ	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	p
	เคย		ไม่เคย			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	118	70.70	49	29.30	5.196	.074
ระดับปานกลาง	130	78.30	36	21.70		
ระดับสูง	40	85.10	7	14.90		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	164	72.60	62	27.40	3.157	.048 ^a
ระดับสูง	124	80.50	30	19.50		
การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	3	37.50	5	62.50	25.034	< .001
ระดับปานกลาง	108	65.90	56	34.10		
ระดับสูง	177	75.80	31	24.20		
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์						
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	108	67.10	53	32.90	11.547	.001 ^a
ระดับสูง	180	82.20	39	17.80		
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	129	81.60	29	18.40	5.266	.072
ระดับปานกลาง	149	71.30	60	28.70		
ระดับสูง	10	76.90	3	23.10		
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไป ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	202	74.80	68	25.20	.483	.487 ^a
ระดับสูง	86	78.20	24	21.80		

a = p-value for Fisher's exact test

7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ปัจจัยเอื้อ	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	p
	เคย		ไม่เคย			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	168	72.70	63	27.30	3.011	.052 ^a
ระดับสูง	120	80.50	29	19.50		

a = p-value for Fisher' exact test

7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($\chi^2 = 12.808$,

$p < .001$) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว ($\chi^2 = 8.589$, $p < .05$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ($\chi^2 = 14.868$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ปัจจัยเสริม	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	p
	เคย		ไม่เคย			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว						
ได้รับ	180	82.60	38	17.40	12.808	< .001 ^a
ไม่ได้รับ	108	66.70	54	33.30		
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว						
ได้รับ	257	78.40	71	21.60	8.589	.003 ^a
ไม่ได้รับ	31	59.60	21	40.40		
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ						
ได้รับ	284	77.40	83	22.60	14.868	< .001 ^a
ไม่ได้รับ	4	30.80	9	69.20		

a = p-value for Fisher' exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่เข้ารับบริการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 75.80) และ
มีสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 24.20) ซึ่งในกลุ่มนี้มีผู้ที่ไม่เคย
คิดที่จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(ร้อยละ 21.70) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร
ศรีพิบูลย์บัตติ, กนกพร หมูพยัคฆ์, ปันดดา ปรียทฤณ,
และสุพินดา เรืองจิรัชเสียร (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพ
ชุมชน พบว่าสตรีส่วนใหญ่เคยมาใช้บริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์
กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อายุ
สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การดูแล
ตนเองเรื่องการออกกำลังกาย และประสบการณ์ที่มีต่อ
มะเร็งปากมดลูกเรื่องการได้รับข่าวสารการเสียชีวิตด้วย
มะเร็งปากมดลูก เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าสตรี
กลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 50-60 ปี เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี ทั้งนี้
อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะเกิดการรับรู้ถึง
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ดังที่ O' Donnell (2002)
ได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัว
เพื่อป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง
ต่อการเป็นโรคนั้น ๆ ก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ
สุพัตรดา งามดำ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
พฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ

30-60 ปี ในตำบลแห่งหนึ่ง พบว่าสตรีกลุ่มอายุ 51-60 ปี มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า สตรีกลุ่มอายุ 30-40 ปี ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสตรี กลุ่มเป้าหมายที่มีสถานภาพสมรสคู่ เข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพ สมรสโสด/หย่า/แยกกันอยู่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสตรีที่มี สถานภาพสมรสคู่อาจได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใน ครอบครัว สอดคล้องกับ PRECEDE Framework ที่ว่าปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรม ของบุคคล และแหล่งที่มาส่วนใหญ่คือ มาจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สื่อมวลชน (Green et al., 1980) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสตรี กลุ่มเป้าหมายที่เคยตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิด เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า กลุ่มที่ไม่เคยตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิด ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่าในระหว่างการตั้งครรภ์หรือรับบริการคุมกำเนิด อาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายนั้น พบว่าสตรี กลุ่มเป้าหมายที่ไม่ออกกำลังกายเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ออกกำลังกายมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ได้มากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายหรือมีร่างกายแข็งแรง ซึ่ง Rosenstock (1974) และ Becker, Drachman, and Kirscht (1974) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาเสี่ยงต่อ การเป็นโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติใน การรักษาโรคของบุคคล และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสตรี กลุ่มเป้าหมายที่เคยได้รับข่าวสารการเสียชีวิตด้วยมะเร็ง ปากมดลูก เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับข่าวสารฯ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับทราบถึงความรุนแรงของโรค ที่มีต่อร่างกาย ความยากลำบาก การที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ในการรักษา และมีการเสียชีวิต ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังที่ Becker et al. (1974) ได้กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาโรคของผู้ป่วย

แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย แต่ก็พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้ในระดับสูงเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ ในระดับต่ำ โดยพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้ ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมาย ยังขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด มะเร็งปากมดลูก รวมถึงความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับมะเร็ง ปากมดลูก เช่น เรื่องวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หากมี การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น จะทำให้ระดับ ความรู้ของสตรีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ PRECEDE Framework ที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับ การแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล แต่ความรู้ เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้เสมอไป ต้องมีการเพิ่มปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย (Green et al., 1980)

เมื่อพิจารณาปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็ง ปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การรับรู้ โอกาเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรง ของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์ เมื่อพิจารณา รายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มี การรับรู้โอกาเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า สตรีที่มีการรับรู้โอกาเสี่ยงในระดับปานกลางและระดับต่ำ เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก

และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีแพพสมียร์ สอดคล้องกับที่ O'Donnell (2002) ได้กล่าวไว้ในช่วงแรกของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น ๆ การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น ๆ การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสาวตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) การศึกษาของเขาวเรศ นันตา (2553) และการศึกษาของ สุพัตรดา งามดำ (2555) ที่แสดงให้เห็นว่าหากระดับการรับรู้ของสตรีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน แม้ผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงสุดคือ “ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จัก” แต่จากนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่มีการออกมาตรการเร่งรัดในโครงการ “ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดปทุมธานี ปี 2557” และมีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง โดยผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคคลในชุมชน เพื่อน รวมถึงบุคคลในครอบครัว และสื่อต่าง ๆ เนื่องจากช่องทางดังกล่าวเป็นแหล่งที่มาของปัจจัยเสริม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ เมื่อพิจารณารายละเอียด

ในแต่ละด้าน พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุน และพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรดา งามดำ (2555) ที่พบว่าสตรีไทยมุสลิมที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อนามัยหรืออสม. เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ และสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกหรือการตรวจมะเร็งปากมดลูก เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับข่าวสาร แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น ไม่ควรเจาะจงให้เฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือให้เฉพาะกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ควรมีการขยายการให้ข้อมูลแก่บุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และควรมีการให้ข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่ใช่ให้เพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ หรือเฉพาะในช่วงของการณรงค์เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและเกิดการรับรู้เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัจจัยเอื้อเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังที่ Green et al. (1980) ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ ดังนั้น ในการที่จะดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้าน แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีปัจจัยเอื้อในระดับสูง เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยเอื้อในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่มีการออกมาตรการเร่งรัดในโครงการ “ตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดปทุมธานี ปี 2557” มีส่วนช่วยให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หากมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และจำเพาะเจาะจงในสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีปัจจัยเอื้อในระดับต่ำ อาจทำให้การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความตระหนักแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่าร้าง กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี แต่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้ว รวมถึงบุคคลที่มีส่วนสนับสนุน เช่น สามี บุตร ในประเด็นสำคัญและประเด็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้ในเรื่องช่วงเวลาควรไปตรวจคัดกรอง การปฏิบัติตัวก่อนไปตรวจคัดกรอง วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องการมีบุตรมาก การกินหรือฉีดยาคุมกำเนิด

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น โดยผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และบุคคลในชุมชน รวมทั้งทางสื่อออนไลน์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดเห็น ความพึงพอใจ และช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินความต้องการ และหาแนวทางในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินการ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยงานต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *Cancer in Thailand volume VII, 2007-2009*. สืบค้น วันที่ 19 สิงหาคม 2557, จาก http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html

กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552-2555*. สืบค้น วันที่ 19 สิงหาคม 2557, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/plan4year2/planmoph3.pdf>

จิราพร ศรีพิบูลย์ปิติ, กนกพร หมูพยัคฆ์, ปณิตดา ปรียทฤณ, และสุพินดา เรืองจิรัชเชียร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(พิเศษ 1), 82-92.

เยาวรส นันดา. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 6(1), 65-74.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก.

สาวตรี พรสินศิริรักษ์. (2550). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร: จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 9(1), 12-20.

สุพัตรดา งามดำ. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านไร่ อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี* (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W., et al. (1980). *Health education planning: An education and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing.
- O'Donnell, M. P. (Ed.). (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). Albany, NY: Delmar.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
-

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี

The Operational System Improvement for Service Time Reduction of Patients with Chronic Diseases, Thachang Primary Care Unit, Chanthaburi Province

ศัทธิตา วสุธาดา, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Cuttaliya Vasuthada, M.N.S. (Nursing Administration) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา
รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต่อระยะเวลารอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 210 คน
เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกระยะเวลารอคอยการรับบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ
มีค่าความเชื่อมั่น .94 และนาฬิกา เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2556
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนา 1) กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลารอคอยการรับบริการเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการพัฒนา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.120, p < .001$) และ 2) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการ
บริการที่ได้รับมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.180, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการทางสุขภาพควรนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนา
ครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการและเพิ่มความพึงพอใจ
ของผู้รับบริการ

คำสำคัญ : ระยะเวลารอคอยการรับบริการ ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ศูนย์สุขภาพชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Abstract

This developmental research aimed to examine the effects of the operational system improvement on the duration of service time and service satisfaction of patients with chronic diseases. The samples consisted of 210 patients with chronic diseases receiving services at Thachang Primary Care Unit, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the operational system for service time reduction, the questionnaire of demographic data, the recording form of service time, the questionnaire of service satisfaction with the reliability of .94, and a stop watch. The implementation and data collection were conducted from July 10 to October 2, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The results revealed that after the operational system was improved, 1) an average service time was statistically significant lower than that before the improvement ($t = 12.120, p < .001$) and 2) an average service satisfaction was statistically significant higher than that before the improvement ($t = 21.180, p < .001$).

This study suggested that health care providers should apply this operational system to modify service quality. This will help shorten the service time and increase service satisfaction.

Keywords : Service time, Service satisfaction, Patients with chronic disease,

Primary care unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ผู้รับบริการมีความต้องการและความคาดหวัง ในบริการที่มีคุณภาพสูง ส่งผลให้สถานบริการทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ บริการ เพื่อสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ เมื่อเข้ารับ บริการในสถานบริการ หากผู้รับบริการได้รับการต้อนรับที่ ไม่เป็นมิตร ผู้รับบริการจะเกิดความไม่ไว้วางใจและไม่เชื่อมั่น ต่อเจ้าหน้าที่ (สรานันท์ อนุชน, 2556) อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาบริการให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมขององค์กรหรือหน่วยงาน ให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อ บริการ

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) เป็นหน่วยงาน หนึ่งในที่มุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

โดยครอบคลุมทั้งการตรวจรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อันถือเป็นด่านแรก ที่ให้บริการและสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้ คุณภาพบริการด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ของบุคลากรทางสุขภาพที่สามารถประเมินได้จากองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ คุณภาพด้านเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ เช่น การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติงาน และคุณภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์หรือคุณภาพเชิงการรับรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น การสื่อสาร การให้ ข้อมูล การให้คำแนะนำ การรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ (ประวร ไชยอำย์, 2556)

ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นระยะเวลาในการรอคอยของ

ผู้รับบริการตั้งแต่ขั้นตอนการขึ้นบัตรจนถึงขั้นตอนการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน จากการศึกษาพบว่าระยะเวลารอคอยการรับบริการไม่ควรนานกว่า 30 นาที (Hart, 1995) ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการที่ยาวนานจะทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ และส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจด้านอื่น ๆ ด้วย ซึ่งถือว่าผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกให้ความสำคัญกับระยะเวลาการรอคอยการรับบริการอย่างมาก ดังนั้นแผนกผู้ป่วยนอกจึงต้องมีการค้นหาวิธีการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการของผู้รับบริการ (Hart, 1995)

จากการทดสอบนำร่อง (pilot project) ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้ป่วยใช้เวลารอคอยการรับบริการเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 38 นาที ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่นัดผู้ป่วยทุกโรคมาพร้อมกัน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบัตรคิวพร้อมกัน จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองอย่างเร่งด่วนจากเจ้าหน้าที่ทั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเจ้าหน้าที่ต่างรู้สึกกดดันเนื่องจากต้องทำงานอย่างเร่งรีบ ส่งผลให้การบริการพยาบาล การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพมีเวลาจำกัด เมื่อพิจารณาในเรื่องสิ่งแวดล้อม พบว่ายังมีความแออัด อุปกรณ์ เครื่องใช้ไม่พอเพียงและไม่พร้อมใช้ ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยการรับบริการนานยิ่งขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของฉัตรภา ฤกษ์สุกผล (2554) ที่ว่าสถานพยาบาลของรัฐมักมีความคับแคบ ขาดแคลน ทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น จึงมักมีปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการที่ไม่มีคุณภาพ และการขาดประสิทธิภาพของการให้บริการ

จากข้อมูลข้างต้น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้การพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ (logical framework analysis) ถือว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทาง

ปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน มีการจัดทำโครงการหรือแผนปฏิบัติการอย่างครอบคลุมและเป็นเหตุเป็นผล รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอนพื้นฐาน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา และวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข 2) การใช้โครงสร้างเชิงตรรกะเพื่อจัดทำโครงการหรือแผนปฏิบัติการ และ 3) การควบคุม ติดตาม และการประเมินผล โดยสามารถประเมินผลได้ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถเพิ่มคุณภาพบริการ ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ อันจะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ต่อระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

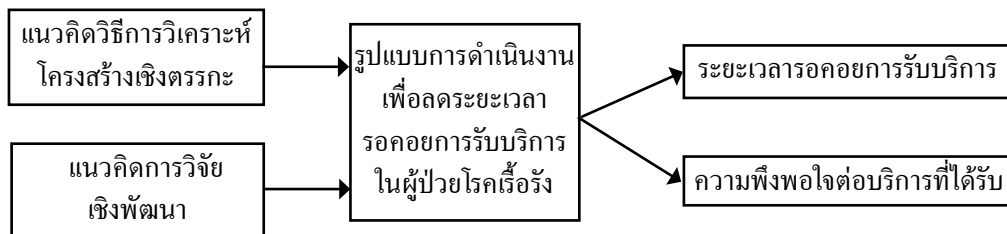
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ใช้ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการน้อยกว่าก่อนการพัฒนา
2. หลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับมากกว่าก่อนการพัฒนา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้าง

เชิงตรรกะ ซึ่งประกอบด้วย 10 ขั้นตอน เพื่อช่วยลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2556 จำนวนทั้งสิ้น 330 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (ข้อมูลได้จากการซักประวัติและการตรวจสุขภาพทั่วไป) สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 (Polit & Hungler, 1999) เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 210 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีกิจกรรมดังนี้

1. นัดหมายผู้ป่วยจำแนกตามรายโรค โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง มารับบริการเวลา 06.00 น. (22 คนต่อวัน) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/ภาวะไขมันในเลือดสูง มารับบริการในช่วงเวลา 09.00-10.00 น. (43 คนต่อวัน)

2. รับผิดชอบและค้นหาแฟ้มประวัติครอบครัว (family folder) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. ลงทะเบียน คัดกรอง ซักประวัติ และวัดสัญญาณชีพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง

4. เจาะเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง

5. ตรวจร่างกายและรักษาพยาบาลทุกโรคตามคิว โดยแพทย์จากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

6. จ่ายยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา โดยเภสัชกรจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

7. ให้คำแนะนำ/คำปรึกษา และนัดหมายครั้งต่อไป โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ และการปฏิบัติกิจกรรมตามนัด จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้หน่วยของระยะเวลาเป็นนาทีและวินาที ตั้งแต่ขั้นตอนการยื่นบัตรจนถึงขั้นตอนการให้คำแนะนำ ก่อนกลับบ้าน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการ ที่ได้รับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพ สิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ ด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ และด้านคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

2.4 นาฬิกา ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ ผู้วิจัยเทียบเวลาจากเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตจาก กระทรวงอุตสาหกรรม (ม.อ.ก.)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในตำบลคลองนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .94 ส่วนแบบบันทึก ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นจากการสังเกต (inter-rater reliability) โดยนำแบบบันทึกไปทดลองบันทึกระยะเวลาการรอคอย การรับบริการของผู้รับบริการ งานตรวจรักษาโรคเรื้อรัง

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง ร่วมกับผู้ช่วยเก็บรวบรวม ข้อมูล 4 คน โดยอธิบายขั้นตอนและวิธีการบันทึกจนเข้าใจ ตรงกันก่อน

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

2. ผู้วิจัยพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มที่ต้องการศึกษา และขั้นตอนการดำเนินการ

3. ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาและประเมินผล โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดของงานบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง นำเสนอข้อมูลแก่นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งนำเสนอร่างรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ (logical framework)

3.2 ระยะดำเนินการและประเมินผล ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุงานบริการที่ต้องการพัฒนา ได้แก่ การให้บริการของงานบริการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ขั้นตอนการยื่นบัตรจนถึงขั้นตอนการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมองเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ ได้แก่ ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 3) การจัดลำดับการพัฒนาเริ่มจากจุดประชาสัมพันธ์และทำบัตร จุดคัดกรองและซักประวัติ และห้องตรวจโรคทั่วไป ตามลำดับ และ 4) การรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการรอคอย

การบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยแบ่งออกเป็นปัจจัยด้านผู้รับบริการ ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านคลินิก และปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 3 วัดผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน (ก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: pre-test) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพหุทัศนะโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ขั้นตอนที่ 4 ระดมสมองเพื่อค้นหาประเด็นที่ทำให้กระบวนการให้บริการไม่ประสบความสำเร็จด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับขั้นตอนการบริการ และผู้รับบริการมีความเครียดเนื่องจากต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ส่วนด้านกระบวนการพบว่ามีปัญหาการให้บริการผิดคิว การนัดผู้รับบริการจำนวนมากในช่วงเช้า ขั้นตอนการให้บริการมากและซ้ำซ้อน การสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรกับผู้รับบริการมีน้อย

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนารูปแบบบริการโดยเจ้าหน้าที่ทำการประชาสัมพันธ์ข้อมูลแก่ผู้รับบริการบ่อยๆ และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อลดความเครียดของผู้รับบริการขณะรอรับบริการ ด้านกระบวนการ มีการจัดระบบคิว โดยเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เป็นผู้ดูแลเรื่องคิวบริการ ลดการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการรวบรวมและสืบค้นข้อมูล และปรับปรุงระบบนัดที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 6 ใช้โครงสร้างเชิงตรรกะในการบันทึก เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการหรือโครงการ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองมาบันทึกตามโครงสร้างเชิงตรรกะ ที่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีเหตุผลระหว่างเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ ปัจจัยนำเข้า ตัวชี้วัด และการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 7 นำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองไปพัฒนาเป็นรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถดำเนินการได้จริง โดยคำนึงถึงความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจตรงกัน จากนั้นทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานฯ เป็นเวลา 3 วัน เพื่อค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจมี

ขั้นตอนที่ 9 นำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาใช้จริงที่งานบริการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง

ขั้นตอนที่ 10 วัดผลการปฏิบัติงานหลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (post-test) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.38 มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.86 โดยมีอายุเฉลี่ย 58 ปี (SD = 7.12) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.76 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.24 ส่วนใหญ่มีที่อยู่ในเขตตำบลท่าช้าง คิดเป็นร้อยละ 98.10 และมีการปฏิบัติกิจกรรมตามนัด คิดเป็นร้อยละ 68.10

2. ระยะเวลารอคอยการบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลารอคอยการบริการอยู่ในช่วง 121-180 นาที

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.38 รองลงมาคือ ช่วง 181-240 นาที คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลารอคอยอยู่ในช่วง 121-180 นาทีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.86 รองลงมาคือ น้อยกว่า 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 30.95 ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่าหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลารอคอยการบริการเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.120, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระยะเวลารอคอยการบริการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 210)

ระยะเวลารอคอย การบริการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที	15	7.14	65	30.95
61-120 นาที	29	13.81	61	29.05
121-180 นาที	89	42.38	69	32.86
181-240 นาที	70	33.33	13	6.19
241-300 นาที	4	1.90	2	.95
301 นาทีขึ้นไป	3	1.43	-	-
รวม	210	100.00	210	100.00

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการบริการของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระยะเวลารอคอยการบริการ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนการพัฒนา	210	158	.56	12.120	< .001
หลังการพัฒนา	210	101	.56		

3. ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนการพัฒนาแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = .76$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ สูงสุด ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 1.03$) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ที่ให้บริการ ($\bar{X} = 3.60$, $SD = .91$) ส่วนหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

โดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.69$, $SD = .39$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ ด้านบุคลากรที่ให้บริการสูงสุด ($\bar{X} = 4.77$, $SD = .37$) รองลงมาคือ ด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .39$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และพบว่าหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการ ที่ได้รับมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.180$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 210)

ความพึงพอใจ ต่อการบริการที่ได้รับ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม	3.38	.75	ปานกลาง	4.66	.44	มากที่สุด
ด้านคุณภาพการให้บริการ	3.56	.82	มาก	4.75	.39	มากที่สุด
ด้านบุคลากรที่ให้บริการ	3.60	.91	มาก	4.77	.37	มากที่สุด
ด้านคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ	3.72	1.03	มาก	4.59	.65	มากที่สุด
โดยรวม	3.57	.76	มาก	4.69	.39	มากที่สุด

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อน กับหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนการพัฒนา	210	70.98	15.08	21.180	< .001
หลังการพัฒนา	210	93.90	7.67		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้
ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

เพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้างใช้ระยะเวลา รอคอยการรับบริการน้อยกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นนี้ อยู่บนพื้นฐานของหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในการกำหนดลักษณะกิจกรรมในรูปแบบ ซึ่งในการพัฒนา ครั้งนี้มีการกระจายปริมาณผู้รับบริการไปในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้การนัดหมายที่เป็นระบบ ซึ่งได้รับความยินยอม จากผู้รับบริการก่อน 2) การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุมและทั่วถึงผู้รับบริการ ทุกคน โดยใช้หลายช่องทาง ทั้งจากการให้ข้อมูลของ บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง และจากการแสดงข้อมูล บนบอร์ดประชาสัมพันธ์ และ 3) การกำหนดระยะเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติ ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้คำนึงถึงความเหมาะสมของมาตรฐาน ระยะเวลารอคอย และการลดขั้นตอนที่ไม่เกิดประโยชน์ ต่อการให้บริการ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการ มุมมอง และความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงสามารถลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการของผู้รับบริการได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Bielen and Demoulin (2007) ที่ศึกษา กลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับ ช่วงเวลาที่ผู้รับบริการมีความต้องการ เช่น การกระจาย ปริมาณผู้รับบริการไปอยู่ในช่วงที่มีความต้องการบริการ น้อยโดยการนัด การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ ผู้รับบริการรับทราบและสามารถคาดการณ์ระยะเวลา รอคอยการรับบริการได้ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลด ความตึงเครียดขณะรอคอย จะช่วยลดความไม่พึงพอใจของ ผู้รับบริการได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียมส์ วงศ์เจริญ และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลการพัฒนา ระบบการนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา ห้องตรวจกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการพัฒนาระบบการนัดผู้ป่วย เป็นช่วงเวลา ช่วยลดระยะเวลารอพบแพทย์ได้อย่างมาก จากเดิมเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 8 นาที 30 วินาที เป็น 1 ชั่วโมง 26 นาที 30 วินาที และหากผู้ป่วยมารับบริการตามเวลานัด จะใช้ระยะเวลารอพบแพทย์เฉลี่ยเพียง 32 นาที ในทาง

ตรงกันข้าม หากผู้รับบริการไม่ได้รับการที่ได้มาตรฐาน ของสถานบริการ และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก ผู้ให้บริการเท่าที่ควร จะทำให้เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการ บริการ (พิมพ์ขวัญ บุญกล่อม, 2557)

ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย โรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง มีความพึงพอใจ ต่อบริการที่ได้รับมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้สืบเนื่อง มาจากการที่ผู้รับบริการใช้ระยะเวลารอคอยการรับบริการ น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ด้านคุณภาพ การให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ และด้านคุณภาพชีวิต ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาที่ใช้ ในการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นปัจจัยสำคัญ ที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ (Dansky & Miles, 1997) ในทางตรงกันข้าม หากผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยการรับบริการนาน จะส่งผลถึงความพึงพอใจ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเบื่อหน่าย ไม่ต้องการมาใช้ บริการ ซึ่งหากองค์กรหรือหน่วยงานใดไม่ตระหนักถึง ปัญหานี้ และไม่มีการพัฒนาการให้บริการ อาจทำให้คุณภาพ บริการลดลงได้ ซึ่งในปัจจุบัน ทุกองค์กรหรือหน่วยงาน ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ เนื่องจาก ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึง คุณภาพการบริการ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากร และผู้บริหารต้องรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการเป็นระยะ (กมลวรรณ ไบ้สมบุญ และปารณี อ่อนสร, 2558) เพราะความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จ ในการดำเนินงานของสถานบริการในระบบบริการสุขภาพ (นิสา ภูอาภรณ์, 2550)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการทางสุขภาพควรนำ รูปแบบบริการที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับผู้รับบริการ เพื่อลด

ระยะเวลารอคอยการรับบริการและเพิ่มความพึงพอใจ
ต่อบริการที่ได้รับ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาารูปแบบบริการเช่นเดียวกับ
ในการวิจัยครั้งนี้ โดยพัฒนาให้ครบกระบวนการให้บริการ
ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในประเด็นเกี่ยวกับการรักษา
พยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรค ตั้งแต่
ขั้นตอนการขึ้นบัตรจนถึงขั้นตอนการให้คำแนะนำก่อน
กลับบ้าน และให้แผนกชันสูตรโรค แผนกยา และแผนก
การเงิน มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ ไป้สมบูรณ์, และปราณี อ่อนสร. (2558).
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ
ของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของหน่วย
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 30-32.
- นิตา ภู่อารณ. (2550). *พฤติกรรมและความพึงพอใจ
ของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลอ่างทอง*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี:
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประวร ไชยอ้าย. (2556). *คุณภาพการให้บริการของ
ฝ่ายตรวจสภาพรถ สำนักงานขนส่งจังหวัดชลบุรี*
(ปัญหาพิเศษปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี:
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิมพ์ขวัญ บุญกล่อม. (2557). *ความคิดเห็นของ
ประชาชนที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอนาทอง จังหวัดชลบุรี*
(รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย
ราชพฤกษ์.
- ลัคนา ฤกษ์สุภผล. (2554). ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ต่อคลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.
วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 18(3),
145-159.
- วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, และคณะ. (2557). ผลการพัฒนา
ระบบการนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา ห้องตรวจ OPD
ห้องตรวจเบอร์ 10 ด้วยระบบบริการผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลมหาสารคามนครเขื่อนขันธ์. ใน *เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง
สมรรถนะของพยาบาล: พลัแห่งการเปลี่ยนแปลง
เพื่อผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ*. หน้า 439-451. วันที่ 16-17
ตุลาคม 2557 ณ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรานันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
วารสารพยาบาลทหารบก, 14(3), 160-161.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1975). *Access
to medical care*. Ann Arbor: Health
Administration Press.
- Bielen, F., & Demoulin, N. (2007). Waiting
time influence on the satisfaction-loyalty
relationship in services. *Managing Service
Quality*, 17(2), 174-193.
- Dansky, K. H., & Miles, J. (1997). Patient
satisfaction with ambulatory healthcare
services: Waiting time and filling time.
Hospital & Health Services Administration,
42(2), 165-177.
- Hart, M. (1995). Improving out-patient clinic
waiting times: Methodological and substantive
issues. *International Journal of Health
Care Quality Assurance*, 8(6), 14-22.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing
research: Principles and methods* (6th ed.).
Philadelphia: Lippincott.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน Factors Associated with Maternal Behavior in Promoting Play for Their Preschool Children

สุกัญญา สอนสี, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) *

Sukanya Sonsee, M.N.S. (Pediatric Nursing) *

ยุณี พงศ์ตุรวิทย์, Ph.D. (Nursing) **

บุจรี ไชยมงคล, Ph.D. (Nursing) ***

Yunee Pongjaturawit, Ph.D. (Nursing) **

Nujjaree Chaimongkol, Ph.D. (Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของบุตรวัยก่อนเรียนที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 76 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น .78 และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าพื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .438, p < .01$ และ $r = .275, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลเด็กควรสนับสนุนให้มารดามีการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่มีบุตรวัยก่อนเรียนที่มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก และเน้นการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของเด็ก

คำสำคัญ : พฤติกรรมของมารดา การส่งเสริมการเล่น พื้นอารมณ์ของเด็ก สภาพแวดล้อมที่บ้าน

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between child temperament, home environments, and maternal behavior in promoting play for their preschool children. The samples consisted of 76 mothers of preschool children receiving service at child care center, Kabin Buri District, Prachin Buri Province. The research instruments composed of the demographic questionnaire, the preschool children temperament questionnaire with the reliability of .83, the home environment questionnaire with the reliability of .78, and the maternal behavior in promoting play for their preschool children questionnaire with the reliability of .93. Data were collected from February to March, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The results revealed that child temperament and home environments were positively statistically significant correlation with maternal behavior in promoting play for their preschool children ($r = .438, p < .01$ and $r = .275, p < .05$, respectively).

This study suggested that pediatric nurses should encourage mothers to promote child's play, especially the mothers who have children with difficult temperament and providing appropriate child's home environment.

Keywords : Maternal behavior, Promoting play, Child temperament, Home environment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นช่วงวัยที่สำคัญของการสร้างรากฐานชีวิต เด็กวัยนี้จะมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการด้านภาษา อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นวัยที่เริ่มรู้จักใช้ความคิด มโนภาพ และจินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเล่นของตน เด็กวัยนี้จึงเป็นวัยที่ชอบเล่นอย่างมาก กิจกรรมส่วนใหญ่ในชีวิตของเด็กวัยนี้จึงเป็นการเล่น ซึ่งการเล่นถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเด็ก เช่นเดียวกับการกินและการนอน หากไม่让孩子เล่น จะเป็นการขัดขวางพัฒนาการทางอารมณ์ และสติปัญญาอย่างรุนแรง (อมลวรรณ วีระธรรมโม, 2549) ดังนั้น การเล่นจึงมีประโยชน์ต่อเด็กอย่างมาก โดยเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาเด็กให้เรียนรู้เพิ่มเติมตามศักยภาพ และตอบสนองความแตกต่างของเด็ก

แต่ละคน การเล่นเป็นธรรมชาติของเด็ก เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเอง ไม่มีการบังคับ ไม่มีกฎเกณฑ์ ถือว่าเป็นการทำงานในชีวิตประจำวันของเด็ก ขณะเด็กเล่น เด็กจะเกิดความสุข สนุกสนาน และผ่อนคลายอารมณ์ (อัจฉรา เปรื่องเวทย์, 2552) การเล่นเป็นพฤติกรรมสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ตลอดจนการเรียนรู้ทางด้านจริยธรรม พฤติกรรมการเล่นเป็นกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก และช่วยให้เด็กได้รับความสนุกสนาน เพลิดเพลิน สนองตอบความต้องการของเด็ก ทำให้เด็กรู้จักค้นคว้าสิ่งต่างๆ เรียนรู้ตนเองและบุคคลอื่น (อมลวรรณ วีระธรรมโม, 2549) อย่างไรก็ตาม เด็กวัยนี้เป็นวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงจำเป็นต้องอาศัยบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการส่งเสริมการเล่นที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งในสังคมไทย มารดาจะเป็นผู้ที่อยู่

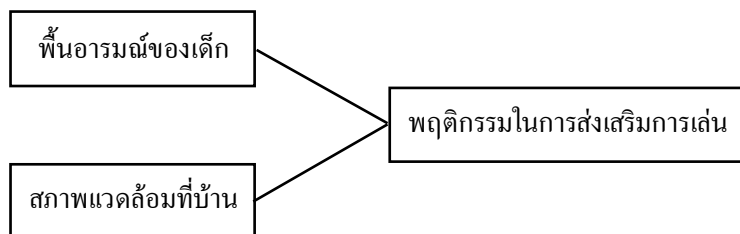
ใกล้ชิดและเด็กไว้วางใจมากที่สุด มารดาจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน แต่ในสังคมปัจจุบันที่สภาพเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลง มารดามีอาชีพและหน้าที่การทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวเช่นเดียวกัน จึงต้องใช้เวลาอยู่นอกบ้านมากขึ้น และมีเวลาอยู่กับบุตรน้อยลง ร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีทางการสื่อสารโดยเฉพาะอย่างยิ่งอินเทอร์เน็ตมีความง่ายและสะดวกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นของมารดาแก่บุตรวัยก่อนเรียน โดยเปลี่ยนจากเดิมที่มีการละเล่นกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญา มาเป็นการให้เด็กเล่นโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2555) ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายทั้งสายตา ความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ ขาดทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และเป็นเด็กก้าวร้าว ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจกลายเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในอนาคต (สุรพล สิริสุรงค์, 2551) ดังนั้น หากมารดามีพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนที่ไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรวัยก่อนเรียน ดังการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในบุตรวัย 2-3 ปี มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษา และสติปัญญาของเด็ก (Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera, & Lamb, 2004)

แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) กล่าวว่าไว้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่เพียงแต่เกิดจากพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคลหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ ทัศนคติของบุคคล เท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ชุมชน สถานที่ทำงาน ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมานั้น จึงขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้วย เพราะมนุษย์อยู่กันแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน จึงมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ดังนั้น ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมจึงมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพล

ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวรวมกับการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรหลายประการ (นฤกรณ์ ถิรภัทรพันธ์, 2545; สาทิรวิวงศ์อินจันทร์, ยูนิ พงศ์ศุวริทย์, และนุจรี ไชยมงคล, 2558; Laukkanen, Ojansuu, Tolvanen, Alatupa, & Aunola, 2014) ซึ่งพื้นอารมณ์ของเด็กถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมสุขภาพแก่บุตร เนื่องจากพื้นอารมณ์ของเด็กเป็นผลมาจากสิ่งที่ติดตัวหรือมีมาแต่กำเนิด จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ระดับพัฒนาการของเด็ก ความสามารถในการปรับตัว และความรุนแรงของการตอบสนอง โดยลักษณะพื้นอารมณ์ของเด็กสามารถแบ่งออกเป็น 3 แบบ ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กเลี้ยงยาก และเด็กปรับตัวช้า โดยเด็กที่มีพื้นอารมณ์ต่างกันจะมีการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างกัน (Thomas & Chess, 1977) ซึ่งสิ่งเร้านี้รวมถึงลักษณะการเล่นด้วย จึงมีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรที่ต่างกันด้วย

สภาพแวดล้อมที่บ้าน ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เพราะเป็นแหล่งหล่อหลอมลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพของเด็ก มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของเด็ก (จิตตินันท์ เดชะคุปต์, 2547) ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ของเด็กให้เกิดขึ้นได้อย่างกว้างขวาง โดยมารดาที่ตอบสนองบุตรด้วยอารมณ์ที่ดี ใช้คำพูดนุ่มนวล อ่อนโยน มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรตลอดเวลา มีการจัดหาของเล่นที่เหมาะสมกับวัย และจัดกิจกรรมหรือประสบการณ์ที่หลากหลายในชีวิตประจำวัน จะส่งเสริมให้บุตรสนใจและกล้าแสดงออกในการเล่นมากกว่ามารดาที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย (Herwig & Tejagupta, 1992) โดยสภาพแวดล้อมที่บ้านนี้รวมถึงสื่ออุปกรณ์ภายในบ้าน ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตร โดยพบว่าสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่มีสื่ออุปกรณ์ที่เอื้อต่อการเล่นของเด็ก จะส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรด้วย (O'Dwyer, Fairclough, Knowles, & Stratton, 2012)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการเล่นมีผลต่อพัฒนาการของเด็กทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุตรวัยก่อนเรียน พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่เด็ก ซึ่งการเล่นเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นอารมณ์ของเด็กและสภาพแวดล้อมที่บ้านกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเด็ก ในการส่งเสริมให้มารดาสามารถส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 16-01-2558)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาของบุตรวัยก่อนเรียนที่มีอายุระหว่าง 3-5 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน

สมมติฐานการวิจัย

พื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแกล่บุตรวัยก่อนเรียน โดยคัดสรรตัวแปรต้น 2 ตัวแปร ตามแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) คือ พื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

เมืองเก่า อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านม่วง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโคกหอม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดราษฎร์รังษี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบรรหารวิทยา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) สามารถอ่านเขียนเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 76 คน (Cohen, 1977 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มรายชื่อของบุตรตามสัดส่วนของจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ลำดับที่เกิด และระยะเวลาที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน คณะผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของนาคยา แสงใส, นุจรี ไชยมงคล, และมณีนรัตน์ ภากรูป (2554) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระดับกิจกรรม จำนวน 8 ข้อ ด้านการปฏิบัติตัวเป็นเวลา จำนวน 5 ข้อ ด้านปฏิภิกิริยาการตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้าใหม่ จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการปรับตัว จำนวน 5 ข้อ ด้านความรุนแรงของการตอบสนอง จำนวน 7 ข้อ และด้านลักษณะอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ แทบจะไม่กระทำเลย นานๆ ครั้ง จึงกระทำ บางครั้งกระทำบางครั้งไม่กระทำเท่าๆ กัน กระทำเป็นส่วนมาก และกระทำสม่ำเสมอเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน สามารถแบ่งเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เด็กมีลักษณะเฉื่อยชาก (36-84 คะแนน) เด็กมีลักษณะเฉื่อยไม่ยากและไม่ง่าย (85-132 คะแนน) และเด็กมีลักษณะเฉื่อยง่าย (133-180 คะแนน) มีความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .83

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้าน คณะผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของนาคยา แสงใส และคณะ (2554) แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารและการตอบสนองทางภาษา จำนวน 6 ข้อ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการตอบสนองของมารดา จำนวน 6 ข้อ ด้านการกระตุ้นการเรียนรู้ จำนวน 6 ข้อ ด้านการเป็นตัวแทน จำนวน 4 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมต่างๆ จำนวน 4 ข้อ และด้านการทำโทษ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บ้านเหมาะสมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นมาก และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บ้านเหมาะสมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นน้อย มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) เท่ากับ .78

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน คณะผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของคำพวง ห่อทอง (2548) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดหาหรือการเลือกของเล่น จำนวน 18 ข้อ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมในการเล่น จำนวน 10 ข้อ ด้านการกำหนดกฎกติกาในการเล่น จำนวน 7 ข้อ และด้านการร่วมกิจกรรมการเล่น จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติน้อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 45-225 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มารดามีพฤติกรรมในการส่งเสริมการเล่นสูง และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มารดามีพฤติกรรมในการส่งเสริมการเล่นต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จากนั้นพบครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือในการเลือก

กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาที่มาส่งบุตรเข้าเรียน (07.30-08.30 น.) และมารับ บุตรหลังเลิกเรียน (14.30-16.00 น.) ทุกวันจันทร์ถึง วันศุกร์ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพหุวิธีวิธีโดย ชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการ วิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลา ตอบ 40-45 นาที กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะตอบ แบบสอบถามในช่วงเวลาดังกล่าว ให้นำแบบสอบถาม กลับไปตอบที่บ้าน แล้วนำมาส่งครูพี่เลี้ยงหรือคณะผู้วิจัย ในวันถัดไป ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพื้นฐานของเด็กวัยก่อนเรียน ข้อมูลสภาพแวดล้อม ที่บ้าน และข้อมูลพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริม การเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง พื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน กับพฤติกรรม ของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.30 มีอายุเฉลี่ย 3.82 ปี (SD = .70) ลำดับที่เกิดคือ เป็นบุตร คนแรก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.30 และมีระยะเวลา ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเฉลี่ย 12.26 เดือน (SD = 6.23) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและครอบครัว พบว่า มารดามีอายุเฉลี่ย 31.05 ปี (SD = 8.49) ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.50 มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.40 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 15,188.16 บาทต่อเดือน

(SD = 8440.85) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.58 คน (SD = 2.22) และลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 60.50

2. พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าเด็ก วัยก่อนเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนพื้นอารมณ์โดยรวม 118.92 (SD = 10.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามี ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านระดับกิจกรรม 23.81 (SD = 3.93) ด้านการปฏิบัติตัวเป็นเวลา 17.05 (SD = 3.29) ด้านปฏิกิริยา การตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้าใหม่ 16.46 (SD = 3.04) ด้านความสามารถในการปรับตัว 16.16 (SD = 2.53) ด้านความรุนแรงของการตอบสนอง 25.14 (SD = 3.67) และด้านลักษณะอารมณ์ 20.29 (SD = 3.31)

นอกจากนี้ จากคะแนนรวมพื้นอารมณ์ที่แบ่ง เด็กวัยก่อนเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่าเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนใหญ่เป็นเด็กเลี้ยงไม่ยากและไม่ง่าย คิดเป็นร้อยละ 92.10 รองลงมาคือ เป็นเด็กเลี้ยงง่าย คิดเป็นร้อยละ 7.90

3. สภาพแวดล้อมที่บ้านของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพแวดล้อมที่บ้าน โดยรวม 30.84 (SD = 3.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการสื่อสารและการตอบสนอง ทางภาษา 5.61 (SD = .83) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 5.94 (SD = 1.35) ด้านการตอบสนองของมารดา 5.72 (SD = .70) ด้านการกระตุ้นการเรียนรู้ 5.61 (SD = .65) ด้านการเป็นตัวแบบ 3.34 (SD = .79) ด้านการทำกิจกรรม ต่าง ๆ 2.80 (SD = 1.13) และด้านการทำโทษ 1.82 (SD = .96)

4. พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่น แก่บุตรวัยก่อนเรียน พบว่ามารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนโดยรวม 178.80 (SD = 22.96) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ย คะแนนด้านการจัดหาหรือการเลือกของเล่น 69.46 (SD = 9.94) ด้านการจัดสภาพแวดล้อมในการเล่น 41.72 (SD = 4.71) ด้านการกำหนดกฎกติกาในการเล่น 27.33 (SD = 4.84) และด้านการร่วมกิจกรรมการเล่น 40.29 (SD = 7.14)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน พบว่าพื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .438, p < .01$ และ $r = .275, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้าน กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน ($n = 76$)

ตัวแปร	พฤติกรรมในการส่งเสริมการเล่น
	r
พื้นอารมณ์ของเด็ก	.438**
สภาพแวดล้อมที่บ้าน	.275*

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

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าธรรมชาติของผู้เป็นมารดาจะมีความรักและความห่วงใยแก่บุตรมาก จึงพยายามสรรสร้างเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตรวัยก่อนเรียน ประกอบกับลักษณะครอบครัวของมารดาส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วยญาติพี่น้องที่มีส่วนช่วยสนับสนุนมารดาในการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการส่งเสริมการเล่นแก่เด็กด้วย

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการจัดหาหรือการเลือกของเล่น มีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในปัจจุบัน การจัดหาหรือการเลือกของเล่นแก่เด็กนั้นสามารถทำได้ง่าย โดยมารดาสามารถจัดหาหรือเลือกของเล่นที่ใช้วัสดุตามธรรมชาติหรือทรัพยากรที่มีอยู่ การซ่อมแซมของเล่นเอง และการเลือกซื้อของเล่นอย่างง่าย ราคาประหยัด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่สามารถจัดหาหรือเลือกอุปกรณ์สนับสนุนการเล่นให้แก่บุตร เพื่อทำให้บุตรมีพัฒนาการที่เหมาะสม (ไฉไล ช่างดำ, 2550) ด้านการจัดสภาพแวดล้อม

ในการเล่น พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูงเช่นกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโดยปกติ มารดาจะมีสัญชาตญาณในการปกป้องและดูแลความปลอดภัยให้แก่บุตร (สมภารพรมทา, 2553) ดังนั้น ในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรมารดาจึงคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมในการเล่น โดยมารดาส่วนใหญ่จะเป็นผู้จัดสภาพแวดล้อมในการเล่นเพื่อความปลอดภัยให้กับบุตร ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน รวมถึงการจัดหาเพื่อนเล่นให้กับบุตรด้วย ด้านการกำหนดกฎกติกาในการเล่น พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่ามารดาให้ความสำคัญกับการฝึกระเบียบวินัยกับบุตรวัยก่อนเรียนมากขึ้น โดยฝึกจากการสร้างกฎกติกา ข้อตกลงต่าง ๆ อย่างง่ายจากการเล่น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมของเด็กปฐมวัย พบว่ามารดามีความรู้เกี่ยวกับการฝึกกฎกติกาแก่บุตรในเรื่องการอยู่ร่วมกับเพื่อนมากที่สุด และการสั่งสอนเด็กเรื่องมารยาทในการเล่นเป็นกลุ่มกับเพื่อนอยู่ในระดับน้อยมาก (รัมภ์ดา อินทโหม และ มัทนา อังสุไพศาล, 2555) ส่วนด้านการร่วมกิจกรรมการเล่น พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาอาศัยอยู่กับบิดามารดาเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในสังคมไทย มารดาจะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและบุตรไว้วางใจมากที่สุด

ทำให้มารดาเข้าถึงความต้องการ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเล่นกับบุตรมาก นอกจากนี้ มารดาส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท และธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย ทำให้มารดาได้อยู่ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด หรือมีวันหยุดงานที่ตรงกับวันหยุดเรียนของบุตร มารดาจึงมีโอกาสนเล่นและให้เวลากับบุตรในการทำกิจกรรมการเล่นต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของบิดามารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี พบว่าในการเลี้ยงดูเด็ก ส่วนใหญ่มารดาจะเป็นผู้ดูแลบุตรเกี่ยวกับการเล่น การเล่านิทาน การร้องเพลงกล่อม (ไฉไล ช่างดำ, 2550)

2. ผลการวิจัยพบว่าพื้นอารมณ์ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพื้นอารมณ์ยังดี จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าพื้นอารมณ์ของเด็กได้รับการถ่ายทอดมาจากพันธุกรรม ประสบการณ์ที่ผ่านมา และระดับพัฒนาการของเด็ก (McDevitt & Carey, 1978) เด็กที่มีพื้นอารมณ์ดีเป็นเด็กเลี้ยงง่าย มีลักษณะเป็นเด็กอารมณ์ดี เป็นมิตรปรับตัวได้ง่าย จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้เร็ว และมีพฤติกรรมการเล่นทางสังคมกับเพื่อนได้ดี ดังการศึกษาที่พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพื้นอารมณ์ดี มีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงง่าย จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเล่นทางสังคมที่มากขึ้น (สาวตรี วงศ์อินจันทร์ และคณะ, 2558) โดยเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงง่ายนี้ ก็จะช่วยให้มารดาบริหารจัดการหรือเลือกของเล่น การจัดสภาพแวดล้อมในการเล่น การกำหนดกฎกติกา และการร่วมกิจกรรมการเล่น เป็นไปได้ง่ายขึ้น มารดาจึงมีพฤติกรรมการเล่นส่งเสริมการเล่นแก่บุตรมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเด็กที่มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก โดยมีลักษณะอารมณ์ไม่ดี จะมีผลต่อการอบรมเลี้ยงดูของมารดา โดยมารดาจะพยายามควบคุมพฤติกรรมของเด็กมากขึ้น (Laukkanen et al., 2014) จึงอาจทำให้มารดามีพฤติกรรมในการส่งเสริมการเล่นแก่เด็กที่มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยากน้อยลง

3. ผลการวิจัยพบว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริม

การเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากสภาพแวดล้อมที่บ้านยังดี จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านที่ดีจะช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างกว้างขวาง โดยมีวัสดุอุปกรณ์ส่งเสริมความเข้าใจ ความคิด การอ่าน การจัดหาของเล่น และการดูแลจัดหาสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัย มารดาตอบสนองเด็กด้วยอารมณ์ที่ดี ใช้คำพูดนุ่มนวล อ่อนโยน และกระตุ้นด้วยวาจาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เด็กสนใจและกล้าแสดงออกในการเล่นมากกว่าบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย (Herwig & Tejagupta, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่มีสื่ออุปกรณ์ที่เอื้อต่อการเล่นของเด็ก จะส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน (O'Dwyer et al., 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเด็ก ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนให้มารดาที่มีการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่มีบุตรวัยก่อนเรียนที่มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก และเน้นการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของเด็ก

1.2 คณะอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้บัณฑิต นักศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนมากยิ่งขึ้น และนำไปใช้ในการให้บริการวิชาการแก่ครูหรือพี่เลี้ยงเด็กและผู้ปกครอง ในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการเล่นในบุตรวัยก่อนเรียน โดยเน้นการส่งเสริมมารดาในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของเด็ก และการส่งเสริมการเล่นในเด็กที่มีพื้นอารมณ์ต่างกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น ครู ผู้ดูแลเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเล่นของเด็กที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.2 ควรมีการศึกษาโดยพัฒนารูปแบบหรือสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีบุตรวัยก่อนเรียนที่มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า อำเภอ กบินทร์บุรี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- คำพวง ห่อทอง. (2548). *การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นของบิดามารดาและพฤติกรรม การปรับตัวของเด็กปฐมวัย ในเขตกรุงเทพมหานคร กับจังหวัดสุรินทร์* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2547). *สภาพแวดล้อมของครอบครัว. ใน ภัทรา ส่งา. (บ.ก.). สถานภาพครอบครัวศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ไฉไล ช่างคำ. (2550). *ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติตนของบิดามารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี ในตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาดุษฎีบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2555). *บทวิเคราะห์งานวิจัยสถานการณ์เด็กติดเกม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

นฤภรณ์ ธีรภัทรพันธ์. (2545). *ปัจจัยทางจิตวิทยาที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

นาคยา แสงใส, นุจรี ไชยมงคล, และมนิรัตน์ ภาครูป. (2554). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่รับบริการในศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 97-109.*

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

รัชมรรดา อินทโหม, และมัทนา อังสุไพศาล. (2555). *ความรู้และความบอของพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในชุมชนคลองหนองเหล็ก เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารกายภาพบำบัด, 33(3), 114-125.*

สมภาร พรหมทา. (2553). *รากเหง้าเรื้อรังทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วารสารปัญญา.

สาวตรี วงศ์อินจันทร์, ยุนี พงศ์สุริยวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2558). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนที่รับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 10(1), 65-76.*

สุรพล สีห์สุรงค์. (2551). *พฤติกรรมการเล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ของเด็กนักเรียนในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อมลวรรณ วีระธรรมโม. (2549). *การเล่น: กิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยทักษิณ, 5(1), 77-87.*

- อัจฉรา เปรื่องเวทย์. (2552). การจัดการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 0-5 ปี. สืบค้น วันที่ 22 มกราคม 2557, จาก <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/PN/TH/article/>
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education Vol. 3* (2nd ed.). pp. 37-43. Oxford: Elsevier.
- Herwig, J. E., & Tejagupta, C. (1992). An investigation of mother-father-child home play, parental involvement and home environment of American preschoolers. In *Proceedings of the 30th Kasetsart University Annual Conference: Economics and Business Administration, Social Sciences, Education, Humanities, Environment, Home Economics, Agro-Industry, Science, Engineering*. pp. 353-360. January 29- February 1, 1992. Ministry of Science and Technology.
- Laukkanen, J., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, S., & Aunola, K. (2014). Child's difficult temperament and mother' parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 312-323.
- McDevitt, S. C., & Carey, W. B. (1978). The measurement of temperament in 3-7 year old children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 245-253.
- O'Dwyer, M. V., Fairclough, S. J., Knowles, Z., & Stratton, G. (2012). Effect of a family focused active play intervention on sedentary time and physical activity in preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 117.
- Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., & Lamb, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2- and 3-year-olds: Contributions to language and cognitive development. *Child Development*, 75(6), 1806-1820.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware

นิพนธ์ภัทร สันทรพิชัย, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) *

Nippapath Sinsap, M.N.S. (Gerontological Nursing) *

จิณวัตร จันครา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) **

บุปผา ใจมัน, พย.บ. ***

Jinnawat Jankra, M.N.S. (Gerontological Nursing) **

Buppha Jaiman, B.N.S. ***

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization: WHO, 2013) จากสถิติในประเทศไทย ในช่วงปี ค.ศ. 1999-2000 และ 2009-2010 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 17.70 เป็นร้อยละ 21.20 และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35-41 (Freid, Bernstein, & Bush, 2012) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุ 66-69 ปี เพศหญิงและเพศชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 และ 50 ตามลำดับ ในช่วงอายุ 70-79 ปี เพศหญิงและเพศชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53 และ 60 ตามลำดับ และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพศหญิงและเพศชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59 และ 69 ตามลำดับ โดยอัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 เท่ากับ 3.62, 3.89 และ 5.79 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมาก โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากเมื่อนุคลิกมี

อายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง (Weber et al., 2013) รวมถึงภาระทั้งด้านการดูแลและด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การป้องกัน และการรักษา เพื่อที่จะสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ บทความวิชานี้เสนอความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาของบทความกล่าวถึงความหมาย สาเหตุ ผลกระทบ การรักษา และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากคำนิยามตามรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

Blood Pressure: JNC VII) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกระดับของความดันโลหิตออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตในขณะ หัวใจบีบตัว หรือความดันซิสโตลิก (systolic pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว หรือความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท โดยการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ นั้น ใช้ค่าความดันโลหิตเหมือนในวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) แต่ค่าเป้าหมายของความดันโลหิตในการรักษานั้น จะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558) โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตดังนี้ ในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ นั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจาก

ความสูงวัย คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น โดยมักเกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก (sympathetic and parasympathetic nervous system) ลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (Bertoia, Waring, Gupta, Roberts, & Eaton, 2011) ทั้งนี้ ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมาก โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงได้ชื่อว่าเป็นเพชฌฆาตแห่งความเงียบ (silence killer) เนื่องจากส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรืออาการแสดงให้เห็น แต่มักตรวจพบด้วยความบังเอิญ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย วิงเวียนศีรษะ ซึ่งมักเป็นหลังการตื่นนอน พอตอนสายอาการ

จะทุเลาลง ทั้งนี้ อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงจะพบเมื่อค่าความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจเต้น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ผลกระทบเหล่านี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้ว จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยเฉพาะผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งมีหลายประการดังนี้

1. ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atheroma) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เอื้อต่อการเกิดตะกอนที่ทำให้มีการแข็งตัว (atheromatous plaque) ในหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombosis) ทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดตะกอนแตก (plaque rupture) มีการฉีกของผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้มีเลือดออกในอวัยวะนั้น ๆ ตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ กลไกที่โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อหัวใจเกิดจากการเพิ่มของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular hypertrophy workload) เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจ ดังนี้

2.1 ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการมีหินปูนและไขมันไปสะสมระหว่างหลอดเลือด การทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพลง มีความยืดหยุ่นลดลง โดยบริเวณพื้นผิวภายในหลอดเลือดมีการสะสมของไขมันและสารอื่น ๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น เกิดเป็นตะกอน (plaque) ทำให้หลอดเลือดตีบตัน (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่น

หน้าอก (angina pectoris) หลังการออกกำลังกาย หรืออาจมีอาการปวดขาหลังจากเดินนาน ๆ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเกิดจากการที่มีตะกอนไปเกาะผนังหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้ไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือด โดยตะกอนจะสะสมไปเรื่อย ๆ จนทำให้ห้องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับมีของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (orthopnea) หรือเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (heart attack) เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน โดยภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดหรือเกิดการแยกหรือแตกของตะกอน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง เจ็บใต้กระดูกชายโครงด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวไปถึงขากรรไกรและแขนซ้าย มักเจ็บนานมากกว่า 30 นาที เมื่อมยาได้ลิ้น (ยากลุ่มในเตตรา สำหรับผู้ที่เป็โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด) อาการเจ็บจะไม่หายไป

2.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ และความดันโลหิตสูง โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซีกใดล้มเหลว หากหัวใจซีกขวาล้มเหลว ก็จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าสู่หัวใจซีกขวาได้ อาจเกิดภาวะคั่งน้ำตามอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ตับโต บวมขึ้น ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เบื่ออาหาร ขาบวม ท้องบวม หากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว จะมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อาจมีเลือดคั่งในปอด ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หอบ ไอเป็นเลือด นอนราบแล้ว หายใจไม่สะดวก หรือนอนแล้วต้องตื่นขึ้นมากลางดึก (paroxysmal nocturnal dyspnea: PND)

2.3 ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aneurysm) คือ การที่มีแรงดันเลือดที่สูงมากระทบหลอดเลือดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น มีการขยายและโป่งออก เกิดภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง ซึ่งตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง และในช่องอก อาจมีอาการจากการกดเบียดของหลอดเลือด

ต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น การกดเบียดหลอดเลือด ทำให้มีอาการหายใจลำบาก การกดเบียดหลอดเลือดอาหาร ทำให้มีอาการกลืนลำบาก การกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียง ทำให้มีอาการเสียงแหบ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3. ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมอง โดยความดันซิสโตลิกมีผลร้ายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าความดันไดแอสโตลิก การที่ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการพบตะกั่วที่ทำให้มีการแข็งตัวในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงทำให้โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Kaplan & Victor, 2010) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาทพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ดังนี้

3.1 ชนิดเฉียบพลัน มักมีอาการแบบทันทีทันใด ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (cerebral thrombosis or infarction) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดและออกซิเจน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงตีบ หรือลิ่มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ (embolism) 2) โรคหลอดเลือดสมองแตก (cerebral hemorrhage) โรคนี้เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดง โดยเลือดที่ออกในสมองจะกลายเป็นก้อนเลือด (hematoma) ซึ่งจะขยายขนาดเพิ่มขึ้น เกิดการกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้น (increase intracranial pressure) โดยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และซึมลง และ 3) โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) ผู้ป่วยมักมีอาการผิดปกติอย่างทันทีทันใดทางระบบประสาท เช่นเดียวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่อาการจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3.2 ชนิดเรื้อรัง ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (vascular dementia) เป็นภาวะหลงลืมที่เกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ซึ่งพบได้บ่อยรองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) ซึ่งผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำในกระบวนการรับรู้ กระบวนการคิด การพูด และการเคลื่อนไหว เป็นต้น

4. ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตา (retinal artery) หนาตัวขึ้น เมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำ ก็จะกดเบียดหลอดเลือดดำที่จุดตัด และเมื่อเป็นมากขึ้น จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ซึ่งอาการแสดงจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคนานกว่าระดับความดันโลหิต ส่วนอาการที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาดเลือดเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด

5. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้ไตเสื่อมสภาพ มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยความดันโลหิตที่สูงผิดปกติจะทำให้ไตวายเฉียบพลัน ทำให้การทำงานของหน่วยไต (glomerulus) เสื่อมลง (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2554) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรัง โดยอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ชีต อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางคืน ขาบวม คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ส่วนภาวะไตวายระยะสุดท้าย (end-stage renal disease) จะตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว (albumin) ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป และตรวจเลือดพบระดับ BUN และ creatinine สูง ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่ไตสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง (benign hypertension nephrosclerosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงมากในช่วงเวลาสั้น ๆ ส่งผลให้เกิดการทำลายผนังหลอดเลือดจะมีอาการปวดศีรษะ ตามัว สับสน ร่วมกับอาการของภาวะไตวาย เช่น ขาบวม ปัสสาวะออกน้อยลง

5.2 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (malignant hypertensive nephrosclerosis) เป็นภาวะแทรกซ้อน

ที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน ซึ่งมักมีความเสื่อมของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ไตมีความเสื่อมมากขึ้น โดยตรวจพบอาการบวม มีปัสสาวะออกน้อยลง มีการเพิ่มขึ้นของระดับ creatinine และไข่ขาวในปัสสาวะ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ก็จะกลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งระยะนี้จะมีอาการตัวบวม ขาบวม เหนื่อยหอบ สับสน ชัก ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้

จากผลกระทบด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง (Cooper-DeHoff et al., 2010) ซึ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จะทำให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้นในการรักษา นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ (WHO, 2013) นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ ในกรณีที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ไม่สามารถที่จะควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Rubio-Guerra et al., 2013) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมนั้น จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2008 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีมากถึง 69.40 ล้านดอลลาร์ (Rosamond et al., 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งระดับความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากญาติมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรักษา ร่วมกันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยากับการรักษาโดยใช้ยา ซึ่งเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ โดยสมาคม

ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้กำหนดค่าความดันโลหิตเป้าหมายในผู้สูงอายุในระดับที่แตกต่างกันตามอายุ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี มีสุขภาพดี และมีค่าความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ให้ยาลดความดันโลหิตจนกระทั่งความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยสามารถทนยาได้ดี

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีสุขภาพดี และมีค่าความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ให้ลดค่าความดันซิสโตลิกลงมาอยู่ระหว่าง 140-150 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (life style modification) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นการรักษาเบื้องต้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายในระยะ 6-12 เดือนแรก ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. การลดน้ำหนัก (weight reduction) การเพิ่มของน้ำหนักประเมนได้จากดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยพบว่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และระดับไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งจะมีผลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การที่สามารถลดระดับดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วง 18.50-24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะสามารถลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) และช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต

2. การจำกัดปริมาณโซเดียม (sodium restriction) ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความไวต่อโซเดียม การควบคุมการนำเข้าของปริมาณโซเดียมในระดับปานกลาง คือ 2.30 กรัมของโซเดียมหรือเกลือ 6 กรัม โดยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่า 100 mmol ต่อวัน ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Rhee et al., 2013) การลดการนำเข้าของปริมาณโซเดียมสามารถลดจำนวนการใช้ยาลดความดันโลหิตและยังสามารถลดการขับโซเดียมออกจากร่างกายจากฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะได้

3. การปรับเปลี่ยนการรับประทานไขมัน (dietary fat modification) โดยการลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนจำพวกปลา ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2.50-3.00 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ควรปฏิบัติตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อชะลอโรคความดันโลหิตสูง (dietary approaches to stop hypertension: DASH) กล่าวคือ รับประทานอาหารที่เน้นผักและผลไม้ที่ให้แมกนีเซียมและโพแทสเซียมสูง นมและผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ แต่ให้แคลเซียมสูง และรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร โดยรับประทานผักผลไม้ และเส้นใยอาหาร รวม 8-10 ส่วนต่อวัน [ผัก 1 ส่วน ได้แก่ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ทัพพี (1/2 ถ้วยตวง) ผลไม้ 1 ส่วน ได้แก่ ผลไม้หั่นพอดีคำ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองถ้วยกาแฟได้พอดี 1 จาน] (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) รวมถึงควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน ซึ่งจะส่งผลให้มีน้ำหนักลดลง สามารถลดความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบ

แอโรบิกอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลให้หลอดเลือดบีบตัวได้ดีขึ้น ความตึงตัวของหลอดเลือดลดลง มีการขยายตัวมากขึ้น (Van Guilder, Westby, Greiner, Stauffer, & Desouza, 2012) ช่วยเพิ่มระดับไขมันดี (HDL-C) ได้ร้อยละ 4.60 และสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 3.70 (National Heart Foundation of Australia: NPHA, 2006) จึงสามารถลดอัตราตายได้ ทั้งนี้ต้องเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง โดยในขณะที่ออกกำลังกายจะเพิ่มการเผาผลาญ (metabolic equivalents: METS) อย่างน้อยร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุด (Thompson et al., 2003) และต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง วันละ 30-45 นาที เป็นเวลา 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

5. การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ (alcohol restriction) การได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน จะเพิ่มความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท จึงควรจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายไม่ควรได้รับเกิน 2 ครั้งต่อวัน ส่วนผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักน้อย ไม่ควรได้รับเกิน 1 ครั้งต่อวัน [1 ครั้ง เทียบเท่ากับ 44 มิลลิตรของสุรา (40 เปอร์เซ็นต์), 355 มิลลิตร ของเบียร์ (5 เปอร์เซ็นต์), หรือ 148 มิลลิตร ของเหล้าองุ่น (12 เปอร์เซ็นต์)] ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Kaplan & Victor, 2010)

6. การงดสูบบุหรี่ มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งมากขึ้น

7. การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลายความเครียด และการลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ

การรักษาโดยใช้ยา แนวทางการรักษาโดยทั่วไป แพทย์จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม diuretics หรือ beta-blockers ก่อน เนื่องจากสามารถลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (morbidity and mortality) จากการใช้ยาในระยะยาวได้ ในการใช้ยาควรเริ่มจากขนาดต่ำ ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขนาดจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (U.S. Department of Health and Human Services, 2004; Rosendorff et al., 2007) โดยทั่วไป ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. diuretic ยาขับปัสสาวะที่มีการนำมาใช้เพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม thiazide diuretic และกลุ่ม thiazide-like diuretic เช่น hydrochlorothiazide (HCTZ), bendroflumethzide โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการขนส่งโซเดียมที่ท่อไตส่วนปลาย (distal convoluted tubule) ทำให้ลดการดูดกลับของโซเดียม ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะบวม ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นผิดปกติ

2. beta-blockers เช่น propranolol, atenolol, metoprolol ซึ่งยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน กลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าอาจเกิดจากการลดปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที โดยฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การยับยั้ง beta-receptor ในสมองทำให้ลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic outflow) การยับยั้งเรนินที่ไต ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้า ระดับน้ำตาลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น และระดับ HDL-C ในเลือดลดลง

3. angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) เช่น captopril, enalapril, perindopril ซึ่งยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน โดยออกฤทธิ์ขัดขวางการเปลี่ยน angiotensin converting enzyme I เป็น angiotensin converting enzyme II ทำให้ระดับ angiotensin converting enzyme II ลดลง ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว โดยกระตุ้นการหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ผลข้างเคียงคือ อาจมีอาการไอและ

หลอดลมตีบ ซึ่งอาการไอมักพบบ่อยในผู้สูงอายุเพศหญิง โดยอาการไอมักหายไปเมื่อหยุดยาได้ประมาณ 2-3 สัปดาห์

4. angiotensin-II receptor blocker (ARB) มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตและเพิ่มความดันโลหิตได้ในผู้ที่มีระดับเรนินต่ำ กลไกการออกฤทธิ์คือ ARB จะแข่งกับ angiotensin II ในการจับกับ A1 receptor ทำให้ฤทธิ์ของ angiotensin II หดไป ซึ่งมีผลต่อการเต้นของหัวใจและปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีน้อยลง ยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติเหมือนยากลุ่ม ACEI หลายประการ ที่แตกต่างกันคือ ยากลุ่มนี้ไม่สลายเบรดีไคนิน (bradykinin) และไคนิน (kinin) ชนิดอื่น ๆ ทำให้มีโอกาสน้อยกว่าที่จะเกิดอาการไอแห้ง ๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ยากลุ่มนี้จึงเป็นยาแทนที่ดีเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการไอจากยากลุ่ม ACEI ได้

5. calcium channel blocker (CCB) ยากลุ่มนี้เริ่มแรกใช้เป็นยารักษาอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งต่อมาใช้เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ช่องทางผ่านแคลเซียม (voltage-sensitive calcium channel) ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) dihydropyridine derivatives เช่น nifedipine, nitrendipine, amlodipine ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ หน้าแดง ข้อเท้าบวม และจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก เมื่อความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงได้ 2) papaverine derivatives เช่น verapamil ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ (AV block) และ 3) benzothiazepine derivatives เช่น diltiazem (Elliott & Ram, 2011) หลังรับประทานยาทั้ง 3 กลุ่ม ยาจะถูกดูดซึมถึงร้อยละ 90 ส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่ม diuretic, beta-blockers, ACEI และ ARB จะสามารถทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น (ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, ปรีชา มณฑกานติกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2550)

ในผู้สูงอายุนั้น หลังได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หากค่าความดันโลหิตยังไม่ลดลงถึงค่าเป้าหมาย

คือ 150/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะเริ่มรักษาด้วยยาที่มีขนาดต่ำกว่าก่อน จากคำแนะนำตามรายงานฉบับที่ 8 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The eighth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC VIII) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่าลำดับแรก ควรเริ่มให้ยาในกลุ่ม CCB หรือ thiazide preferred ACEI หรือ ARB ลำดับถัดมาเป็นยาในกลุ่ม CCB หรือ thiazide ACEI หรือ ARB โดยไม่ใช้ยาในกลุ่ม ACEI ร่วมกับ ARB เพราะการใช้ยาทั้งสองกลุ่มร่วมกัน จะส่งผลให้เพิ่มการเกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้น ให้เลือกให้ยาในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และลำดับที่สามได้แก่ ยาในกลุ่ม CCB ร่วมกับ ACEI หรือ ARB ร่วมกับ thiazide (James et al., 2013) โดยทั่วไป การเลือกให้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ นั้น แพทย์มีแนวทางดังนี้

1. เลือกยาในกลุ่ม thiazide เป็นอันดับแรกในการรักษา เพราะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการทาลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอ โดยเริ่มใช้ในขนาดต่ำเพื่อป้องกันการไม่พึงประสงค์

2. เลือกยาที่มีผลดีต่อพยาธิสภาพอื่นที่พบด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพของหลาย ๆ ระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายได้ (ธานี ณะสุวรรณดิษฐ์ และคณะ, 2550)

การใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ นั้น ยังต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันในด้านเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) โดยจะต้องมีความระมัดระวัง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมักมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะยืนตรง (orthostatic hypotension) ซึ่งจะมีค่าความดันซิสโตลิกต่ำลงตั้งแต่ 20 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำลงตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยวัดภายใน 3 นาที หลังยืนตรง ภาวะนี้สัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งพบได้บ่อยเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะยืนตรงเกิดจากพยาธิสรีรวิทยาที่ผิดปกติ ดังนี้

1.1 การที่หลอดเลือดแดงขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้ค่าความดันซิสโตลิกเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้ง (stroke volume) ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่เปลี่ยนท่าจากท่านอนราบมาเป็นท่านยืน

1.2 เกิดจากความเสื่อมของระบบที่ควบคุมการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต (baroreceptor reflex) ที่บริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ หรือเกิดจากระดับเรนิน แองจิโอเทนซิน และอัลโดสเตอโรน ที่ต่ำกว่าปกติ และไม่เพิ่มขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนท่าจากท่านอนราบมาของท่านอน

1.3 ความไวของตัวรับที่ควบคุมการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต (beta-receptor) ลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจไม่เพิ่มขึ้นในท่านอน

1.4 ความสามารถในการเก็บโซเดียมของไตลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียนได้ และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2. ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น เนื่องจากระดับความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

ยาลดความดันโลหิตแต่ละชนิดมีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน การให้ยาควรคำนึงถึงปัจจัยเรื่องการได้รับยาลดความดันโลหิตในอดีต การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาลดความดันโลหิตที่ให้ร่วมกัน การมีโรคร่วมที่เกี่ยวข้อง หรือการพบร่องรอยการทำลายอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม (metabolism) ปริมาตรของยาที่ใช้ และการกระจายตัวของยา โดยการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อขนาดของยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ การที่ใช้ยาลดความดันโลหิตรักษาอย่างต่อเนื่องแล้วไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้นั้น แพทย์อาจพิจารณาเพิ่มยาลดความดันโลหิตมากกว่าหนึ่งชนิด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ รวมทั้งระบบไหลเวียน

โลหิต ที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา อันเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และต้องเสี่ยงกับการแพ้ยาหรือการมียาสะสมในร่างกาย (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2554) ทั้งนี้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาลดความดันโลหิต จะต้องเฝ้าระวังในแต่ละราย หากได้รับยากลุ่ม diuretic ต้องเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการที่ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย หากได้รับยากลุ่ม beta-blockers อาจทำให้หอบเหนื่อยของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ และหากได้รับยากลุ่ม ACEI ต้องเฝ้าระวังอาการไอและอาการวิงเวียนขณะเปลี่ยนท่า

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ยังไม่เป็นโรค และการป้องกันในผู้ที่เป็นโรคแล้ว ซึ่งวัตถุประสงค์ของการป้องกันในแต่ละระดับจะแตกต่างกัน ดังนี้

1. การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ยังไม่เป็นโรค โดยให้คำแนะนำในเรื่องการจำกัดปริมาณโซเดียม โดยควรได้รับไม่เกินวันละ 2.40 กรัม การลดน้ำหนัก โดยให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร การส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง วันละ 30-45 นาที เป็นเวลา 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ การงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง (DASH) เช่น รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืชต่าง ๆ อาหารที่มีเส้นใยสูง และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว รวมทั้งให้เข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตปีละ 1 ครั้ง หรืออาจถี่กว่านี้ หากความดันโลหิตมีค่าใกล้เคียง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่ลุกลามมาก โดยการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาและให้การดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนตั้งแต่ในระยะแรก

โดยทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงในเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ค่าความดันชีพจร (pulse pressure) หากมีค่าที่กว้าง จะบ่งบอกถึงความแข็งของหลอดเลือดแดงใหญ่ อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายได้ ประเมินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ค่าโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ที่มากกว่า 190 mg/dl หรือค่าไขมันเลว (LDL-C) ที่มากกว่า 115 mg/dl ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยควรมีค่าอยู่ในช่วง 102-125 mg/dl นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะอ้วนลงพุง ประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัยอันควร รวมทั้งควรมีการส่งตรวจเพื่อค้นหาร่องรอยการทำลายอวัยวะสำคัญ (target organ damage: TOD) เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy: LVH) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) ความผิดปกติของจอตาจากโรคความดันโลหิตสูง (hypertensive retinopathy)

3. การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ของการป้องกันโรคในระดับนี้ครอบคลุมเป้าหมาย 2 ประการหลัก คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน รวมทั้งการป้องกันภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่จะตามมา และการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาาร่วมกันสองตัว เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) โดยการส่งตรวจเพื่อค้นหาร่องรอยการทำลายอวัยวะสำคัญ ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อลดความดันโลหิต การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดการสูบบุหรี่ เป็นต้น การพิจารณาระดับความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาดังนี้ กลุ่มที่

มีความเสี่ยงระดับต่ำ แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง และนัดให้มารับการติดตามระดับความดันโลหิตเป็นระยะ ไม่นานเกิน 1 เดือน หากความดันโลหิตยังไม่ลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ให้เริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง และเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง และให้ยาลดความดันโลหิตทันที

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย บุคลากรทางสุขภาพควรมีความเข้าใจถึงความแตกต่างในกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นเมื่ออายุมากขึ้น และการมีปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งควรตระหนักถึงข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิต เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา โดยควรดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทอย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่องการรับประทานยาและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา การจำกัดปริมาณโซเดียม การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ หลอดเลือดตา ไต สมอง

เอกสารอ้างอิง

- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, ปรีชา มณฑานดิกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (บ.ก.). (2550). *ตำราเภสัชบำบัด Textbook of pharmacotherapy* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก ฟลิชชิง.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บ.ก.). (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ Essential hypertension*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การส่งเสริมการสหกรณ์การแพทย์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)*. สืบค้น วันที่ 9 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.thaihypertension.org/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *จำนวนและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2544-2555*. สืบค้น วันที่ 18 มกราคม 2556, จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php?pn=2>

- Bertoia, M. L., Waring, M. E., Gupta, P. S., Roberts, M. B., & Eaton, C. B. (2011). *Implications of new hypertension guidelines in the United States*. Retrieved January 15, 2014, from <http://ahajournals.org>
- Cooper-DeHoff, R. M., et al. (2010). Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *The Journal of the American Medical Association*, 304(1), 61-68.
- Elliott, W. J., & Ram, C. V. S. (2011). Calcium channel blockers. *The Journal of Clinical Hypertension*, 13(9), 687-689.
- Freid, V. M., Bernstein, A. B., & Bush, M. A. (2012). *Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: The past 10 years*. Retrieved January 15, 2015, from <http://www.cdc.gov/nchs>
- James, P. A., et al. (2013). *2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. Retrieved June 9, 2016, from <http://www.measureuppressure-down.com/HCPProf/Find/BPs/JNC8/specialCommunication.pdf>
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2010). *Kaplan's clinical hypertension* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- National Heart Foundation of Australia. (2006). *National Heart Foundation of Australia physical activity recommendations for people with cardiovascular disease*. Retrieved August 24, 2014, from <http://www.heartfoundation.com>
- Rhee, M-Y., et al. (2013). Elevation of morning blood pressure in sodium resistant subjects by high sodium diet. *Journal of Korean Medical Sciences*, 28(4), 555-563.
- Rosamond, W., et al. (2007). *Heart disease and stroke statistics-2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee*. Retrieved August 24, 2012, from <http://circ.ahajournals.org>
- Rosendorff, C., et al. (2007). *Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: A scientific from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention*. Retrieved January 15, 2014, from <http://circ.ahajournals.org>
- Rubio-Guerra, A. F., et al. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*, 18(1), 10-12.
- Thompson, P. D., et al. (2003). *Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the clinical cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity)*. Retrieved August 24, 2012, from <http://ahajournals.org/byguset>

- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Retrieved January 15, 2015, from <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- Van Guilder, G. P., Westby, C. M., Greiner, J. J., Stauffer, B. L., & Desouza, C. A. (2012). *Endothelin-1 vasoconstrictor tone increases with age in healthy men but can be reduced by regular aerobic exercise*. Retrieved January 15, 2014, from <http://ahajournals.org>
- Weber, M. A., et al. (2013). *Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension*. Retrieved June 9, 2016, from http://www.ash-us.org/documents/ash_ish-guidelines_2013.pdf
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension*. Retrieved January 15, 2015, from http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf
-

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง Nurse Case Manager for Chronic Disease

ปฐยาวัชร ปรางกูรพล, พย.ด. *

Padthayawad Pragodpol, Ph.D. (Nursing) *

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2543 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 171 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจอัตราความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.90 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.50 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.40 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2555 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.50 และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 73.60 และ 33.70 ตามลำดับ (ราม รัชสินธุ์, ชีรยุทธ สุขมี, และ ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, 2553; เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) ในขณะเดียวกันก็พบว่าภาวะแทรกซ้อนทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวาย และอื่น ๆ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนมาก (สุพิศรา ศรีวิชชากร และคณะ, 2553) ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและ

ต่อเนื่อง การจัดการรายกรณีถือเป็นหนึ่งในแนวคิดสำคัญที่ถูกนำมาใช้ และสามารถจัดการปัญหาโรคเรื้อรังได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ดังนั้น บทความนี้จึงขอเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการจัดการโรคเรื้อรัง

ความสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังในประเทศไทย

การบริหารจัดการโรคเรื้อรังของประเทศไทยที่ผ่านมา มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ โดยมีการนำแนวคิด Chronic Care Model ของ Wagner มาใช้ โดยดำเนินการครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับการจัดการของแต่ละพื้นที่ และมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเรื้อรัง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 คือ การจัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มีวิสัยทัศน์ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ โดยมีพันธกิจในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการทำงานประสานกันแบบบูรณาการ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยหนึ่งในการกิจเร่งด่วนคือการดูแลสุขภาพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มสาระวิชาการพยาบาล 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (สมเกียรติ โพรสัดย์ และคณะ, 2557) นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2563 ยังมีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกัน และศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง และการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง จัดเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สร้างแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งในด้านนโยบาย แผนงาน และมาตรการที่จะป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำคัญ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการโรคเรื้อรังในภาพของประเทศ เชื่อมโยงไปยังทุกเขตสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการ จนถึงชุมชน ในทุกมิติของการดูแลรักษา ดังปรากฏเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานด้านโรคเรื้อรังยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังพบอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สมเกียรติ โพรสัดย์, 2556) ซึ่งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ดังนั้น การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีนั้น บุคลากรผู้รับผิดชอบจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะสำคัญให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และมีทีม

ที่สามารถดูแลและประสานงาน ที่สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างบูรณาการ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต เพราะทั้งสองโรคนี้เป็นสาเหตุชุกก้นาสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. ร่วมกับสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล จึงได้เริ่มโครงการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบ (system manager) ในการจัดการโรคเรื้อรังขึ้น โดยเน้นให้มีสมรรถนะการจัดการเชิงระบบ โดยเฉพาะการจัดการข้อมูลสารสนเทศ และด้วยความร่วมมือระหว่างสปสช. สถานการณ์พยาบาล องค์การการศึกษา และสถาบันที่เกี่ยวข้อง ได้เริ่มผลิตพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (nurse case manager for chronic disease) ในรูปแบบของการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังสามารถดำเนินการจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายบุคคล โดยเน้นการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาและความจำเป็น โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อลดความผันแปร และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่ดี

แนวคิดการจัดการรายกรณีและการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

การจัดการรายกรณี ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณี พบว่ามีการให้ความหมายทั้งที่มีความเหมือนและแตกต่างกัน ผู้เขียนจึงขอสรุปความหมายของการจัดการรายกรณีว่า เป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการพิทักษ์สิทธิ์ การเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ มีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร

เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้ และด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ศิริอร สิ้นธุ, 2555; Mullahy & Jensen, 2004; Cohen & Cesta, 2005; Tahan, 2005; Case Management Society of America: CMSA, 2010)

ความเป็นมาของการจัดการรายกรณีนั้น เกิดขึ้นครั้งแรกและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในประเทศ อังกฤษและสหรัฐอเมริกา เนื่องจากผู้รับบริการมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เกิดโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคได้ ทำให้เกิดการสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลที่สูง จึงเกิดแรงผลักดันในการควบคุมและลดค่าใช้จ่ายจากการศึกษาประวัติความเป็นมาของระบบการจัดการรายกรณี พบว่ามีการพัฒนาในประเทศสหรัฐอเมริกา มาตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1900 โดยถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยพยาบาลชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ได้นำไปใช้ในงานประจำและทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีไปด้วย หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ระบบการจัดการรายกรณีได้รับความนิยมมากขึ้น ถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน ต่อมาผู้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล (third party payers) เช่น บริษัทประกันสุขภาพ หน่วยงานของรัฐ ได้พบทวนระบบบริการที่ต้องการเน้นรูปแบบบริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กลุ่มค่า กลุ่มทุน และสมเหตุสมผลกับเงินที่จ่ายไป จึงนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (specific populations) และพยาบาลวิชาชีพได้ขยายบทบาทมาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เจ็บป่วยหนัก และรุนแรง ทั้งนี้ การจัดการรายกรณีเป็นระบบที่มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยยังคงเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการใช้ทรัพยากรการดูแลในทุกระดับจนถึงชุมชน มีการส่งเสริมการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย มีการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้พยาบาล

ผู้จัดการรายกรณีได้รับความนิยมเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (Cohen & Cesta, 2005)

สำหรับประเทศไทย มีการนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในสถานบริการสุขภาพในลักษณะของการทำวิจัยเพื่อพัฒนางาน การอบรมระยะสั้น และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในหน่วยงานย่อย ๆ ในโรงพยาบาลหรือทั้งโรงพยาบาล ไม่ได้เป็นภาพรวมของประเทศไทย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2554 สปสช. ซึ่งรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการกองทุนโรคเรื้อรัง ได้มีการบูรณาการการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประสานความร่วมมือไปยังสภาการพยาบาล ในการผลิตพยาบาลผู้จัดการรายกรณีอย่างเป็นระบบ โดยจัดให้มีการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขึ้นในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งถือว่าเป็นหลักสูตรการจัดการรายกรณีที่เป็นรูปธรรมหลักสูตรแรกของประเทศไทยโดยสภาการพยาบาล ผ่านการจัดตั้งคณะทำงานจากสถาบันการศึกษาและสถานบริการพยาบาลที่เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนของประเทศไทย (ศิริอร สิ้นธุ และคณะ, 2554)

สำหรับเหตุผลของการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในหลักสูตรการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นทางการนั้น อันดับแรกเป็นเพราะทั้งสองโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่มีสถิติการเจ็บป่วยและการตายที่สูงมาก เป็นโรคที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการชักนำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง และจำเป็นต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เข้าถึงการตรวจวินิจฉัย และกลุ่มที่เป็นโรคแล้วยังไม่เข้าถึงการตรวจรักษา และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับสูง (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) ดังนั้น การผลิตพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อส่งเสริม

สุขภาพ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมความคุ้มค่า คุ้มทุนในการบริการสุขภาพในทุกๆ ของการเจ็บป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังที่ผ่านการอบรม จะถูกพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในนโยบาย และระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้และทักษะในการจัดการ รายกรณีสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จนถึงระยะโรคลุกลามเกิดภาวะแทรกซ้อน จนถึงระยะ สุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษา การจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีการรักษาและการรักษาทางเลือก ในกรณีที่ทำเป็นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับความต้องการ ทางสุขภาพ ค่าใช้จ่าย และทันเวลา สามารถใช้เทคโนโลยี สารสนเทศและข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ โดยมีระยะเวลาการอบรม 4 เดือน มีเป้าหมายของการผลิตพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ. 2554-2557 ทั่วประเทศ จำนวนอย่างน้อย 1,200 คน เพื่อให้ทุกพื้นที่ในระดับอำเภอมีพยาบาลผู้จัดการราย กรณีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน ต่อ 1 โรงพยาบาล โดยมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังคุณภาพ ที่ทุกโรงพยาบาลต้องมีพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน และมีการรายงาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังคุณภาพ ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการจัดการ โรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งของการนำแนวคิด การจัดการรายกรณีไปใช้คือ ผู้ป่วยทุกคนไม่จำเป็นต้องใช้ รูปแบบการดูแลในลักษณะของการจัดการรายกรณีเสมอไป ทั้งนี้ ผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วย ที่มีลักษณะดังนี้ 1) มีจำนวนมาก (high volume) 2) มีความเสี่ยงสูง (high risk) 3) มีความซับซ้อน (complex case) 4) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (high cost)

และ 5) มีความแปรปรวนหรือเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐาน การดูแล (variation) โดยผู้จัดการรายกรณีต้องคำนึงถึง หลักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ความคุ้มค่า คุ้มทุนในการจัดการ ปัญหาโรคเรื้อรัง และความต้องการของสถานบริการใน การปรับปรุงคุณภาพการดูแลร่วมด้วย (Tahan & Huber, 2006) อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ในต่างประเทศไม่ได้จำกัดว่าจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ เท่านั้น อาจเป็นวิชาชีพอื่นก็ได้ แต่สำหรับประเทศไทย ผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่เป็นพยาบาล

คุณสมบัติและแนวปฏิบัติของผู้จัดการรายกรณี ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดว่าผู้จัดการ รายกรณีต้องมีคุณสมบัติคือ ผ่านการขึ้นทะเบียนอย่าง ถูกต้องในการปฏิบัติงานตามบทบาทของผู้จัดการรายกรณี ที่เรียกว่า Certified Case Manager (CCM) โดยไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น อาจเป็นนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักอาชีวบำบัดก็ได้ สำหรับผู้จัดการรายกรณีที่เป็น พยาบาลวิชาชีพนั้น The American Nurses Credentialing Center (ANCC) ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยในสมาคมพยาบาล แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ทำหน้าที่ให้ประกาศนียบัตร “Case Management Nurse Certification” รับรอง คุณสมบัติเมื่อสอบผ่าน ANCC’s Case Management Nurse Exam พยาบาลที่สอบผ่านจะใช้คำนำหน้าว่า RN-BC (Registered Nurse-Board Certified)

นอกจากนี้ สมาคมผู้จัดการรายกรณีแห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Case Management Society of America: CMSA, 2010) ได้มีการกำหนดสมรรถนะ ที่เป็นมาตรฐานสำหรับการจัดการรายกรณีไว้คือ ผู้จัดการ รายกรณีจำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย แบบบูรณาการ ครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ พฤติกรรม และการรักษา ที่ได้รับ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและปัญหาที่มีโอกาส จะเกิดขึ้น วางแผนการจัดการรายกรณีที่ครอบคลุม และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลลัพธ์ มีการประสานการดูแลผู้ป่วย

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการตัดสินใจ ให้การดูแลแบบบูรณาการ ต่อเนื่อง และไม่แยกส่วน ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ทั้งภายในและภายนอก หน่วยงาน อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันต่อเวลา ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานในการจัดการ รายกรณี พัฒนาแผนและผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี โดยใช้แนวปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลที่ผู้ป่วยยอมรับ ในการส่งเสริม/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริม การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ขยายขอบเขตหน้าที่ของ การจัดการรายกรณีในการประสานงานกับสถานบริการ หรือหน่วยงานอื่น ๆ และพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึง ยืดความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลัก

สำหรับประเทศไทย มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรังที่ผ่านการอบรมและได้รับประกาศนียบัตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จากสภา การพยาบาล รับผิดชอบและทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมี ตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเหมือนพยาบาลทั่วไป ไม่มีการกำหนดเป็นโครงสร้างในเชิงบริหารในองค์กร นอกจากนี้ยังพบว่าหลายสถานบริการสุขภาพจัดให้มี พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ผ่านการอบรมระยะสั้น 3-5 วัน รับผิดชอบและทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคเช่นเดียวกัน

ประเทศไทยมีการก่อตั้งสมาคมผู้จัดการรายกรณี ประเทศไทย (Case Management Association of Thailand) เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมี เป้าหมายคือ เอื้ออำนวยแนวทางในการพัฒนาการจัดการ รายกรณี สร้างระบบในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการ รายกรณี ผลักดันกฎหมายหรือนโยบายซึ่งเป็นทิศทาง ในการจัดการรายกรณี มีบทบาทที่สำคัญคือ เป็นศูนย์กลาง ในการพัฒนาบุคลากรด้านการจัดการรายกรณี สนับสนุน และให้บริการเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย เป็นผู้แทนการจัดการรายกรณีในประเทศไทย เป็นศูนย์กลาง

ในการจัดการและเผยแพร่สารสนเทศ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ ของผู้จัดการรายกรณี สนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่าย สุขภาพให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นที่ปรึกษา เสนอแนะ และควบคุมการพัฒนาคุณภาพการศึกษา ด้านการจัดการรายกรณี ธำรงไว้ซึ่งเกียรติยศ ศักดิ์ศรี และจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้จัดการรายกรณี และดำเนินการ หรือร่วมมือกับองค์กรการกุศลและองค์กรสาธารณประโยชน์ เพื่อการกุศลและสาธารณประโยชน์ ทั้งนี้ สมาคมผู้จัดการ รายกรณีประเทศไทยไม่ได้กำหนดสมรรถนะที่เป็นมาตรฐาน สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในประเทศไทย แต่ส่งเสริม และสนับสนุนให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมี สมรรถนะที่หลากหลาย เช่นเดียวกับสมาคมผู้จัดการ รายกรณีแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา และอื่น ๆ

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยนั้น ต้องเป็นผู้ที่ผ่าน การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่สามารถ ให้การดูแลประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยด้วย โรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ Mullahy and Jensen (2004) ได้กำหนดสมรรถนะ การจัดการรายกรณีที่สำคัญ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยหลากหลาย กลุ่มโรค ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วย สังคม ระบบบริการ สุขภาพ และระบบการเงินการคลัง ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะการจัดการ ประกอบด้วยการจัดการ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการด้านบุคคล การจัดการด้านทรัพยากร การจัดการด้านข้อมูล และการจัดการ เชิงผลลัพธ์
2. สมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วยการจัดการ ทางคลินิก และการวางแผนการจัดการทางคลินิกในทุก ระยะของการเจ็บป่วยและระยะการเปลี่ยนผ่านอย่างลุ่มลึก
3. สมรรถนะการพิทักษ์สิทธิ์ ประกอบด้วยการจัด บริการการดูแลรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐาน

การดูแลรักษา นโยบาย กฎหมาย และระบบการบริการ
สุขภาพ มอบความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ
ผู้ให้บริการ โดยมุ่งเน้นประโยชน์สูงสุดที่ภาวะสุขภาพ
ของผู้รับบริการ

4. สมรรถนะการตัดสินใจจริยธรรม ประกอบด้วย
การป้องกันและแก้ไขปัญหาเชิงจริยธรรมภายใต้ขอบเขต
ความมีอิสระของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความตระหนัก
และไวต่อการรับรู้ในมิติทางจริยธรรม ไวต่อการเข้าไป
จัดการปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม

สำหรับทักษะการจัดการรายกรณีที่สำคัญ เพื่อให้
การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
ประสบความสำเร็จ ได้มีผู้กำหนดไว้หลากหลาย ซึ่งทักษะ
สำคัญที่สามารถสรุปได้ประกอบด้วยทักษะการจัดการ
การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การประสานความร่วมมือ
การเจรจาต่อรอง การเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก การเป็น
ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา การส่งเสริม สนับสนุนการดูแล
ตนเอง การเจรจาต่อรอง การพิทักษ์สิทธิ์ การแก้ไขปัญหา
และข้อขัดข้องขัดแย้ง การศึกษาวิจัย การจัดการความเสี่ยง
การวางแผนในระยะเปลี่ยนผ่าน การจัดการแหล่งประโยชน์
การวิเคราะห์ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต้นทุน และกำไร
การพัฒนาคุณภาพ การจัดการผลลัพธ์ การใช้เทคโนโลยี
สารสนเทศ การมีความคิดเชิงวิเคราะห์ ความคิดใน
เชิงระบบธุรกิจ การสร้างทีมงานและเครือข่าย การเป็นผู้นำ
การเปลี่ยนแปลง และการรักษาสัมดุลระหว่างผลประโยชน์
ทั้งขององค์กรและผู้รับบริการ (ศิริอร สินธุ, 2555; 2557;
Mullahy & Jensen, 2004; Cohen & Cesta, 2005;
Powell & Tahan, 2010)

การจัดการรายกรณีที่นิยมใช้ตั้งแต่อดีตจนถึง
ปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีข้อดีและ
ข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วย
และหน่วยงานที่นำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ ดังนั้น
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีควรมีการออกแบบการจัดการ
รายกรณีให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย แหล่งทรัพยากร
และบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยหลักการออกแบบการจัดการ
รายกรณีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการรายกรณี
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีองค์ประกอบ

ดังต่อไปนี้ (ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด, 2557; Tahan,
2005; White & Hall, 2006; Finkelman, 2011)

1. targeting and outreach มีการกำหนดว่า
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำ
ระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่ง
ผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อยที่สามารถจัดการรายกรณีได้อีก
เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบ มีการจัดลำดับความสำคัญของ
กลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการ และให้ระบบการประสานงาน
เป็นสำคัญ เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลรักษา
ผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

2. screening and intake มีการค้นหาและ
ตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้เข้าสู่
กระบวนการวินิจฉัย กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ให้เข้าสู่
กระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สำคัญ
ส่วนกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ กลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ และ
กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว มีการจัดการให้เข้าสู่ระบบ
ของการจัดการรายกรณีตามปัญหาและความจำเป็น
เพราะจำนวนพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่มีอยู่อย่างจำกัด
ไม่สามารถจัดการผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาซับซ้อน
เกิดโรคแทรกซ้อนในหลายระบบ

3. comprehensive assessment มีการประเมิน
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยละเอียด และครอบคลุมปัญหา
ที่เกิดขึ้นแล้ว ตรวจคัดกรองและค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยง
ที่จะเกิดขึ้นบ่อย ๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผน
การจัดการรายกรณีตามปัญหาและความต้องการการดูแล
มีการทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี
และมีการเตรียมให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

4. care planning มีการพัฒนาแผนการดูแล
รายกรณี (care map) เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
โรคความดันโลหิตสูงมีความเป็นปัจเจกบุคคล โดยวัตถุประสงค์
ของแผนการดูแลครอบคลุมการบริการสุขภาพที่จำเป็น
และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. service arrangement มีการจัดการรายกรณี
ตามมาตรฐานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึง

การตรวจวินิจฉัย การจัดการระบบบริการ การดูแลที่ครบวงจรทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การให้บริการเชิงรุกเพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุนและทรัพยากรตามความจำเป็น ลดความสูญเสีย และให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความคุ้มค่า คุ้มค่า มีการประสานการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย

6. variation มีการลดความผันแปร เพื่อการป้องกันและควบคุมการกำเริบของโรค ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เน้นการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management)

7. data management มีการจัดการข้อมูลโดยการสร้างฐานข้อมูลขนาดเล็ก มีการใช้สถิติเบื้องต้น การนำข้อมูลมาใช้ การวิเคราะห์ความเสี่ยงและความผันแปรในการจัดการการดูแล รวมทั้งมีการจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

8. monitoring มีการประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการรายกรณี ทั้งในเชิงคุณภาพการบริการ คุณภาพ สิ่งสนับสนุน และความพอใจของทรัพยากร มีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ รวมทั้งการบรรลุเป้าหมาย และมีการนำเสนอผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี และคุณภาพการบริการสุขภาพ

9. reassessment มีการทบทวนเป้าหมายของแผนการดูแลซ้ำ รวมทั้งทบทวนแผนการดูแลว่าควรมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้าง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

การพัฒนาการจัดการรายกรณีให้ทันยุคทันสมัย โดยเฉพาะในยุคไทยแลนด์ 4.0 มีผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระดับสูงยิ่งขึ้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาด้านตนเองและกลยุทธ์ในการจัดการรายกรณีอยู่เสมอ

เพราะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการโรคเรื้อรัง ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพตนเองทั้งการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การอ่านตำราวารสารวิชาการ การเข้าร่วมประชุมวิชาการอยู่เสมอ จึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพโดยนำการจัดการรายกรณีรูปแบบใหม่มาใช้ ได้แก่ การจัดการรายกรณีแบบไดนามิก (dynamic) เป็นกระบวนการจัดการรายกรณีโดยนำเทคโนโลยีอัตโนมัติมาใช้ในการดูแล และให้คำแนะนำตามบริบทของผู้ป่วยเฉพาะราย เพราะเป็นการบูรณาการทั้งความเป็นมนุษย์และเทคโนโลยีในการจัดการรายกรณีสำคัญด้วยกัน ในการแก้ไขปัญหาหรือโอกาสเสี่ยงของปัญหาที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้ป่วยได้ โดยเป้าหมายของการจัดการรายกรณีแบบไดนามิกคือช่วยให้การจัดการรายกรณีมีความถูกต้อง แม่นยำในการตัดสินใจ และรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ (Mullahy & Boling, 2008)

ตัวอย่างการนำการจัดการรายกรณีไปใช้ และผลลัพธ์การจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

การนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่ดี โดยในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 กลุ่ม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนทั้งสิ้น 18 เรื่อง พบว่าการจัดการรายกรณีมีผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคลินิก ด้านคุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านการดูแลตนเองและการเข้าถึงการบริการ (Sutherland & Hayter, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ใช้มาตรฐานการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและความดันโลหิตได้ อีกทั้งยังสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายในระยะเวลา 1 ปีได้ (Ishani et al., 2011) และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์

เช่น การพลัดตกหกล้ม การกลับสักรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือผลข้างเคียงจากยาได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และ ทรัพยากรในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ได้ (McDonald et al., 2007)

สำหรับประเทศไทย พบว่าระบบการจัดการผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายกรณี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม จากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการสุขภาพใน ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ระยะวันนอน เหลือลดลง จาก 10 วัน เหลือ 6 วัน ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง จากร้อยละ 14.41 เหลือร้อยละ 7.15 ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก (ภัทพร กอบพิงตน, ชนกวร อุตตะมะ, นาฎยา เอื้องโพธิ์จัน, และปริชาติ ชันทรภักย์, 2554) จากการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้รูปแบบ การจัดการรายกรณีของโรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษา พบว่าทีมพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการ รายกรณี มีแนวทางและระบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ครอบคลุมองค์รวม สามารถประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยเบาหวาน/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อ ระบบการดูแลในระดับมาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพสูงกว่าก่อนให้คำแนะนำ อัตราการกลับมานอนซ้ำ ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาเบาหวานลดลง อัตราการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มสูงขึ้น ส่วนอัตราการเข้านอน ในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเพิ่มสูงขึ้น (วิไลวรรณ โพธิ์ศรีทอง, ธนันณัฐ ภูมิศิลป์, พิศมัย โพธิ์พรรค, และงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2555) นอกจากนี้ สถาบัน โรคทรพวงอังกยังได้พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี สำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า 1) สถาบันมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สามารถช่วยชีวิต ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย แต่การดำเนินการ ยังขาดการประสานและส่งต่อระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนารูปแบบการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ด้านผู้ให้บริการหรือ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วย และด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมี พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานในแต่ละ องค์ประกอบ เพื่อเป้าหมายในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยมี ค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติเท่ากับร้อยละ 90.19 (กฤษฎดา จวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริรังศรี, และบุญจง แซ่จิ่ง, 2557) อีกทั้งยังพบการวิจัยเชิงทดลองที่มีการนำรูปแบบ การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่แผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีสามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 72 ชั่วโมง และ 28 วัน เพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ (อนุสร การเกษ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2560)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่ามีการนำแนวคิด การจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลาย กลุ่มโรค และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึง คุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า มีข้อมูลบางส่วนที่สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การนำการจัดการ รายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมี การปรับหรือประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และบริบทของสถานบริการ รวมทั้งควรมีการพัฒนาและ ติดตามประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว

การผลิตและพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของประเทศไทย เพราะแนวคิดการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการวินิจฉัย การดูแลรักษา การป้องกัน และการค้นหาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างทันทั่วทั้งที่มีการสร้างเสริม ศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลและจัดการภาวะสุขภาพ ของตนเอง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ให้สอดคล้องกับธรรมชาติของโรค บริบททางสังคม และสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อมุ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านคลินิก กล่าวคือ สามารถชะลอ ป้องกัน หรือควบคุมภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้เกิดขึ้นได้ รวมถึงผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล ภาวะสุขภาพ ด้านรายได้ และด้านมูลค่าเพิ่ม โดยมีความคุ้มค่า คุ้มทุน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และมีความพึงพอใจชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา จวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ ธีรธรรมากร, และบุญจง แซ่จึ้ง. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 80-94.
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). 3 ปี การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง จากตัวเลขในโรงพยาบาลสู่การช่วยชีวิตผู้ป่วย. สืบค้น วันที่ 15 พฤษภาคม 2557, จาก <http://dmht.thaimedresnet.org/>
- ภัคพร กอบพิงตน, ชนกวพร อุดตะมะ, นาฎยา เอื้องไพโรจน์, และปริชาติ ชันทรักษ์. (2554). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 22-31.
- ราม รั้งสินธุ์, ธีรยุทธ สุขมี, และปิยพัสน์ ทักษนาวิวัฒน์. (2553). การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2553 (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- วิไลวรรณ โพธิ์ศรีทอง, ธนินันท์ มณีศิลป์, พิสมัย โพธิ์พรรค, และงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(2), 79-93.
- ศิริอร สินธุ. (2555). *เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เรื่อง ขอบเขต บทบาท และสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- ศิริอร สินธุ, และคณะ. (2554). *หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- ศิริอร สินธุ, และพิเชต วงรอต. (บ.ก.). (2557). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2556). *การจัดการโรคเรื้อรัง (Disease management): เบาหวานและความดันโลหิตสูง*. สืบค้น วันที่ 25 พฤษภาคม 2560, จาก http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/Disease_Management-210256.pdf
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, และคณะ. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *นโยบายและยุทธศาสตร์โรคติดต่อและการบาดเจ็บ*. สืบค้น วันที่ 25 พฤษภาคม 2560, จาก <http://thaincd.com/2016/mission1>
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, และคณะ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- อนุสร การเกษ, และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2560). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 119-127.

- Case Management Society of America. (2010). *Standards of practice for case management*. Retrieved January 15, 2016, from <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>
- Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (Eds.). (2005). *Nursing case management: From essentials to advanced practice applications* (4th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Finkelman, A. W. (2011). *Case management for nurses*. Bostan, MA: Pearson.
- Ishani, A., et al. (2011). Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 34(8), 1689-1694.
- McDonald, K., et al. (2007). *Care coordination*. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Mullahy, C. M., & Boling, J. (2008). The case manager as change agent in a new and improved healthcare model. *Professional Case Management*, 13(5), 286-289.
- Mullahy, C. M., & Jensen, D. K. (2004). *The case manager's handbook*. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sutherland, D., & Hayter, M. (2009). Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2978-2992.
- Tahan, H. A. (2005). Essentials of advocacy in case management. *Lippincott's Case Management*, 10(3), 136-145.
- Tahan, H. A., & Huber, D. L. (2006). The CCMC's national study of case manager job descriptions: An understanding of the activities, role relationships, knowledges, skills, and abilities. *Lippincott's Case Management*, 11(3), 127-144.
- White, P., & Hall, M. E. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *Journal of the Medical Library Association*, 94(2 suppl.), E99-E106.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข

Food Consumption Behavior among Thai Adolescents, Impacts, and Solutions

ปวีณภัทร นิตตันติวัฒน์, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Paveenapat Nithitantiwat, Ph.D. (Nursing) *

วรangkan อุดมกรทรัพย์, วท.ม. (โภชนศาสตร์) *

Warangkana Udomsapaya, M.Sc. (Nutrition) *

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพสังคม วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย จากวิถีชีวิตที่เคຍรับประทานอาหารพร้อมหน้ากัน ทั้งครอบครัวในบ้าน โดยเฉพาะอาหารมื้อเช้า แต่ด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบัน ก็เปลี่ยนเป็นการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานอาหารจานด่วน (fast food) และเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปกันมากขึ้น เพราะความสะดวกและรวดเร็ว (สุดิดดา พงษ์อุทธา และวาทีณี คุณเผือก, 2558) จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทย ปี 2556 ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ได้ดำเนินการสำรวจทุก 4 ปี พบว่ากลุ่มวัยเด็กอายุ 6-14 ปี มีสัดส่วนการบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ถึงร้อยละ 92.70 และเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 86.70 อย่างไรก็ตาม กลุ่มเด็กและเยาวชนเหล่านี้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักมากกว่า 3 มื้อ และนิยมบริโภคกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง 1-2 วันต่อสัปดาห์ ถึงร้อยละ 48.10 รวมทั้งนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปสูงถึงร้อยละ 52.20 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนและส่งผลเสียต่อสุขภาพ การซื้ออาหารที่ไม่ได้ปรุงขึ้นเองนั้น อาหารมักมีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในปริมาณค่อนข้างสูง โดยกลุ่มอายุน้อยๆ จะรับประทานผักและผลไม้้น้อย แต่รับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน

และดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมมากกว่ากลุ่มอายุที่มากขึ้น จากการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัดของคนไทย พบว่าคนภาคเหนือชอบรับประทานอาหารรสจัด คนภาคใต้ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ด คนภาคกลางชอบรับประทานอาหารรสหวาน รวมทั้งชอบดื่มน้ำอัดลม รับประทานอาหารกรอบกรอบ และอาหารจานด่วนมากกว่าคนภาคอื่น ๆ นอกจากนี้ กระแสสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของวัยรุ่น ซึ่งปัจจุบัน สื่อโฆษณาในประเทศไทยมีแนวโน้มเป็นที่นิยมมากขึ้น อาหารเสริมและอาหารสำเร็จรูปจึงเป็นสินค้าที่เป็นที่ต้องการและหาซื้อได้ง่าย โดยผ่านสื่อโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต เพียงแค่ผู้ผลิตนำภาพอาหารจากร้านที่มีชื่อเสียงมาโพสต์ในสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ก็สามารถเป็นที่ถูกใจคนทุกเพศทุกวัยโดยเฉพาะวัยรุ่น ให้หันมาใช้สินค้าและเลือกบริโภคอาหารผ่านทางสื่อนี้ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแนวทางแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย

วัยรุ่น (adolescent) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2017) ได้อธิบายว่าวัยรุ่นคือ กลุ่มหนุ่มสาวที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 17-19 ปี) ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยได้รับอิทธิพลจากการบริโภคอาหารแบบตะวันตก ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเน้นการบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง ผัก ผลไม้มีน้อยๆ หากแต่เป็นที่นิยมในวัยรุ่น โดยวัยรุ่นมักมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีค่านิยมฟุ้งเฟ้อและฟุ่มเฟือย (ภูเบศร์ สมุทรจักร และมนสิการ กาญจนะจิตรา, 2557) การที่ได้เข้าไปนั่งรับประทานอาหารในร้านที่มีชื่อเสียง ทำให้ผู้เป็นคนที่ทันสมัย โดยเฉพาะการบริโภคอาหารจานด่วน ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยจึงมีหลายด้าน ดังนี้ (จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, สุจิตรา จรจิต, และกานดา จันทร์แถม, 2559)

1. ปัจจัยด้านความรู้ คือ การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และโทษ รวมทั้งแนวทางในการตัดสินใจบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย วัยรุ่นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคให้มาก ซึ่งปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่รับประทานอาหารเช้า แต่หันมารับประทานขนมขบเคี้ยว (ศักดิ์อนันต์ รัตนสาครชัย, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนาศิริโชติ (2555) ที่พบว่าวัยรุ่นตอนปลายมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ โดยเข้าใจว่าควรเลือกรับประทานแต่เนื้อสัตว์ และมีการดื่มน้ำต่อวันในปริมาณที่น้อย ส่วนวัยรุ่นตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง เพราะชอบดื่มนมหวาน นมช็อกโกแลต นมเปรี้ยว รับประทานมันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ หมูทอด ไก่ทอด และลูกชิ้นทอด เป็นต้น (สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ, 2557) และจากการศึกษาของปฐนทร์ ศรีศลักษณ์ (2554) พบว่าพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นตอนปลายมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง โดยประมาณครึ่งหนึ่ง

รับประทานอาหารเช้าเป็นบางวัน และนิยมดื่มชา กาแฟวันละ 1 แก้ว เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตติกาญจน์ พลัฒาสิ และพรพรรณ เครือวงศ์ (2559) ที่พบว่าวัยรุ่นมักซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมารับประทาน เพราะเข้าใจว่าทำให้มีสุขภาพดี รูปร่างสวยงาม ปราศจากไขมันสะสม บางคนรับประทานอาหารเสริมแทนอาหารหลักโดยไม่ทราบผลเสียที่จะตามมาจากการซื้อผลิตภัณฑ์เหล่านี้ โดยซื้อผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเพื่อนหรือคนสนิทแนะนำ และจะซื้อยี่ห้อที่เคยซื้อเป็นประจำและใช้มานานหลายปี

2. ปัจจัยด้านความเชื่อและค่านิยม คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจ นิยมชมชอบ และเชื่อถือต่ออาหารชนิดนั้น ๆ จากการศึกษาลิขิตรา พรหมสุนทร (2556) พบว่าวัยรุ่นจะหลงเชื่อและเลือกบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณาชวนเชื่อ เช่น ขนมหอมกรอบ น้ำอัดลม ชา กาแฟ และอาหารจานด่วน โดย Whitney et al. (2001 อ้างถึงในสิริธิดา พรหมสุนทร, 2556) ได้กล่าวถึงรูปแบบการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไว้เช่นเดียวกันว่า ชอบขนมขบเคี้ยว ชอบดื่มน้ำอัดลม และชอบรับประทานอาหารนอกบ้าน โดยมักเลือกรับประทานอาหารตามที่ตนเองต้องการและเป็นที่น่ากังวลว่าวัยรุ่นไทยมีค่านิยมการเลือกรับประทานอาหารที่ผิด โดยเฉพาะการชอบรับประทานอาหารที่ปรุงง่าย ๆ รวดเร็ว และสะดวก อาหารจากต่างประเทศ อาหารที่มีคุณค่าน้อย เช่น ของหวาน ของมัน ของทอด และชอบดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์, 2557) รวมทั้งไม่ชอบดื่มน้ำ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 5 หมู่ รับประทานผักและผลไม้ น้อย โดยส่วนใหญ่ไม่ปรุงอาหารเอง มักซื้ออาหารมารับประทาน (เกียรติพงษ์ เพ็ญรอบเขต, 2556) นอกจากนี้ ไม่เพียงแต่สื่อโฆษณาจะมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารของวัยรุ่น แต่คนรอบตัวโดยเฉพาะครอบครัว เพื่อน และคนรัก ก็มีอิทธิพลเช่นกัน โดยวัยรุ่นมีการรับประทานอาหารนอกบ้านกันมากกว่าในอดีต ซึ่งห้างสรรพสินค้าหรือร้านที่มีชื่อเสียงเป็นสถานที่ที่ได้รับความนิยม โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าอาหารที่แพงและดีจะต้องอยู่ในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่หรืออยู่ในภัตตาคารเท่านั้น (ภูเบศร์ สมุทรจักร และมนสิการ กาญจนะจิตรา 2557)

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ พฤติกรรมการใช้จ่ายของวัยรุ่น ซึ่งจะต้องมีรายได้เพียงพอในการเลือกบริโภคอาหาร และรายได้เหล่านั้นมาจากบิดามารดา ผู้ปกครอง ซึ่งกุมเบศรี สมุทรจักร และมนสิการ กาญจนจิตรรา (2557) กล่าวว่าวัยรุ่นในปัจจุบันมีการใช้จ่ายค่อนข้างหรูหรา ฟุ่มเฟือยเกินวัย ไม่ว่าจะเป็นสินค้าอุปโภคหรือบริโภค เช่น อาหารหรู ๆ เมื่อเทียบกับวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ที่เมื่อต้องการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยโดยเฉพาะการซื้ออาหารที่มีราคาแพง หรือสินค้าอื่น ๆ ก็จะหารายได้พิเศษเพื่อซื้อเอง

4. ปัจจัยด้านสื่อ คือ เครื่องมือหรือสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ สื่อบุคคล และสื่อโฆษณาที่ได้รับจากทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีส่วนชักนำให้วัยรุ่นมีการเลือกบริโภคอาหารตามกระแส โดยสื่อมีอิทธิพลต่อการกำหนดค่านิยมของวัยรุ่น เพราะมีการเข้าถึงได้ง่าย เมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา และเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร เช่น เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ไลน์ ทวิตเตอร์ ซึ่งล้วนเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลทำให้เกิดความต้องการซื้อสินค้าผ่านช่องทางนี้มากที่สุด

ลักษณะพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยที่เปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีความเชื่อหรือค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งที่สำคัญคือ ชอบรับประทานอาหารตามแฟชั่น ชอบรับประทานอาหารตามโฆษณาชวนเชื่อที่มาจากบุคคลที่มีชื่อเสียงทั้งในและต่างประเทศ ชอบอาหารรูปแบบแปลกใหม่ และชอบอาหารที่มาจากต่างประเทศ ซึ่งแตกต่างจากวัยเด็กที่ชอบอาหารที่มีสีสั่น ส่วนวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่นอายุจะชอบอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์, 2559) สอดคล้องกับที่ศรีมัจจอร สุวรรณพานิช (2555) กล่าวว่าวัยรุ่นมีลักษณะนิสัยคือ รับประทานอาหารตามแฟชั่น ชอบอาหารที่มีรสชาติแปลกใหม่ ชอบอาหารประเภทแป้ง ของทอด ของหวาน และรับประทานฉุ่ยพิน้อย

โดยวัยรุ่นมักนิยมบริโภคตามสื่อโฆษณา นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเลือกซื้ออาหารเพียงเพื่อต้องการโอ้อวด ขาดความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร เลือกซื้ออาหารโดยขาดการไตร่ตรอง ไม่คำนึงถึงเรื่องสุขภาพ โดยรับประทานอาหารประเภทหวาน มัน และเค็มมากเกินไป รวมทั้งอาหารประเภทปิ้งย่าง รับประทานผักและผลไม้ น้อย นิยมดื่มน้ำอัดลมมากกว่าน้ำสะอาด และเน้นการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนมากกว่าอาหารประเภทอื่น เพราะเข้าใจว่าไม่ทำให้เกิดโรคอ้วน ซึ่งภาวะที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคขาดสารอาหาร ขี้เลื่อม และโรคมะเร็ง (สุวรรณา เขียวขุนทด และคณะ, 2557, สุลัดดา พงษ์อุทธา และวาทีณี คุณเผือก, 2558)

ผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย

อาหารเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับวัย หากวัยรุ่นเลือกรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพ หรือรับประทานเกินความจำเป็น ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ โดยทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคมะเร็งต่างๆ เพราะโรคเหล่านี้เกิดจากการสะสมของอาหารที่บริโภคเข้าไป ซึ่งร่างกายไม่สามารถขับถ่ายอาหารที่เกิดจากการสะสมเกินออกมาได้หมด (มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์, 2559)

นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยที่เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยอาหาร จะส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก และเป็นโรคอ้วนได้ เพราะการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม (มณิกัทร ไทรเมฆ, 2559) อีกทั้งวัยรุ่นไทยมักให้ความสำคัญกับอาหารมีไขมันน้อยกว่ามีอื่น ๆ ซึ่งเป็นเพราะความรีบเร่ง และไม่มีเวลาในการรับประทานอาหารในช่วงเวลาเร่งด่วน ทั้งนี้ ทองปลิว ไกรแสงศรี (2556 อ้างถึง

ในมณิกัทร ไทรเมฆ, 2559) กล่าวว่าหากไม่รับประทาน อาหารมือเช้าติดต่อกันเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เป็น โรคกระเพาะอาหารได้ง่าย ระบบขับถ่ายผิดปกติ อาจทำให้ ร่างกายขาดสารอาหาร กล้ามเนื้อและผิวหนังเหี่ยวแห้ง คุณค่า ก่อนวัย ภูมิคุ้มกันโรคลดลง และปวดเข่า

ปัจจุบัน หลายๆ องค์การทั้งภาครัฐและภาคเอกชน พยายามให้คำแนะนำแก่บุคคลทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ให้ลดการรับประทานเนื้อสัตว์ โดยหันมาบริโภคอาหาร ประเภทพืช ผัก ธัญพืช และผลไม้ที่อุดมด้วยเส้นใย ธรรมชาติและวิตามิน เพื่อลดโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพราะการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากเกินไป จะทำให้ร่างกายมีไขมันสะสมเพิ่ม ยิ่งหากขาดการออกกำลังกาย ด้วยแล้ว จะทำให้เกิดโรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคระบบ ย่อยอาหาร ในขณะเดียวกัน จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจ ของไทย โฆษณาที่มาจากสื่อสังคมออนไลน์ยังก่อให้เกิด ค่านิยมที่ผิดๆ ของวัยรุ่นตอนปลาย เกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ฟุ่มเฟือย ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน และท้องผูก นอกจากผลกระทบด้านร่างกายที่เกิด กับวัยรุ่นไทยจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ ไม่ถูกต้องแล้ว ยังมีผลกระทบที่พึงระวังก็คือ การมีระดับ สติปัญญาที่ค่อนข้างต่ำ ขาดความกระตือรือร้น เชื่องช้า (ศรีบงอร สุวรรณพานิช, 2555) ทั้งนี้ ทองปลิว ไกรแสงศรี (2556 อ้างถึงในมณิกัทร ไทรเมฆ, 2559) กล่าวว่าจาก สภาวะที่เร่งรีบ การที่ต้องตื่นแต่เช้า หรือความต้องการ อดอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ข่มขู่ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้ เกิดความหิวกระหาย ไม่มีสมาธิในการเรียน ยิ่งหากไม่ได้ รับประทานอาหารเช้า แต่ไปรับประทานอาหารจุบจิบ เช่น ขนมขบเคี้ยว โดยผลเสียของการไม่รับประทานอาหารเช้า คือ ทำให้สมองไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ มีระดับสติปัญญาดำ และอาจทำให้เกิดโรคความจำเสื่อมได้

แนวทางแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย

เป็นที่ทราบกันดีว่าการที่พฤติกรรมการบริโภค อาหารของวัยรุ่นไทยเปลี่ยนแปลงไปนั้น เนื่องมาจาก ปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ทุกฝ่ายจึงต้อง ร่วมมือกัน ทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว

ชุมชน และสังคม โดยเฝ้าระวังและเสริมสร้างความตระหนัก ถึงสาเหตุปัจจัยและผลกระทบที่จะเกิดตามมา อีกทั้งมี ความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่ขาด ประสบการณ์ในการตัดสินใจ มีความอ่อนไหวต่อสิ่งเร้า ภายนอกสูง ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของวัยรุ่น จึงต้องเข้าใจในธรรมชาติของวัยรุ่น มีการให้ ความรู้ในการเลือกบริโภคอย่างเหมาะสม รวมถึงโน้มน้าว ให้ใช้เหตุผลในการตัดสินใจบริโภค และจากการที่สื่อมี อิทธิพลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น จึงควรใช้ ช่องทางนี้ในการรณรงค์สิ่งที่ดีและเหมาะสม โดยขอ ความร่วมมือจากบุคคลที่มีชื่อเสียงซึ่งเป็นที่นิยมในหมู่ วัยรุ่นให้มีส่วนร่วมในการโฆษณาเชิญชวนให้วัยรุ่นไทย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ วัยรุ่นไทยมีสุขภาพดี เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ โดยสนับสนุนให้วัยรุ่นไทยมีการบริโภคอย่างถูกหลัก โภชนาการ ที่เรียกว่า “โภชนบัญญัติ” ตามนโยบายของ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2554 อ้างถึงในพิศนา ศิริโชค, 2555) โดยควรปฏิบัติดังนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทาน อาหารที่หลากหลาย ไม่ซ้ำซาก ป้องกันการเป็นโรคมะเร็ง และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

2. รับประทานอาหารเป็นหลัก แต่สามารถสลับ กับอาหารประเภทเบี่ยงต่าง ๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมจีน

3. รับประทานผักผลไม้ให้มากและเป็นประจำ ป้องกันโรคมะเร็ง และไม่ให้อ้วนไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด ขับถ่ายสะดวก โดยเฉพาะผักปลอดสารพิษ ผลิตภัณฑ์ พืชสมุนไพร เช่น โสมเกาหลี เห็ดหลินจือตุ๋นยาจีน รวมถึง อาหารประเภทธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่วชนิดต่างๆ เพราะอุดมด้วยวิตามิน เกลือแร่ และเส้นใยอาหารที่มาจากธรรมชาติ

4. รับประทานปลาบ่อยๆ แต่รับประทานเนื้อสัตว์ น้อยๆ ช่วยให้กระดูกแข็งแรง ปลาทะเลจะช่วยป้องกัน โรคขาดสารอาหาร รับประทานไข่เพื่อเพิ่มวิตามินและ แร่ธาตุ 2-3 ฟองต่อสัปดาห์ ส่วนถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่ง โปรตีนที่ใช้แทนเนื้อสัตว์ได้ดี ให้พลังงานแก่ร่างกาย และควรรับประทานงาดำเพื่อเพิ่มแคลเซียมและวิตามินอี

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัยและมีแคลเซียมสูง อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว และดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ วันละ 6-8 แก้ว หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม โดยหันมาดื่มน้ำผลไม้สดหรือน้ำแร่แทน

6. ไม่รับประทานของทอด ไม่รับประทานตามแพชั่น รับประทานไขมันพอกผิว

7. หลีกเลี่ยงผงชูรส น้ำปลา และน้ำตาล โดยควรปรุงอาหารรับประทานเอง ลดการซื้อจากภายนอก

8. รับประทานอาหารตรงเวลา โดยเป็นอาหารที่สะอาด สด ปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่ปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษ

9. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หันมาออกกำลังกายแทน เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยลดภาวะเครียด

นอกจากนี้ บุคลากรทางสุขภาพควรมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นไทย ดังนี้

1. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่วัยรุ่นไทย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยให้หันมา รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกสุขอนามัย ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม รับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น รับประทานอาหารที่มีโปรตีนจากพืชประเภทถั่วแทน ส่วนอาหารอีกประเภทหนึ่งที่ไม่ควรรับประทานคือ น้ำตาล เพราะจะทำให้หลอดเลือดเสื่อมเร็ว ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ในที่สุด (ธีรวิทย์ วรารักษ์ไพบูลย์, 2557) และหมั่นออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งลดความสนใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ได้รับอิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ

2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับอาหาร ที่มีประโยชน์ สร้างค่านิยมในการรับประทานอาหารที่บ้าน กับครอบครัวมากกว่าการรับประทานอาหารนอกบ้าน เพื่อกระชับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้แน่นแฟ้น รวมทั้งส่งเสริมให้มีการปรุงอาหารขึ้นเอง ซึ่งสะอาดและปลอดภัยกว่าการรับประทานอาหารนอกบ้าน

3. กระตุ้นและให้ความรู้แก่ครูที่โรงเรียนในการส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ดื่มนมเป็นประจำทุกวัน ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย และสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์

เผยแพร่ความรู้ให้เด็กได้รับทราบอย่างทั่วถึง สามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (ศักดิ์อนันต์ รัตนสาครชัย, 2558; ณัฐชยา พวงทอง และธนัช กนกเทศ, 2560)

นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐควรเร่งหาแนวทางแก้ไขและส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยพยายามปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค ที่ถูกต้องและยั่งยืน ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ฝึกและกระตุ้นให้วัยรุ่นมีการรับประทานอาหารที่พึงประสงค์ โดยเลือก รับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เพื่อให้วัยรุ่นไทยมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ รวมถึง การหมั่นออกกำลังกาย และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างมาก ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคประกอบด้วยปัจจัยด้านความรู้ ด้านความเชื่อและค่านิยม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสื่อ โดยปัจจัยด้านความเชื่อและค่านิยมถือว่ามีผลอย่างยิ่ง ส่งผลให้วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารตามแพชั่นหรือตามสื่อโฆษณา รับประทานอาหารประเภทโปรตีน แป้ง และน้ำตาล ทำให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ ที่สำคัญคือ มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพทางกาย มีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ดังนั้น แนวทางป้องกันและแก้ไข ปัญหาอันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นไทย จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน ทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยการเสริมสร้างความตระหนักถึงสาเหตุและผลกระทบ การให้ความรู้ เกี่ยวกับการเลือกบริโภค การโน้มน้าวให้ใช้เหตุผลในการตัดสินใจบริโภค และการสนับสนุนให้มีการบริโภค ตามหลัก “โภชนบัญญัติ” อันจะส่งผลให้วัยรุ่นไทยเติบโต เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติพงษ์ เชื้อนรอบเขต. (2556). *การศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสตรีวิทยา 2* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, สุจิตรา จรจิตร, และกานดา จันทน์แย้ม. (2559). พฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นในจังหวัด สงขลา: การสังเคราะห์องค์ความรู้และปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร. *วารสาร ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต หาดใหญ่*, 8(1), 245-264.
- จิตติกาญจน์ พลัฒาผล, และพรพรหม เครือวงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร แม่สอด. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ระดับชาติ “นเรศวรวิจัย” ครั้งที่ 12: วิจัยและ นวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ*. หน้า 1439-1451. วันที่ 21-22 กรกฎาคม 2559 ณ มหาวิทยาลัย นเรศวร จังหวัดพิษณุโลก.
- ณัฐชา พวงทอง, และธนัช กนกเทศ. (2560). *ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดภาคกลาง ประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 11 มิถุนายน 2560, จาก www.northern.ac.th/north_research/p/document/file_14926820730.docx
- ทัศนาศิรีโชติ. (2555). *ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ สงขลา* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยราชภัฏ สงขลา.
- ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *วารสาร ปัญญาวิวัฒน์*, 5(2), 255-264.
- ปริญทร์ ศรีศัลลักษณ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 สถาบัน พระบรมราชชนก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุเบศร์ สมุทรจักร, และมนสิการ กาญจนะจิตรา. (2557). พฤติกรรมบริโภคในวัยรุ่นไทยและปัจจัยที่เป็น สาเหตุ. *วารสารธรรมศาสตร์*, 33(1), 46-69.
- มณีกัณฑ์ ไตรเมฆ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. *วารสารการจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 4(2), 22-33.
- มนัส ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภค อาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัด สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัย ราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 3(1), 109-126.
- ศรีบงอร สุวรรณพานิช. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตกระบี่. *วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา*, 4(1), 29-43.
- ศักดิ์อนันต์ รัตนสาครชัย. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร. *วารสาร อาหารและยา*, 22(1), 61-72.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *บริโภคอาหารถูกต้อง ลดปัญหาด้านสุขภาพคนไทย*. สืบค้น วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/19644->
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สิริดา พรหมสุนทร. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.

สุดดดา พงษ์อุทธา, และวาทีนี คุณเผือก. (บ.ก.). (2558). *อาหารและโภชนาการในประเทศไทย: เราอยู่ตรงจุดใดในปัจจุบัน* (รายงานประจำปี). นนทบุรี: แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

สุวรรณา เขียงขุนทด, และคณะ. (2557). *ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

World Health Organization. (2017). *Adolescents health*. Retrieved February 9, 2017, from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม Holistic Nursing for Traumatic Brain Injury Patient

รุ่งนภา เขียวชะอำ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

Rungnapa Khiewchaum, M.N.S. (Adult Nursing) *

ชดช้อย วัฒนะ, พย.ด. **

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) **

การบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถ (disable persons) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลอย่างทันท่วงที ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตพยาบาลต้องสามารถประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น ต้องมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการเฝ้าระวังอาการและการรักษา รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย แก้ไขปัญหาหรือความขัดแย้งทางจริยธรรม ตอบสนองความต้องการ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีความเฉพาะเป็นรายบุคคล เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตและฉุกเฉินแล้ว เป็นระยะการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลต้องสามารถให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและแก้ไขภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านหรือสังคมได้อย่างเหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ

ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งศาสตร์ทางกายวิภาค สรีรวิทยา และศาสตร์ทางการพยาบาล รวมทั้งกรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ในแต่ละระยะให้มีความครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความวิชาการนี้นำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ และระยะยาว

การพยาบาลแบบองค์รวม

คำว่า การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เนื่องจากการให้ความหมายโดยใช้ประสบการณ์ส่วนบุคคลในการตัดสินภาวะสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับคนแต่ละคน Tjale and Bruce (2007) กล่าวว่าจากนิยามที่มีความหลากหลาย แนวคิดนี้จึงยังมีความไม่ชัดเจน และเกิดการตีความที่แตกต่างกันไป ทำให้เข้าใจได้ยาก พบว่าการพยาบาลแบบองค์รวมมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 2 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลแบบทั้งคน (whole person) และมิติที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (bio-psychosocial and spiritual)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** นักวิชาการอิสระ

โดยมิติการดูแลแบบทั้งคนเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ การดูแลแบบองค์รวมเริ่มขึ้นจากการเห็นความสำคัญของจิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งเป็นมิติที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาค้นทั้งคน และคำนึงถึงมิติที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งความสัมพันธ์กันอย่างมีคุณภาพขององค์ประกอบทั้งสามนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่ความผาสุกของบุคคล การจะให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลต้องให้การดูแลที่เข้าถึงร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งคน

การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยวิกฤต เป็นการดูแลที่มีความสลับซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาที่เสี่ยงต่อชีวิต และต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยเครื่องมือทางการแพทย์หลากหลายชนิดที่ต้องการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแล รูปแบบการดูแลต้องการความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นรูปแบบหรือมาตรฐานด้านการแพทย์ (medical model) เป็นหลักการดูแลที่มุ่งเน้นเทคโนโลยีขั้นสูงและการใช้เครื่องมือในการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ควบคุมการหายใจ การไหลเวียนเลือด รวมถึงเครื่องมือที่เฝ้าระวังความผิดปกติ เช่น เครื่องตรวจการทำงานของหัวใจ อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานใช้เวลาด้านใหญ่อยู่กับเครื่องมือเหล่านี้ และพึ่งพาเทคโนโลยีในการดูแล จนทำให้มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งสิ่งที่พยาบาลในห้องผู้ป่วยวิกฤตควรคำนึงถึงคือ แม้ว่าเครื่องมือทางการแพทย์จะมีประสิทธิภาพในการช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะสำคัญ และช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่สามารถดูแลความเป็นคนทั้งคนสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ เนื่องจากการดูแลแบบองค์รวมเป็นการดูแลที่ต้องอยู่กับผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และตอบสนองความต้องการการดูแล โดยต้องมีความสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีทางการรักษากับศิลปะการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย มีอาการทุเลาลง สามารถยอมรับและ

ดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น โดยมีคุณภาพชีวิตในระดับที่พึงพอใจ หรือเสียชีวิตอย่างสงบ

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวม

ในการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาล (nursing roles) มีดังนี้

1. พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมแห่งการเยียวยา โดยใช้ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความจริงใจ การให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความไว้วางใจ และสัมพันธภาพ เป็นเครื่องมือในการเยียวยาทั้งผู้ป่วยและตนเอง
2. ใช้กิจกรรมการพยาบาลตามปกติและความเป็นองค์รวม การศึกษาเสริม การแพทย์ทางเลือก และการผสมผสานรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อให้บรรลุร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อการเยียวยาสุขภาพทั้งคน และเพื่อความผาสุกของประชาชน
3. ให้ความร่วมมือและเป็นหุ้นส่วนในการเลือกกระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลสำคัญ ชุมชน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรจากสาขาวิชาชีพอื่น โดยใช้หลักการและทักษะความร่วมมือ การให้เกียรติ และเคารพการมีส่วนร่วม
4. ร่วมเปลี่ยนแปลงกระบวนการพัฒนาชุมชนให้มีความวัฒนธรรมการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร ทั้งในด้านการทำงานและด้านการเรียน
5. ช่วยให้พยาบาลบำรุงและเยียวยาสุขภาพตนเอง
6. ร่วมในกิจกรรมที่พัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การสาธารณสุขดีขึ้น
7. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์และความเป็นธรรมต่อการกระจายความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส
8. มีความสัมพันธ์และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ต้องการอนุรักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ในระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญ เนื่องจาก

หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการรักษาอย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและพิการได้ ซึ่งการแบ่ง ความรุนแรงในระยะนี้อาจใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) หรือใช้ระยะเวลาที่สูญเสียความรู้สึกตัว โดยแบ่ง ความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรงน้อย ระดับรุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก

การบาดเจ็บที่วิกฤตและรุนแรงที่เกิดขึ้นในระยะ เริ่มแรก (primary injury) มักเป็นการบาดเจ็บที่ส่งผล โดยตรงต่อเนื้อเยื่อสมองและระบบประสาท เช่น การบาดเจ็บ ต่อกะโหลกศีรษะ การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดและเส้นประสาท ในสมอง จากการเกิดอุบัติเหตุจากแรงกระทบที่เป็นแบบหมุน (rotational injury) ทั้งนี้ อันตรายจะขึ้นอยู่กับความเร็ว และแรงที่มากกระทบต่อสมองที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ นอกจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มแรกแล้ว การบาดเจ็บ ระยะที่สอง (secondary injury) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง ก็มีความสำคัญและรุนแรงเช่นเดียวกัน โดยเกิดจากระบบประสาท ถูกทำลายจากการที่สมองได้รับบาดเจ็บ หลอดเลือดที่ไป เลี้ยงสมองถูกทำลาย รวมถึงการมีน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น ในกะโหลกศีรษะ ทั้งนี้ เนื้อสมองที่บรรจุอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ มีประมาณร้อยละ 80 ที่เหลือเป็นเลือดและน้ำไขสันหลัง อย่างละร้อยละ 10 (Mangat, 2012) เมื่อมีปัจจัยที่ทำให้ ปริมาตรของสิ่งเหล่านี้เพิ่มขึ้น เช่น การบาดเจ็บ การมี เลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม จะเกิดการแย่งเนื้อที่ ในสมอง และนำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) ตามมา

การบาดเจ็บระยะที่สองยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ ระบบการหมุนเวียนอัตโนมัติของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง บกพร่องหรือเสียหายที่ไป และทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บ ส่งผลให้มีการหลั่งของสารเคมี ที่ทำให้เกิดพิษจากการกระตุ้นของตัวรับเคมีที่มากผิดปกติ ซึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บระยะที่สอง ได้แก่ ภาวะเซลล์เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ภาวะความดัน โลหิตต่ำ ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะชัก การเพิ่มขึ้นของ ความดันในกะโหลกศีรษะ และภาวะไข้ โดยการบาดเจ็บ ระยะที่สองมักเกิดขึ้นเป็นเวลานาน และเป็นปัญหาที่ยุ้งยาก ในการรักษา นำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิตมากกว่า

การบาดเจ็บในระยะเริ่มแรก โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด การบาดเจ็บระยะที่สองคือ ภาวะเซลล์พร่องออกซิเจน และการกำซาบลดลง ซึ่งผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมอง อย่างรุนแรงและมีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีโอกาสเสียชีวิต ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะดังกล่าว ประมาณ 8 เท่า (Manley, Knudson, Morabito, Damron, Erickson & Pitts, 2001) โดยการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นปัจจัยทำนาย การเสียชีวิตที่สำคัญ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง อย่างรุนแรงจึงต้องการการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้อง เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ได้รับ การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญ ความเครียด มีการเรียนรู้และปรับการดำเนินชีวิตที่บ้าน หรือในสังคมได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามคำนิยามหลัก และมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (critical and emerging care nursing)

ระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและ รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมอง และเพื่อให้ผู้ป่วยมี ความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด และปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัญหาหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในระยะนี้คือ ปัญหาทางระบบประสาท และปัญหาทางระบบ หายใจ ซึ่งแนวทางในการพยาบาลประกอบด้วย 8 ประการ ดังนี้ (Hickey, 2009)

1. การคงไว้ซึ่งความโล่งของทางเดินหายใจ เป็นแนวทางลำดับแรกที่ต้องคำนึงถึง โดยพยาบาลไม่ควร ปลดปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง เพราะจะเพิ่มโอกาสของ การสำลัก และในการจัดทำควรเป็นท่าที่ช่วยในการระบาย สิ่งคัดหลั่งทางปาก

2. ระดับความรู้สึกตัวเป็นตัวชี้วัดที่วัดต่อ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยยังมีการไม่คงที่ ควรประเมินระดับความรู้สึกตัว

ทุก 5-10 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ทั้งนี้ การสังเกตของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ทราบว่าผู้ป่วยคือสัญญาณเตือนที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทมากที่สุด และพยาบาลเป็นผู้ที่ทราบดีเกี่ยวกับบุคลิกภาพและลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความปวด การอ่อนล้า หรือการลดลงของความรู้สึกตัว โดยพยาบาลมีความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลกับแพทย์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

3. เมื่อระดับความรู้สึกตัวลดลง พยาบาลควรพูดเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่นุ่มนวล เรียบง่าย และมีท่าทีสงบ รวมถึงในการปฐมพยาบาลสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ หากผู้ป่วยสับสนแว่นหรือใช้เครื่องช่วยฟัง ก็ควรให้ผู้ป่วยได้ใช้

4. เมื่อพยาบาลพูดกับผู้ป่วย พยาบาลควรตั้งสิ่งแวดล้อมแวดล้อมภายนอก ซึ่งสิ่งแวดล้อมดังกล่าวอาจเพิ่มความสับสนให้กับผู้ป่วย เมื่อมีบุคคลเข้าไปในห้องและมีการพูดคุยกับผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความสับสนได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมจะสร้างประสาทสัมผัสมากเกินไป และส่งผลให้ผู้ป่วยสับสนและตีความผิดไป

5. หลังผู้ป่วยตื่นและเริ่มพูด ผู้ป่วยมักสอบถามถึงช่วงเวลาที่เขาหายไปซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ พยาบาลควรอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว โดยสรุปเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยฟัง หากผู้ป่วยเริ่มไม่สามารถรวบรวมข้อมูลหรือบอกเรื่องราวได้ พยาบาลต้องปรับความเข้าใจผิดของผู้ป่วยให้ถูกต้อง

6. การป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลต้องคาดการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย วิธีการที่ใช้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงอาการของผู้ป่วยของพยาบาล เช่น อาการกระวนกระวาย อารมณ์หงุดหงิด นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องตระหนักถึงความปลอดภัยของสถานที่หรือห้องผู้ป่วย รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) หรือการวัดความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP monitoring) โดยมาตรฐานการดูแล

ผู้ป่วยนั้น ต้องการเวลาในการให้การพยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาลมากกว่าเรื่องอื่น พยาบาลควรสังเกตผู้ป่วยบ่อย ๆ ด้วยท่าทีที่สงบ เช่น การพูดของผู้ป่วย การอยู่ในท่านอนที่ถูกต้อง อาจต้องมีการยึดตรึงผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

7. ช่วงเวลากลางคืนและความมืดมักทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งแวดล้อมกับสิ่งกระตุ้นผิดไป จึงควรจัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ และพยาบาลควรหมั่นตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการสับสน ความกลัว และอาการหวิวของผู้ป่วยได้

8. ครอบครัวและผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวหรือการรู้คิด ซึ่งแนวทางการปฏิบัติขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วย พยาบาลควรสามารถเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีหากผู้ป่วยเกิดปัญหาในระหว่างการเยี่ยม หากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดในระหว่างการเยี่ยม พยาบาลต้องชี้แจงเหตุผลแก่ครอบครัวหรือผู้เข้าเยี่ยม ทั้งนี้ ครอบครัวอาจต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลหลังการเยี่ยมผู้ป่วย

จากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้ง 8 ประการ สามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต ได้ดังนี้

1. ประเมินสาเหตุของการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ความผิดปกติของอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้การดูแล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (กรณีที่มีสติ) และครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในขอบเขตของวิชาชีพที่พึงกระทำได้ รวมถึงแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวร่วมคิดและตัดสินใจ

3. อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการตรวจพิเศษเพื่อการตัดสินใจและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเข้ารับการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัย เช่น การตรวจระบบประสาท

อย่างละเอียด การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ด้วยเครื่องมือ การเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดสมองหรือเส้นประสาท โดยควรให้ข้อมูลเป็นระยะหรือทุกครั้งเมื่อครบครันความต้องการทราบ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการให้ข้อมูลโดยไม่แสดงอาการเร่งรีบหรือปิดบังข้อมูล

4. การดูแลในแผนกฉุกเฉิน หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ประเมินทางเดินหายใจ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และเครื่องมือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจกรณีมีความจำเป็น ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

5. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง และจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเพื่อการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงความจำเป็นและเหตุผล ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล จัดให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำ ติดเครื่องมือประเมินการทำงานของหัวใจอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือวัดปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจน และเครื่องมือเฝ้าระวังอาการอื่น ๆ ตามสมรรถนะของโรงพยาบาลนั้น ๆ เช่น continuous end-tidal carbondioxide monitoring เมื่ออาการทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ควรประเมินการบาดเจ็บอื่นๆ หากมีการบาดเจ็บที่ทำให้มีการเสียเลือดรุนแรงและคุกคามชีวิต ควรเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจพิเศษอย่างรวดเร็ว เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) ที่ศีรษะ กระดูกสันหลังส่วนคอ ช่องอก ช่องท้อง กระดูกเชิงกราน และกระดูกสันหลังช่วงอกถึงช่วงเอว เพื่อให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง และช่องอก ต้องมีการประเมินเพื่อวินิจฉัยควบคู่ไปกับการประเมินอาการทางระบบประสาทเสมอ เพราะมักเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่รุนแรง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ

6. ติดตามผลการตรวจพิเศษที่ช่วยในการวินิจฉัย เพื่อเตรียมให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองชนิดไม่ใช้สารทึบรังสี (non contrast method) นับเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ

ในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง หากผลการตรวจพบว่ามีก้อนเลือดขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร (0.40 นิ้ว) และมีสิทธิ์ หรือมีก้อนเลือดที่เนื้อสมองขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร (1.20 นิ้ว) ร่วมกับมีการเคลื่อนออกจากแนวกลางเกิน 5 มิลลิเมตร แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน (Simard, Sahuquillo, Sheth, Kahle, & Walcott, 2011) และให้ข้อมูลความก้าวหน้าแก่ครอบครัวเป็นระยะ

7. กรณีไม่เข้าเกณฑ์การเข้ารับการรักษากับด้วยการผ่าตัด จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกศัลยกรรมประสาท หรือหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อรับการรักษาระยะยาวอย่างใกล้ชิด หากแพทย์พิจารณาทำการวางสายเพื่อวัดความดันในกะโหลกศีรษะ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

7.1 ซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาจากครอบครัว โดยเฉพาะประวัติการได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet agents) หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant agents)

7.2 ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะตามแผนการรักษา กรณีที่เป็นการรักษาชนิด non-invasive พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล โดยควรจัดทำนอนให้กระดูกสันหลังของผู้ป่วยอยู่ในแนวตรงตั้งศีรษะถึงปลายเท้า ยกหัวเตียงให้สูงประมาณ 30 องศา และคอยติดตามเพื่อแก้ไขหรือป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยเฝ้าระวังค่า PaCO₂ ให้อยู่ในช่วง 28-35 มิลลิเมตรปรอท เพื่อช่วยลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

7.3 ติดตามเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการติดตามเฝ้าระวังภาวะดังกล่าว ได้แก่ มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง มีเลือดออกในสมองที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous intracranial hemorrhage) มีเนื้อตายในสมองเป็นบริเวณกว้าง (massive cerebral infarction) และมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมองเฉียบพลัน (acute hydrocephalus) ทั้งนี้ ควรมีเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่เป็นมาตรฐาน

อาจใช้เกณฑ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัย หรือแนวปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล เช่น กำหนดให้มีการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรงทุกราย หรือในผู้ป่วยที่มี GCS ต่ำกว่า 9 คะแนน และมีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ ซึ่งในภาวะปกติ ผู้ใหญ่ควรมีค่าความดันในกะโหลกศีรษะต่ำกว่า 10 มิลลิเมตรน้ำ หรืออยู่ในช่วง 10-15 มิลลิเมตรปรอท โดยมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงในกะโหลกศีรษะ (intracranial MAP) อยู่ในช่วง 60-100 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันกำซาบเนื้อเยื่อสมอง (cerebral perfusion pressure: CPP) ในภาวะปกติมีค่า 50 มิลลิเมตรปรอท แต่สำหรับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง ค่าเป้าหมายคือ 60-70 มิลลิเมตรปรอท (Meixensberger, Jaeger, Vath, Dings, Kunze, & Roosen, 2003) หากพบว่ามีผลผิดปกติ ควรรับรายงานแพทย์

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยา ดูแลแก้ไขปัญหาคาความปวด และอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย แพทย์อาจพิจารณาให้ยา fentanyl ซึ่งเป็นยาแก้ปวดกลุ่ม opioid analgesic โดยอาจใช้ในรายที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ภาวะหายใจเร็ว (tachypnea) และมีอาการกระสับกระส่าย ทั้งนี้ พยาบาลควรให้การดูแล โดยติดตามประเมินการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ เพราะยานี้อาจกดการหายใจ และทำให้หัวใจเต้นช้านอกจากนี้ ควรประเมินความจำเป็นในการใช้ยานี้ด้วยแบบประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งที่นิยมใช้คือ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) โดยแบบประเมินนี้มี 10 ระดับ แบ่งออกเป็นความวิตกกังวลหรือกระสับกระส่าย 4 ระดับ (+1 ถึง +4) สงบและตื่น 1 ระดับ (0) ง่วงซึมจนไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ 5 ระดับ (-1 ถึง -5)

9. หากมีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง แพทย์นิยมให้ mannitol ร่วมกับสารน้ำกลุ่ม hypertonic sodium chloride solution โดยเป็นการรักษาขั้นแรกในการแก้ไขภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการเพิ่ม

ความดันกำซาบเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้สารน้ำดังกล่าว ดังนี้

9.1 เฝ้าระวังภาวะสารน้ำไหลเวียนในร่างกายต่ำ (hypovolemia) และภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับบาดเจ็บหลายแห่ง (multiple trauma) และเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ระหว่างการให้สารน้ำกลุ่ม hypertonic sodium chloride solution โดยควบคุมการไหลของสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ฟังเสียงปอด และติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจเร็ว อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

9.2 ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรลิตต์ โดยเฉพาะระดับโซเดียมและออสโมลาริตี เฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ภาวะกรดจากเมตาบอลิซึมจากคลอไรด์สูง (hyperchloremic metabolic acidosis) ภาวะโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia) ผลข้างเคียงจากการได้รับสารละลายความดันออสโมซิสสูง (hypertonicity) และภาวะความดันออสโมซิสสูง (hyperosmolality)

9.3 ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษา ติดตามประเมินการทำงานของไต บันทึกสารน้ำเข้า-ออกอย่างเคร่งครัด เฝ้าระวังภาวะปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ติดตามค่า urine output หากน้อยกว่า 0.50 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อชั่วโมง ควรรับรายงานแพทย์

9.4 ติดตามเฝ้าระวังค่าความดันในหลอดเลือดแดง (arterial blood pressure) และค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure: CVP)

10. กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัว อธิบายความจำเป็นในการผ่าตัด

11. เตรียมความพร้อมในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหากมีข้อบ่งชี้ เช่น มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ร่วมกับมี GCS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน กรณีมีก้อนเลือดหรือร่องรอยการบาดเจ็บขนาดใหญ่ จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แพทย์อาจพิจารณาให้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก เช่น ในรายที่กะโหลกศีรษะแตกแบบยุบ (depressed skull fracture)

หรือกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด (opened fracture) หรือได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงซับซ้อน

12. ให้กำลังใจและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัว ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และดีที่สุดจากทีมแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาเป็นระยะ หากมีข้อสงสัย ให้สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

13. อนุญาตให้ครอบครัวได้ทำตามความเชื่อทางศาสนาที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกอบอุ่นใจ โดยจัดสิ่งแวดล้อมหรือมุมให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น มุมที่ตั้งพระพุทธรูปสำหรับกราบไหว้ หรือห้องละหมาด

14. กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ พยาบาลควรช่วยเหลือ โดยประสานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ หรือดูแลด้านสิทธิการรักษาให้กับผู้ป่วย พัทธกษัตริ์ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน

การพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง (craniectomy) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญหลังการผ่าตัดมีดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้คออยู่ในแนวตรง ไม่บิด ซึ่งจะช่วยป้องกันการอุดตันของ jugular vein ส่งผลให้เลือดดำไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น เพิ่มการหายใจเพื่อลดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hyperventilation) โดยอธิบายครอบครัวให้เข้าใจเหตุผลและร่วมดูแลในการจัดท่านอนให้ผู้ป่วย

3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อลดภาวะสมองบวม เช่น mannitol, diuretic หรือ steroid และติดตามสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาดังกล่าว

4. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะ การไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง

การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง รวมถึงภาวะสมองบวมซ้ำ หรือการมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมอง โดยประเมินจากอาการและอาการแสดง ค่าความดันกะโหลกศีรษะหรือจาก ICP monitoring

5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยรักษาระดับ PaCO₂ ให้อยู่ในช่วง 35-45 มิลลิเมตรปรอท ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ไม่ให้มีไข้ โดยรักษาอุณหภูมิให้ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส และเฝ้าระวังการเกิดการบาดเจ็บที่สมองระยะที่สอง

6. ดูแลด้านโภชนาการให้เหมาะสม โดยปรึกษาโภชนาการเพื่อกำหนดอาหาร และดูแลให้ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอ เพื่อรักษาภาวะโภชนาการให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเริ่มให้สารอาหารโดยเร็วภายใน 5 วันแรก จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (Härtl, Gerber, Ni, & Ghajar, 2008) ควรระวังการให้สารอาหารมากเกินไปจนความต้องการ รวมถึงการป้องกันภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนี้ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการใช้พลังงาน

7. อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และให้ครอบครัวร่วมเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่ผิดปกติ เช่น มีไข้ เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย กระวนกระวาย หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หายใจเร็ว มีการเกร็งหรือยึดเหยียดแขนขาที่ผิดปกติ หากพบความผิดปกติ ให้รีบรายงานพยาบาลหรือแพทย์

8. อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแล เพื่อป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตกแต่งเพื่อปิดกะโหลกศีรษะ (cranioplasty) ซึ่งจะทำได้ในช่วงหลังได้รับบาดเจ็บ 2-6 เดือน

9. ป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Kim, Gearhart, Zurick, Zuccarello, James, & Luchette, 2002) ซึ่งภาวะนี้สามารถป้องกัน

ได้โดยการช่วยออกกำลังกายบนเตียง นอกจากนี้ควรมีการใช้ผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการป้องกันภาวะดังกล่าว เช่น การใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ การใช้ถุงน่องผ้ายืด ทั้งนี้ควรมีการปรึกษาแพทย์ในรายที่มีความเสี่ยงสูง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น heparin, coumadine และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา โดยติดตามประเมินความเสี่ยงซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง

10. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และดูแลให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ หรือจัดหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะนี้ด้วย (รุ่งนภา เพียวชะอ๋อ, 2554)

11. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ และชี้แจงถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการยุติในรายที่หมดหวัง โดยช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ให้ครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจในการรักษา และให้โอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา

2. การพยาบาลในระยะต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ (continuing and recovery care nursing)

หลังจากที่ภาวะสมองบวม การมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมอง และการติดเชื้อได้รับการแก้ไขแล้ว แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดตกแต่งเพื่อปิดกะโหลกศีรษะ โดยมักทำหลังได้รับบาดเจ็บประมาณ 2-6 เดือน หากทำเร็วกว่ากำหนดจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มากกว่า ส่วนผู้ที่ได้รับการต่อสายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองลงสู่ช่องท้อง (ventriculoperitoneal shunt: VP shunt) มักมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก (Honeybul, 2010) ดังนั้น ในระยะการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพนี้พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย และให้การช่วยเหลือฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ซึ่งการดูแล

ที่สำคัญมีดังนี้

1. การประเมินผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองโดยประเมินในสิ่งต่อไปนี้

1.1 การประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ (cognitive dysfunction) ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความจำ ความตั้งใจ ภาษา การแสดงอารมณ์ การมองเห็น การทำหน้าที่โดยเฉพาะด้านความจำ และปัญหาด้านการสื่อสารหรือการใช้ภาษา ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการทำงานของสมองของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 การประเมินการทำงานที่ทางจิตประสาท (neuropsychological function) ในระยะที่เพิ่งฟื้นฟูสภาพพยาบาลควรประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว เมื่อผู้ป่วยสามารถโต้ตอบได้ จึงให้ทำตามคำสั่ง หรือประเมินการตอบสนองจากการกระตุ้น หรือการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมเมื่อสามารถตอบสนองได้ พยาบาลควรประเมินการรับรู้และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาทเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการประเมินการทำงานที่ของระบบประสาทนั้น ทำได้โดยให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งง่าย ๆ หรือตอบคำถามง่าย ๆ โดยให้ตั้งใจฟัง นอกจากนี้ยังควรประเมินความจำ การเรียนรู้ การจำเสียง การจำภาพ การแก้ไขปัญหา การทำงานที่ซับซ้อนขึ้น และการใช้ภาษา เป็นต้น ซึ่งการประเมินเหล่านี้จะมีข้อจำกัดในรายที่ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาต หรือไม่สามารถพูดได้ ผลการประเมินการทำงานที่ทางจิตประสาทจะช่วยให้ทราบถึงผลกระทบต่อระดับการรับรู้ ว่ามีความเสียหายมากน้อยเพียงใด และส่งผลต่อการทำหน้าที่หรือความสามารถในการทำงาน ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถในการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม

1.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (neurobehavioral disorders) การบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมที่เป็นผลจากระบบประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (major depression) อาการเครียดหลังการบาดเจ็บ (post-traumatic stress disorder) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

อาการกระวนกระวาย และพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) เพิ่มขึ้น โดยปัจจัยเสี่ยงคือ การใช้สารเสพติด การมีอารมณ์แปรปรวน และการมีปัญหาทางจิต (Teasdale & Engberg, 2005; Simpson & Tate, 2007)

1.4 การประเมินผลกระทบทางจิตสังคม (psychosocial effects) พยาบาลควรประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งการปรับตัวต่อผลกระทบดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาได้ เช่น ความพิการ ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพต้องเริ่มทำโดยเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม แต่หากผู้ป่วยมีสภาพจิตใจไม่พร้อมและไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเกิดความล่าช้า จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติและยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงไม่สามารถกลับไปทำบทบาทหน้าที่ เช่นก่อนการบาดเจ็บ มักไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2. การประเมินความต้องการในการฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินจากการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมอง Mini-Mental State Examination (MMSE), Verbal Adult Intellectual Scale (VAIS)

3. การประสานความร่วมมือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตโดยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามที่เคยปฏิบัติ

4. การฟื้นฟูทางการแพทย์ (medical rehabilitation) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่การทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

การจัดการความปวดโดยการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งอาจทำได้โดยการใช้ยาหรือการไม่ใช้ยา รวมถึงการแพทย์ทางเลือกและการรักษาเสริมตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ โดยมีการประเมินความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย การใช้กายอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น แก้อัลดเซ็น อุปกรณ์ช่วยเดิน

5. การส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสภาพที่แผนกกายภาพบำบัด โดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมการฝึกเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ให้กำลังใจ และดูแลช่วยอำนวยความสะดวก

6. การฟื้นฟูจิตประสาทแบบองค์รวม (holistic neuropsychological rehabilitation) โดยใช้ผลการวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยมีการปฏิบัติดังนี้

6.1 การสนับสนุนด้านจิตใจ (supportive psychotherapy) เช่น การรับฟัง การยอมรับ การให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกด้วยวิธีต่าง ๆ การช่วยให้ได้ผ่อนคลายโดยเทคนิคการผ่อนคลาย หากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาควบคุมภาวะซึมเศร้า

6.2 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความสูญเสีย (grief and bereavement counseling) โดยช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง และสามารถเผชิญความเจ็บปวดทางอารมณ์และพฤติกรรมได้ การให้ผู้ป่วยได้แสดงอารมณ์และความรู้สึก การช่วยให้สามารถแก้ไขอุปสรรคในการปรับตัวต่อการสูญเสีย และการค้นหาแนวทางในการเผชิญปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ในขณะที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

6.3 การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และการปรับตัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจผู้ป่วย และให้ครอบครัวร่วมหาวิธีการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง โดยมีการสนับสนุน ให้กำลังใจ ยอมรับ และเผชิญกับสภาพ

อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

6.4 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) โดยสร้างความเชื่อมั่นเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แก้ไขความคิดทางลบโดยใช้การสื่อสารทางบวก มีการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation)

6.5 การฟื้นฟูโดยการฝึกทักษะขั้นพื้นฐาน (basic skill training) และการฝึกทักษะการทำหน้าที่ที่บกพร่อง (functional skill training) เช่น การสวมเสื้อผ้าด้วยแขนข้างเดียว การเคลื่อนย้ายร่างกายจากรถขึ้นสู่เตียงนอนด้วยตนเอง

3. การพยาบาลในระยะยาว (long-term care nursing)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมักมีความพิการหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ดังนั้น การดูแลระยะยาวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่สำคัญ มีดังนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวจากผู้ป่วยและครอบครัว และศึกษาข้อมูลทางการแพทย์จากแผนการจำหน่ายและแฟ้มประวัติ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวางแผนการช่วยเหลือ ร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผลของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย การดูแลที่สำคัญ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การชัก

3. ให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากร เช่น สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งสามารถไปใช้บริการในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เว็บไซต์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สถานฝึกอาชีพ

4. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเรียนรู้การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการบาดเจ็บ ด้วยการสนับสนุนแหล่งข้อมูลหรือทรัพยากรที่จำเป็น ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการหาทางเลือกที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

5. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้เกิดความสะดวก หากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพหลังการบาดเจ็บที่สมอง เช่น การปรับเปลี่ยนห้องน้ำให้สามารถนำรถเข็นเข้าไปได้ การทำทางลาดสำหรับรถเข็น

6. ประสานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการฟื้นฟูกระบวนการรับรู้และกระบวนการคิดให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม

7. ป้องกันการคิดฆ่าตัวตาย โดยเตรียมความพร้อมของครอบครัวและ/หรือญาติผู้ดูแล จัดเตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งสัตว์เลี้ยง โดยอธิบายให้เข้าใจถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่รุนแรง วางแผนร่วมกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง สนับสนุนให้ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาหรือด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยเลื่อมใส ศรัทธา รวมทั้งประเมินอาการที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

8. ส่งเสริมการทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ การทำงานและกิจกรรมตามความสามารถ การเป็นอาสาสมัครใน การทำกิจกรรมที่เป็นการกุศล เพื่อสร้างความหวัง และลดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ป้องกันการเกิดความคิดที่ว่าตนเองเป็นคนไม่มีประโยชน์ ไร้สมรรถภาพ

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผลของการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสีย และภาวะทุพพลภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกาย การทำหน้าที่จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในระยะยาว การฟื้นฟูสภาพหลังการบาดเจ็บต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน และต้องการความต่อเนื่องในการติดตามดูแล การให้การพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระยะ โดยใช้ความรู้จากผลการวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศมาเป็นแนวทาง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่กับความพิการหรือภาวะทุพพลภาพได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(1), 18-25.
- Härtl, R., Gerber, L. M., Ni, Q., & Ghajar, J. (2008). Effect of early nutrition on deaths due to severe traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*, 109(1), 50-56.
- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological & neurosurgical nursing* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Honeybul, S. (2010). Complications of decompressive craniectomy for head injury. *Journal of Clinical Neuroscience*, 17(4), 430-435.
- Kim, J., Gearhart, M. M., Zurick, A., Zuccarello, M., James, L., & Luchette, F. A. (2002). Preliminary report on the safety of heparin for deep venous thrombosis prophylaxis after severe head injury. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 53(1), 38-42.
- Mangat, H. S. (2012). Severe traumatic brain injury. *Critical Care Neurology*, 18(3), 532-546.
- Manley, G., Knudson, M. M., Morabito, D., Damron, S., Erickson, V., & Pitts, L. (2001). Hypotension, hypoxia, and head injury: Frequency, duration, and consequences. *JAMA*, 136(10), 1118-1123.
- Meixensberger, J., Jaeger, M., Väh, A., Dings, J., Kunze, E., & Roosen, K. (2003). Brain tissue oxygen guided treatment supplementing ICP/ CPP therapy after traumatic brain injury. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 74(6), 760-764.
- Simard, J. M., Sahuquillo, J., Sheth, K. N., Kahle, K. T., & Walcott, B. P. (2011). Managing malignant cerebral infarction. *Critical Care Neurology*, 13(2), 217-229.
- Simpson, G., & Tate, R. (2007). Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: Prevalence, risk factors and implications for clinical management. *Brain Injury*, 21(13-14), 1335-1351.
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2005). Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*, 19(12), 1041-1048.
- Tjale, A. A., & Bruce, J. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30(4), 45-52.

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง Preparedness of Caregivers of Patients with Spinal Cord Injury

สุภาพ เทื่อนชู, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

Suphab Mueanchoo, M.N.S. (Adult Nursing) *

ปณิชนา เชื้อวงษ์, M.Sc. **

Panatchaya Chuawong, M.Sc. **

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบครัว และสังคม ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บส่งผลให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก จากความบกพร่องในการทำงานของร่างกายในส่วนที่ต่ำกว่ารอยโรคที่ได้รับบาดเจ็บ สูญเสียความเป็นอิสระในการพึ่งพาตนเอง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตต้องหยุดชะงัก ต้องปรับแผนการในอนาคตใหม่ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบด้านอารมณ์ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ การถูกตีตราจากสังคมจากภาวะทุพพลภาพถาวร สูญเสียอาชีพการงาน ขาดรายได้ ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่เดิมของตนได้ รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ จากการศึกษาต้นทุนสำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศออสเตรเลีย มีการประมาณค่าใช้จ่ายประจำปีตลอดอายุของผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังทั้งตัว (tetraplegia) คิดเป็นเงิน 234,536,000 บาท (Middleton, Davies, Anand, Reinten-Reynolds, Marial, & Middleton, 2012) แต่ในประเทศไทยไม่พบสถิติค่าใช้จ่ายตลอดอายุของผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังอย่างเป็นทางการ จะเห็นได้ว่าการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังไม่ได้เป็นปัญหาด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลกระทบต่อการสูญเสียบุคคลวัยทำงาน ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศร่วมด้วย

การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ทั้งกำลังร่างกายและสติปัญญาอย่างมาก อีกทั้งยังมีโอกาสเผชิญกับความเครียดตลอดเวลาจากภาระงานที่หลากหลายของผู้ดูแลซึ่งต้องปฏิบัติดูแลต่อผู้ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เมื่อผู้ได้รับบาดเจ็บต้องกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ และด้านสังคม ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพยังขาดการออกแบบระบบบริการร่วมกัน ยังไม่เห็นภาพการตอบสนองสภาพปัญหาในพื้นที่ ขาดการจัดบุคลากรที่เชื่อมโยงทุกระดับ บทความวิชาการนี้เป็นการเขียนเชิงวิเคราะห์จากงานวิจัย เพื่อสะท้อนให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังและความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลแบบองค์รวม ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือแบบครบวงจร มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ ครอบครัว และชุมชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานและมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

การบาดเจ็บไขสันหลังมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร การพลัดตกจากที่สูง การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกยิง และการเล่นกีฬา การบาดเจ็บนี้พบได้บ่อยในบุคคลวัยทำงานมากกว่าวัยอื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (National Spinal Cord Injury Statistical Center: NSCISC, 2009) และเป็นวัยสร้างสรรค์ในการพัฒนาประเทศ ในประเทศกำลังพัฒนา พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บไขสันหลังประมาณร้อยละ 12.70-29.70 (Van Den Berg, Castellote, de Pedro-Cuesta, & Mahillo-Fernandez, 2010) สำหรับสถิติของประเทศไทย ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 มีจำนวน 16.70, 18.50 และ 19.60 คนต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และจากสถิติของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่าจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 76 ราย ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 80 ราย และในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนเพิ่มสูงถึง 100 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์, 2555)

ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังนั้นเป็นสถานการณ์วิกฤตของบุคคล บางรายมีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ (March, 2005) ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางที่ต้องการได้ มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Gardner & Kluger, 2004) มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย (Stiens, Bergman, & Goetz, 1997) ความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนมาได้เหมือนเดิม โดยทั่วไป ผู้ที่มีการบาดเจ็บระดับ C1-C3 ร้อยละ 80-90 มีความต้องการการดูแลในเรื่องทางเดินหายใจ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ส่วนผู้ที่มีการบาดเจ็บระดับตั้งแต่ C4 ลงมา มักหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ต้องการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันทั้งหมดจากผู้ดูแล บางรายอาจมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว หรือการกลืน

ดังนั้น ผู้ดูแลอาจต้องเรียนรู้เรื่องการให้อาหารทางสายยาง หรือเรียนรู้เรื่องการป้อนอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก สำหรับผู้ที่มีการบาดเจ็บระดับต่ำกว่า C5 ต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย ซึ่งต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการลุกจากเตียง เก้าอี้ หรือรถเข็น เพื่อไปห้องน้ำ และต้องได้รับการดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังร้อยละ 20 มีการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 21 เกิดแผลกดทับ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ข้อติดแข็ง สิ่งเหล่านี้บ่งชี้ว่าผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนาน ต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูง

เมื่อการดำเนินของโรคพ้นภาวะวิกฤต มีอาการคงที่ และอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพทางกาย ผู้ได้รับบาดเจ็บจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีภาวะทุพพลภาพเหลืออยู่ และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลในส่วนที่ผู้ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถตอบสนองตนเองได้ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นผู้ได้รับบาดเจ็บให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ซึ่งกิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแล ได้แก่ การให้อาหารและน้ำ ผู้ดูแลต้องสามารถให้อาหารและน้ำทางสายยางแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บได้ การดูแลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไม่สามารถบอกความต้องการที่จะขับถ่ายได้ ซึ่งจะขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม การดูแลทางเดินหายใจ ผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามการดูแลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเคาะปอดอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพของผู้ได้รับบาดเจ็บ การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ

2. การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และมีผลทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ McKinley, Jackson, Cardenas, and DeVivo (1999) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดในผู้ได้รับบาดเจ็บเมื่อกลับบ้าน คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รองลงมาคือ การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

3. การดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจและการดูแลด้านจิตสังคม พบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมักมีอาการไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย หรือมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวต่อสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลควรดูแลด้านจิตใจ โดยให้การยอมรับ และเข้าใจสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ได้รับบาดเจ็บ ดูแลด้วยความรักและความเอาใจใส่ สัมผัสผู้ได้รับบาดเจ็บด้วยความนุ่มนวล ควรให้ข้อมูลเสริมพลัง (psychological empowerment) ส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจผู้ได้รับบาดเจ็บ ผู้ดูแลควรดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างใกล้ชิด และควรส่งเสริมให้ผู้ได้รับบาดเจ็บมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ได้รับบาดเจ็บรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง

จากการสูญเสียสมรรถภาพและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประกอบกับความต้องการการดูแลดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม ทำให้ขาดรายได้ เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ให้ครอบครัว และต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บที่บ้าน ทำให้มีเวลาดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บน้อยลง ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลเมื่อผู้ดูแลขอความช่วยเหลือ สามารถช่วยปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำกิจกรรมในการดูแลให้แก่ผู้รับการดูแล (care receiver) ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ บุคคลนั้นต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกอื่นๆ โดยไม่คิดค่าตอบแทน (สุภาพ เหมือนชู, ภาวนา กิริติยวงศ์, และวริยา วชิราวัฒน์, 2559)

ในสถานการณ์ปัจจุบัน พบปัญหาการให้บริการผู้ได้รับบาดเจ็บไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชนจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผู้ได้รับบาดเจ็บต้องการการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลตนเอง ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการรักษาในสถานการณ์ปัจจุบัน

การก้าวสู่บทบาทของผู้ดูแล

ปัจจัยที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง คือ วัฒนธรรมประเพณี และค่านิยมของสังคมในเรื่องความกตัญญูทดแทนหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว การทดแทนบุญคุณจากคุณความดีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บเคยปฏิบัติมา ความสัมพันธ์ทางสายเลือด ความเกี่ยวข้อง การเป็นบุตรเพศหญิง ความเห็นใจและความสงสารที่มีต่อผู้ได้รับบาดเจ็บ การยอมรับของผู้รับการดูแล ทั้งนี้ ผู้ได้รับบาดเจ็บบางรายเลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว หรือความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เนื่องจากสามารถจัดสรรเวลาในการดูแลได้ และเกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยที่สุด (สุภาพ เหมือนชู และคณะ, 2559)

บทบาทของผู้ดูแลที่บ้านกับผู้ดูแลที่โรงพยาบาล

เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บที่บ้าน ที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องดูแลหลายอย่างในเวลาเดียวกัน จึงต้องบริหารจัดการเวลาล่วงหน้าว่าจะปฏิบัติสิ่งใดก่อน-หลัง ตามลำดับ เช่น การดูแล

ด้านกิจวัตรประจำวันในเรื่องต่าง ๆ การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา ไม่มีเวลาหยุดพัก ส่วนการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บขณะอยู่โรงพยาบาลนั้น ผู้ดูแลจะเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ได้รับบาดเจ็บในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค โดยมีบุคลากรทางการแพทย์มากมายที่พร้อมจะตัดสินใจในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลที่มีปัญหาได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลสามารถระงับการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บได้เป็นบางครั้ง เนื่องจากมีผู้ดูแลอื่น ๆ มาผลัดเปลี่ยนในบางช่วงเวลา รวมถึงต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผู้ดูแลบางคนมีโรคประจำตัว เมื่อได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับความวิตกกังวล ความห่วงใยที่มีต่อผู้ได้รับบาดเจ็บ จะเป็นสาเหตุให้โรคประจำตัวกำเริบขึ้นได้ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทั้งสองบทบาทของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ (สุขภาพเหมือนชู และคณะ, 2559)

ผลกระทบจากการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังของผู้ดูแล

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังไม่เพียงแต่เกิดกับผู้ได้รับบาดเจ็บเท่านั้น ผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังจะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและกำลังสติปัญญา ซึ่งเป็นการดูแลที่ยาวนาน ตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บ ภาระการดูแลย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ การทำงานของฮอร์โมนผิดปกติ มีระดับกลูโคสเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด หัวใจบีบตัวแรงและเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น รวมถึงมีภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และอวัยวะเสื่อมโทรมลง จากการศึกษาของสุขภาพ เหมือนชู และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าผู้ดูแลมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ

โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ กิจกรรมการดูแลที่ต้องช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ป่วยด้วยโรคกระดูก กล้ามเนื้อ และปวดเมื่อยตามร่างกาย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ในระยะแรกภายหลังการบาดเจ็บ ผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลว่าผู้ได้รับบาดเจ็บอาจเสียชีวิตได้ และไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา เมื่ออาการคงที่ ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลเรื่องต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความบกพร่องด้านร่างกายของผู้ได้รับบาดเจ็บ วิธีการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อเข้าสู่ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ได้รับบาดเจ็บต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยมีภาวะทุพพลภาพเหลืออยู่ การปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจากภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น การขาดทักษะการดูแลที่จำเป็น ข้อยกาดทางเศรษฐกิจ ตลอดจนผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ก้าวร้าวของผู้ได้รับบาดเจ็บ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

3. ผลกระทบด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลต้องมีบทบาทและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (Post & Noreau, 2005) เช่น ภรรยาต้องรับบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทน ต้องออกไปทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว แทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งบทบาทเหล่านี้ไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน รวมถึงความคลุมเครือในบทบาท ความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท และการมีบทบาทมากเกินไป เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าถูกคุกคามได้

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ได้รับบาดเจ็บมักเพิ่มขึ้นตามสภาวะการดำเนินของโรค ซึ่งอาจต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค อีกทั้งการตรวจพิเศษต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งบางครอบครัวอาจมีความขัดสนทางการเงินอันสืบเนื่องมาจากการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นเวลาที่ยาวนาน ส่งผลต่อการหารายได้ และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และขาดการเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลได้

5. ผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากการกักการดูแล ภาวะทุพพลภาพของผู้ได้รับบาดเจ็บแต่ละรายที่ต้องปฏิบัติ ในเวลาเดียวกันหลายอย่าง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีวิถีการดำเนินชีวิต ที่เปลี่ยนแปลงไป โอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เช่น พิธีกรรมทางศาสนา งานประเพณีต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ เกิดความไม่สมดุล ทางจิตใจ

จากการศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ของสุภาพ เหมือนชู และคณะ (2559) พบว่าปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ระบุถึง มีดังนี้

1. ปัญหาด้านการขาดความเชื่อมั่นในสมรรถนะ ของตน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูลด้านการเจ็บป่วย แนวทางปฏิบัติการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิด จากพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องการขับถ่าย การเคลื่อนย้าย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำส่ง โรงพยาบาล ผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน ที่จะดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิด ความพึงพอใจ ส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่าง เหมาะสม

2. ปัญหาด้านสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว พบว่าความเครียดกับบทบาทใหม่ หรือบทบาทที่เปลี่ยนแปลง ไป ที่ต้องรับภาระในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ทำให้มีการผลัก ภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้ง ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับบาดเจ็บ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลต้องการการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิก ในครอบครัว การพบปะพูดคุย การช่วยกันหาข้อมูลในการดูแล และการแสดงความรักต่อกันด้วยการโอบกอด จะเห็นได้ว่าบุคลากรทางสุขภาพต้องใช้แนวคิดการเสริมพลัง อำนาจให้กับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

3. ปัญหาการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ จากการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บ หลายอย่างในเวลาเดียวกัน โดยเฉพาะเมื่อต้องพาผู้ได้รับ

บาดเจ็บไปตรวจตามแพทย์นัด จากพยาธิสภาพของโรคที่ สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ความไม่สะดวก ในการเข้าถึงแหล่งบริการ การต้องนั่งรถเข็นหรือนอนเปล ขณะรอรับการตรวจ บางรายมาไม่ทันเวลานัด บางราย ผู้ดูแลต้องดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร ต้องละทิ้งผู้ได้รับ บาดเจ็บไว้แต่เพียงลำพัง ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุได้ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลมีความต้องการ ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพใน 3 ด้าน ดังนี้

3.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้ดูแลต้องการทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ได้รับบาดเจ็บ การได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ การแจ้งข่าวไปที่บ้าน รวมถึงข้อมูล เกี่ยวกับหน่วยบริการเครือข่ายในชุมชน

3.2 การสนับสนุนด้านบริการ โดยต้องการได้รับการ ต้อนรับและการเอื้ออำนวยความสะดวกจากบุคลากร ทางสุขภาพเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล ต้องการการยืดหยุ่น เรื่องเวลา การอนุญาตให้โทรศัพท์สอบถามอาการเจ็บป่วยได้ การลดขั้นตอน และการเยี่ยมชมตามอาการที่บ้าน เป็นต้น

3.3 การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผน การรักษา ต้องการความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลที่ดี และ ต้องการโอกาสในการซักถามข้อสงสัย ได้พูดคุยระบาย ความทุกข์ใจ หรือได้รับการปลอบโยน ให้กำลังใจ

4. ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ความขัดสน ทางการเงินส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ หากฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทมาทำงาน หารายได้ให้ครอบครัวแทนผู้ได้รับบาดเจ็บ เพราะต้องการ มีรายได้เพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปติดตามการรักษาที่ โรงพยาบาล ค่าอุปกรณ์ ของใช้ต่าง ๆ ค่าอาหาร ค่ายา ดังนั้น ผู้ดูแลบางคนอาจใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติการก ารดูแล รับงานมาทำที่บ้านเพื่อเป็นการหารายได้เสริมให้ ครอบครัว

จากปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ได้รับ บาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจ ในปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล เพื่อตระหนักถึง ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งทำ

หน้าที่เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล: การบูรณาการสู่การปฏิบัติ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้บริการสุขภาพผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต้องให้บริการควบคู่ไปกับการดูแลและการช่วยเหลือผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน โดยจะต้องเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในสภาพการณ์ปัจจุบัน การช่วยเหลือผู้ดูแลไม่ควรมุ่งเฉพาะการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลเท่านั้น แต่จะต้องให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยผสมผสานเข้าด้วยกัน กล่าวคือ ควรตระหนักถึงสวัสดิภาพของผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในเครือข่ายความร่วมมือ และให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ได้รับบาดเจ็บเกิดเหตุ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งระยะวิกฤต ระยะอาการคงที่ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งผู้ได้รับบาดเจ็บยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องการการประสานงานการดูแลระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งแนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลโดยบูรณาการสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

1. ผู้บริหารสถานพยาบาลระดับจังหวัด ควรมีการมอบนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้บริการผู้ดูแล สร้างความร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพในระดับต่าง ๆ มีการทำงานเป็นทีม มีการพัฒนาศักยภาพของทีมงานครอบครัว (family care team) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการวางแผนระบบบริการร่วมกัน ซึ่งควรมีการพบปะพูดคุย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ร่วมกัน หรือสร้างกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice: CoP) โดยมีการบูรณาการกับงานประจำ เพื่อพัฒนาการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ดังนี้

1.1 ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ประกอบด้วย

ด้วยบุคลากรซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกัน ดังนี้

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ เป็นครูผู้ถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์หรือทางเวชศาสตร์ครอบครัว แก่บุคลากรทุกสาขา เป็นผู้นำ และเป็นพี่ปรึกษาแก่ทีมงานบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ

- ทันตแพทย์ ทำหน้าที่จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ให้บริการทันตสุขภาพในระดับชุมชน ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

- พยาบาลเวชปฏิบัติ ทำหน้าที่ดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัวที่รับผิดชอบ ให้คำปรึกษา แนะนำ พิจารณาลิขสิทธิ์ ครอบครัวในความรับผิดชอบ ประสานงานการส่งต่อ และติดตามผล

- พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประสานงาน ช่วยเหลือ และสนับสนุนระดับอำเภอ ออกแบบระบบการจำหน่ายผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

- นักกายภาพบำบัด ทำหน้าที่ดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ได้รับบาดเจ็บในระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะเรื้อรังในชุมชน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้พิการ ตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว อบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครในชุมชน

- นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสิทธิการรักษา รวมทั้งประเมินการรับรู้ ความคาดหวัง และประเด็นปัญหาทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพใช้ในการวางแผน เมื่อผู้ได้รับบาดเจ็บกลับบ้าน ทำหน้าที่เติมเต็มในส่วนที่ขาดเป็นตัวเชื่อมโยงกับเครือข่าย ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ

- นักสุขภาพจิตในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นพี่ปรึกษาถ่ายทอดความรู้แก่ทีมหมอครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน เป็นต้น

- ทีมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนการบริหารจัดการ และพัฒนาศักยภาพแก่ทีมระดับตำบลและระดับชุมชน

1.2 ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกัน ดังนี้

- พยาบาลวิชาชีพ ในฐานะผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง (case manager) ระดับตำบล ทำหน้าที่จัดการข้อมูลด้านสุขภาพและด้านสังคมของทุกครอบครัว ช่วยเหลือ สนับสนุนทีมหมอครอบครัว และติดตามประเมินผล ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพระดับอำเภอในการเข้าดูแล ทีมระดับตำบล จัดวางระบบการเยี่ยมบ้านให้แก่นักบริบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในเขตรับผิดชอบของตน

- นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงาน สาธารณสุขชุมชน ทำหน้าที่ดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประสานส่งต่อเมื่อเกินขีดความสามารถ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไข้เลือดออก เสริมพลังการพึ่งพาตนเอง และเชื่อมโยง ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3 ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ประกอบด้วยภาคประชาชนในพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกัน ดังนี้

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ให้สุขภาพสำหรับเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มวัยตามปฏิทินของชุมชน และให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการ ทีมหมอครอบครัว

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำหน้าที่สื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่น สำรวจ จัดทำข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตาม รวบรวม และรายงานผลการดำเนินงาน

- นักบริบาล ทำหน้าที่ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ ในช่วงแรกหลังการจำหน่าย เช่น ช่วยผู้ดูแลอาบน้ำ ให้อาหารทางสายยาง ทำแผลเจาะคอ ให้การดูแลปัญหาสุขภาพ เช่น ข้อติด แผลกดทับ และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้อง

มาพบแพทย์ก่อนนัด รวมถึงการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้ดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ได้รับบาดเจ็บ

- แกนนำครอบครัว ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ดูแล ร่วมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว ในทุกมิติแบบองค์รวม ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพเมื่อต้องไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรส่งเสริมให้พยาบาล มีการพัฒนาความรู้เพื่อรองรับนโยบายการให้บริการ เช่น การอบรมให้ความรู้ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการวิจัย การศึกษาต่อเพื่อเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางด้านการพยาบาล ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

3. การวางแผนจำหน่ายผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ควรคำนึงถึงความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในครอบครัว ให้การดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรมีการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกสรรผู้ที่จะมีบทบาทหน้าที่การดูแลอย่างเหมาะสม เช่น บุตร ภรรยา หรือผู้ที่มีความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง นอกจากนี้ ควรพิจารณาถึงอายุ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว รวมทั้งพิจารณาผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้ดูแลด้วย เนื่องจากการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังนั้น บางรายยังคงมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ต้องการการปฏิบัติการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลา

4. การวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ควรเป็นความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะของแต่ละฝ่ายในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมวางแผนการเตรียมความพร้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สำหรับแผนการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลนั้น ควรมีการบันทึกระบุขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของสหสาขาวิชาชีพแต่ละระดับที่เกี่ยวข้อง

5. โรงพยาบาล ควรมีการลงทะเบียนและทำบัตร

นัดเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งควรมีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันตลอดเวลา โดยอาจใช้เครื่องมือสื่อสารออนไลน์ต่าง ๆ และมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงปัญหาและความต้องการ เพื่อให้สามารถวางแผนการให้การช่วยเหลือและการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลแต่ละคน

6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนการจัดสรรงบประมาณ แผนงาน และจัดตารางเวลาด่วนหน้า ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว (roadmap family care team) ระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการทำโครงการร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการให้การดูแล โดยให้การสนับสนุนดังนี้

6.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล ควรให้ข้อมูลการเจ็บป่วยในแต่ละระยะการดำเนินของโรค พยาธิสภาพของการบาดเจ็บไขสันหลัง ภาวะทุพพลภาพที่ต่ำกว่ารอยโรคที่เหลืออยู่ แนวทางการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำผู้ได้รับบาดเจ็บมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในชุมชน รวมถึงหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินเพื่อขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ

6.2 การสนับสนุนด้านบริการ จากภารกิจที่ต้องปฏิบัติการดูแลหลายอย่างแบบเร่งรัดในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่อ่อนแอลง เจ็บป่วยง่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรออกแบบระบบการให้บริการทั้งแบบระยะยาว และระบบบริการฉุกเฉิน โดยจัดทำโครงการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคให้แก่ผู้ดูแล เช่น โครงการเกี่ยวกับ 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) โครงการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ให้บริการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงอย่างเหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ควรกำหนดช่วงเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6.3 การสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์ที่หุนหันพลันแล่นของผู้ได้รับบาดเจ็บ ดังนั้นหน่วยงานควรมีโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลแต่ละคน เช่น จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การจัดห้อง/มุมของหอผู้ป่วยโดยจำลองเป็นบ้านของผู้ดูแล ฝึกให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแล รวมถึงการสร้างสื่อประเภทหนังสือ คู่มือ วิดีทัศน์ เป็นต้น และแจกผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความเข้าใจ มีความมั่นใจ และมีกำลังใจ รวมถึงการเสริมพลังอำนาจโดยการชมเชย ยกย่อง จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า

6.4 การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล โดยการจัดทำคู่มือ แนวปฏิบัติทางคลินิก และสื่อการสอน มีการฝึกทักษะการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ โดยครอบคลุมปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ปัญหาเพศสัมพันธ์ การปวดเกร็งกล้ามเนื้อ การเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

7. คณะทำงาน ควรมีการร่วมประชุมวางแผนแก้ไข ปัญหาของผู้ดูแล (case conference) ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายแหล่งประโยชน์ในชุมชนทุกระดับ ได้แก่ การจัดเวทีชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหของผู้ดูแล หรือนำเสนอแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) มีการนำปัญหามาวิเคราะห์ และถอดบทเรียนเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดปัญหาต่อไป

8. หน่วยงาน ควรมีการจัดการระบบข้อมูลทางคลินิกอย่างเหมาะสม เนื่องจากข้อมูลต่างๆ มีความสำคัญในการช่วยประสานเชื่อมโยงการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถนำมาเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับทีมบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อวางแผนการพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่เหมาะสม เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังต่อไป

9. ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังและสมาชิกในครอบครัว ควรเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อทำความเข้าใจและยอมรับข้อจำกัดในการดูแลของผู้ดูแล และให้การช่วยเหลือเกื้อกูล แบ่งเบาภาระกิจารงาน

มีการพูดคุยและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาการดูแล ซึ่งจะช่วยระงับความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ และช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังเป็นผู้ที่ให้การดูแล ผู้ได้รับบาดเจ็บเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพได้ระหว่างการดูแล เนื่องจากผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากบุคลากรทางสุขภาพจะต้องเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลแล้ว ยังต้องเข้าใจในปัญหาความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแลแต่ละคน ดังนั้น การวางแผนในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงต้องมีความเหมาะสมกับบริบทต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ตัวผู้ดูแลเองก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ดูแลและผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย. (บ.ก.). (2550). *เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- งานเวชระเบียนและสถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. (2555). *สถิติค่าใช้จ่ายต่อเตียงผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ปี 2554*. ประจวบคีรีขันธ์: โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.
- สุภาพ เหมือนชู, ถาวนา กิระติยวงศ์, และวริษา วชิราวัฒน์. (2559). ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 124-136.

- Gardner, B., & Kluger, P. J. (2004). The overall care of the spinal cord injured patient. *Current Orthopaedics*, 18(1), 33-48.
- March, A. (2005). A review of respiratory management in spinal cord injury. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9(1), 19-26.
- McKinley, W. O, Jackson, A. B., Cardenas, D. D, & DeVivo, M. J. (1999). Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: A regional model systems analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(11), 1402-1410.
- Middleton, P. M., Davies, S. R., Anand, S., Reinten-Reynolds, T., Marial, O., & Middleton, J. W. (2012). The pre-hospital epidemiology and management of spinal cord injuries in New South Wales: 2004-2008. *Injury*, 43(4), 480-485.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2009). *Spinal cord injury facts and figures at a glance*. Birmingham, AL: Author.
- Post, M., & Noreau, L. (2005). Quality of life after spinal cord injury. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 29(3), 139-146.
- Stiens, S. A., Bergman, S. B., & Goetz, L. L. (1997). Neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury: Clinical evaluation and rehabilitative management. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(3 Suppl.), s86-s102.
- Van Den Berg, M. E., Castellote, J. M., de Pedro-Cuesta, J., & Mahillo-Fernandez, I. (2010). Survival after spinal cord injury: A systematic review. *Journal of Neurotrauma*, 27(8), 1517-1528.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน Nursing Care for Ill Children with Acute Asthmatic Attack

กัญพัทธ์ นิยมวิทย์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Kanyapat Niyomwit, M.N.S. (Nursing Administration) *

โรคหืด (asthma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน (acute asthmatic attack) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเสียชีวิต โดยต้องรีบแก้ไขภาวะหลอดลมหดรัดเกร็งและภาวะพร่องออกซิเจน หากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการหอบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ (จิตต์ลัดดา ดีโรจนวงศ์, 2558) พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน สามารถประเมินระดับการควบคุมโรคหืดได้ และให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างมีคุณภาพทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลเมื่อแรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน การพยาบาลในหอผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย บทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ในสาระสำคัญ ได้แก่ การประเมินระดับการควบคุมโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการพยาบาล

โรคหืดสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย ตั้งแต่อายุ 1 ปี พบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคหืดมักมีอาการในช่วงวัยเด็กเล็กหรือก่อนอายุ 4-5 ปี จากข้อมูลการสำรวจในกลุ่มประชากรเด็กกว่า 1,200,000 คน จาก 97 ประเทศทั่วโลก พบว่าความชุกของโรคหืดในกลุ่มเด็กเล็กอยู่ระหว่างร้อยละ 2.40-37.60 และในกลุ่มเด็กโต อายุ 13-14 ปีอยู่ระหว่าง

ร้อยละ 0.80-32.60 (สมบุรณ์ จันทร์สกุลพร, 2558) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีประชากรเด็กประมาณ 15,192,000 คน โดยพบความชุกของโรคหืดร้อยละ 10 กล่าวคือ มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดประมาณ 1.52 ล้านคน และมีค่าใช้จ่ายจากยารักษาโรคหืดประมาณ 6,500 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นเงินทั้งสิ้น 9,880 ล้านบาทต่อปี ถือว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างยิ่ง (สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, 2555)

โรคหืดเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างมาก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดจะมีอาการหอบ หายใจลำบาก ไอมากในเวลากลางคืน ทำให้รบกวนการนอนหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียความสามารถในการเรียนรู้ลดลง เมื่อมีอาการหอบมากขึ้น ทำให้ต้องขาดเรียนบ่อย ลดความสามารถในการเล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย ไม่สามารถร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นเด็กทั่วไป หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เด็กอาจเกิดความผิดปกติของร่างกาย เช่น หน้าอกพองโต การเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ และอาจเกิดปัญหาพัฒนาการช้า นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ดูแลเนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก โดยเฉพาะอาการหอบในเวลากลางคืนทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนได้น้อย รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาเด็กมารักษา หรือสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อมาดูแลเด็ก เมื่อเกิดโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับ

* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยเด็ก รวมถึงหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืดแล้ว ไม่รีบเข้ารับการรักษา จะสูญเสียสมรรถภาพปอดอย่างถาวรได้ (สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, 2554)

ความหมายของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบเฉียบพลันในทางที่เลวลงของอาการหืด โดยจะเกิดการหดเกร็งของหลอดลม หลอดเลือดขยายตัว มีการรั่วซึมของของเหลวจากหลอดเลือดเข้าท่อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการบวมของเยื่อหลอดลม มีการสร้างสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น และเพิ่มความไวเกินของหลอดลม ผลที่ตามมาคือ มีการเพิ่มแรงต้านทานของทางเดินหายใจ เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ทำให้มีการผันผวนของลมทั่วทั้งปอด และมีลมค้างในปอด ทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ได้แก่ ไอ หายใจหอบ หายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ร่วมกับการลดลงอย่างชัดเจนของสมรรถภาพปอด (จรุงจิตร์งามไพบุลย์, 2556; ประภาศรี กุลาลิศ, 2559)

การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง การรักษามุ่งเน้นไปที่เป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ก่อนเริ่มการรักษา หรือขณะติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการควบคุมอาการของโรค การใช้ยารักษา และความร่วมมือในการรักษา โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด ด้วยประวัติภายในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดังอาการต่อไปนี้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2558)

1. มีอาการไอ หรือหอบ หรือหายใจมีเสียงหวีด ในช่วงกลางวัน มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. ต้องลุกขึ้นมาไอ/หอบ/หายใจมีเสียงหวีด ในช่วงกลางคืน

3. มีอาการไอ/หอบ/หายใจมีเสียงหวีด ทำให้มีปัญหาการเล่น หรือการทำกิจวัตรประจำวัน

4. ต้องใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ยกเว้นการใช้ยาก่อนออกกำลังกาย) (ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

หากผู้ป่วยมีอาการตามข้อ 1 และข้อ 2 แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคได้บางส่วน (partly controlled) หากผู้ป่วยมีอาการตามข้อ 3 และข้อ 4 แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคไม่ได้ (uncontrolled) และหากผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ทั้ง 4 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคได้สมบูรณ์ (complete controlled) (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2558)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนี้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2558; อรพรรณ โพชนุกูล, 2558)

1. ปัจจัยด้านการควบคุมโรคหืด ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ทั้งหมด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน หากมีอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลันบ่อย ๆ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หรือเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน จะต้องทบทวนการดูแลรักษาทุกครั้งว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลันคือ ระดับการควบคุมโรคหืดที่ต่ำ โดยในกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำถึง 29 เท่า ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมโรคได้บางส่วนเพิ่มความเสี่ยงเพียงร้อยละ 4.80 ในช่วงที่ยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้ แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการบ่อย ๆ และเมื่อมีอาการดีขึ้นจนคงที่ จึงนัดห่างออกไปเป็น 1-6 เดือน โดยต้องประเมินการวัดค่าอัตราการไหลของอากาศที่หายใจออกสูงสุด (peak expiratory flow rate: PEFR) ซึ่งจะวัดในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังจากการหายใจเข้าเต็มที่ มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาที นอกจากนี้ยังต้องประเมิน

เรื่องการไอหยา การป้องกันสารก่อภูมิแพ้และสิ่งกระตุ้นของ ผู้ป่วย การเจ็บป่วยอื่นๆ และสภาวะจิตใจ รวมถึงปัญหา ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย การติดเชื้อของระบบ ทางเดินหายใจ โดยเฉพาะทางเดินหายใจส่วนต้น จะเป็น ตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ ซึ่งจำแนกการติดเชื้อได้ดังนี้

2.1 การติดเชื้อไวรัส เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญ ที่ทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเชื้อไวรัสที่เป็น สาเหตุได้บ่อยคือ respiratory syncytial virus (RSV), rhinovirus และ influenza virus type A และ type B

2.2 การติดเชื้อแบคทีเรีย พบว่าเชื้อ Mycoplasma pneumoniae และเชื้อ Chlamydia pneumoniae มีความสัมพันธ์กับโรคหืดและการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งใน เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี พบได้ร้อยละ 12 โดยเป็นการติดเชื้อ ร่วมกับเชื้อไวรัส

2.3 การติดเชื้อรา พบว่าเชื้อราเป็นสารก่อภูมิแพ้ ที่สำคัญ และผู้ป่วยโรคหืดมักไม่ตอบสนองต่อการรักษา (therapy-resistant severe asthma) โดยผู้ป่วยมัก ตรวจพบปฏิริยาภูมิแพ้ต่อเชื้อ Aspergillus fumigates และ Penicillium notatum

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญมีดังนี้

3.1 ควันบุหรี่ มีผลทำให้เกิดหลอดลมอักเสบ เรื้อรังชนิดไม่ใช้เซลล์ eosinophil ทำให้ต้องได้รับการรักษา ด้วยยาสเตียรอยด์ หากผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ จะทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบเฉียบพลันได้

3.2 สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของอากาศ มลพิษต่าง ๆ และสารก่อภูมิแพ้ เช่น ละอองเกสร ฝุ่น ควัน ขนสัตว์

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ภาวะกรดไหลย้อน ภาวะเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาทางจิต

5. ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย ที่หักโหม ใช้แรงมาก จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดบางราย เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ เนื่องจากการออกกำลังกาย ทำให้มีเหงื่อ หายใจเร็ว มีการสูญเสียความร้อน และ สูญเสียน้ำบริเวณเยื่อหลอดลม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ความเข้มข้นของของเหลวในผนังหลอดลม ซึ่งจะกระตุ้น

ให้เกิดอาการกำเริบได้

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลันเกิดจากการทำงานร่วมกัน ของการอักเสบของเซลล์ (inflammatory cell) สารตัวกลาง (mediator) และเนื้อเยื่อผิวทางเดินหายใจ (airway epithelium) ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดลมหลังจาก ได้รับสารก่อภูมิแพ้หรือสารระคายเคือง โดยสารก่อภูมิแพ้ หรือสารระคายเคืองจะกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ หลังสารภูมิโนโกลบูลินอี (IgE) โดยที่ IgE ที่หลั่งออกมา จะไปเกาะที่ตัวรับที่ผิวแมสต์เซลล์ (mast cell) ทำให้ แมสต์เซลล์แตกตัว และหลั่งสารคัดหลั่งภายใน ได้แก่ interleukin ออกมา ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม มีการหดตัวอย่างเฉียบพลัน เยื่อหลอดลมบวม และมี สารน้ำรั่วออกมาจากหลอดเลือดมากขึ้นในทันที เรียกว่า ปฏิริยาในระยะเฉียบพลัน (acute phase reaction) จากนั้นสารตัวกลางที่หลั่งออกมาจะกระตุ้นเม็ดเลือด และเกิดการอักเสบของหลอดลมในอีก 6-8 ชั่วโมงต่อมา ซึ่งเรียกว่า ปฏิริยาในระยะท้าย (late phase reaction) เมื่อหลอดลมตีบ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) ในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดลมอย่างรุนแรง และเป็นเวลานาน กล้ามเนื้อการหายใจจะล้า จนเกิดภาวะ การระบายอากาศในถุงลมลดลง (alveolar hypoventilation) มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และเกิดภาวะกรด จากการหายใจ (respiratory acidosis) โดยการเกิด ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นเวลานานจนร่างกายมีการสันดาป พลังงานจากกระบวนการไม่พึ่งออกซิเจน จะทำให้เกิด กรดแลคติก ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดตามมา ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก นอกจากนี้ การที่ หลอดลมตีบยังทำให้เกิดการคั่งของลมในช่วงหายใจออก ส่งผลต่อการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจห้องขวา ทำให้มี การลดลงของการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย เป็นเหตุให้ ปริมาณก๊าซออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ทำให้ ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2557; รัฐพล อุปลา, 2559)

แนวทางการวินิจฉัยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน มีดังนี้ (อรพรรณ โพนนกุล, 2558)

1. การซักประวัติ เกี่ยวกับความรุนแรงและระยะเวลาที่เริ่มมีอาการหืดกำเริบ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรบกวนการนอน ปัสสาวะกระตุ้นให้เกิดอาการ การตอบสนองของผู้ป่วยหลังได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน ทั้งชนิดยา ปริมาณ วิธีการใช้ยา และความถี่ในการใช้ยา รวมถึงประเมินความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวประกอบด้วย 1) มีประวัติโรคหืดกำเริบในระยะเฉียบพลันที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 2) มีประวัติโรคหืดกำเริบที่มีรักษาที่ห้องฉุกเฉินมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี หรือพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา 3) กำลังรับประทานหรือหยุดรับประทานยาสเตียรอยด์ 4) ไม่ได้ใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น หรือหยุดใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นได้ไม่นาน 5) ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นเพื่อบรรเทาอาการ มากกว่า 200 กด (puff) ต่อเดือน 6) มีประวัติการใช้ยารักษาโรคหืดไม่สม่ำเสมอ และ/หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลอาการหืดกำเริบ 7) มีประวัติการแพ้อาหารที่ทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบ และ 9) มีโรคร่วม เช่น จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ หลอดลมอักเสบ โรคปอดเรื้อรัง ภาวะอ้วน โรคหัวใจ โรคทางจิตเวช

2. การตรวจร่างกาย ตรวจพบอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ได้ยินเสียงหวีดขณะหายใจออก ซึ่งมักมีอาการไอร่วมด้วย ไอบ่อย มีเสมหะมาก ซึ่งเป็นเสมหะที่เหนียวข้น ขับออกยาก เมื่อมีอาการมากขึ้น เด็กจะรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจหอบมากขึ้น เมื่อประเมินสภาพปอดโดยการฟัง จะได้ยินเสียงหวีดที่ปอดทั้งสองข้าง โดยจะได้ยินเสียงในช่วงหายใจออกก่อน หากมีอาการมากขึ้นจะได้ยินเสียงทั้งในช่วงหายใจเข้าและหายใจออก หากอาการรุนแรงมากอาจฟังเสียงหวีดไม่ได้ และเสียงหายใจจะเบาลงเนื่องจากหลอดลมตีบมาก นอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นนั่ง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก เพียว ความรู้สึกตัวจะค่อย ๆ ลดลง จนกระทั่งหมดสติ และเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังต้องวัดความอิ่มตัว

ของออกซิเจน ซึ่งควรมากกว่า 95% ในกรณีที่วัดได้น้อยกว่า 92% อาจพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และหากได้ค่าน้อยกว่า 90% บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบรุนแรง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพปอด เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคโดยการเป่า peak flow meter เพื่อดูค่า PEFR โดยแนะนำให้ประเมินสมรรถภาพปอดเมื่อเริ่มการวินิจฉัย และหลังการรักษา ทุก 3-6 เดือน ส่วนการตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคอื่น และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปอดอักเสบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด

แนวทางการรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน คือ รีบแก้ไขภาวะหลอดลมหดเกร็ง และภาวะพร่องออกซิเจน เพราะหากปล่อยไว้จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น เมื่อทำการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยแล้ว ต้องรีบให้การรักษาทันที โดยการรักษาประกอบด้วย 1) การให้ยาขยายหลอดลม เพื่อแก้ไขภาวะหลอดลมหดเกร็ง 2) การให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และ 3) การให้ยาสเตียรอยด์ เพื่อลดการบวมและการอักเสบของหลอดลม หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นในห้องฉุกเฉิน ควรเตรียมความพร้อมในการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมต่อไป (กันย์ พงษ์สามารถ, จิตติมา ไพรคณะชก, ปารวี พรตตะเสน, อรุณีย์ บุญญาวิวัฒน์, และนวลอนงค์ วิศิษฎสุนทร, 2555; ประภาศรี กุลาเลิศ, 2559)

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน การพยาบาลในหอผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพยาบาลเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

การพยาบาลในระยะนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การจัดการอาการฉุกเฉิน และการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการปฏิบัติคือ ประเมินความรุนแรงของโรคจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย จากนั้นตรวจสอบสมรรถภาพปอดโดยการเป่า peak flow meter เพื่อดูค่า PEFR โดยค่าปกติขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และส่วนสูง ซึ่งมีสูตรการคำนวณสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี คือ ค่าที่ทำนาย PEF (predicted PEF)

เท่ากับ (ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร x 5) - 400 ลิตรต่อนาที หากเป่าได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนายตามความสูง ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะหลอดลมส่วนล่างอุดกั้น นอกจากนี้ ยังต้องประเมินความรุนแรงของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยใช้เกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งที่นิยมใช้คือ Siriraj Clinical Asthma Score (SCAS) โดยมีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ เสียงหวีด การดึงรั้ง (การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ) อาการหายใจลำบาก และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Siriraj Clinical Asthma Score

คะแนน	อัตราการหายใจ (respiratory rate) (ครั้ง/นาที)		เสียงหวีด (wheezing)	การดึงรั้ง (retraction)	อาการหายใจ ลำบาก (dyspnea)	ระดับความอิ่มตัว ของออกซิเจน
	อายุ 0-5 ปี	> 5 ปี				
0	< 40	< 30	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	≥ 95%
1	40-60	30-40	เฉพาะ การหายใจ ออก	ตำแหน่งเดียว	เล็กน้อย	92-94%
2	> 60	> 40	หายใจเข้า และออก	> 1 ตำแหน่ง	ปานกลาง	≤ 91%

การแปลผล (อรพรรณ โพชนุกูล, 2558)

คะแนน 0-4 = ไม่มีอันตรายในขณะนั้น ให้กลับบ้านได้

คะแนน 5-6 = รับไว้ในโรงพยาบาล

คะแนน 7-8 = พ่นยาขยายหลอดลม ทุก 20 นาที ไม่เกิน 3 ครั้ง แล้วประเมินอาการซ้ำ

คะแนน 9-10 = รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และให้การรักษาระเบียบด้วยยาขยายหลอดลมทันทีที่ห้องฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันได้รับการประเมินดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผลการประเมินสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการรุนแรง และกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งมีแนวทางในการพยาบาลแตกต่างกัน ดังนี้ (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2558; มุกดา หวังวิรวงศ์, 2558; รัชพล อุปลา, 2559)

1. กลุ่มที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะมีภาวะเขียว (cyanosis) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ อันแสดงถึงความรุนแรงของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยจะมีอาการและอาการแสดงคือ มีชายโครงนูน พุดได้เป็นคำ กระสับกระส่าย ค่า PEFr น้อยกว่าร้อยละ 50 และมี SCAS เท่ากับ 9-10 คะแนน อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ โดยแนวทางในการพยาบาลมีดังนี้ 1) เตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์เพื่อการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้แก่ร่างกาย คงการแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมในปอด และบรรเทาอาการล้าของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ 2) ดูแลให้ได้รับยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์ ได้แก่ ยา hydrocortisone หรือยา methylprednisolone โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ 3) ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมกลุ่ม short acting β_2 -agonists (SABA) ได้แก่ ยา salbutamol พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่สำคัญจากยาคือ หัวใจเต้นเร็ว และ 4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา จากนั้นย้ายผู้ป่วยไปดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤต

2. กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะไม่มีชายโครงนูน พุดได้เป็นประโยค ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 92% เมื่อหายใจอากาศปกติ (room air) อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที ค่า PEFr มากกว่าร้อยละ 50 โดยแนวทางในการพยาบาลมีดังนี้

2.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด โดยรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

2.2 ดูแลให้ได้รับยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์

ได้แก่ ยา hydrocortisone หรือยา methylprednisolone โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือยา prednisolone ชนิดรับประทาน

2.3 ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ครั้งละ 2-6 puff ในรูปของ metered dose inhaler (MDI) ร่วมกับ spacer หรือ nebulizers ตามแผนการรักษา ทุก 20-30 นาที โดยให้ได้ถึง 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง กรณีที่พ่นยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA มา 2 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์จะพิจารณาให้พ่นยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ร่วมกับยา ipratropium ต่อในครั้งที่ 3

2.4 ประเมินอาการซ้ำที่ 1 ชั่วโมง หากอาการดีขึ้น ได้แก่ เสียงลมหายใจเท่ากันทั้งสองข้าง (good air entry) และไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (no retraction) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 95% เมื่อหายใจอากาศปกติ ค่า PEFr มากกว่าร้อยละ 60 แพทย์จะพิจารณานุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ให้ยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ชนิดสูด/พ่น หรือชนิดรับประทาน โดยให้ทุก 4-6 ชั่วโมง กรณีให้ยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA 3 ครั้ง ต้องให้รับประทานยา prednisolone ต่อ 5-7 วัน และนัดติดตามอาการภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืด และวางแผนการรักษาในระยะยาว หรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

2.5 กรณีที่ผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินบ่อย ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ควรพิจารณาส่งผู้ป่วยพบกุมารแพทย์ หรือกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคภูมิแพ้หรือโรคทางเดินหายใจ เพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืด และวางแผนการรักษาในระยะยาวต่อไป

2. การพยาบาลในหอผู้ป่วย

การพยาบาลในระยะนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญคือ เพื่อรักษาอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยเด็กไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ มีอาการหอบต่อเนื่องมานานก่อนพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 1-3 ชั่วโมง หรือหลังมีการอุดกั้นของหลอดลมเพิ่มขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 95%

ค่า PEFr น้อยกว่าร้อยละ 25 ก่อนการรักษา หรือน้อยกว่า ร้อยละ 40 หลังได้รับการรักษา และมี SCAS เท่ากับ 5-6 คะแนนขึ้นไป โดยแนวทางในการพยาบาลมีดังนี้ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2555; จรุงจิตร งามไพบูลย์, 2556; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, พงศ์ คำ คิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, 2558; รัฐพล อุปลา, 2559)

2.1 ประเมินอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยใช้ SCAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค ทุก 2-4 ชั่วโมง

2.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับ ความอึดตัวของออกซิเจน ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อติดตาม อาการอย่างใกล้ชิด หากพบสิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงาน แพทย์

2.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่มีอาการรุนแรงควรติดตามระดับออกซิเจนใน เลือดแดงร่วมด้วย และในกรณีที่ไข้หายขาด หลอดลม กลุ่ม SABA ในขนาดสูง ติดต่อกันหลายครั้ง ควรติดตาม ระดับโพแทสเซียมในเลือด

2.4 จัดทำอนศิริระสูงประมาณ 30 องศา โดยใช้ผ้าห่มให้คอแห้งเล็กน้อยในเด็กเล็ก เพื่อให้ ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ส่วนเด็กโต ควรจัดทำอนศิริระสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

2.5 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา รักษาระดับความอึดตัวของออกซิเจนให้ได้มากกว่าหรือ เท่ากับ 95% ในกรณีที่เสมหะเหนียวข้น ควรใช้ออกซิเจน ชนิดที่มีความชื้นสูง

2.6 สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจ หอบมากขึ้น หายใจลำบาก หายใจหน้าอกบวม ระดับ ความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ร้องกวน ซึม หากพบ สิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

2.7 ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผน การรักษา ได้แก่ ยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ซึ่งโดยทั่วไป นิยมให้ทางการสูดดมแบบฝอยละออง (aerosol therapy) ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ salbutamol ชนิด nebule ครั้งละ

2.5-5 มก. ผสมกับ NSS ให้ได้ปริมาณ 3-4 มล. โดยใช้ อุปกรณ์ที่ผลิตฝอยละอองยา ที่เรียกว่า small volume jet nebulizer (SVN) เปิดอัตราการไหลของออกซิเจน 6-8 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ได้ฝอยละอองขนาด 1-3 ไมครอน ซึ่งเป็นขนาดของฝอยละอองที่ลงสู่ถุงลมได้ดี (จิตติดา ชัยสุขมงคลลาภ, 2551) โดยให้เด็กหายใจเข้า-ออก ตามปกติ หากเป็นเด็กโตที่ให้ความร่วมมือดี ให้หายใจ เข้าช้าๆ ลึกๆ เพื่อให้ได้รับยามากขึ้น ส่วนเด็กเล็ก อาจให้ มารดาอุ้มนั่งบนตัก พยายามไม่让孩子ร้องไห้ เพราะจะ ทำให้หายใจเอาฝอยละอองยาเข้าไปได้ไม่เต็มที่ หากผู้ป่วย มีอาการหอบรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาพ่นขยาย หลอดลมแบบละอองฝอย จะให้ยา terbutaline ฉีดเข้า ขึ้นใต้ผิวหนัง ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้ขนาด 0.01 มก./กก. หรือหากมีอาการรุนแรงมาก จะให้ยา ในรูปการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่องใน หอผู้ป่วยวิกฤต

2.8 ประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก การใช้ยาขยายหลอดลม เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มือสั่น นอนไม่หลับ หากพบสิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

2.9 ประเมินสภาพปอดโดยการใช้หูฟัง ฟังเสียง หลอดลมผ่านปอดก่อนและหลังการพ่นยาขยายหลอดลม เพื่อประเมินการหดเกร็งของหลอดลม หากหลังการพ่นยา แล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยยังคงมีอาการหายใจเร็ว ได้ยินเสียงหวีด ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา

2.10 ดูแลให้ได้รับยาสเตียรอยด์เพื่อลด การอักเสบ ตามแผนการรักษา ซึ่งข้อบ่งชี้ในการให้ คือ ควรให้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการได้รับ ยาพ่นขยายหลอดลมในครั้งแรก โดยให้ยาในรูปการฉีด เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือรับประทานอาหารไม่ได้ ทั้งนี้ จากการศึกษาแบบ systematic review พบว่าผู้ป่วย เด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างรุนแรง การให้ยาสเตียรอยด์ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว และ โอกาสเกิดโรคหืดกำเริบเฉียบพลันภายใน 1-3 เดือน ลดลง 5 เท่า โดยให้ยา hydrocortisone ขนาด 5 มก./กก. หรือยา methylprednisolone ขนาด 1-2 มก./กก. ในรูปการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับ

ความรุนแรงของอาการ หากอาการดีขึ้นและรับประทานยาได้ ให้เปลี่ยนเป็นยา prednisolone ชนิดเม็ด โดยให้รับประทานต่อจนครบ เป็นเวลา 5-7 วัน ซึ่งโดยทั่วไปการให้ยาสเตียรอยด์ในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์มักไม่เกิดผลข้างเคียง ยกเว้นบางรายที่อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือมีน้ำตาลในเลือดสูง

2.11 ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตตามแผนการรักษา ซึ่งข้อบ่งชี้ในการใช้ยา คือ ใช้ในผู้ป่วยที่ยังมีอาการของโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างรุนแรง โดยยามีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว และช่วยขยายหลอดลม ทั้งนี้ ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา คือ 25-40 มก./กก. ในรูปการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง ภายในเวลา 20-30 นาที และสามารถให้ยาซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง แต่ควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ หน้าแดง หัวใจเต้นผิดปกติ ง่วงซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2.12 ดูแลให้ดื่มน้ำอุ่นเป็นระยะ เพื่อช่วยละลายเสมหะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อยมาก

2.13 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก ไม่สามารถให้สารน้ำทางปากได้ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้นจากการหายใจหอบเหนื่อย

2.14 ประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง กระหม่อมบุ๋ม ความตึงตัวของผิวหนังลดลง หากพบสิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

2.15 เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดในระยะแรก ๆ หรือในขณะมีอาการหอบหายใจลำบาก โดยช่วยปลอบโยน เพื่อให้คลายความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหอบน้อยลง

2.16 ยึดหลักการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน

3. การวางแผนจำหน่าย

การพยาบาลในระยะนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ

คือ เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคหืด จากการพบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลที่เหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัวในการป้องกันโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันการกำเริบของโรคหืด โดยการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้น 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กและการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัด และ 4) ด้านการจัดการและดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบ โดยครอบครัวสามารถประเมินการหายใจและสังเกตอาการเตือนของโรคหืดกำเริบเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ อาการไอ และความผิดปกติของการหายใจ ทำให้สามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืดได้ เป็นการลดความรุนแรงของโรค สามารถใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมเพื่อควบคุมอาการหอบได้ถูกวิธี ทำให้การพ่นยาแก่เด็กมีประสิทธิภาพ เด็กได้ยาครบถ้วน ซึ่งอาจช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ซึ่งการดูแลทั้ง 4 ด้านดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการได้ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและความพิการตามมา ทั้งนี้ บุคลากรทีมสุขภาพต้องเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความเชื่อมั่นและตระหนักในศักยภาพของตน ในการดูแลเด็กโรคหืด (ลักษณะ ศาบรรณ, ศรีวภา ธรรมสุนทร, ถนอม ชูงาน, และสุพิศ ว่องไวรุต 2555; สุนันท์ ขาวประพันธ์, ปรีกษ์มล รัชกุล, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2555; อาภาวรรณ หนูคง, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, ยวดี พงษ์สาระนันท์กุล, และศิริวรรณ จูทะพงษ์, 2012) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะได้รับการจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต โดยแนวทางในการพยาบาลแต่ละด้าน มีดังนี้ (อรพรรณ โพชนุกูล, 2552; อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555)

1. ด้านการป้องกันการกำเริบของโรคหืด โดยการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้น ซึ่งพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนี้

1.1 การป้องกันไรฝุ่น โดยซักผ้าปูเตียง ผ้าคลุมที่นอน ปลอกหมอนต่างๆ ผ้าห่ม และผ้าม่าน ในน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิ 55-60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที ทุก 1-2 สัปดาห์ ใช้ผ้าใยสังเคราะห์ชนิดพิเศษ (ทอแน่น) ในการหุ้มเครื่องนอนทั้งหมด เพื่อไม่ให้ไรฝุ่นหลุดออกมา จัดห้องนอนให้โล่ง หลีกเลี่ยงการปูพรม การติดม่าน หรือการมีตุ๊กตาหลายตัว ทำความสะอาดของเล่นด้วยน้ำร้อนเป็นระยะ และใช้เครื่องดูดฝุ่นอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.2 การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการรุนแรงขึ้น

1.3 การกำจัดแมลงสาบ โดยทำความสะอาด บ้านอยู่เสมอ ภาชนะที่เก็บอาหารควรมีฝาปิดมิดชิด กำจัดเศษอาหารภายในบ้านทุกวัน ไม่ปล่อยให้ น้ำขัง ในที่ต่างๆ เช่น ในอ่างน้ำ ขาตู้กับข้าว เพื่อไม่ให้ เป็นแหล่งที่อยู่ของแมลงสาบ

1.4 การหลีกเลี่ยงละอองเกสร ดอกหญ้า โดยปิดหน้าต่างและประตูในช่วงที่มีการกระจายของ ละอองเกสร หรือช่วงที่มีลมแรง ติดเครื่องปรับอากาศ และเครื่องฟอกอากาศที่เป็นระบบ HEPA (high efficiency particulate air) ซึ่งสามารถกรองอนุภาคของละอองเกสร ฝุ่น และสารก่อภูมิแพ้ในอากาศที่มีขนาด 0.30 ไมครอนได้

1.5 การกำจัดแหล่งของเชื้อรา โดยทำความสะอาด บริเวณที่มีน้ำขังเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นแหล่งของเชื้อรา ในบ้านได้ เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว โดยใช้น้ำพ่นฆ่า หรือกันเชื้อราในบริเวณที่มีเชื้อรา

1.6 การหลีกเลี่ยงขนสัตว์เลี้ยง ซึ่งการจด เลียงสัตว์เป็นวิธีที่ดีที่สุด หากจำเป็นต้องเลี้ยง ให้อาบน้ำ สัตว์เลี้ยงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ไม่นำสัตว์เลี้ยงไปนอน บนเตียง และไม่ให้อาบน้ำสัตว์เลี้ยงหน้า

1.7 การหลีกเลี่ยงควันไฟจากการใช้เตาถ่าน รวมทั้งสารระคายเคืองในบ้าน เช่น สเปรย์ น้ำยาเคลือบมัน โดยควรใช้เตาที่ไม่มีควัน หรือใช้เตาถ่านภายนอกบ้าน ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทดี

1.8 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

โดยเฉพาะหวัด ไข้หวัดใหญ่ โดยไม่คลุกคลีหรือใกล้ชิด ผู้ที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และควรฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ทุกปี

1.9 แนะนำให้ผู้ป่วยล้างจมูกอย่างสม่ำเสมอ วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กและการดูแล รักษาสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย โดยพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.1 สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนม ตนเอง อย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด

2.2 สอนวิธีการหายใจแก่ผู้ป่วยที่เป็นเด็กโต เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวเต็มที่ทุกกลีบ เช่น การหายใจ โดยใช้กลัมนื้ออกะบังลม

2.3 แนะนำผู้ป่วยให้เลือกวิธีการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม โดยเป็นวิธีที่ไม่หักโหมหรือทำให้เหนื่อย จนเกินไป เนื่องจากการออกกำลังกายจะกระตุ้นให้ หลอดลมมีการหดเกร็ง หรืออาจกระตุ้นให้โรคหืด เกิดการกำเริบเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ การว่ายน้ำถือว่าเป็น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่เป็นโรคหืด หากเคยออกกำลังกายแล้วมีอาการหอบ ควรใช้ยาพ่น ขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ก่อนออกกำลังกายประมาณ 15-30 นาที เพื่อป้องกันการหดเกร็งของหลอดลม นอกจากนี้ควรฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยมีกรอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนทุกครั้ง ซึ่งจะ ช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้

3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ประสานงานให้แพทย์อธิบายสาเหตุ ของโรค อาการและอาการแสดง และแนวทางการรักษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นให้ทราบถึงความจำเป็น ในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

3.2 อธิบายเรื่องการใช้ยา ร่วมกับเภสัชกร โดยอธิบายเกี่ยวกับยา 2 ประเภท คือ 1) ยาที่ใช้ใน การควบคุมอาการ (controller) เป็นยาที่มีฤทธิ์ด้าน การอักเสบ ลดการบวมของผนังหลอดลม ได้แก่ ยาสูด สเตียรอยด์ (inhaled corticosteroids: ICS) โดยยา

ควบคุมอาการนี้ ผู้ป่วยต้องพ่นยาทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่มีอาการของโรค เมื่อรักษาด้วยยาประเภทควบคุมอาการแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการได้เต็มที่ภายใน 2-3 เดือนหลังการรักษา ทั้งนี้ ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ การเกิดเชื้อราในช่องปาก และเสียงแหบ ควรกลั้วคอหรือบ้วนปากด้วยน้ำทุกครั้งหลังพ่นยา และ 2) ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (reliever) เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหลอดลมหดเกร็ง โดยไม่มีผลต่อการอักเสบที่ผนังหลอดลม ยาที่นิยมใช้และได้ผลดีที่สุดคือ ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting β_2 -agonists: RABA) ซึ่งต้องเน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าให้ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น

3.3 เน้นย้ำกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการ และเพื่อประเมินผลการรักษา ได้แก่ การประเมินการควบคุมโรค ความสม่ำเสมอของการใช้ยา และตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาพ่นสูด สอบถามถึงการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง และตรวจประเมินโรคร่วม เช่น โรคอ้วน โรคภูมิแพ้ว รวมทั้งทบทวนแผนการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ ในเด็กโตควรได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดทุก 3-6 เดือน

3.4 แนะนำให้ครอบครัวพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด หากมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ มีไข้เป็นหวัด ไอมาก หอบมาก ใช้ยารักษาโรคหืดแล้วไม่ทุเลา หรือขาดยาในรายที่แพทย์แนะนำให้ใช้ยาประจำ

3.5 แนะนำให้ครอบครัวและผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การรับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ การรับข้อมูลข่าวสารจากสมาคมโรคหืด หรือจากการดูโทรทัศน์

4. ด้านการจัดการและดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบ โดยพยาบาลควรให้ความรู้ในการดูแลรักษาอาการโรคหืดกำเริบในระยะเฉียบพลันที่บ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตและประเมินความรุนแรงของอาการ ได้แก่ อาการไอ ตื่นมาไอตอนกลางคืน หายใจลำบาก มีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ไซ้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ และหายใจหน้าอกบวม เมื่อมี

อาการดังกล่าว ให้ใช้ยาสูด inhaled SABA 4-6 puff เข้าได้ 3 ครั้ง โดยห่างกัน 20 นาที อาจให้ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานได้ ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่ายานี้จะไม่ออกฤทธิ์ทันที หลังจากสูดยาแล้ว ให้ประเมินการตอบสนองของยา หากอาการดีขึ้นอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ให้สูด inhaled SABA 4-6 puff ทุก 3-4 ชั่วโมง ต่อประมาณ 24-48 ชั่วโมง และนัดมาพบแพทย์ภายใน 1-2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป หากอาการดีขึ้นแล้วกลับเป็นอีกภายใน 3 ชั่วโมง ให้สูด inhaled SABA 6-10 puff ทุก 1-2 ชั่วโมง และไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาภายในวันนั้น และหากอาการไม่ดีขึ้น ให้สูด inhaled SABA 6-10 puff ทุก 1-2 ชั่วโมง และให้รีบไปโรงพยาบาลทันทีเพื่อรับการรักษาฉุกเฉิน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านการควบคุมโรคหืด ซึ่งการประเมินความรุนแรงของโรคควบคู่กับการให้การรักษาย่างทันทั่วถึง จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้ นอกจากนี้ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบ การใช้ยาควบคุมอาการ และยาบรรเทาอาการที่ถูกต้อง และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมอาการของโรคได้สมบูรณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตในเด็กจากโรคหืดได้

เอกสารอ้างอิง

กันย์ พงษ์สามารถ, จิตติมา ไพโรคนะฮก, ปารวี พรตตะเสน, อรุณีย์ บุญญาวีวัฒน์, และนวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร. (2555). โรคหืดในเด็ก (Childhood asthma). ใน อรรถ พิบูลโกวิท, นวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร, วรวิทย์ เหลืองเวชการ, และปัญจมา ปาจารย์. (บ.ก.). *โรคภูมิแพ้และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิในเด็ก Pediatric allergy & primary immunodeficiency diseases*. หน้า 79-136. กรุงเทพฯ: สยาม คัลเลอร์พริ้นท์.

- คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. (2558). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2560, จาก http://allergy.or.th/2016/pdf/Final_Thai_CPG_Ped_Asthma_2016.pdf
- จรุงจิตร์ งามไพบูลย์. (2556). Acute asthmatic attack. ใน พรชัย กิ่งวัฒนกุล, และคณะ. (บ.ก.). *ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก แนวทางการดูแลรักษา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3*. หน้า 38-51. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จิตต์ดาดา ดีโรจนวงศ์. (2558). Managing severe asthma: How do we manage in the ICU setting. ใน ดุลิต สดาวร, เฉลิมไทย เอกศิลป์, และรุจิภัตต์ สำราญสำรวจกิจ. (บ.ก.). *Pediatric critical care: The essentials*. หน้า 67-79. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย.
- จิตติดา ชัยสุขมงคลลาภ. (2551). Update care management in status asthmaticus. ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา, จิตติดา ชัยสุขมงคลลาภ, และธณู พุกบุญมี. (บ.ก.). *Advanced pediatric critical care nursing*. หน้า 125-134. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2557). โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน. ใน ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล. (บ.ก.). *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 1*. หน้า 136-147. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- ประภาศรี ภูาลิส. (2559). โรคหืดในเด็ก. ใน สุขเกษม โฉมิตเสรษฐ, พรทิพา อิงกุล, ชวลักษณ์ ธรรมเกษร, พรรณพัชร พิริยะนนท์, ศรียา ประจักษ์ธรรม, และประภาศรี ภูาลิส. (บ.ก.). *Textbook of pediatrics ตำรากรมเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1*. หน้า 491-522. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมในระบบต่างๆ*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- มุกดา หวังวีรวงศ์. (2558). โรคหอบหืด. ใน วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล, ศรีสุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, สมจิต ศรีอุดมขจร, ศิริลักษณ์ เจนนวัตร, และอรรณณ เอี่ยมโอภาส. (บ.ก.). *ตำรากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Textbook of pediatrics Rangsit University*. หน้า 1-18. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- รัฐพล อุปลา. (2559). Asthma: Management in acute setting. ใน อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, พนิดา ศรีสันต์, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, และสนิตรา ศิริธงกุล. (บ.ก.). *Common pediatric respiratory diseases 2016*. หน้า 82-91. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ลักษมี สารบรรณ, ศรีวภา ธรรมสุนทร, ธนอม ชูงาน, และสุพิศ วงษ์ไกร. (2555). ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(2), 23-36.
- ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็เรืองเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง. (2558). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- สมบูรณ์ จันทรสกุลพร. (2558). ระบาดวิทยาและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ. ใน อรพรรณ โพชนุกูล, และสมบูรณ์ จันทรสกุลพร. *โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก*. หน้า 1-22. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินท์ติ้ง.
- สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. (2554). *โรคหืดรุนแรงถึงตาย แต่ป้องกันได้*. สืบค้น วันที่ 16 มิถุนายน 2560, จาก http://allergy.or.th/2016/resources_expert_detail.php?id=118

สุนันท์ ขาวประพันธ์, ปรีชกมล รัชกุล, และสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2555). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 108-121.

สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. (2555). รายงานการวิจัยผลลัพธ์ทางคลินิก ทางคุณภาพชีวิตและทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย. สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2560, จาก http://www.damus.in.th/damus/files/83_20120903171730_final%20report%20Asthma%20_may2012.pdf

อรพรรณ โพชนุกูล. (2552). โรคหืดในเด็ก. ใน วนิดา เปาอินทร์, สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, ศุภระวรรณ อินทรขาว, และศรียา ประจักษ์ธรรม. (บ.ก.). *ตำรากุมารเวชศาสตร์สำหรับเวชปฏิบัติ*. หน้า 95-120. กรุงเทพฯ: ไอ กรุป เพรส.

อรพรรณ โพชนุกูล. (2558). หืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก. ใน อรพรรณ โพชนุกูล, และสมบุรณ์ จันทร์สกุลพร. *โรคมุมแพทางเดินหายใจในเด็ก*. หน้า 149-184. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินต์ติ้ง.

อภิชาติ คณิตทรัพย์, และมุกดา หวังวีรวงศ์. (บ.ก.). (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. สืบค้น วันที่ 2 มิถุนายน 2560, จาก http://rcot.org/datafile/_file/_doctor/18e7dc4ecbfbb3feb6809cd139d0baf4.pdf

อภาววรรณ หนูคง, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, ชุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, และศิริวรรณ จูชะพงษ์. (2012). การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด. *Journal of Nursing Science*, 30(1), 49-60.

พี่น้อง

อภิสร่า ท้าเสียด *

Apisara Tasamet *

สุภาวดี สี่เผือก *

Supawadee Seepuak *

นับแต่วันแรกที่ต้องเปลี่ยนสถานะตนเองจากนักเรียนมาเป็นนักศึกษา จากพี่ใหญ่ในโรงเรียนมาเป็นน้องเล็กในรั้ววิทยาลัย ความรู้สึกในตอนนั้นคือยังไม่ชินกับการเป็นน้อง ในรั้วโรงเรียนเราทำอะไรก็ได้ เพราะถือว่าเราเป็นพี่ เราจะได้รับความรักจากน้อง ๆ มันเป็นความเคยชินที่ทำให้เรารู้สึกปล่อยใจอยู่บ่อย ๆ จะทำอะไรก็ไม่ต้องคอยเกรงใจใคร และจากพี่ใหญ่สุดในรั้วโรงเรียนต้องกลายมาเป็นน้องเล็กสุดในรั้ววิทยาลัย การปลุกฝังแรกที่น้องทุกคนได้รับคือ เราต้องไหว้พี่ ๆ ทุกคนที่เราพบ ตอนนั้นเรารู้สึกว่ามือไม่มันแข็ง ไหล่มันผาย และได้แต่คิดว่า “ทำไมหนอ เราจะต้องมาไหว้คนอื่นที่ไม่ใช่พ่อแม่ ครูบาอาจารย์ ญาติพี่น้อง อายุห่างกันก็แค่ไม่กี่ปี ดูไม่มีเหตุผลเอาเสียเลย” ยิ่งคิดก็ยิ่งพาลให้หงุดหงิด พี่ ๆ บางคนก็แปลก น้องหยุดเดิน พนมมือไหว้อย่างสวยงาม พี่กลับทำเมินเฉย เดินเลยไป “ไม่ไหวแล้ว ต่อไป ถ้าเขาไม่รับไหว้ฉันฉันก็จะไม่ไหวแล้ว” ความคิดนี้ผุดขึ้นมาในใจตลอดเมื่อพบเจอเหตุการณ์แบบนี้ แต่เชื่อเถอะ ตั้งแต่ปี 1 จนถึงตอนนี้เรากำลังจะขึ้นปี 4 และกลายเป็นพี่ใหญ่ในรั้ววิทยาลัยอีกครั้ง แต่เราก็ไม่เคยทำอย่างที่เราคิดไว้ได้เลย ทุกครั้งที่พบพี่ ๆ ป้าแม่บ้าน หรือแม้แต่ใครก็ตาม เราจะยกมือขึ้นมาไหว้ตลอดด้วยความเคยชิน ถึงแม้ว่าเขาจะทำเมินเฉยกับเราก็ดูตาม อาจเป็นเพราะประสบการณ์ครั้งหนึ่งที่เรายกมือไหว้ในช่วงปี 1 นั้นเอง ที่ทำให้เรามีทัศนคติใหม่ ๆ กับการไหว้

วันนั้นเป็นวันคัดเลือกคณะระเบียบและคณะวินัย เราเป็นหนึ่งในผู้ที่ได้รับคัดเลือกด้วยความรักจากเพื่อน

ทั้งหลาย จึงจำต้องรับหน้าที่ที่สำคัญนี้และแบกมันไว้จนกว่าจะจบจากรั้วชมพู-เขียวแห่งนี้ เมื่อการคัดเลือกเสร็จสิ้น พี่ ๆ ก็เรียกตัวแทนทั้งหมดไปพูดคุยและเตรียมความพร้อมอย่างหนักหน่วง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตอนนั้นคือ ใจเรเต้นเร็วมาก มากจนไม่กล้าแม้แต่จะนับ เพราะรู้สึกว่า มันคงเต้นเร็วยิ่งกว่าเสียงกลองยาวในงานแข่งเรือแน่ ๆ เวลานั้น ตัวแทนทุกคนไม่มีใครกล้าส่งเสียงใด ๆ ออกมา และในขณะที่พี่ ๆ กำลังอบรมเราอยู่นั้น หนูก็พลันได้ยินเสียงพี่ที่อยู่ข้าง ๆ พูดถึงเราว่า “น้องคนนี้ไม่คุ้นหน้าเลย อบรมซักหน่อยซิ” เอาแล้วไง วันนี้ตายแน่ ๆ ความกลัวและความกดดันเริ่มเพิ่มมากขึ้น ๆ จนเราคิดว่ายังงี้ก็ต้องโดนแน่ ๆ และแล้วก็ได้ยินเสียงพี่อีกคนหนึ่งบอกว่า “เฮ้ย น้องคนนี้นิ่งที่ไหว้เราตลอด เจอที่ไหนก็ไหว้ อย่าไปแกล้งน้องเลย น้องน่ารักมาก” ตอนนั้นรู้สึกเหมือนได้ยกอะไรที่มันหนัก ๆ ออกจากอก แล้วโยนมันทิ้งไป บางคนอาจคิดว่าเหตุการณ์นี้เป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่สำหรับเรา มันคือจุดที่เปลี่ยนความคิดของเราไปอย่างสิ้นเชิง จากที่เคยมีความคิดผุดขึ้นมาในหัวว่า “เขาไม่รับไหว้ฉัน ฉันก็จะไม่ไหว้” ตอนนั้นสิ่งที่ผุดขึ้นมากลับกลายเป็น “ถึงเขาจะไม่รับไหว้ ไม่สนใจ ฉันก็จะไหว้ ถึงแม้เขาไม่เห็น คนอื่นก็เห็น และถึงแม้คนอื่นจะไม่เห็น อย่างน้อยฉันก็เห็น” ความน่ารักและความอ่อนน้อมจะเป็นเกราะป้องกันเราจากสิ่งไม่ดีหลาย ๆ อย่าง เราเชื่ออย่างนั้น ทุก ๆ การกระทำมันจะมีเหตุผลอยู่ในตัวของมันเอง เราเลือกได้ว่าเราอยากจะเป็นคนอย่างไรในสายตาคนอื่น เหมือนกับเวลาที่เราเห็นคนทำพฤติกรรมไม่ดี แล้วเราจะอยากไปยุ่งกับเขา

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

หรือไม่ หากเราทำตัวไม่ดี ก็อย่าคิดว่าจะมีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้นกับเรา

วันนี้เราโตขึ้นพร้อมกับน้อง ๆ รุ่นใหม่ที่โตขึ้นเช่นเดียวกับเรา ด้วยลำดับชั้นปีที่สูงขึ้น หลาย ๆ คนอาจเปลี่ยนไป จากที่เคยเป็นน้องที่น่ารัก ยกมือไหว้ทั้งวัน เจอกันก็ครั้งก็ไหว้ เดี๋ยวนี้เวลาเจอหน้า กลับทำเมินเฉย บ้างถึง เหมือนไม่เคยรู้จักกันมาก่อน น่าแปลกที่ยศศักดิ์ ทำให้คนหลงระเหิดได้มากขนาดนี้ เราไม่ได้รู้สึกโกรธกับการกระทำแบบนั้น แต่กลับคิดแล้วว่าน้องคงมีเหตุผลในการกระทำของน้องเอง เราอาจเคยไม่รับไหว้น้อง หรือทำให้น้องรู้สึกไม่เคารพ น้องมีสิทธิ์ที่จะไหว้หรือไม่ไหว้ก็ได้ น้องอาจเคยมีความรู้สึกแบบเรา ที่แรก ๆ ไม่เข้าใจถึงเหตุผลของการไหว้ แต่เราเชื่อว่าวันหนึ่งประสบการณ์ในอนาคตจะสอนให้น้องเห็นคุณค่าและความสำคัญของการไหว้ แม้มันจะเป็นเพียงพฤติกรรมเล็ก ๆ ที่ทำได้ง่าย แต่หลาย ๆ คนกลับมองข้าม แต่เชื่อเถอะ สิ่งเล็ก ๆ นี้แหละที่จะทำให้เราได้รับการช่วยเหลือ และอาจช่วยให้เราผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างง่ายดาย

สำหรับเรา ไม่ว่าเราจะเจอกันที่ไหนก็แล้วแต่ น้องไม่จำเป็นต้องไหว้พี่ก็ได้ แคร่รอยยิ้มทักทาย เท่านั้นก็สร้างความรู้สึกดี ๆ ให้แก่กันมากแล้ว เราไม่ได้คาดหวังว่าน้องจะต้องหยุดยั้ง พนมมือไหว้อย่างสวยงาม เพียงแค่

น้องเดินผ่านมาทักทาย หรือแค่ยิ้มให้เพียงอย่างเดียวเท่านั้นก็ดีแล้ว เราไม่ได้อยากให้น้องแสดงความเคารพเรา เพราะความเกรงกลัว แต่เราแค่อยากให้ทุกอย่างแสดงออกมาด้วยใจ ใจไหว้เพราะรู้สึกว่ายากใจไหว้ รู้สึกว่าเคารพจริง ๆ ไม่ว่าใครก็คงคิดเหมือนเรา “อยากให้รักกัน เพราะเราเชื่อจริง ๆ ว่าเราเป็นพี่น้องกัน มากกว่าแสดงออกว่ารักกัน เพราะความเกรงกลัว” เหตุผลของเราไม่ใช่เพื่อให้น้องรู้สึกว่าน้องเป็นรองพี่ แต่แท้จริงแล้ว การไหว้นั้นแสดงถึงตัวตนของผู้ไหว้มากกว่าผู้รับไหว้ ว่าเป็นคนมีมารยาทดี ได้รับการอบรม และมีการปฏิบัติตัวที่ดี ซึ่งพฤติกรรมที่เราทำจะส่งผลกับตัวของเราเอง วันนี้ เราก้าวเข้ามาเป็นพี่น้องอยู่ร่วมวิทยาลัยเดียวกัน ทุก ๆ คำสอน ทุก ๆ สิ่ง ที่เราถูกปลูกฝังให้พี่และน้องปฏิบัติต่อกัน นอกจากจะแสดงถึงความสัมพันธ์อันดีงามระหว่างพี่น้องแล้ว วันหนึ่งเมื่อเราก้าวข้ามผ่านจากนักศึกษาไปเป็นพยาบาล พฤติกรรมดี ๆ เหล่านี้ จะยังส่งผลกับเราต่อไปเรื่อย ๆ ในฐานะพี่น้องร่วมวิชาชีพ พยาบาลทุกคนมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีความซื่อสัตย์สุจริต อยากให้ทุกคนตระหนักว่าในเวลาที่เราวิชาชีพเราอาจถูกคนอื่น ๆ มองข้ามความสำคัญ แต่อย่างน้อย พี่น้องร่วมวิชาชีพก็ยังพร้อมที่จะเข้าใจและให้เกียรติซึ่งกันและกันเสมอ หากเราไม่รักกัน ไม่เข้าใจกันแล้ว เราจะคาดหวังให้ใครที่ไหนมารักและให้เกียรติเรา

คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

สาขาของเรื่องที่ได้รับลงตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ
2. บทความวิชาการในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ รวมทั้งบทความแปลด้านวิชาการ
3. บทความพิเศษที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งประเด็นที่น่าสนใจด้านการพยาบาลและด้านอื่น ๆ

เงื่อนไขการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 2 คน ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้กองบรรณาธิการภายใน 15 วัน
4. ความคิดเห็นของผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับใด ๆ กับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก พิมพ์โดยใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง 4 ด้าน ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาวประมาณ 10-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการมีความยาวประมาณ 6-10 หน้า ส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail : kanisorn2514@gmail.com)
2. บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมกันไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ถ้ามีภาพ ตาราง หรือแผนภาพ เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ ตาราง หรือแผนภาพ ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนทางด้านขวามือ ยกเว้นหน้าแรก
5. การใช้ภาษา คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในครั้งแรก ส่วนศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้เขียนทับศัพท์ สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนคำจริง ๆ ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คู่มือ-ริชาร์ดสัน ครอนบาค

รูปแบบของการเขียนต้นฉบับ

1. รายงานการวิจัย มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ไว้ภายในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

1.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

1.4 บทคัดย่อ พิมพ์โดยไม่ต้องใส่กรอบ ประกอบด้วย 3 ย่อหน้า (ย่อหน้าแรก เริ่มเขียนจากรูปแบบการวิจัย ย่อหน้าที่ 2 เขียนผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย ส่วนย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้) และระบุคำสำคัญจำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อ ส่วนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (พิมพ์คำว่า Abstract แทน) ระบุ Keywords จำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อเช่นกัน

1.5 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนเป็นแผนภูมิแสดงตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีคำบรรยายนำมาก่อน ให้บรรยายอย่างกระชับและเข้าใจง่าย

1.7 วิธีดำเนินการวิจัย มีส่วนประกอบดังนี้

1.7.1 ประเภทของการวิจัยและการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.7.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง เขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อน ตามด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือแต่ละชิ้น ระบุเกี่ยวกับที่มา จำนวนข้อลักษณะคำตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน และเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ใช้ชื่อว่า การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อๆ ตามขั้นตอน

1.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนเกี่ยวกับข้อมูลและระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1.8 ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง ในตาราง จัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า t , z , r , β และ p ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง สำหรับค่า p ให้ใส่ค่าจริง (ถ้าเป็น .000 ให้ใส่ว่า < .001) โดยไม่ต้องใส่ * กำกับที่ตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องระบุ * ที่ใต้ตาราง

1.9 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร ถ้าใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัย การใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุแล้วว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด ให้เขียนต่อจากปี (ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ) ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ถ้ามีมากกว่า 1 ประเด็น ให้เขียนเป็นข้อๆ

1.11 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

หมายเหตุ : การวิจัยแบบทดลอง ให้เขียนโดยนำกลุ่มทดลองขึ้นก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ถ้ามีมากกว่า 1 กลุ่ม)

2. บทความวิชาการ มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

2.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยขีดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

2.4 ส่วนบทนำ ไม่ต้องเขียนคำว่า บทนำ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

2.5 ส่วนเนื้อหา

2.6 ส่วนสรุป ไม่ต้องเขียนคำว่า สรุป ความยาวไม่ควรเกิน ½ หน้ากระดาษ

2.7 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) version 6.0 ดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง

ใช้ระบบนาม ปี ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้ระบุชื่อ นามสกุล กันด้วย , ตามด้วยปี ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อสกุลเท่านั้น กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี ในการเขียนมีหลักการดังนี้

1.1 การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “and” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ

1.2 การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “&” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียน

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.)

ส่วนการเรียงรายการอ้างอิงที่มีมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงจากปีที่เก่ากว่าไปยังปีที่ใหม่กว่า ถ้าเป็นปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อ โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

ให้มีเฉพาะรายชื่อเอกสารที่ได้อ้างอิงในเนื้อเรื่องเท่านั้น โดยมีหลักการเขียนเช่นเดียวกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องที่เป็นการเขียนครั้งแรก สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อ สกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และ . แล้วตามด้วยชื่อกลาง และ .

3. การเรียงลำดับเอกสาร

3.1 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

3.2 เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ

3.3 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล

3.4 ถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรตัวถัดไปเรื่อยๆ

3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. รูปแบบการเขียน

4.1 วารสาร เขียนตามรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. (ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ของวารสาร (ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

ประสิทธิ์ จิตติวัฒนพงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 33(1), 67-74.

4.2 หนังสือ

4.2.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเรียงตามลำดับดังนี้

4.2.1.1 ชื่อผู้แต่ง ถ้ามากกว่า 1 คน คั่นด้วย , คนสุดท้ายนำด้วย , คำว่า และจบด้วย .

4.2.1.2 ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ. เขียนอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ จบด้วย .

4.2.1.3 ชื่อหนังสือ ใช้ตัวเอียง จบด้วย .

4.2.1.4 ครั้งที่พิมพ์ อยู่ในวงเล็บ และต่อจากชื่อหนังสือ จบด้วย .

4.2.1.5 ชื่อเมืองที่พิมพ์ ตามด้วย : (พิมพ์ให้ชิดกับชื่อเมือง)

4.2.1.6 ชื่อสำนักพิมพ์ จบด้วย .

4.2.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เขียนเรียงตามลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย แต่แตกต่างกันในการเขียน

ชื่อผู้แต่ง ดังนี้

4.2.2.1 ใช้ชื่อสกุลขึ้นต้น ตามด้วย , อักษรย่อชื่อต้น ตามด้วย . และอักษรย่อชื่อกลาง ตามด้วย .

4.2.2.2 ผู้แต่งแต่ละคนคั่นด้วย ,

4.2.2.3 ผู้แต่งคนสุดท้าย นำด้วย , & และจบด้วย .

4.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ให้หลักการเช่นเดียวกับหนังสือที่มีผู้แต่งคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน แต่มีข้อแตกต่าง ดังนี้

4.3.1 หนังสือภาษาไทย เดิม (บ.ก.) จบด้วย . ตามหลังชื่อบรรณาธิการคนสุดท้าย

4.3.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เดิม (Ed.) กรณีที่มีบรรณาธิการคนเดียว หรือเดิม (Eds.) กรณีที่มีบรรณาธิการมากกว่า 1 คน จบด้วย .

4.4 วิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

ลักขณา เทศเปี่ยม. (2552). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพ็ชระอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.5 ข้อความจากเว็บไซต์

ตัวอย่าง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า*. สืบค้น วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thaitgri.org/>

Salinsky, E., & Scott, W. (2003). *Obesity in America: A growing threat*. Retrieved February 20, 2006, from http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_Obesity_7-03.pdf