วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๘ Vol. 2 No. 1 January – June 2015 ISSN 2408-0934

บทความวิชาการ

- แนวทางการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ธรรมาภิบาลในองค์การบริการการพยาบาล
- ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤต : ประสบการณ์ทางการพยาบาล
- การพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน : กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในประเทศไทย

บทความวิจัย

- ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
- การศึกษา การแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น
- องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

College of Nursing Christian University of Thailand

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๘ Vol.2 No.1 January – June 2015 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนุเจริญกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันทน์
อาจารย์ ดร. เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์
อาจารย์ ดร. พรทิพย์ กวินสุพร

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา	ภู่ไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณาวิกติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดิลก	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันท์ สุวรรณแสง	โมไนยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล	นิมิตรอานันท์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิชาการและรายงานการค้นคว้าวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์
2. เผยแพร่ข่าวสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิทยาศาสตร์ และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์วารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

กำหนดการออกวารสาร : ราย 6 เดือน
ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางธัญญรัตน์ หวานแท้)
144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทรศัพท์ : 0-3422-9480 ต่อ 3101-2 โทรสาร 0-3422-9499
e-mail : nursejournal@christian.ac.th

จัดรูปเล่ม – ออกแบบปก : แผนกสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงแสมดำ
เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150
โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)

1.	รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญดา	ประจุศิลป	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2.	รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3.	รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
4.	รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหญิง ยุพิน	อังสุโรจน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5.	รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ	เกษมกิจวัฒนา	วิทยาลัยเซ็นต์หลุยส์
6.	รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุษฎี	เตรียมชัยศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินธร	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
8.	รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี	อัศดรวิเศษ	มหาวิทยาลัยมหิดล
9.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	อาจสันเที๊ยะ	วิทยาลัยเซ็นต์หลุยส์
10.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์	จิตรมนตรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
11.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
12.	รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ	ภิญโญภาสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล

บทบรรณาธิการ

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี 2558 และนับเป็นปีที่ 2 ของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กองบรรณาธิการและทีมงานมีความภาคภูมิใจในการส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมุ่งหวังพัฒนาวิชาการในสาขาวิชาชีพพยาบาลให้มีความก้าวหน้าโดยมีองค์ความรู้ที่หลากหลายตอบสนองความสนใจและการนำไปใช้ประโยชน์แก่พยาบาลวิชาชีพและประโยชน์สูงสุดของการปฏิบัติการพยาบาลคือการดูแลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี บทความวิชาการในเล่มประกอบด้วย เรื่องทางเวชปฏิบัติชุมชน ได้แก่ แนวทางการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน : กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในประเทศไทย การพยาบาลทางคลินิก เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤติ : ประสบการณ์ทางการพยาบาล และบทบาททางการบริหารการพยาบาล ได้แก่ ธรรมาภิบาลในองค์การบริการพยาบาล

ส่วนบทความวิจัย มีเรื่องการวิจัยทางคลินิก ได้แก่ ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม การศึกษาการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในคลินิกโรคหืดแบบง่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น และงานวิจัยทางด้านบริหาร ได้แก่ องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความและสมาชิกวารสารทุกท่านที่สนับสนุนในการจัดทำวารสารและหวังว่าสมาชิกจะมีผลงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ
Editor's Message

บทความวิชาการ

- แนวทางการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  Communication Guidelines for Behavioral Change in High Risk People Exposed to Non-Communicable Diseases
  อุษา ตันทพงษ์ Usa Tontapong 1

- ธรรมาภิบาลในองค์การบริการการพยาบาล
  Good Governance in Nursing Service Organization
  ดร. เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร Dr. Benjawan Buddiangkul 14

- ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
  Self - Care Knowledge for Acute Coronary Syndrome Patients
  ณัฐพร คุณโน Nathaporn Kunno 21

- การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤต : ประสบการณ์ทางการพยาบาล
  The Caring of Postpartum Hemorrhage Maternal and Family in Critical : Nursing Experience
  ดร. นวพร วุฒิธรรม Dr. Nawaporn Wutthitham 31

- การพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน : กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในประเทศไทย
  Cultural Competency Development of Community Practitioner Nurse Students : The Case Study of Tai Song Dam Ethnic Group in Thailand
  พันเอกหญิง ผศ.ดร. นงพิมล นิมิตรอานันท์ Col.Asst.Prof.Dr. Nongpimol Nimit-arnun 41

บทความวิจัย

- ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง
  The Outcomes of Admission Service Model on Patient Satisfaction and Nursing Staff Satisfaction in a General Hospital
  ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ Dr. Pranee Meehanpong 52

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
  The Factors Associated with Food Consumption Behaviors of Coronary Artery Disease Patients in Sam Khuai Phueak Subdistrict, Meung District, Nakhon Pathom Province
  รวินันท์ นุชศิลป์ Ravinun Nuchasilp 65

- การศึกษา การแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดโดยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น
  Study of Solution to the Problem of Failure of Patients with Asthma to Receive the Appointment - Based Treatment Towards Community Network Participation, Easy Asthma Clinic, Luangphorpern Hospital
  ภรณพรรษสร พุฒวิชัยดิษฐ์ Ponnapassorn puttavichaidit 77

- องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
  Servant Leadership Components of Nurse Administrators at the Hospitals Under the Church of Christ in Thailand
  ดร. พรทิพย์ กวินสุพร Dr. Porntip Kawinsuporn 93

แนวทางการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Communication Guidelines for Behavioral Change in High Risk People Exposed to Non-Communicable Diseases

อุษา ตันทพงษ์*

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่คนไทยเสียชีวิตและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งที่เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ซึ่งแนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชื่อว่าสามารถปรับเปลี่ยนได้ หากว่าผู้นั้นเข้าใจและสร้างพลังอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งต้องมีกระบวนการสื่อสารอย่างมีขั้นตอนเหมาะสมกับเวลา แนวทางการสื่อสารต้องคำนึงถึงผู้ส่งสาร ข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร ขั้นตอนการสื่อสาร และวิธีการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับสารเพื่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง จึงต้องกำหนดผลลัพธ์ให้มีวิถีชีวิตสุขภาพ

Abstract

Non-communicable diseases are the most common causes of mortality among Thai people. However, there are several factors that can be used to prevent them. Behavioral change in high risk population is the main goal. The concepts from different theories used in this research suggest that through self-adaptation, self-discipline and self-determination can be easily take place. Good process that consists of time management, right messenger, right message, right receiver and right channels of communication, as well as self-motivation can easily contribute to behavioral change. Adherence to a healthy lifestyle is the outcome of behavioral change that leads to good health.

---

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

สภาพสังคมปัจจุบันมีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป นิยมรับประทานอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ไร้เวลาพักผ่อน ออกกำลังกาย นิยมการดื่มสังสรรค์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็ง อ้วนลงพุง หลอดเลือดสมอง และหัวใจ ซึ่งจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (2556) พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 3.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยต่อเนื่องมา 13 ปี และพบว่าคนไทยอ้วน และมีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นอันดับ 5 ของเอเชีย-แปซิฟิก และจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก หรือ WHO (2556) ประมาณการจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2573 และโรคถุงลมโป่งพองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก อันดับที่ 4 และ ประมาณการว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs 63% ที่สำคัญเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาถึง 80% ขณะที่คนไทยเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคนี้สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยของประชากรทั้งโลกถึง 10% และสูงกว่าทุกประเทศในโลก และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้

การสื่อสารด้านสุขภาพในปัจจุบันมีความก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้นตามเทคโนโลยี และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเน้นการสื่อสารสุขภาพเป็นแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และมีการสื่อสารผ่านไปยังประชาชนตามความต้องการรับสื่อที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับ (Di Clemente, R.J al, 2002) ที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพจะรับอิทธิพลจากสิ่งที่เป็นความคิด ความรู้สึก โดยมีการส่งผ่านในหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ชุมชน และผ่านวัฒนธรรม แต่การสื่อสารสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังประสบปัญหาที่ยังไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากสถิติที่มีผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนั้นแนวคิดการสื่อสารสุขภาพจึงควรปรับเพื่อใช้เป็นแนวทางที่เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และควรส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการรับประทานอาหารถูกหลักอนามัย การพักผ่อนที่ดี และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการป้องกันการกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับเวลา และการบริหารจัดการทั้งผู้ส่งสาร ข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร จึงควรบูรณาการให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

การสื่อสารข้อมูล

เป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ข่าวสารข้อมูล ความรู้ ภูมิปัญญา ค่านิยม ความเชื่อ มรดกทางวัฒนธรรม โดยมีการถ่ายทอดจากฝ่ายหนึ่งไปยังอีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีองค์ประกอบคือ ผู้ส่งสาร (Sender) เนื้อหาข้อมูล (Message) ช่องทาง (Channel) ผู้รับสาร (Receiver) กาญจนา แก้วเทพ (2552) ได้แบ่งการสื่อสารออกเป็น 2 แบบ คือ

1) การสื่อสารแบบทางเดียว (One-way communication) การที่ผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารแล้วไม่เกิดปฏิกิริยาย้อนกลับมา

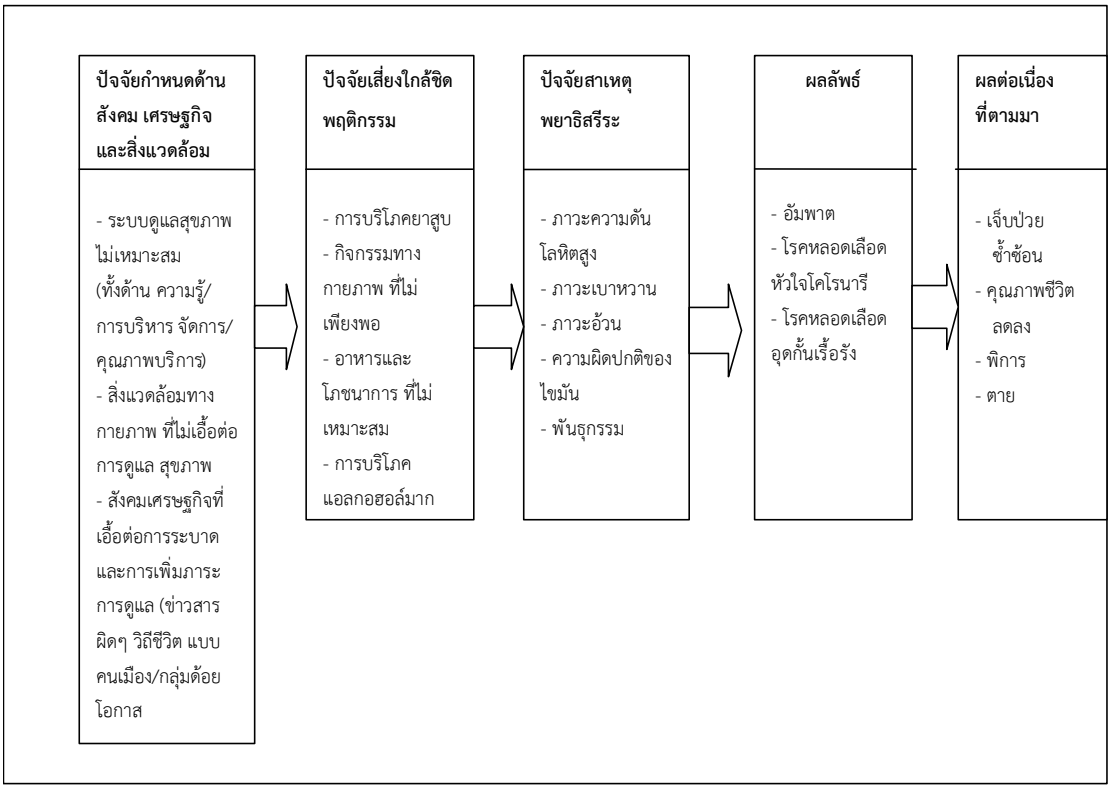
2) การสื่อสารแบบสองทาง (Two-ways communication) การที่ผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารแล้วแล้วเกิดปฏิกิริยาย้อนกลับมา (Feedback)

การสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (Health communication) เป็นการสื่อสาร 2 ทาง (โคทม อารียา, 2552) ที่ผสมผสานระหว่าง "การสื่อสาร" และ "สุขภาพ" เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (ปาจรีย์ ธนะสมบูรณ์กิจ, 2551) โดยมีจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับสาร (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010)

กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้กล่าวถึงกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มบุคคลเสี่ยงที่มีปัจจัยการเกิดโรคที่มากกว่าหนึ่งปัจจัย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนหลักการโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด เป็นต้น จากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีสุขภาพ (Unhealthful lifestyles and environment) กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งตามระบบบริการทางการแพทย์ ได้แบ่งสาเหตุด้านสุขภาพ (Health determination) ที่กำหนดความเชื่อมโยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 : แสดงปัจจัยที่เชื่อมโยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล
ที่มา : จากรายงานผลประเมินโครงการเสริมสร้างมาตรฐานการลดปัจจัยเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 แบบ ดังนี้คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1.1 เพศ เพศชายจัดเป็นปัจจัยเสี่ยง ผู้หญิงจะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดช้ากว่าผู้ชายประมาณ 10 ปี ทั้งนี้เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิง (เอสโตรเจน) ช่วยชะลอการเกิดโรค แต่เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนแล้ว ความเสี่ยง จะสูงขึ้นเทียบเท่าผู้ชาย

1.2 อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่ออายุมากก็มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นกฎธรรมชาติผนังหลอดเลือดจะมีการเสื่อมตามอายุ ดังนั้นคนสูงอายุจะมีความเสี่ยงทุกคน แต่คนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดตีบได้เร็วกว่า

1.3 พันธุกรรม การที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่อายุไม่มาก ลูกๆ ก็มีความเสี่ยงต่อโรคนี้สูงด้วยเช่นกัน ความจริงแล้ว “ยีน” มีบทบาทมากในการเกิดโรคหลอดเลือดแดง เพราะจะควบคุมหลายๆ ระบบที่ส่งผลเร่งการสะสมของไขมัน

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้

2.1 การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายอย่างที่เป็นอันตรายต่อหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ ปริมาณและระยะเวลาของการสูบบุหรี่ จึงมีผลกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดโรคหัวใจ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจจะแปรผันตามจำนวนมวนที่สูบ ยิ่งสูบมากยิ่งมีความเสี่ยงมาก การสูบบุหรี่แม้แต่เพียง 1-5 มวนต่อวันก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคขึ้นอย่างน้อย 1.5 เท่า

2.2 ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดัน เลือดที่ออกมาจากหัวใจสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย ผู้ที่ มีความดันโลหิตขณะพักอยู่ในช่วง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดความดันโลหิตสูงในอนาคต

2.3 เบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดแดง ทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เสียความยืดหยุ่น เกิดการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือดแดง นำไปสู่หลอดเลือดตีบตามมา ผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีปัญหาทางหลอดเลือดแดงร่วมด้วย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวาย โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และตาบอด เป็นต้น

2.4 ไขมันในเลือดสูง ไขมันเป็นตัวการสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นมาก เมื่อไขมันโคเลสเตอรอลรวมสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การลดระดับไขมันแอล-ดี-แอลโคเลสเตอรอล จะได้ประโยชน์ในแง่ชะลอการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือดแดงหรือแม้กระทั่งลดการสะสมดังกล่าว และยังลดปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงอีกด้วย เช่น การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต

2.5 ภาวะอ้วน สามารถวัดได้จากรอบเอวสำหรับคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเพศหญิงรอบเอวเกิน 32 นิ้ว (80 ซม.) ผู้ชายรอบเอวเกิน 36 นิ้ว (90 ซ.ม.) ถือว่ามีความเสี่ยง ความอ้วนจัดเป็นความเสี่ยงประการหนึ่งของหลายๆ โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว

2.6 ขาดการออกกำลังกาย การที่เป็นคนทำอะไรกระฉับกระเฉง มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยข้อหนึ่งที่ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ

2.7 อาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกาก เส้นใย

น้อยๆ เป็นประจำ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็ม ล้วนเป็นการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการรับประทานในปริมาณมากเกินไปร่างกายจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมตามส่วนต่างๆ ของ ร่างกายรวมทั้งในหลอดเลือด

2.8 การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เซลล์ของเลือดเกาะเป็นก้อน ทำให้การไหลเวียนช้าลงนำออกซิเจนน้อยลงและยังมีผลต่อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบวมขึ้น มีผลต่อการทำลายตับ และยังเป็นเหตุให้การสะสมของไขมันมากขึ้น

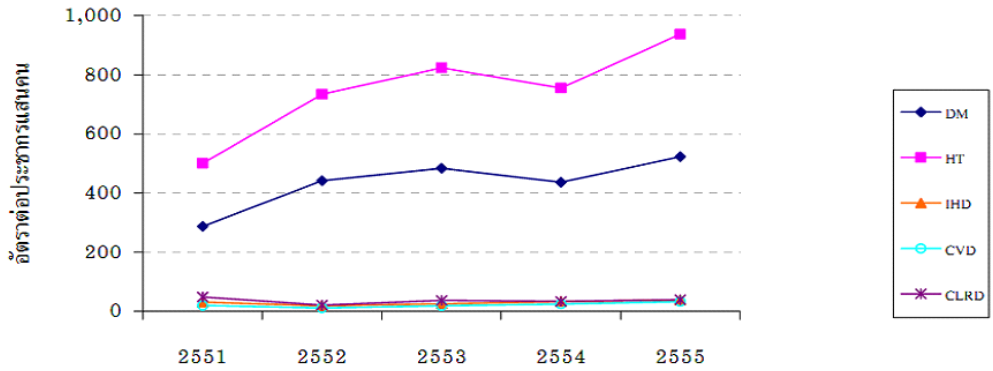
2.9 ภาวะเครียด ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว แน่นท้อง มือเท้าเย็น ภูมิคุ้มกันลดลง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ดังนั้นเมื่อทุกคนสามารถจะเข้าใจตัวเองว่ามีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้หรือไม่ และพบว่าปัจจัยบางอย่างเราไม่สามารถจัดการได้ หากเราจะควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง ก็จะลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้เช่นกัน ซึ่งขอกล่าวถึงสถานการณ์โรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรัง เพื่อจะได้ตระหนักร่วมรณรงค์การป้องกันโรคต่อไป

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากรายงานผลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555 สำนักระบาดวิทยา กรมควมคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการตามนโยบายเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสะสม (รายใหม่และเก่า) ระหว่างปี พ.ศ. 2551–2555 จำนวนรวม 5,471,929 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงสุด คือพบผู้ป่วย 3,398,412 ราย อัตราความชุก 5,288.01 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน 1,799,977 ราย อัตราความชุก 2,800.81 ต่อประชากรแสนคน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง 113,602 ราย (176.77) โรคหัวใจขาดเลือด 92,770 ราย (144.35) และโรคหลอดเลือดสมอง 67,168 (104.51) ดูแนวโน้ม ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551–2555 พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 ทุกโรคมีอัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ในปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรครายใหม่ มีจำนวน 1,009,002 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด จำนวน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือโรคเบาหวาน จำนวน 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 24,927 อัตราป่วย 38.79 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 24.587 รายอัตราป่วย 38.26 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20,675 ราย อัตราป่วย 32.17 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานปี พ.ศ 2555 เพิ่มขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2554 ส่วนที่เหลือ 3 โรค มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่แนวโน้มทุกโรคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551– 2555 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังรูปที่ 2

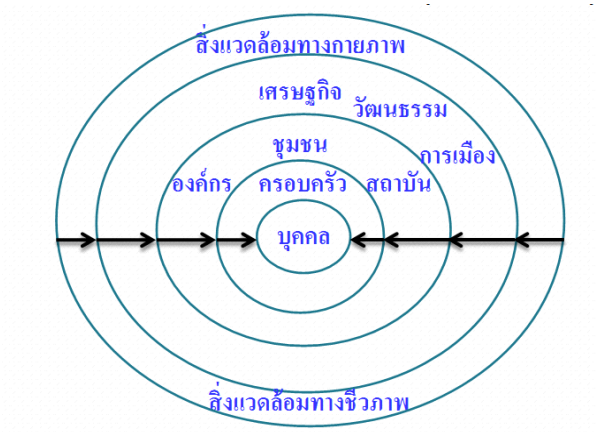


รูปที่ 2 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค รายใหม่ ปี พ.ศ. 22551-2555

กล่าวได้ว่าสถานการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอัตราการเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าหากว่าไม่มีการหาแนวทางสื่อสารที่จะปรับพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง อย่างไรที่เราจะสื่อสารให้ทุกคนหันกลับมาใส่ใจสุขภาพของตัวเองอย่างจริง ซึ่งก็มีแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะขออธิบายให้เข้าใจอย่างคร่าวๆ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการเปลี่ยนแปลงของคนเราที่นำไปสู่สุขภาวะ ซึ่งมีทั้งส่วนที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ อาจเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ในการใช้เวลาหล่อหลอมให้เป็น "วิถีชีวิตสุขภาพ" หรือ "สุขนิสัย" ซึ่งประกอบไปด้วย 6 เรื่อง คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต การจัดสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงจากอบายมุข (เหล้า บุหรี่ การพนัน และยาเสพติด) และความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ซึ่งก็มีแนวคิดนิเวศวิทยา ที่เชื่อว่าเกิดจากหลายสาเหตุ หลายระดับและต่างเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน องค์กร สถาบัน วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แนวคิด ทฤษฎีและกลยุทธ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน (อ้างอิงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีละพันธิ์, 2556)

แนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องมีความเข้าใจพื้นฐานเรื่องพฤติกรรมอันดับแรก หลังจากนั้นจะต้องอาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีแนวคิดพื้นฐาน ขั้นต้นดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

1) สาเหตุและเงื่อนไขกำหนดพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นจึงต้องขจัดสาเหตุ หรือลดความสำคัญของสาเหตุ

2) วิธีการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมควรทำซ้ำเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) เวลาที่ฝึกฝนแต่ละคนมีความสามารถไม่เหมือนกันการใช้เวลาจึงแตกต่างกัน

4) วิถีชีวิตสุขภาพถือเป็นเป้าหมายของการเสริมสร้างและเป็นหลักประกันที่ยั่งยืน

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ผู้เขียนขอเสนอให้เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นที่นิยมอย่างคร่าวๆ ดังนี้คือ

1. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura,1997) โดยการผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive behavior) เข้ากับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ในระยะแรกของทฤษฎีแบนดูราเชื่อว่าความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self – efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาแบนดูรา ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น บุคคลจะต้องเกิดความเชื่อในความสามารถตนเอง (Self efficacy beliefs) ขึ้นก่อน จึงจะกระทำพฤติกรรมนั้นโดยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectancies) เป็นแรงเสริมให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามความต้องการ (Perceived Self – Efficacy) ดังรูปที่ 4

รูปที่ 4 แนวคิดทฤษฎี Self – Efficacy

1.1 แนวทางการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1.1.1 การฝึกปฏิบัติจนมีทักษะที่ดีเพียงพอที่จะทำให้ได้ผลงานที่ประสบความสำเร็จและพึงพอใจ

1.1.2 การเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ทั้งที่เป็นตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) เช่น สมาชิกกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เช่น จากเอกสาร และวีดิทัศน์

1.1.3 การได้รับแรงเสริมด้านกำลังใจ เช่น การชี้แนะ ชมเชย และการได้รางวัล (ทั้งผู้ที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ)

1.1.4 การที่สภาพร่างกายและอารมณ์ของแต่ละบุคคล สามารถกำหนดความสามารถในการตัดสินใจที่จะสูงหรือต่ำ เช่นสภาวะอารมณ์ที่มีความกดดัน จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้ไม่ดี

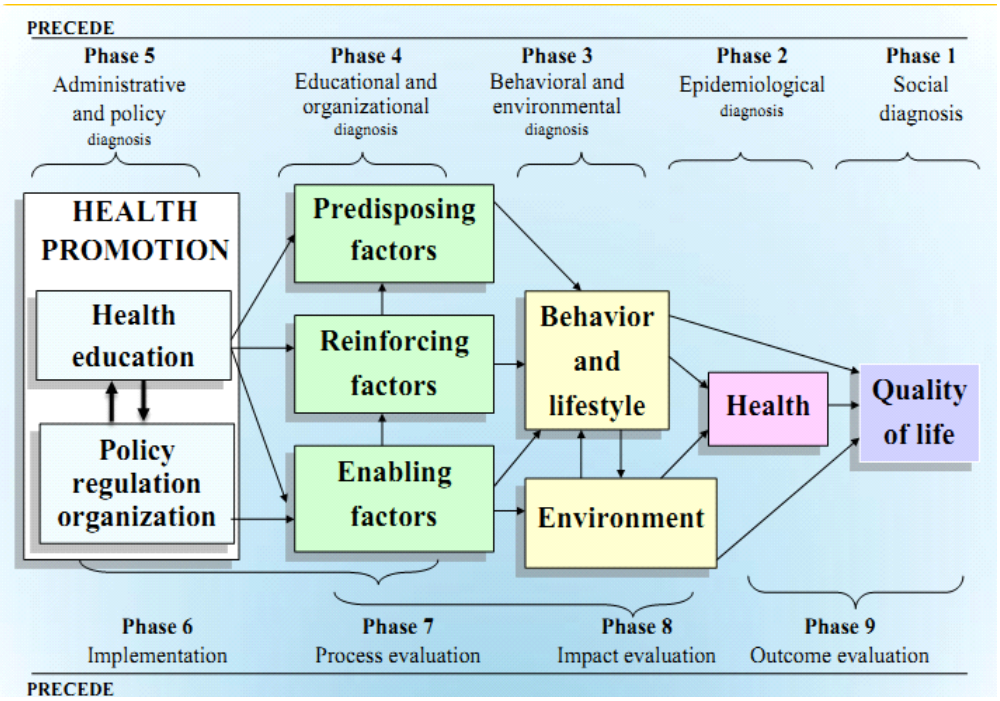
1.2 แนวทางการพัฒนาความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1.2.1 ก่อนการฝึกปฏิบัติ ต้องสร้างความเข้าใจและความตระหนักต่อความสำคัญและผลกระทบตามมาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ครอบครัว และสังคม จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.2.2 ระหว่างและหลังการฝึกปฏิบัติการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่น เป็นระยะๆ พร้อมปรับและย้ำความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. แนวคิดทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model เป็นแนวคิดทฤษฎีของ Green และ Kreuter วิเคราะห์ตามกระบวนการ PRECEDE Framework โดยเริ่มจาก Outcome คุณภาพชีวิต พิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยเกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนดำเนินงานสุขศึกษาพฤติกรรม



รูปที่ 5 Green and Kreuter's PRECEDE-PROCEED MODEL of health program planning. (Green and Kreuter,2005)

โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ 7 ขั้นตอน ดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

2.1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1 : Social diagnosis) การกำหนดคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ผู้ใช้แรงงาน

2.2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 1 : Epidemiological diagnosis) การชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยการเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ

2.3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3 : Behavioral diagnosis) โดยนำข้อมูลจากขั้นตอน 1-2 หาสาเหตุด้านพฤติกรรมของบุคคล

2.4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4 : Education diagnosis) เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งมีรูปแบบการสร้างพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

2.4.1 ปัจจัยนำ (Predlisposing factors) ปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้น (Motivation) จากลักษณะเฉพาะของบุคคลนั้นๆ เช่น

1) ลักษณะทางประชากรและสังคม เช่น เพศ ฐานะเศรษฐกิจ

2) ความรู้สึกนึกคิด เช่น ความรู้ ความเชื่อ

2.4.2 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ปัจจัยภายนอกทางสังคมที่เป็นแรงเสริมที่จะให้ทำ เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เจ้าหน้าที่ และกฎระเบียบของสังคม

2.4.3 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ปัจจัยภายนอกทางกายภาพและชีวภาพที่เอื้อหรือทำให้คนๆ นั้นมีความสามารถ (Abilities) ที่จะทำเช่น บริการด้านสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะทำ

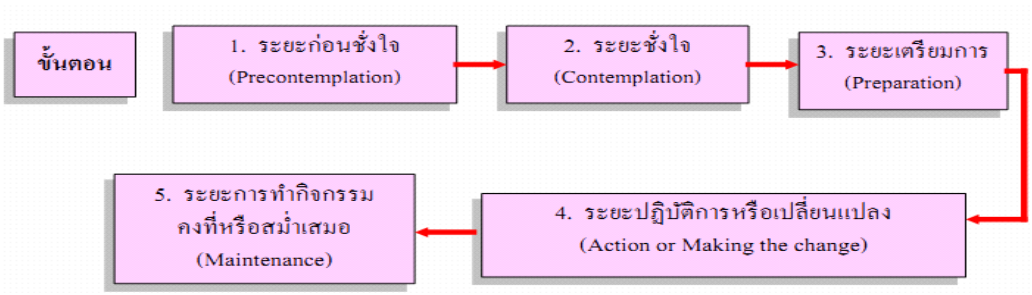
2.5 การเลือกยุทธ์ทางการศึกษา (Phase 5 : Selection of education strategies) การเลือกกลยุทธ์ กลวิธี ด้านการสุขศึกษาที่หลากหลายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6 : Administrative diagnosis) การวิเคราะห์ปัจจัยที่จะมีผลในการดำเนินงานทั้งบวกหรือลบ เพื่อการวางแผนงานที่ดี

2.7 การประเมินผล (Phase 7 : Evaluation) การประเมินผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอน และการประเมินผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิต

3. แนวคิดทฤษฎี Stages of change model หรือ Transtheoretical model (TTM)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) เป็นทฤษฎีของ James O. Prochaska และ Carlo DiClemente, กล่าวถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นกระบวนการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากไม่สนใจปัญหาไปจนถึงลงมือปฏิบัติเพื่อการแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)



รูปที่ 6 แนวคิดทฤษฎี Stages of change model หรือ Trans-theoretical model (TTM)

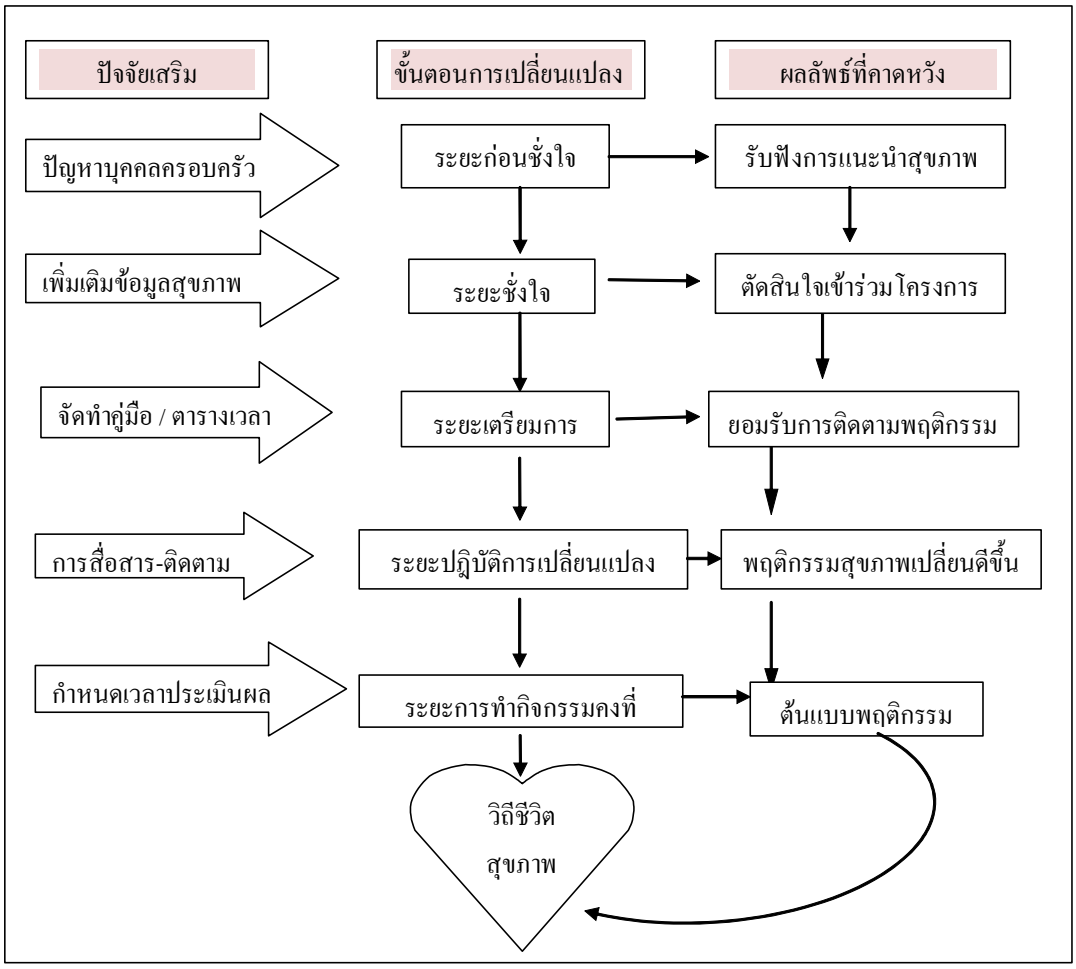
การประยุกต์นำทฤษฎี TTM สำหรับในประเทศไทย ก็พบว่ามีงานวิจัยที่ได้นำทฤษฎีนี้ไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม (Neamkulchon, 2005) งานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างของคนงานโรงงานผลิตสุขภัณฑ์ โดยจัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม สร้างความรู้ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความรู้ และการป้องกันปวดหลังส่วนล่าง อิริยาบถในการทรงตัว และท่าทางในการทำงานถูกต้อง (เพ็ญจันทร์,2556) และงานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทาง สังคม สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืด มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น (ณฏฐพงษ์, 2556) ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถทำได้แต่ต้องมีกระบวนการสื่อสารอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

แนวทางการสื่อสารข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการที่ผู้เขียนเป็นอาจารย์พยาบาล และมีโอกาสนำนักศึกษาติดตามเยี่ยมประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการวิจัยชื่อเรื่อง “ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอ็นซีดีบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม” ซึ่งนำแนวคิดการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการจัดสิ่งสนับสนุน ได้แก่ การจัดบริการเป็นรายบุคคล การสนับสนุนรายบุคคล การจัดข้อมูลความรู้รายบุคคล และการติดตามผลเป็นรายบุคคล โดยผู้เขียนได้มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 42 คน ที่จะติดตามพฤติกรรมเสี่ยง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมความเครียด โดยได้จัดทำคู่มือสุขภาพเป็นรายบุคคลแจกให้กับทุกคนพร้อมอธิบายการใช้คู่มือ ซึ่งในครั้งแรกจะมีการสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมเบื้องต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นนำผลข้อมูลไปวิเคราะห์ตามโปรแกรมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทางเวปไซด์ www.ncdsthailand.com สำหรับประชาชนทั่วไป และนำผลการวิเคราะห์แจ้งให้กับผู้เข้าร่วมโครงการทราบข้อมูลผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยง หากว่าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากนั้นได้ติดตามพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน การติดตามเยี่ยมเยียนบ้านกลุ่มเสี่ยงจะต้องตรวจสอบการบันทึกสมุดคู่มือดูแลตัวเอง ในระยะ 2 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะติดตามโดยวิธีการทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล สอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการจดบันทึกคู่มือสุขภาพส่วนตัวจนตลอดโครงการ 3 เดือน ซึ่งปรากฏว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงสูงในแต่ละรายบุคคล จึงเห็นได้ว่าหากมีการนำแนวทางการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่นำไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างเหมาะสม น่าจะเกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความรับผิดชอบ หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้มีโอกาสนำแนวทางนี้ไปใช้เป็นการส่วนตัวก็น่าจะเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

ทั้งนี้ผู้เขียน ได้ออกแบบแนวทางที่ผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มเสี่ยง สามารถจะดำเนินการหรือใช้เป็นแนวทางการจัดการตัวเอง โดยนำทั้งหลักแนวคิดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลและแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ มาผนวกใช้ร่วมกัน ให้เหมาะสมกับบริบทของคนในท้องถิ่น โดยเริ่มต้นจากการที่คัดเลือกบุคคลเสี่ยงที่มีญาติสายตรงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้นำหลัก ทฤษฎี Precede - Proceed Model ในการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมสำหรับการตัดสินใจที่จะเห็นได้จากการร่วมรับฟังข้อมูลสุขภาพและให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และขั้นตอนการ

เพิ่มเติมข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพให้ผู้เข้าร่วมโครงการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยได้นำแนวทฤษฎี Self - Efficacy มาเป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งจะมีการจัดตารางเวลาการเยี่ยมและสอนการบันทึกการใช้คู่มือดูแลตัวเอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการยอมรับและเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองในแต่ละสัปดาห์จากการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี TTM โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ที่จะให้เกิดต้นแบบพฤติกรรม เพื่อที่จะให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาพ ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7 แนวทางการสื่อสารข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บทสรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาที่กำลังก่อตัวเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และหากไม่มีการรณรงค์ที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจัง ประเทศไทยก็จะกลายเป็นประเทศที่มีประชากรที่ไม่มีคุณภาพและขาดความสุขในบั้นปลายชีวิตมากที่สุดในอนาคต ดังนั้นทุกคนต้องร่วมกันรณรงค์ให้สังคมเกิดความตื่นตัวในการที่หันมาดูแลสุขภาพของตัวเองโดยมี

เป้าหมายที่จะให้ทุกคนไปสู่การมีวิถีชีวิตสุขภาพ ซึ่งแนวทางการสื่อสารในอดีตใช้เฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคเท่านั้นอาจจะใช้ไม่ได้ในปัจจุบัน เนื่องจากสถิติที่พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีชี้ชัดแล้วว่าคนไทยโดยทั่วไปที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคไม่ได้เรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดโรค จึงต้องเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพทุกคนที่จะต้องมีส่วนสร้างแรงจูงใจ วิธีการ กระบวนการต่างๆ ที่จะทำให้สังคมหันมาสนใจดูแลตัวเองมากขึ้น ปัจจุบันข้อมูลสุขภาพเหล่านี้ถึงแม้ว่าจะสามารถหาได้ทั่วไป แต่ก็ไม่สามารถทำให้สถิติการเกิดผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงได้เลย แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย จะต้องมีขั้นตอนการสื่อสารและวิธีการสร้างแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้รับสารเห็นความสำคัญ และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เขียนหวังว่าแนวทางการสื่อสารที่บูรณาการขึ้นมาโดยอาศัยจากประสบการณ์ และแนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ น่าจะเป็นแนวทางที่จะเห็นขั้นตอนอย่างง่ายๆ สำหรับนำไปปฏิบัติหรือเกิดการต่อยอดความคิดเพื่อนำไปปฏิบัติให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา แก้วเทพ. (2551). *การสื่อสารชุมชน.* กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

กองศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *แนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด.* กระทรวงสาธารณสุข.

คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2551–2555.* กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคณะ. (1998). *วิเคราะห์องค์กรส่งเสริมสุขภาพเด่น: บทเรียนเพื่อการพัฒนา.* กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (2556). *ผลของการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อกการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างของคนงานโรงงานผลิตสุขภัณฑ์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานผลประเมินโครงการสำนักโรคไม่ติดต่อภายใต้โครงการเสริมสร้างมาตรฐานการลดปัจจัยเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพดีวิถีไทยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552.* กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

อมรา ทองหงษ์ และคณะ. (2556). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555.* กรุงเทพฯ : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร. (2556). *ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหอบหืด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy : *The exercise of control.* New York : W.H. Freeman.

DiClemente, R. J, Crosby, R. A. and Kegler, M. A. (2002). *Emerging therories in health promotion and research.* CA : A Wieley Company,

Green, L. W. and Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning : An educational and ecological approach.* . 4th edition. NY : McGraw-Hill Higher Education.

Neamkulchon, J. (2005). *The effect of using promoting smoking cessation program according to the transtheoretical model on attempt to quit behaviors of in- patients, medical unit.* Thesis (M.N.S.). Chulalongkorn University.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). "The transtheoretical model of health behavior change". *American Journal of Health Promotion*, 12(1), : 38-48.

Sittipreechachan, P. (2006). *The effects of transtheoretical model application on low back pain prevention among workers in sanitary production factories.* Doctoral dissertation Mahidol University.

WHO. (2014). *The global status report on non-communicable diseases*. [Online]. Retrieved May 30, 2015, from http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/.

ธรรมาภิบาลในองค์การบริการการพยาบาล
Good Governance in Nursing Service Organization

ดร. เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร*

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันการบริหารและการจัดการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนประสบกับภาวะวิกฤตอันเกิดจากการทุจริตที่ระบาดออกไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ความไม่รับผิดชอบต่อสังคมหรือส่วนรวม คำนึงแต่ประโยชน์ของตนเองและพวกพ้อง อันเป็นการบริหารจัดการที่ขาดคุณธรรมและจริยธรรม การบริหารและการจัดการในภาครัฐและภาคเอกชนได้มีการให้ความสำคัญกับระบบคุณธรรมและจริยธรรมอย่างมาก การบริหารจัดการที่ดี (Good Governance) หรือธรรมาภิบาลนั้น จะช่วยกระตุ้นการพัฒนาและขยายตัวของจริยธรรมในองค์การทั้งภาครัฐและเอกชน หลักธรรมาภิบาลเป็นหลักการที่มีความสำคัญต่อโรงพยาบาลและองค์การบริการการพยาบาลทั้งที่เป็นโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน เพราะสามารถสร้างความน่าเชื่อถือทั้งยังส่งผลให้เกิดการปรับตัวการเปลี่ยนแปลงทั้งในเรื่องการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม และโครงการต่างๆ รวมถึงการปรับพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติการพยาบาล และจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์การบริการการพยาบาลต้องปฏิรูปบทบาท หน้าที่ โครงสร้าง ระบบและกลไก การบริหารจัดการให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรขององค์การบริการพยาบาลได้อย่างโปร่งใส ซื่อตรง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด และเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รับทราบถึงการเป็นองค์การที่บริหารจัดการที่ดีและดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อเป้าหมายในการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนผู้มาใช้บริการอย่างมีคุณภาพและเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ รวมทั้งการสร้างความเชื่อมั่นแก่ทั้งพยาบาลผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับธรรมาภิบาลในองค์การบริการการพยาบาล ประกอบด้วย ธรรมาภิบาล ธรรมาภิบาลกับสังคมไทย และธรรมาภิบาลในองค์การบริการการพยาบาล

Abstract

The current administration and management in both the public and private sectors experiencing a crisis caused by fraud epidemic out quickly and broadly social irresponsibility. However, taking into account their own interests and partisan. The management of the lack of ethics and morality. Administration and management in the public and private sectors with an emphasis on moral and ethical greatly. Good governance management will stimulate the development and expansion of ethics in organizations, both

* ผู้ช่วยอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

public and private. The good governance principles that are important to hospitals and nursing service organizations, both public and private hospitals. You can build credibility also result in an adjustment. Changes in the vision, mission, goals, objectives, policies, strategies and projects, including the behavior of the nurses. It is critically important that organizations need to reform nursing roles, system and management mechanism to manage the resources of the nursing service organization with integrity, transparency, fairness, efficiency and effectiveness. And public were aware that the organization is well-managed and operate in accordance with good governance. The goal of providing nursing services to the people who use the service, quality and safety of nursing service as well as building confidence among both providers and users of nursing services.

This article aims to review knowledge about good governance in the nursing services organization consisting of good governance, good governance and Thai society, and good governance in the nursing services organization.

ธรรมาภิบาล

แนวคิดหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) เริ่มเกิดขึ้นจากข้อสรุปของที่ประชุมองค์การให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศในช่วงต้นทศวรรษ 1990 อาทิ ธนาคารโลก (World Bank) องค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nation : UN) และองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development : OECD) ต่อมาได้แพร่หลายอย่างรวดเร็วในบริบทการพัฒนาที่ยั่งยืนและการช่วยบรรเทาปัญหาความยากจน มีการริเริ่มใช้ธรรมาภิบาล (Good Governance) ใน ค.ศ. 1989 โดยธนาคารโลกได้ให้ความสำคัญของการมีธรรมาภิบาลในการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาทั้งหลาย และสรุปว่า ภาวะด้อยการพัฒนาและปัญหาความยากจนที่เกิดขึ้นในประเทศแถบซีกโลกใต้โดยเฉพาะในแถบละตินอเมริกาและแอฟริกาเป็นปัญหาที่องค์การทางการเงินระหว่างประเทศไม่สามารถแก้ปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจแก่ประเทศต่างๆ อย่างมีประสิทธิผลนั้น เนื่องจากปัญหาการบริหารจัดการที่ไม่ดีของประเทศนั้น ๆ ธนาคารโลกจึงได้ใช้หลักธรรมาภิบาล (Good Governance) เป็นเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาอนุมัติให้กู้เงิน โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการภาครัฐที่ดียิ่งขึ้น ยึดหลักนิติธรรมรวมทั้งการขจัดคอรัปชันในประเทศเหล่านั้นให้หมดสิ้นไป และได้ให้คำนิยาม "Good Governance" ว่าหมายถึง ลักษณะการใช้อำนาจเพื่อนำไปสู่การจัดการทรัพยากรเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และต่อมาองค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program : UNDP) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาวิเคราะห์ ส่งผลให้แนวคิดเรื่องหลักธรรมาภิบาล เริ่มได้รับความสำคัญมากขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1990 เป็นต้นมาและกลายเป็นประเด็นสำคัญในบริบทการพัฒนาระดับสากล ต่อมาใน ค.ศ. 1995 ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asia Development Bank : ADB) ได้ให้ความสำคัญกับแนวความคิดเรื่องธรรมาภิบาลในต่างประเทศเช่นกัน

สำหรับประเทศกำลังพัฒนานั้น Good Governance หรือธรรมาภิบาลนั้น ถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขยายความสามารถของประเทศเพื่อสร้างรายได้และลดปัญหาความยากจนในอนาคต หรือก่อให้เกิดการพัฒนาทางการบริหารปกครองของประเทศเป็นไปได้อย่างยั่งยืน นอกจากเพิ่มประสิทธิภาพของระบบทางเศรษฐกิจแล้ว หลักการธรรมาภิบาล ยังได้รับการยอมรับว่า เป็นแนวความคิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อ

การกระตุ้นส่งเสริมศักยภาพภาคประชาสังคม (Civil Society) เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการพัฒนาทุนมนุษย์ (Human Capital) อย่างยั่งยืนอีกด้วย

ในประเทศไทยการบริหารและการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนได้ให้ความสำคัญกับระบบคุณธรรม และจริยธรรม เนื่องจากการบริหารและการจัดการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนประสบกับภาวะวิกฤติอันเกิดจากการทุจริตที่ระบาดออกไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ความไม่รับผิดชอบต่อสังคมหรือส่วนรวม คำนึงแต่ประโยชน์ของตนเองและพวกพ้อง อันเป็นการบริหารจัดการที่ขาดคุณธรรมและจริยธรรม

การบริหารจัดการที่ดีในภาครัฐ (Good Governance) หรือธรรมาภิบาลนั้น จะช่วยกระตุ้นการพัฒนาและขยายตัวของจริยธรรมในทางธุรกิจ ทั้งนี้เพราะความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนมีอยู่อย่างใกล้ชิด ภาครัฐในฐานะที่เป็นผู้ควบคุมกติกาการดำเนินงานของเอกชนย่อมมีผลต่อการเสริมสร้างการบริหารจัดการที่ดีในวงการธุรกิจและการยึดมั่นในหลักคุณธรรมและจริยธรรมรวมทั้งความรับผิดชอบที่ธุรกิจมีต่อสังคม ถ้าการควบคุมไม่เคร่งครัดหรือหน่วยงานในภาครัฐมีส่วนรู้เห็นกับการทุจริตหรือการเอารัดเอาเปรียบสังคมและผู้บริโภคของธุรกิจเอกชนหรือมีการร่วมมือกันระหว่างคนในภาครัฐกับในภาคเอกชนเพื่อแสวงหาผลประโยชน์อันมิชอบแล้ว จะเป็นอุปสรรคซึ่งทำให้การเสริมสร้างจริยธรรมในการทำธุรกิจเป็นไปได้ลำบาก

ธรรมาภิบาลกับสังคมไทย

ในปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและต่างประเทศเปลี่ยนไปมาก สังคมข่าวสารได้เข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทยอันช่วยให้ภาคเอกชนเติบโตขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ของชาติมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ องค์กรภาครัฐในฐานะที่เป็นสถาบันหลักของชาติ จะต้องปรับแนวทางการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยการร่วมกันสร้างความเป็นเอกภาพและความสามัคคีในหมู่ข้าราชการ เพื่อให้การประสานงานราชการด้านต่างๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องปรับเปลี่ยนระบบการทำงานโดยเน้นให้ความสำคัญกับการให้บริการประชาชน รวมทั้งข้าราชการต้องปรับทัศนคติในการทำงานโดยยึดมั่นในหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของการเป็นข้าราชการที่ดีที่มีคุณภาพ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต อุทิศเวลากับงานราชการอย่างจริงจัง และเป็นที่พึ่งพาของประชาชนอย่างแท้จริงอันจะช่วยส่งเสริมให้ประเทศชาติมีความสงบสุขและพัฒนาอย่างรวดเร็วต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ, 2552)

ในการบริหารของภาครัฐได้เริ่มดำเนินการสร้าง “ธรรมาภิบาล” ขึ้น และได้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2542 ระเบียบนี้มีผลใช้บังคับกับหน่วยงานของรัฐตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม 2542 เป็นต้นมา (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2542) โดยระเบียบนี้กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐ ดำเนินการบริหารจัดการโดยยึดหลักการ 6 หลัก ได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. หลักนิติธรรม ได้แก่ การตรากฎหมาย กฎข้อบังคับต่างๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของสังคม และสังคมยินยอมพร้อมใจปฏิบัติตามกฎหมาย กฎข้อบังคับเหล่านั้น โดยถือว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่ตามอำเภอใจ หรืออำนาจของตัวบุคคล

2. หลักคุณธรรม ได้แก่ การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม โดยรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ ยึดถือหลักนี้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างแก่สังคมและส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาตนเองไปพร้อมกัน เพื่อให้คนไทยมีความซื่อสัตย์ จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัย ประกอบวิชาชีพสุจริตจนเป็นนิสัยประจำชาติ

3. หลักความโปร่งใส ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชาติโดยปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรทุกวงการให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายต่อสาธารณะ ประชาชน

เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกและมีกระบวนการให้ประชาชนตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนได้

4. หลักความมีส่วนร่วม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และเสนอความเห็นในการตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศ ไม่ว่าด้วยการแสดงความคิดเห็น การไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติหรืออื่นๆ

5. หลักความรับผิดชอบ ได้แก่ การตระหนักในสิทธิหน้าที่ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม การใส่ใจปัญหาสาธารณะของบ้านเมืองและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาตลอดจนการเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่าง และความกล้าที่จะยอมรับผลจากการกระทำของตน

6. หลักความคุ้มค่า ได้แก่ การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม โดยรณรงค์ให้คนไทยมีความประหยัด ใช้ของอย่างคุ้มค่า สร้างสรรค์สินค้าบริการที่มีคุณภาพสามารถแข่งขันได้ในเวทีโลก รวมทั้งอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืน

สำหรับในภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมีการตื่นตัวในการสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้น มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดกลไกของการตรวจสอบและการกำกับดูแลในการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดธรรมาภิบาลในองค์การภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมากขึ้น

กระแสโลกาภิวัฒน์กำลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบอย่างรวดเร็วและรุนแรงต่อทั้งเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทย ดังนั้น ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนจะควรตระหนัก ให้ความสำคัญและสนับสนุนหลักธรรมาภิบาลทั้ง 6 ประการตามที่กำหนดในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อจะได้ร่วมกันปรับบทบาท ปรับวิธีการทำงานของแต่ละภาคส่วนให้สนับสนุนเกื้อกูลกัน อย่างไรก็ตามการสร้างธรรมาภิบาลจำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นในทุกระดับ ได้แก่

1. ระดับบุคคล คือ ประชาชนตระหนักว่าตนเองมีอำนาจ กล้าใช้อำนาจบนความรับผิดชอบและเป็นธรรม

2. ระดับชุมชน คือ การประสานสิทธิอำนาจของชุมชนเข้ากับการปกครองท้องถิ่น

2.1 ภาคธุรกิจเอกชน คือ การบริหารการจัดการธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจให้โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

2.2 ภาคการเมืองและราชการ คือ การกระจายอำนาจ ให้มีการบริหารจัดการที่ดี มีการตรวจสอบภายในและระหว่างกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

ธรรมาภิบาลในองค์การบริการพยาบาล

ในประเทศไทยให้ความสำคัญในการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารองค์การทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากมีความเชื่อว่าหลักธรรมาภิบาลจะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ได้และทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน มีการกำหนดหลักธรรมาภิบาลไว้ในกฎหมายและแผนที่สำคัญ อาทิ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,สำนักนายกรัฐมนตรี, 2554) และแผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550– 2559 (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่งกำหนดให้องค์การบริการพยาบาลสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ ระบบการให้บริการพยาบาลเพื่อตอบสนองนโยบายภาครัฐและความต้องการบริการพยาบาลของประชาชน รวมทั้งพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้นองค์การบริการพยาบาลจึงต้องมีธรรมาภิบาล หมายความว่า องค์การบริการพยาบาลต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีความยุติธรรมและให้ความเป็นธรรมแก่ทุกคน (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ, 2546)

หลักธรรมมาภิบาลในองค์การบริการพยาบาลจึงประกอบด้วย 6 หลัก ดังนี้

1. หลักนิติธรรม ได้แก่ การใช้ระบบการจ้างงานบุคลากรพยาบาลอย่างเป็นธรรม มีการกำหนดขอบเขตอำนาจ หน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้บริหารและบุคลากรพยาบาลทุกตำแหน่ง กำหนดช่วงระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินผลปฏิบัติงาน การสร้างแรงจูง

ใจให้บุคลากรพยาบาลทำงานได้เต็มที่ เปิดโอกาสให้บุคลากรสามารถร้องทุกข์ต่อกรรมการอุทธรณ์ร้องทุกข์ได้ รวมทั้ง มีการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข่าวสารและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับองค์การบริการพยาบาลให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับทราบอย่างทั่วถึง

2. หลักคุณธรรม ได้แก่ การยึดมั่นในความถูกต้อง ดีงาม การส่งเสริม ให้บุคลากรพยาบาลพัฒนาตนเอง บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพบุคลากรพยาบาล เป็นแบบอย่างที่ดีให้สังคม การบริหารงานไม่มีการใช้ระบบอุปถัมภ์ มีการดำเนินงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต การบริหารงานด้วยความเป็นธรรมเสมอภาค และไม่เลือกปฏิบัติ มีการปฏิบัติต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติไม่กลั่นแกล้ง และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของบุคลากรพยาบาลและของผู้ใช้บริการ

3. หลักความโปร่งใส ได้แก่ การประกาศหลักเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบและการพิจารณาความดีความชอบเป็นไปอย่างเปิดเผย การประกาศให้บุคลากรพยาบาลรับทราบเกี่ยวกับแผนงาน กฎระเบียบขององค์การบริการพยาบาล บุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์และปัญหาขององค์การบริการพยาบาล บุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาขององค์การบริการพยาบาล ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถสื่อสารกันได้สองทางมีระบบตรวจสอบการทำงานภายในองค์การบริการพยาบาล มีการเผยแพร่ข้อมูลของหน่วยงานอย่างเปิดเผย และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ตามเหมาะสม มีการสื่อสารหรือแจ้งข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในการทำงานของบุคลากรพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

4. หลักการมีส่วนร่วม ได้แก่ ผู้บริหารรับฟังข้อเสนอแนะจากบุคลากรพยาบาลในเรื่องนโยบายหรือการบริหารแผนงานขององค์การบริการพยาบาล ได้มาจากความคิดของบุคลากรพยาบาลในองค์การบริการพยาบาล ผู้บริหารเป็นที่ยอมรับของบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ บุคลากรมีส่วนร่วมในการพิจารณาการได้รับการฝึกอบรม/การลาศึกษาต่อ การทำงานเป็นทีมในการบริหารงาน การตรวจสอบการดำเนินงานของผู้บริหารให้สอดคล้องกับนโยบาย มีการใช้กระบวนการตัดสินใจ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ที่เกี่ยวข้อง มีการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำไปปรับปรุงการบริหารงาน

5. หลักความรับผิดชอบ ได้แก่ การได้รับการยอมรับและความพึงพอใจจากผู้ใช้บริการและมีส่วนเกี่ยวข้อง การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ของงานที่ปฏิบัติ ผลการประเมินคุณภาพของงานทั้งด้านปริมาณ ความถูกต้อง และครบถ้วนของงาน การร้องเรียนหรือการกล่าวหาที่ได้รับ มีระบบให้บุคลากรพยาบาลตระหนักในความรับผิดชอบต่อหน้าที่และศักยภาพของตนเอง มีการปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความคาดหวังและรับผิดชอบต่อสังคม มีการกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน อย่างทัดเทียมกัน

6. หลักความคุ้มค่า ได้แก่ การใช้อำนาจบริหารจากระดับสูงสู่ระดับปฏิบัติการ ผู้บริหารมีอำนาจบริหารงานอย่างอิสระ มีการบริหารจัดการที่ได้ผลงานที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับเป้าหมาย งบประมาณและเวลาที่ใช้ไปมีการดำเนินการอย่างครบถ้วน ทั้งการวางแผนระบบการทำงาน และการแก้ปัญหา มีการนำข้อมูลสารสนเทศเป็นหลักสำคัญในการบริหารงาน ผู้บริหารสามารถแนะแนวทาง แก้ไขปัญหาการทำงานหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นจากการทำงานของหน่วยงาน มีการจัดลำดับความสำคัญของงาน โดยมีการจัดสรรเวลาให้แต่ละงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งผู้ปฏิบัติได้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์อย่างคุ้มค่าคุ้มทุนโดยยึดหลักประหยัดสุด ประโยชน์สูง

ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 หลักธรรมมาภิบาลในองค์การบริการพยาบาล

แผนภูมิที่ 1 หลักธรรมมาภิบาลในองค์การบริการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักธรรมาภิบาลนั้นขึ้นอยู่กับตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตน มีความตระหนักและจิตสำนึกรับผิดชอบในการให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ บนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล และกฎระเบียบของโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเกิดวัฒนธรรมองค์กรที่มีการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อสร้างความเชื่อมั่นน่าเชื่อถือ และได้รับการยอมรับจากผู้ใช้บริการ (Sally Bassett, 2012) การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในองค์การบริการพยาบาลทั้งที่เป็นองค์การภาครัฐและภาคเอกชนมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง องค์การบริการพยาบาลควรปฏิรูปบทบาท หน้าที่ โครงสร้างและกระบวน การทำงาน รวมทั้งกลไกการบริหารจัดการให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรขององค์การได้อย่างโปร่งใส ซื่อตรง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง และเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รับทราบถึงการเป็นองค์การที่บริหารจัดการที่ดีและดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อเป้าหมายในการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนผู้มาใช้บริการอย่างมีคุณภาพและเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ รวมทั้งการสร้างความเชื่อมั่นแก่ทั้งพยาบาลผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการด้วย ทั้งนี้โรงพยาบาลควรกำหนดเป็นนโยบายจัดสรรงบประมาณสนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานขององค์การบริการพยาบาลและองค์กรอื่นๆ ในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาลในการดำเนินงานในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลด้วย

เอกสารอ้างอิง

นิตยา รอดผล. (2557). “ความสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบายธรรมาภิบาลไปปฏิบัติในโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม”. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเมืองการปกครอง.* 3(3) : 1-12

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. (2546). “ธรรมาภิบาลในสังคมไทย กลไกเสริมสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน”. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม.* 40(4) : 4-8.

ทรงลักษณ์ ณ นคร และกัญญดา ประจุศิลป. (2557). การพัฒนาแบบธรรมาภิบาลในองค์การพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 15(2) : 225-231.

สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2550-2559.* กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) (2552). *คู่มือการจัดระดับการดูแลองค์การภาครัฐตามหลักธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance Rating).* กรุงเทพฯ : พรีเมียร์โปร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559.* [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 12 มีนาคม 2558, จาก http://www.nesdb.go.th/.

Basstt, S. and Westmore, K. (2012). “How nurse leaders can foster a climate of good governance”. *Nursing Management.* 19(5) : 22-24.

ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
Self – Care Knowledge for Acute Coronary Syndrome Patients

ณัฐพร คุณโน*
น้ำฝน โดมกลาง*

บทคัดย่อ

ภาวะทางสังคมไทยในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชากรมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้วิถีการดำรงชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป เช่นเรื่องการรับประทานอาหารจานด่วน การขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ชีวิตที่รีบเร่งในแต่ละวันและภาวะความเครียดสะสมเป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนี้เองนำมาซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนา ความรู้ในการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้น แต่หากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วควรมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

Abstract

At present, the Thai society has changed. The well-being of the people as well as how they live their lives; they have fast food, don't exercise as they should, and their lifestyle is stressful. These factors increase the number of Acute Coronary Syndrome patients in Thailand. Knowledge to Self-Care is important to promote how should are protect oneself care Acute Coronary Syndrome. Therefore, people with Acute Coronary Syndrome should have knowledge to take care of themselves in order to have a good life.

---

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นหนึ่งในห้าของกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด รวมทั้งมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตที่สูงอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยนั้นพบว่าสถิติการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตด้วยหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติทางสาธารณสุข พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 1.63, 2.76 และ 3.08 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่าง พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2552 เท่ากับ 20.08, 21.2 และ 24.5 ราย ตามลำดับและใน พ.ศ. 2554 เท่ากับ 30.8 (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและอัตราการเสียชีวิตที่สูงอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นที่ประชากรในประเทศไทยต้องมีความรู้ และให้ความใส่ใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วนั้น ควรมีความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขต่อไป

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจหมายถึงความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากขาดเลือดไปเลี้ยงเพราะความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี เช่นมีชั้นไขมันที่ผนังหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการปริแตกทำให้มีลิ่มเลือด พลัดไปอุดตันนำมาซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) โดยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุมาจากการมีไขมันจับที่ผนังของหลอดเลือดหัวใจที่เรียกว่า พลาค (Plaque) จึงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งหนา (ท่อเลือดแดงแข็ง) ช่องในหลอดเลือดจึงตีบแคบลง และเมื่อพลาคนี้ก่อให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด หรือผนังหลอดเลือดบาดเจ็บเสียหาย ร่างกายจะซ่อมแซมผนังส่วนเสียหายโดยการจับตัวเป็นก้อนของเกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาว จึงยิ่งส่งผลให้ช่องในหลอดเลือดตีบแคบลงและหากหลอดเลือดมีการสะสมหนาตัวของไขมันมากขึ้นเรื่อยๆ หรือมีก้อนของเกล็ดเลือดเข้าไปอุดที่หลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลันจะไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน เมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกวิธี ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยมีผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ นาทีละ 2 คน ถึงแม้จะมีวิวัฒนาการในการรักษาที่ดีขึ้นจากเดิมมากเท่าไหร่ก็ตาม

อาการที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น เจ็บ ปวด หรือรู้สึกไม่สบายแน่นท้องเป็นตะคริวชาหายใจลำบากจุกเสียดแน่นหน้าอกร้อนเหงื่อแตกวิงเวียนศีรษะอาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในบริเวณหน้าอก ไหล่ หลังส่วนบน แขน คอ ในลำคอ หรือกราม เป็นต้น บางครั้งอาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่รู้สึกเครียด ขณะที่ใช้แรงมากในการทำกิจกรรม หรือหลังมื้ออาหารหนักๆ หรือแม้ในขณะพัก หากผู้ใดมีอาการที่กล่าวมาข้างต้น ควรปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที ทั้งนี้อาการที่กล่าวมาข้างต้น หากผู้ที่มีอาการได้รับคำแนะนำแล้วควรปฏิบัติตามคำแนะนำให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยง โดยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีกระบวนการเกิดของโรคจากการสะสมของไขมันอย่างต่อเนื่องและอาจมีระยะเวลานาน ซึ่งอาจมีปัจจัยเสี่ยงได้ดังนี้

1. พันธุกรรมผู้ที่มีประวัติบิดามารดาเป็นโรคนี้จะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมทางครอบครัวและอาจเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น (อาภรณี ศาสตร์สมัย, 2551)

2. อายุผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 50 ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการสะสมของคอลาเจนในหัวใจและหัวใจมีความยืดหยุ่นลดลงเป็นผลให้การบีบตัวและการยืดขยายของหัวใจเปลี่ยนแปลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ในปัจจุบันนี้พบว่าการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบได้ในคนที่อายุตั้งแต่ 45 ปี (สุนทร ตรีนันทวัน, 2556) ขึ้นไปซึ่งเป็นสถิติที่น่าวิตกกังวลเนื่องจากค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเรื่อยๆ นั่นหมายถึง อายุน้อยก็สามารถเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

3. ความดันโลหิตสูงซึ่งมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็นเวลานาน โดยมิได้ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติแล้วนั้นมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงมากขึ้นตามมา (ปนัดดา มณีทิพย์, 2550)

4. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดและเป็นปัจจัยที่ป้องกันได้เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายอย่างและสารที่สำคัญที่มีผลต่อหัวใจ 2 ชนิด คือ นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จากการศึกษาพบว่าผู้สูบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า และผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ร้อยละ 62.2 และหากเลิกบุหรี่ได้จะเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจได้ดี รวมทั้งการยืดหยุ่นของหลอดเลือดได้ดี ลดการแข็งตัวของหลอดเลือดได้ (หทัยชนก สุขิโต, 2556)

5. ภาวะไขมันในเลือดสูงโดยผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะมีอัตราการตายของโรคหัวใจเป็น 2 เท่า ของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ลักขณา เรืองรักษา, 2550) ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลที่สูงอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดแผ่นไขมันสะสมที่หลอดเลือดหัวใจ และเมื่อแผ่นไขมันหนาตัวจะทำให้หลอดเลือดมีการแตบแคบนำไปสู่หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั่นเอง

6. เบาหวานเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ในอัตราที่ไม่แตกต่างกันเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือด เนื่องจากภาวะน้ำตาลในหลอดเลือดสูงจะก่อให้เกิดการทำลายของเยื่อบุชั้นในของหลอดเลือดและมีการรวมตัวของเกล็ดเลือดเร็วกว่าปกติ (ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม, 2552)

7. ความอ้วนและเพศชายพบว่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 แต่น้อยกว่า 25 พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 และในเพศชายอายุ 40-60 ปีที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 แต่น้อยกว่า 29 พบปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 72 เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง 6 เท่าเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี (ขวัญเนตร เกษชุมพล, 2552)

8. ความเครียดผลกระทบต่อหัวใจคือความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยมีกลไกทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นหัวใจบีบตัวมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นอาจจะเกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ เลือดมีความหนืดเพิ่มเนื่องจากมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นและเกิดอุดตันในหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาพบว่าหากมีการจัดการกับความเครียดโดยการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้วิตกกังวลหรือการผ่อนคลายสามารถระบายความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงที่หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้น และลดอาการเจ็บหน้าอกลงได้ (ภัทรสิริ พจมานพงศ์, 2556)

การดูแลตนเอง (Self- care) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โอเร็ม (Orem, 2001) อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการ

ดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี" การดูแลตนเองต้องการความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลตนเองและการปฏิบัติรวมทั้งความรู้เกี่ยวกับตนเอง เช่น ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคม การดูแลตนเองยังรวมถึงการค้นหาและการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ซึ่งการดูแลต้องการกิจกรรมที่ควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่มาจากภายในตัวบุคคลและพฤติกรรมที่ควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งที่มาจากภายนอกตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการสื่อสารกับบุคคลอื่นและเกิดการใช้แหล่งสนับสนุนได้กระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมโดยวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (ปาหนัน พิชยภิญโญ, 2556)

จากสถิติที่ว่ามีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ยสูงถึง 2 คนต่อนาที และอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ แม้วิวัฒนาการทางการแพทย์ที่มีเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะก้าวหน้ามากขึ้นแต่มิได้ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลงได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ และหากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตใหม่ และตรวจร่างกายสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้

การปฏิบัติตนให้ห่างไกลโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก ได้มีการส่งเสริมให้เน้นการป้องกันโรคแบบปฐมภูมิ (Primary prevention)โดนเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและฟื้นฟูหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว เนื่องจากการส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตที่เหมาะสมด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบหากย่อมดีกว่าการรักษา และถ้าหากเป็นไปได้ต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็กโดยการให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มีการประเมินครอบครัว ควรมีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงซึ่งหากสามารถป้องกันการเกิดโรคได้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลง เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ ทำให้มีจำนวนประชากรโดยเฉพาะวัยทำงานที่มีประสิทธิภาพการทำงานดีเนื่องจากไม่เจ็บป่วย ช่วยเพิ่มความสามารถในการพัฒนาประเทศได้ดีขึ้นและเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแล้วจะเน้นการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) นั่นคือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อชะลอการดำเนินของโรค ลดความจำเป็นของการทำการตกแต่งหลอดเลือด (Angioplasty) การผ่าตัดต่อเส้นเลือดและการทำการผ่าตัดอื่น ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553) การป้องกันให้ห่างไกลโรคหลอดเลือดหัวใจควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพควรตระหนักถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ และการสัมผัสกับควันบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบต้องหยุดสูบบุหรี่ทันที และเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ผู้ป่วยอาจได้รับการบำบัดด้วยนิโคตินและเข้าโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ การหยุด

สูบบุหรี่ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงประมาณร้อยละ 37 เป็นการเพิ่มอายุเฉลี่ยของเราอีกทางนั่นเอง

2. การควบคุมระดับไขมันควรปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เพื่อไม่ทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ ผู้ใหญ่ทั่วไปควรได้รับการตรวจไขมันและโคเลสเตอรอล (Cholesteral) ในเลือดเป็นประจำ ซึ่งระดับไขมันในเลือดที่ต้องการในการป้องกันแบบปฐมภูมิ คือไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำน้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับคนที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีปัจจัยเสี่ยงเพียงหนึ่งอย่างไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนคนที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจสองอย่างหรือมากกว่าไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงมากกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การป้องกันแบบทุติยภูมิ การควบคุมโคเลสเตอรอล ต้องให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ มีไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง มากกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ ไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การลดระดับโคเลสเตอรอล ได้ร้อยละ 10 ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ประมาณร้อยละ 20 (วิชัย ตันไพจิตร, 2555)

3. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 ถึง 60 นาที หลีกเลี่ยงการมีวิถีชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ และให้เพิ่มการออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่อง การควบคุมเบาหวาน ให้รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุดการควบคุมความดันโลหิตสูงควรมีการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยการรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดการดื่มแอลกอฮอล์และบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอทหรือหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว 6 เดือน ความดันโลหิตยังเกิน 140/80 มิลลิเมตรปรอท ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อการบำบัดด้วยยาลดความดันโลหิต การลดความดันโลหิตลงจะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบได้ประมาณร้อยละ 10 และมีการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงประมาณร้อยละ 25 (Price, 2012) นั่นคือหากออกกำลังกายอย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และเมื่อเกิดโรคหลอเลือดหัวใจแล้วควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างเหมาะสมและถูกวิธี

4. การรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำหนักที่ต้องการคิดได้จากค่าดัชนีมวลกายโดยให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ประมาณ 25 กิโลกรัมต่อพื้นที่ 1 ตารางเมตร หรือรักษารอบเอวให้น้อยกว่า 40 นิ้วในผู้ชายและ 36 นิ้วในผู้หญิง น้ำหนัก ส่วนสูง และสัดส่วนระหว่างเอวกับสะโพกควรได้รับการชั่งวัดอยู่เป็นประจำ และเมื่อพบค่าที่เกินมาตรฐานต้องมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมและถูกวิธี

วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบัน

โรคหลอดเลือดหัวใจถึงแม้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่สามารถป้องกันอาการให้กำเริบได้ หากมีวิธีการจัดการกับโรคที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตให้เป็นไปอย่างปกติสุข สามารถดูแลตนเองเบื้องต้น และสามารถสังเกตอาการผิดปกติเพื่อตนเองเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทันท่วงที โดยในปัจจุบันประเทศไทยมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้น จึงทำให้มีวิธีการรักษาที่หลากหลายแบ่งได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1. การใช้ยาเพื่อลดความต้องการออกซิเจนมากขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียนของเลือดโคโรนารี ทำให้เพิ่มออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจ การใช้ยาจะช่วยป้องกันและควบคุมอาการเจ็บหน้าอกให้ลดลงแต่ต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเองแม้อาการเจ็บหน้าอกจะหายไปแล้วก็ตาม

2. การถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยวิธี Coronary angioplasty เช่น Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) เป็นการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบตันผ่านสายสวน การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวนมีขั้นตอนเบื้องต้นเหมือนกับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ เพียงแต่ใช้สายนำ (Guiding catheter) ที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางด้านในใหญ่กว่าสายตรวจที่ใช้ในการฉีดสี (Diagnostic catheter) เมื่อปลายสายนำอยู่ในหลอดเลือดหัวใจแล้ว แพทย์จะสอดเส้นลวดขนาดเล็กกว่าเส้นผมผ่านสายนำเข้าไปจนกระทั่งปลายเส้นลวดผ่านเลยจุดตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจเพื่อเพิ่มพื้นที่ในของหลอดเลือดหัวใจในเลือดสามารถผ่านได้ดีมากขึ้น

3. การรักษาด้วยวิธีศัลยกรรมได้แก่ Coronary artery bypass graft (CABG) เป็นการผ่าตัดทำให้เลือดไหลอ้อมบริเวณที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือด ที่อาจมีเพียง 1 เส้นหรือมากกว่า เพื่อให้เนื้อเยื่อที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่มีการอุดตันได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอกับความต้องการหลอดเลือดที่นำมาต่อเสมือนเป็นทางเบี่ยง วิธีนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากหากรักษาด้วยยาและได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้วยังคงพบปัญหาเช่นเดิม คือ ยังมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจเส้นเดิม หรือมีการตีบเพิ่มขึ้นของเส้นเลือดหัวใจ ก็จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ

อนึ่งหากสามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจในระยะปฐมภูมิได้นั้นย่อมเป็นผลดีกว่าการแก้ไข ไม่ว่าเป็นด้านการให้ยา การถ่างขยายเส้นเลือด หรือแม้กระทั่งการผ่าตัดเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ เพราะไม่สิ้นเปลืองค่ารักษา อีกทั้งการป้องกันเป็นวิธีการที่ง่ายกว่าการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation) หมายถึง กระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลับมามีสมรรถภาพและความสามารถเหมือนปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ อาการเหนื่อยน้อยลง มีชีวิตความเป็นอยู่ตามปกติเหมือนก่อนการป่วยทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ (ประวิชช์ ตันประเสริฐ, 2553)

ปัจจุบันพบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ให้ได้สมรรถภาพสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ประกอบกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ผู้ป่วยมีจิตใจสดชื่น ลดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินของโรคหลอดเลือดหัวใจและการฟื้นหาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี นำมาสู่การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณค่าในสังคมพบว่าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะลดอัตราการเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจโดยรวมจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 20 ในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน และหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแล้ว พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถลดอัตราการเกิดเหตุการณ์รุนแรงเกี่ยวกับหัวใจ ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้นั่นเอง

ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต้องทำอย่างไร

ปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553) ซึ่งแต่ละระยะต้องอาศัย

บุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยดูแล การใส่ใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของตัวผู้ป่วย รวมทั้งกำลังใจจากญาติและบุคคลใกล้ชิดเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และสามารถคงสภาพปกติให้ได้นาน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบ่งได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะผู้ป่วยใน คือ ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

การส่งเสริมความรู้และสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตมีการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ซึ่งอาจทำเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้ ต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนรับรู้ และให้การสนับสนุนด้วยจึงจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจประสบความสำเร็จ การให้ความรู้และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของทีมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่จะต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินติดตามผล ให้คำปรึกษา เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยเนื้อหาความรู้จะมีเรื่องต่อไปนี้ได้แก่ โรคหัวใจและความจำเป็นของการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ องค์ประกอบขอการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกาย การลดภาวะเครียด การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การควบคุมความดันโลหิตสูง การบริหารยา และการควบคุมภาวะเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำและสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดเพื่อช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นและนอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์และญาติ รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดควรการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตสังคมเนื่องจากการประเมินภาวะจิตสังคมจัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพราะสภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ความร่วมมือ และการยอมรับในการรักษา ทัศนคติต่อการรักษา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตต่อไป ผู้ป่วยโรคหัวใจในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงวันแรกๆ จะเป็นช่วงที่มีความกลัวจนลนลาน หรือกลุ้มกังวลเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้า ในช่วงสามวันแรก การให้ความเข้าใจและการประคับประคองทางจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีและสามารถก้าวผ่านความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 2เป็นระยะที่ 2 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยนอกหลังจากระยะที่ 1 โดยเริ่ม 3 ถึง 6 สัปดาห์หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสมและครอบคลุมทั้งหมดประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการบริหารยา การออกกำลังกาย การแนะนำทางโภชนาการ การควบคุมความเครียด การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การฟื้นฟูอาจทำได้โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่บ้านเองตามคำแนะนำของแพทย์ (Catherine, 2013) หรือผู้ป่วยอาจมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 4 ถึง 12 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่ควรมีเครื่องติดตามดูจังหวะการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย ซึ่งทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด รวมถึงนักโภชนาการ นักจิตวิทยา ร่วมกันดูแลผู้ป่วย บางแห่งมีการสอนเทคนิคการลดความเครียด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ดนตรีบำบัดด้วย ในโปรแกรมของการฝึกมีการเพิ่มการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การยกน้ำหนักเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การฝึกออกกำลังกายในระยะที่ 2 นี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (วรมนต บำรุงสุข, 2548) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยต้องอาศัยความตั้งใจและความสม่ำเสมอในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ อีกทั้งบุคคลรอบข้างควรมีการส่งเสริมกำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ผ่านในระยะนี้ไปได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 3 ระยะต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ผู้ป่วยยังได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด นัดตรวจทุก 1 ถึง 3 เดือน สามารถออกกำลังกายที่บ้านได้อย่างปลอดภัย การประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะออกกำลังกายโดยไม่ต้องอยู่ในความควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์จากข้อบ่งชี้ ดังนี้ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติขณะออกกำลังกายและหลอดเลือดเป็นปกติต่อการออกกำลังกาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความรู้เรื่องโรค อาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยง และความสามารถปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ สามารถออกกำลังกายด้วยตนเองอย่างปลอดภัยและระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็น 2 เท่าของการประกอบอาชีพ (วรมนต บำรุงสุข, 2548) ในระยะนี้ผู้ป่วยควรมีการรักษาสภาพให้คงที่เพิ่มก้าวไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 4 ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยคงการอออกกำลังกายในระยะเดิมไว้ ปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงสมรรถภาพหัวใจให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด แพทย์จะนัดติดตามห่างขึ้นประมาณทุก 6 เดือนถึง 1 ปี เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจแนะนำ 3 ถึง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นานต่อเนื่อง 20 ถึง 40 นาที จะทำให้ร่างกายปรับตัวโดยมีการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและไขมันดีขึ้น สามารถนำออกซิเจนจากเลือดมาใช้ในการสร้างพลังงาน และหัวใจบีบตัวมีประสิทธิภาพขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความทนทานต่อการออกกำลังเพิ่มขึ้น คือ อาการเหนื่อยลดลง สามารถเดินหรือทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ลดลง มีการเพิ่มของระดับไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงและยังมีรายงานว่าการออกกำลังกายอาจช่วยทำให้ไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดมีขนาดลดลงและอาจช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อีกด้วย (วรมนต บำรุงสุข, 2548) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพนั้นควรทำอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อช่วยยับยั้งและชะลอการดำเนินก้าวหน้าของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองปรับเปลี่ยนสุขภาพ ทำให้ภาวะของโรคลดความรุนแรง ป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินทางหัวใจลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถยืดระยะเวลาของชีวิตได้นานขึ้น และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวคือหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะ คือ มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอาหารที่เหมาะกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นอยู่ อีกทั้งมีการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสมอย่างถูกวิธี จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้และคงประสิทธิภาพต่อไปได้ยาวนาน นอกจากนี้การได้รับยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเองมีส่วนสำคัญต่อการฟื้นหายจากโรคเป็นอย่างยิ่ง และแม้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นเช่นการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและการผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจแล้วนั้น ผู้ป่วยต้องยิ่งใส่ใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้คงอยู่อย่างสมดุลและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยด้วย

บทสรุป

โรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อเสียทำให้มีผู้เสียชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยก็ลงลดมานั่นแสดงให้เห็นว่าไม่ใช่ประชากรผู้สูงอายุเท่านั้นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่เป็นประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มบุคคลเหล่านี้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญในการพัฒนาประเทศโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดได้จากสาเหตุหลายปัจจัยโดยเฉพาะสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อาทิเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความเครียด

สะสม ซึ่งหากประชากรในปะเทศไทยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงได้ จะช่วยลดสาเหตุและอุบติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ รวมทั้งการมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องการเกิดโรคมีส่วนสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อประชากรมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลป้องกันการเกิดโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การลดความเครียดที่มีอย่างถูกวิธีและเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว สามารถแล้วป้องกันอาการไม่ให้กำเริบ สามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติได้ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขก็จะทำให้กลุ่มประชากรที่ป่วยเหล่านี้ไม่เป็นภาระของสังคมและเป็นประชากรที่มีคุณภาพเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

บรรณานุกรม

ขวัญเนตร เกษชุมพล. (2552). *การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ โรงพยาบาลศีรษะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ*. นนทบุรี : พี. ซี. เค. ดีไซน์ จำกัด.

ปนัดดา มณีทิพย์. (2550). *ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ประวิชช์ ตันประเสริฐ. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

ปาหนัน ภิชยภิญโญ และคณะ. (2556). *ทฤษฎีการพยาบาลและการประยุกต์ : บุคคล ครอบครัว และชุมชน*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่9. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ภัทรสิริ พจมานพงศ์. (2556). *พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ลักขณา เรืองรักษา. (2550). *ผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสรรถภาพหัวใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วรมนต บำรุงสุข. (2548). *บทบาทขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโรคหลอดเลือดโคโรนารี*. กรุงเทพฯ : แอล. ที. เพรส.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์.

วิชัย ตันไพจิตร. (2555). *เอกสารการสอนชุดอาหารบำบัดโรค.* นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธ์ศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักพระพุทศาสนาแห่งชาติ.

สุนทร ตรีนันทวัน. (2554). *โรคหัวใจของไทยยังเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา. สถาบันการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สสวท.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2558, จาก WWW.edtech.ipst.ac.th.com.

ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.

หทัยชนก สุขิโต. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อาภรณีศาสตร์สมัย. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สำนักบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

Catherine, B. (2013). "Phase II cardiac rehabilitation in Rural northland". *Nursing Praxis in NewZeland.* 29 (2) : 4-14.

Orem, D.E. (2001). *Nursing : Concepts of practiee.* 6ed. St.Louis, MO : Mosby.

Price, J. (2012). *Cardiac Rehabilitation : Patient referral and Enrollment.* Clinical Column.

การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤต : ประสบการณ์ทางการพยาบาล

The Caring of Postpartum Hemorrhage Maternal and Family in Critical : Nursing Experience

ดร. นวพร วุฒิธรรม*

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤตทางสูติกรรมที่พบบ่อย ซึ่งมิใช่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังนำไปสู่ด้านมิติของจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และครอบครัว การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤติเป็นความท้าทายของพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการที่จะเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีโอกาสน้อยลง กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยการประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล พยาบาลจำเป็นต้องสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตลอดจนคำนึงถึง วัฒนธรรม ค่านิยม วิถีการดูแลตนเอง อันจะส่งผลให้มารดารอดพ้นจากภาวะวิกฤตได้

Abstract

Postpartum hemorrhage (PPH) is a common obstetric crisis, make to change physical and change mental, spiritual, social and family. The Caring of Postpartum Hemorrhage Maternal is the challenges for nursing. The Nurses must have knowledge, skill and experience to access patient and family. In addition,

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

the using of health technology is changing all the time and interaction between nurses and patients decrease. The nursing processes are important for caring. There are consist of assessment and diagnosis, planning, practicing and evaluating. The nurses must interpolate by humanized health care, participation of family and consider with culture, values, way of life that make maternal safety.

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดผ่านทางช่องคลอด ภายหลังทารกคลอด ในปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา ประกอบด้วยการตกเลือดหลังคลอดทันที (Early postpartum hemorrhage) คือ การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและการตกเลือดหลังคลอดในภายหลัง (Late postpartum hemorrhage) คือ การตกเลือดที่เกิดขึ้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดในที่นี้จะขอกล่าวถึงการตกเลือดในระยะแรกเท่านั้น ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญต่อชีวิตในมารดาคลอดได้ การตกเลือดหลังคลอดทันทีเกิดจากสาเหตุหลายประการได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ร้อยละ 75-90 (Koh et al, 2009)รองลงมาคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด ร้อยละ 20 และมีภาวะรกค้าง ร้อยละ 10 (Anderson & Etehes, 2007) ซึ่งเกิดหลังจากรกลอกตัวส่งผลให้เกิดการเสียเลือดมาก ทั้งนี้สาเหตุเกิดจาก ภาวะที่มดลูกขยายตัวมากในขณะตั้งครรภ์ (Over distended uterus) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ครรภ์แฝด (Multiple gestation) ทารกในครรภ์ตัวโต (Fetal macrosomia) มดลูกอ่อนล้า (Fatique uterus) จากการคลอดใช้เวลานาน หรือการคลอดเร็วผิดปกติ (Prolonged labor or rapid labor) การอักเสบติดเชื้อของเยื่อบุถุงน้ำคร่ำ (Chonrioamnionitis) หรือการใช้ยาบางชนิดทำให้มดลูกขยายตัว (Uterine relaxing agent) เช่น Tocolytic drugs, General anesthesia การใช้ยาเร่งคลอดหรือเสริมการเจ็บครรภ์ (Augmentation) ด้วยออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งอาจจะมีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มารดาที่มีบุตรมากคือมากกว่า 3 คนขึ้นไป (Grand multipara) จะมีความเสี่ยงต่อภาวะนี้เช่นกัน สาเหตุการฉีดขาดของช่องทางคลอดพบได้บ่อยจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่นการใช้คีมช่วยคลอด (Forceps delivery)และเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการฉีดขาดของช่องทางคลอด คือ ทารกตัวโตน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม (Fetal macrosomia) การเจ็บครรภ์คลอดเร็วเกินไป (Precipitous labor and delivery) การวินิจฉัยแยกสาเหตุการตกเลือด การฉีกขาดของช่องคลอดควรจะคำนึงถึงเมื่อมดลูกหดรัดตัวดี แต่ถ้ายังมีการตกเลือดอยู่ การฉีกขาดของช่องคลอดที่ลึกอาจทำให้มีก้อนเลือดขังอยู่ภายใน (Hematoma) ซึ่งต้องให้ความสำคัญสูงเช่นเดียวกัน และสาเหตุที่ควรคำนึงถึงคือ รกค้าง (Retained placental tissue) เศษรกค้างทำให้มดลูกเข้าอู่ไม่ดี (Incomplete, uterine involution) และมีเลือดออกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การค้างของรกบางส่วนหรือทั้งอัน อาจจะเกิดขึ้นได้ในรกปกติ จึงต้องตรวจรกหลังคลอดทุกรายเพื่อดูว่ารกคลอดครบหรือไม่ การมีรกค้างเช่น รกน้อย การมีรกน้อยเหลืออยู่ (Retention of succenturiate lobe) เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการตกเลือดหลังคลอดได้ (Prevention of Postpartum Haemorrhage Initiative, 2009)

จากสถิติในประเทศไทยในปี 2552-2554 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดา คิดเป็นร้อยละ 27.5, 51.22, 24.21 เกิดจากสาเหตุเรียงลำดับได้แก่

การตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 66.67, 71.43, 58.06 ภาวะรกเกาะต่ำ ร้อยละ14.82, 23.82 มดลูกเฉื่อย ร้อยละ 19.35 และการแท้งเอง ร้อยละ 11.11 (รายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ปี 2552-2554)จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในฐานะพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและเป็นบุคคลแรกที่ประเมินผู้ป่วย และได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อสนองตอบความต้องการของสังคมทั้งบุคคลปกติเจ็บป่วยครอบครัวและชุมชนการพยาบาลยังมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อภาวะสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถความชำนาญมีเจตคติที่ดีและมีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาลบนพื้นฐานของหลักการพยาบาลได้แก่ 1) เน้นการดูแลสุขภาพตามความต้องการของแต่ละกลุ่ม 2) เป็นความรับผิดชอบที่ต้องคงไว้ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) เน้นการมีมุมมองหรือแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวทางในการจัดการและการตัดสินใจทางการพยาบาลและ 4) ส่งเสริมการใช้ความรู้ทางการพยาบาลที่เฉพาะบนพื้นฐานของการสร้างเสริมพลังอำนาจ (พันทิพย์ จอมศรี และคณะ, 2553) ดังนั้นการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลจะต้องมีทักษะในการประเมินซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

กลไกการตกเลือด

ตามธรรมชาติภายหลังรกคลอดแล้ว จะมีกลไกที่ทำให้เลือดหยุดไหลโดยอาศัยการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Contraction and retraction) เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกประสานกันไปมาแบบเฉียง (Oblique fibers) ล้อมรอบเส้นเลือดและบีบรัดหลอดเลือดที่ไหลผ่านเมื่อกล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวทำให้หลอดเลือดภายในผนังโพรงมดลูกถูกรัดให้ตีบโดยเฉพาะในตำแหน่งที่รกเกาะอยู่ เมื่อเกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือด จะทำให้เลือดหยุดสนิท แต่ในกรณีที่รกลอกตัวแล้วแต่ยังค้างอยู่ในโพรงมดลูกหรือรกลอกตัวไม่สมบูรณ์จะขัดขวางการหดรัดกล้ามเนื้อมดลูกเป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ การที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อมดลูกหรือมีสิ่งขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก จะทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ในกรณีที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของลิ่มเลือด หรือมีการฉีกขาดของหนทางคลอดหรือมดลูกก็จะทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงหลังคลอดได้ (Koh et al, 2009)

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

1. มีเลือดออก (Visible bleeding) เป็นเลือดสีแดงสด อาจพุ่งออกมาให้เห็นเป็นจำนวนมากทางช่องคลอดหรือบริเวณฝีเย็บ บางครั้งอาจมีลิ่มเลือดสีคล้ำปะปนออกมาด้วยภายหลังทารกหรือรกคลอด กรณีเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะช่องคลอดด้านในจะไม่มีเลือดออกมาให้เห็น แต่ถ้ามดลูกปลิ้นจะพบว่ามีเลือดไหลพุ่งออกมาให้เห็นเป็นจำนวนมากและอาจมีลิ่มเลือดสีแดงคล้ำปนออกมาด้วย ถ้าเป็นการฉีกขาดของช่องคลอดเลือดที่ไหลออกมาจะมีสีแดงสด หากเกิดกับหลอดเลือดฝอยจะมีเลือดไหลซึมออกมาเรื่อยๆ ถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงเลือดจะพุ่งแรงตามจังหวะชีพจรและจะไหลไม่หยุดแม้จะช่วยคลึงให้มดลูกหดรัดตัวแข็งแล้วกรณีที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดีจะสังเกตได้ จากลักษณะเลือดที่ออกจะมีสีแดงคล้ำมีลิ่มเลือดปนและจะหยุดไหลทันทีเมื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี หากมีเศษรกค้างถ้าเศษรกใหญ่จะเกิดการตกเลือดทันที ถ้าเศษรกเล็กจะตรวจไม่พบอาจทำให้ตกเลือดในช่วง 6 - 10 วัน หลังคลอด เลือดที่ออกมาจะเป็นสีแดงคล้ำในกรณีมีเลือดคั่งใต้ชั้นผิวหนังอวัยวะสืบพันธุ์ด้านนอกหรือด้านใน บริเวณนั้นจะมีอาการบวม เจ็บปวด หนังจะมีสีม่วงคล้ำหรือแดงคล้ำ

2. อาการเป็นลมล้มพับ (Collapse) ภายหลังมีเลือดออกมากปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ร่างกายโดยเฉพาะสมองจะน้อยลง ส่งผลให้มารดาคลอดจะรู้สึกหวิวคล้ายจะเป็นลม หน้ามืด และไม่รู้สึกตัว

3. มีอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ มีเลือดออก ซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อาจมีอาการหาวนอน เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงอาจช็อค (Shock) ไม่รู้สึกตัวและอาจจะเสียชีวิตได้

4. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) จะคลำพบมดลูกนุ่ม ขนาดใหญ่ เนื่องจากมีเลือดคั่งอยู่ภายในโพรงมดลูก ระดับยอดมดลูก (Fundus) จะอยู่สูงและโต อาจถึงระดับสะดือเล็กน้อยในกรณีที่มดลูกหดรัดตัวดีแต่ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นจำนวนมาก อาจเป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด

5. กรณีการตกเลือดระยะหลังคลอดที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกจะมีอาการปวดท้องน้อย น้ำคาวปลาจะมีกลิ่นเหม็น (Foul lochia) สีแดงคล้ำเป็นระยะเวลานาน อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น รู้สึกไม่สุขสบาย

6. กรณีตกเลือดจากมดลูกปลิ้น จะมีอาการปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง รู้สึกปวดถ่วงในอุ้งเชิงกรานเนื่องการมีก้อนเลือดมาจุกที่ช่องคลอด บางรายเป็นมากอาจโผล่ออกมานอกช่องคลอด (Littleton & Engebretson, 2005)

ผลกระทบของการตกเลือดระยะแรกหลังคลอด

ปัจจุบันอัตราส่วนการตายของมารดามีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพการตกเลือดในมารดาระยะแรกหลังคลอดเป็นสาเหตุหนึ่งที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (Littleton & Engebretson, 2005) และมีผลกระทบได้แก่

1. ด้านร่างกาย อาจเกิดภาวะช็อคเนื่องจากการเสียเลือดมากส่งผลให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้ามีผลทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงต่อมไทรอยด์และต่อมหมวกไตส่วนนอกทำงานบกพร่องปัสสาวะน้อยลงเพราะไตได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง อย่างไรก็ตามพยาธิกำเนิดของภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดส่วนใหญ่สตรีที่ตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงพบว่าเกิดภาวะนี้ประมาณ 1:10,000 ของการคลอดการตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือดทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ (Anderson & Etches, 2007) กรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็วหรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Littleton & Engebretson, 2005)

2. จิตสังคมผู้คลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้นส่วนใหญ่มักจะมีความกลัววิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเองการปรับตัวและการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นบางรายกลัวการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นนอกจากนี้ผู้คลอดต้องถูกเจาะเลือดบ่อยๆ เพื่อตรวจดูความเข้มข้นของเลือดและเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเกิดความทุกข์ทรมานต่อมารดาและครอบครัวอาจนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจต่อการรักษาจนนำไปสู่การฟ้องร้องได้

3. เศรษฐกิจเมื่อผู้คลอดเกิดการตกเลือดหลังคลอดจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ต้องรับการรักษาอยู่โรงพยาบาลนานและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

แนวทางการป้องกัน

ด้านร่างกาย

การดูแลมารดาในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยการฉีดออกซิโตซิน (Oxytocin) 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อร่วมกับการหนีบและตัดสายสะดือเมื่อทารกคลอดแล้วภายใน 1 นาทีและทำคลอดรกด้วยการควบคุมการดึงสายสะดือ (Controlled cord traction)

อย่างระมัดระวังพร้อมกับต้านการเคลื่อนต่ำลงมาของมดลูก (Counter traction) หรือภาษาอังกฤษใช้คำว่า Active management of the third stage of labor : AMTSL จะช่วยลดการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ สรุปขั้นตอนการทำดังนี้

หลักการทำActive management ในระยะที่ 3 ของการคลอด

ภายใน 1 นาทีหลังคลอดทารก คลำมดลูกเพื่อ Rule out ทารกแฝด และให้ Oxytocin 10 units IM

⬇

Controlled cord traction โดยClamp สายสะดือใกล้ต่อ Perineum โดยใช้ Sponge forceps จับ Forceps ด้วยมือข้างหนึ่ง

⬇

วางมืออีกข้างเหนือกระดูกหัวหน่าว และ Stabilize มดลูกโดยดันมดลูกไม่ให้เคลื่อนลงมาในระหว่าง Controlled cord traction เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น ต่อมาดึงสายสะดือด้วยแรงพอประมาณ และรอมดลูกหดรัดตัว 2-3 นาที

⬇

เมื่อมดลูกเริ่มกลมและสายสะดือเริ่มยาวลงมา ดึงสายสะดือลงอย่างนุ่มนวลเพื่อทำคลอดรกโดยไม่ต้องรอให้มีเลือดไหลออกมา และใช้มืออีกข้างดันต้านทางหน้าท้องเพื่อไม่ให้มดลูกเคลื่อนต่ำลงมา

⬇

ถ้ารกไม่เคลื่อนลงมาภายใน 30-40วินาทีหลัง Controlled cord traction (เนื่องจากไม่มีอาการของรกลอกตัว) ให้หยุดการดึงสาย**สะดือลงมาก่อน**

⬇

ดึงสายสะดืออย่างนุ่มนวลและรอมดลูกหดรัดตัวอีกครั้งหรือ Clamp cord ให้ใกล้เข้ามาชิดกับ Perineum ต่อมาทำ Controlled cord traction อีกและทำ Counter traction ด้วย

⬇

เมื่อรกคลอดครบ ให้ตรวจสอบ Membranes ว่ามีการฉีกขาดหรือไม่

⬇

นวดมดลูกทางหน้าท้องให้มดลูกหดรัดตัวดีและทำการนวดทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก และต้องมั่นใจว่ามดลูกไม่คลายตัว**ภายหลังจากหยุดนวดแล้ว**

⬇

ตรวจเช็คการฉีกขาดของปากมดลูก ช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ

(ถวัลย์ วงค์รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ, 2553)

นอกจากนี้ยังมีการป้องกันโดย

1. การใช้ออกซีโตซิน10 ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อ มีประโยชน์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ให้ก่อนรกคลอด เนื่องจากออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาทีภายหลังการฉีด และมีผลข้างเคียงน้อยสามารถใช้ได้กับสตรีทุกคน ถ้าไม่สามารถหาออกซีโตซินได้ ให้ใช้เออโกเมททรีน (Ergometrine) 0.2 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandins) และต้องมั่นใจว่าไม่มีทารกแฝดก่อนให้ยา พรอสตาแกรนดิน มีผลข้างเคียงของยาคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ไม่ควรใช้ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้ออกซีโตซิน จึงเป็นยาที่ได้รับการเลือกใช้ในการทำ

Active management องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ออกซีโตซิน ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีประสิทธิภาพ ดีกว่าเออโกเมททรีน และจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าออกซีโตซิน เป็นยาที่ได้รับการเลือกใช้ในโรงพยาบาลในการป้องกันการตกเลือด

2. ไม่ใช้เออโกเมททรีนในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ (Preeclampsia) และมีภาวะชัก (Eclampsia)

3. ไม่ทำการควบคุมการดึงสายสะดือ (Controlled cord traction) โดยปราศจากการต้านการเคลื่อนต่ำลงมาของมดลูก (Counter traction)

4. การทำ Active management of the third stage of labor (AMTSL) สามารถลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้ โดยในกลุ่มที่ใช้วิธีการดังกล่าวลดอัตราการตกเลือดได้ร้อยละ 2.61 ในกลุ่มที่ไม่ได้ทำ AMTSL อัตราการตกเลือดร้อยละ4.90 (ถวัลย์วงค์รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ, 2553)

ด้านจิตใจ

การดูแลด้านจิตใจเป็นวิถีทางหนึ่งซึ่งพยาบาลควรคำนึง ผู้เขียนได้ใช้วิธีการที่หลากหลายในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้มารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัว ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ได้แก่

1. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Healthcare Model) เริ่มจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดผล (Productive interaction) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งควรจะมีลักษณะสำคัญและเสนอไว้คือ เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรี และศักยภาพของผู้ป่วยซึ่งมีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันทุกคนด้วยการดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2551, ประเวศ วะสี, 2550)

2. การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตนั้นมีปัจจัยสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงในขณะที่ให้การพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Trower, 2010) เพื่อการบำบัดทางการพยาบาล ปัจจัยสำคัญ ได้แก่

2.1 ความรักในเพื่อนมนุษย์ (Love) ในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางด้านจิตใจ พยาบาลจะต้องมีความรักในเพื่อนมนุษย์และผู้ป่วย ได้แก่ ความห่วงใย (Care) และความเอาใจใส่ (Concern) ถ้าปราศจากสิ่งเหล่านี้แล้วสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตใจจะไม่เกิดขึ้น ความห่วงใย หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งได้ใช้ตนเองเข้าไปเกี่ยวกับบุคคลอื่น โดยความรู้สึกมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ สละเวลาและความรู้ความสามารถในการที่จะช่วยผู้อื่นด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการแสดงออกซึ่งความเคารพในคุณค่าของบุคคลด้วยการให้ความสนใจ ให้ความเป็นกันเองการแสดงออกดังกล่าวนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นเชื่อมั่น เกิดกำลังใจ และความคาดหวัง

2.2 การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น (Empathy) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งสามารถเข้าถึง (Enter) ความรู้สึกและอารมณ์ของอีกบุคคลหนึ่ง เป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ที่ไม่สามารถอธิบายหรือบอกถึงความรู้สึกของตนได้ การเข้าถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลได้รับทราบถึงความหมายและความรู้สึกตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยมีอยู่ เป็นความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนา และการเข้าถึงความรู้สึกนี้เป็นความเข้าใจที่เกิดจากความรู้สึก “ภายใน” ของตัวพยาบาลเองมากกว่าความรู้สึกที่ได้จากส่วนประกอบ “ภายนอก” ของตัวพยาบาล

2.3 ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) หมายถึง พยาบาลจำเป็น ต้องมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยด้วย

2.4 ความเข้าใจ (Understanding) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรู้สึกตระหนัก

ในความคิด ความรู้สึกและการกระทำของบุคคลอื่นทั้งยังสามารถแสดงออกในความรู้สึกตระหนักนั้นให้ปรากฏโดยการยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลและเคารพในเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล

2.5 การยอมรับ (Acceptance) เป็นเครื่องมือสำคัญอีกประการหนึ่ง พยาบาลจะแสดงการยอมรับผู้ป่วยโดยการตระหนักในความเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริงตามที่เป็นอยู่ ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการตอบสนองความต้องการ และช่วยเหลือตนเองเพื่อให้สามารถอยู่ในโลกได้ตามความเป็นจริงที่ตนมีอยู่ (Wiesenfeld, 2009, วัชรี ทรัพย์มี, 2551)

3. การสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิตประกอบด้วย การสนใจต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูด (Attending) การสังเกตอย่างรอบคอบ (Observe) และการฟัง (Listening) พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเร็วขึ้น และกล้าที่จะระบายสิ่งต่างๆ (Wiesenfeld, 2009 วัชรี ทรัพย์มี, 2551)

4. ทฤษฎีว่าด้วยความรัก

ฟรอม (Fromm, 1962) นักจิตวิทยาชาวเยอรมันผู้เขียนหนังสือศิลปะแห่งความรัก (The Art of Loving) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมที่แสดงความรักนั้น ต้องมีลักษณะ 4 ประการ คือ

1. ความเอาใจใส่ (Care) หมายถึงการให้การดูแล การทะนุถนอม การเอื้ออาทร การให้กำลังใจ การให้ความเข้าใจ ทั้งทางด้านการกระทำและคำพูด

2. ความรับผิดชอบ (Responsibility) เป็นการกระทำที่แสดงออกด้วยความสมัครใจเป็นความสามารถและความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของเพื่อนมนุษย์หรือคนที่เรารัก พร้อมที่จะทำทุกอย่างเพื่อคนที่รัก พร้อมที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วย

3. ความนับถือ (Respect) คือ ความสามารถที่จะยอมรับผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ โดยตระหนักถึงความเป็นตัวของตัวเขา การให้ความเคารพซึ่งกันและกัน เคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างบุคคล

4. ความรู้ (Knowledge) และความเข้าใจ (Understanding) คือ ความรู้สึกลึกซึ้งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลให้ความสนใจในเรื่องของคนที่เขารักในลักษณะที่เขาเป็นอยู่ จะทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจบุคคลที่รักได้ดีขึ้นเพื่อจะได้ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาและเกิดทัศนคติในการสร้างชีวิตให้มีความสุขได้ และการที่บุคคลจะสามารถรู้จักคนที่รักได้อย่างลึกซึ้งได้ก็ต้องอาศัยความรักนั่นเอง

อาจกล่าวได้ว่าการดูแลด้านจิตใจเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย เป็นการบูรณาการตั้งแต่การดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด การสื่อสารเพื่อการบำบัด และทฤษฎีว่าด้วยความรัก ซึ่งเป็นการดูแลแบบเข้าถึง เข้าใจในบริบท ค่านิยม และวัฒนธรรม ของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลครอบครัวมารดาตกเลือดหลังคลอด

จากการศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤตแบ่งได้เป็น 5 ด้านคือ 1) การให้กำลังใจ 2) การอำนวยความสะดวกในพิธีทางศาสนาและความเชื่อ 3) การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและ5) การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Lundberg & Kerdonfag, 2010) ประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้จริงเพื่อตอบสนองความต้องการมารดาและครอบครัวในระยะวิกฤต ได้แก่

1. ด้านสถานที่

1.1 การจัดโต๊ะสำหรับการให้ข้อมูล

1.2 การอนุญาตให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

2. ด้านการให้ข้อมูล

2.1 เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ ในแผนการรักษาและการพยาบาล

2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรักษาของแพทย์การสร้างทัศนะทางบวก

3. การนำวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์มาใช้ในห้องคลอด โดยเฉพาะพยาบาลแสดงออกถึงการดูแลด้วยความรัก รับฟัง สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาและครอบครัวด้วยการเรียนรู้ร่วมกัน สอดคล้องการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต การสื่อสารเพื่อการบำบัด และทฤษฎีว่าด้วยความรัก เพื่อเป็นการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการรักษาและการดูแลตนเองมากขึ้น ดังกรณีศึกษา

จากวิเคราะห์มารดาตกเลือดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งตามประสบการณ์จริง ปี 2554 สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยหลัก ได้แก่ มดลูกไม่หดรัดตัวเนื่องกระเพาะปัสสาวะเต็ม จำนวน 1 ราย มีเศษรกค้างและมี Blood clot จำนวน 1 ราย ไม่พบการพยาบาลในระยะที่ 4 ของการคลอด โดยเฉพาะการคลึงมดลูก มีเศษรกค้างหลังล้วงรก 1 ราย และการประมาณการเสียเลือดในระยะคลอดและหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ มีประวัติตกเลือด ตรวจพบได้จากการประเมินสภาพแรกรับที่ห้องคลอด จำนวน 2 ราย มีภาวะรกค้าง ตรวจพบได้จากการประเมินสภาพแรกรับที่ห้องคลอดจำนวน 3 ราย ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ผ่านคลอดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ราย มารดาตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี ร่วมกับความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่า 33 % เป็นครรภ์แรกจำนวน 1 ราย และมารดาตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี ครรภ์ที่ 3 จำนวน 1 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าว ได้มีการพัฒนาระบบงานโดยทีมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ครั้งที่ 1 เน้นการพยาบาลที่ห้องคลอดหลังรกคลอด ให้ 5%D/N/2 1000 มล. CC + Oxytocin 20 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มล./ชม. ในรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้สังเกตอาการที่ห้องคลอด ถ้าความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาทีให้สังเกตอาการที่ห้องคลอดจนกว่าอาการจะคงที่ การพยาบาลด้านจิตใจด้วยการให้กำลังใจมารดาหลังคลอดและครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความปลอดภัย ผลลัพธ์พบว่าในปี 2554 มีมารดาตกเลือด จำนวน 2 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุเป็นมารดาวัยรุ่น มีภาวะรกค้าง ไม่พบการพยาบาลการคลึงมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 1 ราย ทีมการพยาบาลห้องคลอด ได้ปรับการพยาบาลโดย เน้นการคลึงมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดโดยมารดาหลังคลอดและครอบครัว การให้กำลังใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง กระบวนการพัฒนาครั้งที่ 2 ทีมการพยาบาลห้องคลอดกำหนดให้ปฏิบัติตามมาตรฐานสายใยรักแห่งครอบครัวโดยให้ Oxytocin 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ตัด Cord ภายใน 1-3 นาทีหลังทารกคลอดทำคลอดรกโดยวิธี Controlled cord traction คลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง และพบว่าจากสาเหตุ มารดาผ่านการคลอด 3 ครั้ง มีภาวะรกค้าง และเศษเยื่อหุ้มรกที่ตึก หลังคลอด 1 ราย กระบวนการพัฒนาครั้งที่ 3 ให้ประเมินระดับความดันโลหิตในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมานอนพักรักษาตัว และระดับความดันโลหิตหลังคลอดเปรียบเทียบกัน ถ้าลดลงจาก 20 มิลลิเมตรปรอท ให้คำนึงถึงอาการที่บ่งบอกถึงมารดาอาจมีการตกเลือดหลังคลอด และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาเพิ่ม Retained foley catheter ในรายที่คาดว่าเสี่ยงต่อการตกเลือด ประเมินระดับความเข้มข้นของเลือดในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมานอนพักรักษาตัวและระดับความเข้มข้นของเลือดหลังคลอดถ้าลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 % ให้รายงานแพทย์และเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีจนกว่าอาการจะคงที่ พยาบาลทบทวนการประเมินปริมาณเสียเลือด โดยการชั่งผ้าที่มีเลือด Tampon สำลี ผ้ายาง และเตรียมถังสำหรับรองรับจำนวนเลือดที่ออกโดยเฉพาะ กำหนดการประเมินเสียเลือดโดยใช้การทดสอบจริง กำหนดให้

Pad 1 ผืนชุ่ม เท่ากับ 200 ซีซี (เลือด 100 กรัมเท่ากับ 100 ซีซี) และพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการตรวจรกโดยการทดสอบความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และในตึกหลังคลอด พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางโดยประเมินมารดาตกเลือดโดยการตรวจสัญญาณชีพ การประเมินการเสียเลือดจากผ้าอนามัย การตรวจดูความเข้มข้นของเลือดและสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ทันท่วงทีและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากสถานการณ์ดังกล่าว ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team) ได้ปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยการเพิ่มจุดเน้นที่การประเมินทุกระยะของการคลอด เพื่อให้การดูแล รักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ ตั้งแต่การรับใหม่ การรายแพทย์ การทำ Controlled cord traction การประเมินการสูญเสียเลือด การดูแลต่อเนื่อง ณ ตึกหลังคลอด การส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การสอดแทรกการพยาบาลด้านจิตใจประกอบการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความรัก รับฟัง การแสดงออกด้วยความเอาใจใส่ คิดช่วยเหลือให้พ้นทุกข์ การเจรจาด้วยถ้อยคำไพเราะอ่อนหวาน พูดสุภาพ การพูดด้วยจิตที่เมตตา (นวพรรษ วุฒิธรรม, 2554) ความมุ่งมั่นของทีมพยาบาลและอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงจะส่งผลให้มารดาและครอบครัวมีกำลังใจและลดความวิตกกังวล

กล่าวโดยสรุป การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและครอบครัวในภาวะวิกฤติ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในฐานะพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ ในการประเมินมารดาและครอบครัวและคิดวิเคราะห์ทุกขั้นตอนของการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการปฏิบัติการทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องทำทุกวิถีทางที่จะให้มารดารอดพ้นจากภาวะวิกฤติด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยใส่หัวใจของความเป็นมนุษย์ นั่นคือ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก รับฟัง เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ปลอดภัยและรอดพ้นจากภาวะวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจและสมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ. (2553). *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพ : บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.

นวพรรษ วุฒิธรรม. (2554). ศึกษาการวิจัยสร้างยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” คลินิกเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. *พยาบาลสาร*. 38 (3) : 146-147.

------ (2554). “การเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาคลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดีร่วมกับการมีรกและเศษรกค้าง : กรณีศึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี”. *วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร*. 27 (2-3) : 113-122.

ประเวศ วะสี. (2550). *ความเป็นมนุษย์กับการเข้าถึงสูงสุด ความจริง ความดี ความงาม*. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

พันทิพย์ จอมศรีและคณะ. (2553). “การรับรู้เกี่ยวกับหลักการพยาบาลของพยาบาลในประเทศไทย”. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(1) : 27-37.

วัชรี ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2551). *เลื่อนไหล เลียบเลาะเจาะลึก.* นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

อนามัยมารดาและทารก. *รายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ปี พ.ศ. 2552-2554. อนามัย มารดาและทารก.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2554 จาก http://hpe4.anamai.moph.go.th/.

Anderson, J.M. & Etehes, D. (2007). *Prevention and management of postpartum hemorrhage.* Forbes Family Medicine Residency Program, Western Pennsylvania Hospital Forbes Regional Campus,

Fromm, E. (1962). *The art of loving.* New York : Harper & Row Publishers.

Koh, E., Devendra, K.,& Tan, L. K.B. (2009). "Lynch suture for the treatment of uterine atony". *Singapore Med J.* 50(7) : 693-697.

Littleton, L.Y. & Engebretson J.C. (2005). *Maternity Nursing*. 7th ed. Churchill Livingstone Elsevier.

Lalonde, A., Daviss, BA., Acosta, A., Herschderfer, K. (2006). "Postpartum heamorrage today : ICM/FIGO initiative 2004-2006". *Int J. GynecalObstet.* (94) : 243-53.

Lundberg, P.C., & Kerdonfag, P. (2010). "Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units". *Journal of Clinical Nursing.* (19) : 1121-1128.

Prevention of Postpartum Haemorrhage Initiative. (2009). *Prevention of postpartum haemorrhage : active management of the third stage of labor.* PATH : DC.

Trower, T. (2010). *Self-Love.* [Online]. Retrieved April, 20, 2011. from http:// www.goodtherapy.org. 19.

Wiesenfeld, D. (2009). Listening : Back to the future of consumer research. Retrieved April 20, 2011, from http://www.nielsen.com/.

การพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน: กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในประเทศไทย

Cultural Competency Development of Community Practitioner Nurse Students:The Case Study of Tai Song Dam Ethnic Group in Thailand

พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอานันท์ *

บทคัดย่อ

สืบเนื่องจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความซับซ้อนทางสังคมในปัจจุบัน แนวคิดสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรทางการพยาบาล เป้าหมายคือเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะเชิงวัฒนธรรมและสามารถออกแบบการจัดบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างได้ กลุ่มชาติพันธุ์ "ไทยทรงดำ" หรือ "ลาวโซ่ง" ในประเทศไทยในปัจจุบันนี้เป็นกลุ่มชนที่สืบทอดมาจากชาว "ไทดำ" ที่ถูกกวาดต้อนอพยพมาจากแคว้นสิบสองจุไท ซึ่งอยู่ทางภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศเวียดนามเมื่อกว่า 200 ปีมาแล้ว นับเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่น่าศึกษายิ่งเนื่องด้วยวิถีการดำรงเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นหลายประการ บทความนี้ได้นำเสนอแนวคิดสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล แนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ และกรณีศึกษาประวัติศาสตร์การอพยพย้ายถิ่นของกลุ่มชาติพันธุ์นี้ผ่านมุมมองทางสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาทางการแพทย์

Abstract

Regarding increasing cultural diversity and social complexity, cultural competency concept has been important to nursing curriculum development. Enhancing of cultural knowledge and cultural skill among nurse students is the goal of learning, those they can provide particular health services for people

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

with difference culture latterly. The ethnic group of "Tai Song Dam, or Lao Song" in Thailand nowadays, is the descendants of "Tai Dam" people. They forcibly resettled to Siam from the "Sip Song Chu Tai" region, northwestern of Vietnam for two centuries ago. They are the most interesting group for learning because of the way of conserve their identity. This review article present concept of nursing cultural competency, the application in nursing practice in Master of Nursing Program, and also the case study of this ethnic group history through sociological and medical anthropological perspectives.

บทนำ

มนุษย์ในสังคมล้วนมีวัฒนธรรม (Culture) ที่มนุษย์ได้สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการอยู่ร่วมกัน แต่ละสังคมประกอบขึ้นมาจากผู้คนที่หลากหลายทำให้วัฒนธรรมในแต่ละสังคมมีความแตกต่างหลากหลายไปด้วย เช่นเดียวกับสังคมไทยที่ประกอบด้วยผู้คนหลายชาติพันธุ์ ความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณี ทั้งที่ถือสัญชาติไทยหรือคนพลัดถิ่นทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที่อยู่ต่างวัฒนธรรมกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตในกระแสโลกาภิวัฒน์ รวมถึงประชาคมอาเซียนที่กำลังจะเกิดขึ้นใน พ.ศ.2558 นี้จะยิ่งทำให้ผู้คนมีความเชื่อมโยงถึงกันมากขึ้น มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะต่างๆ ของคนในภูมิภาคนี้มากขึ้น บนความหลากหลายของปรากฏการณ์เหล่านี้ส่งผลให้สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการแพทย์มีความซับซ้อนและความสับสนต่อการมีชีวิตอยู่ของประชาชนมากขึ้น การทำความเข้าใจบริบทของสังคมหรือวัฒนธรรมที่แตกต่างจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ต้องสามารถรับมือกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งในมิติที่กว้างและแคบได้เป็นอย่างดี อาทิ ความแตกต่างของวัฒนธรรมของคนต่างเชื้อชาติ ซึ่งในที่นี้ ผู้เขียนใช้คำว่า กลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic group) ชาวไทดำ หรือ ลาวโซ่ง ซึ่งมีความแตกต่างของวัฒนธรรมในหลายมิติจากชาวไทยพื้นบ้าน ความเข้าใจและเห็นคุณค่าของความหลากหลายทางวัฒนธรรมนี้จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมเฉพาะของกลุ่มชาติพันธุ์นี้ได้เป็นอย่างดี

แนวคิดสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2548) เสนอว่า แนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (Medical anthropology) สามารถอธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะพฤติกรรมทางสังคมที่บุคคลตอบสนองต่อความเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าความเจ็บป่วยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยศาสตร์ทางชีววิทยา กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยาเท่านั้น หากยังเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอีกด้วย ดังนั้น การที่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเปิดโลกทัศน์ให้กว้างต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยศาสตร์ที่หลากหลายผสมผสานกันถือเป็นการวิเคราะห์ผู้รับบริการแบบองค์รวม ย่อมทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องลึกซึ้งว่าปรากฏการณ์ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของประชาชนนั้นเกิดจากสาเหตุใด เกิดภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขใด เมื่อบุคลากรสุขภาพเข้าใจกระบวนการทางสังคมซึ่งนำประชาชนเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ (Health service utilization) ก็สามารถหาแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงอย่างแท้จริง นอกจากนี้ วัฒนธรรมเป็นนามธรรมที่ต้องการเวลาและทักษะในการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างกระจ่าง วัฒนธรรมมีผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นไปและการตัดสินใจดูแลสุขภาพของบุคคลและชุมชน กล่าวคือ วัฒนธรรมมีผลต่อการแปลความหมายของสุขภาพ การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของประชาชน วัฒนธรรมอาจเป็นสิ่งแสดงความแตกต่าง

ของแนวคิดของผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพ ค่านิยมทางวัฒนธรรมของประชาชนมีผลต่อทิศทางการจัดบริการสุขภาพ ความเข้าใจในวัฒนธรรมช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถเข้าถึงชุมชนได้โดยง่ายและเรียนรู้ร่วมไปกับชุมชนได้อย่างราบรื่นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การประเมินชุมชนด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นเครื่องมือหลักของการศึกษาเพื่อให้เข้าถึงชุมชน

วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ใช้องค์ความรู้เชิงวัฒนธรรมในการวิเคราะห์และสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ในผู้ป่วย ครอบครัวและผู้รับบริการสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่อและการให้ความหมายทางสุขภาพ เหตุของความเจ็บป่วย และการตาย แต่ละกลุ่มวัฒนธรรมเฉพาะ (Sub-culture group) ในสังคมล้วนมีนิยามของ “สุขภาพ” (Definition of health) แตกต่างกัน นิยามที่แต่ละกลุ่มคนใช้สะท้อนถึงความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่นทางสุขภาพ เป้าหมายในการดูแลสุขภาพ การพิจารณาสาเหตุของปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงแนวทางกลับสู่ภาวะสุขภาพดี (นงพิมล นิมิตรอานันท์, ในจริยาวัฒน์ คมพยัคฆ์ และ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, บรรณาธิการ, 2553; Price & Cortis, 2000) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเรียนรู้แนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ในเชิงบูรณาการกับศาสตร์ทางการพยาบาล (Canadian Nurses Association, 2004; Leininger, 2002)

สุดศิริ หิรัญชุณหะ และคณะ (2550) เสนอว่าในความหลากหลายของสังคมวัฒนธรรมยุคปัจจุบัน ส่งผลให้สมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural competence) ของวิชาชีพพยาบาล เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยพบว่าแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม สมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นชุดของพฤติกรรม ความรู้และทัศนคติที่บุคคลใช้ในการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในวัฒนธรรมที่หลากหลายหรือความสามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บริการแก่ผู้คนที่ต่างวัฒนธรรม โดยบุคคล (พยาบาลวิชาชีพ) ให้ความสำคัญกับสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อผู้ป่วย พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลและค้นหาวิธีการตอบสนองความต้องการเฉพาะ นอกจากนี้ ยังรวมถึงความสามารถและหรือวิธีการปฏิบัติที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและยอมรับในความเชื่อ ลักษณะสัมพันธภาพ ทัศนคติและพฤติกรรมของครอบครัวผู้ใช้บริการและความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการเอง หรือเป็นบริการ/ความช่วยเหลือที่สามารถตอบสนองต่อความเชื่อของแต่ละบุคคลได้โดยการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่ต้องใช้เวลาในการสร้างความสำเร็จร่วมกัน (ประณีต ส่งวัฒนา, 2557) อนึ่ง ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์และประณีต ส่งวัฒนา (2557) ได้วิเคราะห์ว่าในทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า แนวคิดทฤษฎีของแคมพินฮาบาโคท (Campinha-Bacote, 1999, 2002) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ได้ความนิยมในการนำมาประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้านสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมมากที่สุด การทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนี้จะนำสู่การพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาในหลักสูตรต่อไป (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2552; อัจฉรา จั่นเพ็ชร์ และคณะ, 2555)

ผู้เขียนในฐานะผู้รับผิดชอบการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตระหนักถึงคุณค่าของการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้เรียนกลุ่มนี้ว่าเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าสมรรถนะทางการพยาบาลด้านอื่นๆ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของเอกสารคำสอนที่ได้เรียบเรียงขึ้นเพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในประเทศไทย

แนวคิดเรื่องชาติพันธุ์

นักวิชาการทางสังคมศาสตร์ ได้ให้ความหมายของคำว่า ความเป็นชาติพันธุ์ และกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนี้

มโนทัศน์ความเป็นชาติพันธุ์ (Ethnicity) หรือ ชาติพันธุ์ธำรง หมายถึงความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ และการศึกษาความสัมพันธ์ทางชาติพันธุ์ เป็นมโนทัศน์สำคัญในการแสวงหาข้อเท็จจริงหรือความรู้เกี่ยวกับชาติพันธุ์ในทางสังคมศาสตร์ (Zenner, 1996 อ้างใน ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2547)

กลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic group) หมายถึง กลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมย่อยร่วมกัน มีค่านิยม ความคิด อุดมการณ์ ประเพณีพิธีกรรมทางศาสนา ระบบสัญลักษณ์และวัฒนธรรมด้านอื่นๆ ร่วมกัน กระบวนการที่เป็นบรรทัดฐานทางศีลธรรม ค่านิยม ตำนาน และสัญลักษณ์ต่างๆ ได้นำไปเป็นเครื่องมือในการจัดตั้งองค์กร (Organizing Instruments) ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดปัญหา เช่น ปัญหาการกำหนดความแตกต่าง (Distinctiveness) ของสมาชิกภายในกลุ่ม การสื่อสาร (Communication) การตกลงตัดสินใจ (Decision-Making) การมอบหมายให้ใครเป็นผู้ทรงอำนาจ (Authority) ปัญหาอุดมการณ์ (Ideology) และความเป็นระเบียบวินัย (Discipline) ของสมาชิกภายในกลุ่ม นักมานุษยวิทยาใช้เครื่องมือในการจำแนกความแตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ลักษณะทางวัฒนธรรมบางอย่าง อาณาเขตทางภูมิศาสตร์ องค์กรทางการเมืองและการปกครอง ภาษา การปรับตัวเชิงนิเวศน์ และโครงสร้างชุมชน กล่าวได้ว่า สังคมมีการแยกแยะความแตกต่างทางวัฒนธรรมตามลักษณะรูปธรรมที่มองเห็นได้ชัดเจน เช่น ความแตกต่างทางภาษาพูด เครื่องแต่งกาย และวิธีการดำรงชีวิต เชื้อชาติตามสีผิว ซึ่งแต่เดิมนั้นกลุ่มชาติพันธุ์เคยเป็นกลุ่มชนที่โดดเดี่ยว แต่ปัจจุบันหน่วยสังคมวัฒนธรรมต่างๆ กลายเป็นส่วนหนึ่งของรัฐที่เกิดขึ้นใหม่ กลุ่มชาติพันธุ์จำนวนหนึ่งได้มีการยอมรับขนบธรรมเนียมประเพณีของกลุ่มอื่น และพยายามปรับขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมของตนเอง ยอมละทิ้งขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม ทำให้สูญเสียลักษณะความเป็นชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์จึงสร้างองค์กรทางการเมืองอย่างไม่เป็นทางการ (Informal political organization) ซึ่งก่อให้เกิดกลุ่มผลประโยชน์ (Interest group) ขึ้นมาในสังคม แต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีพื้นฐานทางสังคมที่มีความแตกต่างกันในด้านการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ แต่สังคมก็สามารถดำรงอยู่ได้ในกระแสการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัฒน์ (ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2547)

โดยธรรมชาติของการอยู่ร่วมกันในสังคม ผู้คนส่วนมากมีการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมในด้านการบริโภคที่อยู่อาศัย และการแต่งกายได้โดยง่าย การกลมกลืนทางวัฒนธรรมนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างกัน อย่างไรก็ตาม การกลมกลืนทางวัฒนธรรมด้านความเชื่อ (Belief) เป็นไปได้ยากกว่าด้านอื่นๆ ความเชื่อนี้เป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษโดยเฉพาะเรื่องพิธีกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับกับผีบรรพบุรุษซึ่งพบอยู่เกือบทุกกลุ่มชาติพันธุ์และนับว่ามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของกลุ่มชนเป็นอย่างมาก สิ่งที่พบเหมือนกันในกลุ่มชาติพันธุ์ประการหนึ่งคือ การแสดงความเคารพนับถือและความกตัญญูต่อบรรพบุรุษ การมีประเพณีพิธีกรรมที่มีความเชื่อถือต่อผีซึ่งเป็นสิ่งเหนือธรรมชาติ (Supra-nature) และการจัดการงานศพอย่างเคารพต่อบุคคลที่ล่วงลับไปแล้ว ในทางตรงกันข้าม ความแตกต่างที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ก็มีอยู่หลายประการ อาทิ การแต่งกายในวันสำคัญ อาหาร ลักษณะบ้านเรือน การนับถือผีและขวัญ พิธีกรรม ดนตรี นิทาน การละเล่นพื้นบ้าน รวมทั้งระบบเครือญาติ ระบบชนชั้นทางสังคมและการปกครอง ซึ่งยังคงมีการสืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบัน (เรณู เหมือนจันทร์เชย, 2546; สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, 2550; เจนยุทธ ล่อใจ, 2555)

กรณีศึกษา: ประวัติความเป็นมาและเส้นทางการอพยพย้ายถิ่นของชาวไทยทรงดำหรือลาวโซ่ง

คำเรียกและถิ่นอาศัยดั้งเดิม

การเรียกชื่อกลุ่มชาติพันธุ์ลาวโซ่งนั้นมีความแตกต่างกันออกไปตามบริบทถิ่นฐาน โดยในสิบสองจุไทถิ่นฐานเดิมของชาวลาวโซ่ง ชนกลุ่มนี้เรียกตนเองว่า “ไทดำ” หมายถึง คนไทหมู่หนึ่งที่นิยมสวมเสื้อผ้า

สีดำ ส่วนคำว่า "ลาวโซ่ง ลาวทรงดำ หรือ ไทยโซ่ง ไททรงดำ" เป็นชื่อเรียกกลุ่มไทยดำเฉพาะที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งนี้คำว่า "ลาวโซ่ง" เป็นคำที่คุ้นหูมากกว่าแม้ในหมู่ชาวลาวโซ่งด้วยกัน (วีระ อินพันทัง, 2553) ดังนั้น ในบทความนี้จะอ้างอิงคำเรียกกลุ่มชาติพันธุ์นี้ในแคว้นสิบสองจุไทว่า "ไทดำ" และอ้างอิงคำเรียกกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันที่อยู่ในประเทศไทยว่า "ลาวโซ่ง และไททรงดำ"

มานิตา เขื่อนขันธ์ (2541) อธิบายว่า คำว่า "โซ่ง" "ลาวโซ่ง" "ไทยโซ่ง" หรือ "ลาวทรงดำ" และ "ผู้ไทยดำ" เป็นชื่อเรียกที่คนไทยภาคกลางใช้เรียกชาติพันธุ์กลุ่มน้อยกลุ่มหนึ่ง ซึ่งอพยพมาจากแคว้นสิบสองจุไทในประเทศเวียดนามตอนเหนือ คำว่า "ลาว" ในที่นี้เป็นสรรพนามที่คนไทยสยามใช้เรียกกลุ่มคนที่พูดภาษาตระกูลไทยหลายกลุ่มที่อาศัยอยู่ทางตอนเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือของลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา โดยมิได้หมายถึงผู้คนจากประเทศลาวเพียงอย่างเดียวเหมือนในปัจจุบัน ส่วนคำว่า "ผู้ไทย หรือ ผู้ไท" นั้นเป็นชื่อที่พลเมืองในเขตสิบสองจุไทของเวียดนาม และเขตหัวบันของลาวใช้เรียกตัวเองมาแต่โบราณ ลาวโซ่งหรือลาวทรงดำ เป็นชื่อเก่าในสมัยแรกๆ ที่ชาวสยามใช้เรียกชนกลุ่มนี้อย่างเป็นทางการมาแต่โบราณโดยมาจากการที่ชาวสยามเห็นว่าเป็นคนที่เดินทางมาจากทางประเทศลาวจึงเข้าใจว่าเป็นชาวลาว ส่วนคำว่า โซ่ง (หรือทรง) นั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับคำว่า "ส้วงก้อม" หมายถึง กางเกงขายาวสีดำของผู้ชายชาวโซ่ง ที่มีรูปทรงคล้ายกางเกงของชาวจีนโดยสรุปแล้ว คำว่า ลาวโซ่ง ไทยทรงดำ ลาวทรงดำ เป็นคนที่ใช้เรียกชนกลุ่มน้อยกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะแตกต่างจากชนชาติอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในเมืองไทย เช่น การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีดำ ทรงผมของสตรีที่เป็นปั้นเกล้าและความเชื่อประเพณีและวัฒนธรรมต่างๆ

ศรุติ โพธิ์ไทร และ ธราศร ศักดิ์ศรี (2555) อธิบายว่า "ลาวโซ่ง หรือ ไทดำ" เป็นคำเรียกขานกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มหนึ่งที่มีต้นกำเนิดและถิ่นอาศัยในดินแดนสิบสองจุไท ทางตอนเหนือของประเทศเวียดนาม คำสองคำนี้แม้ว่าจะใช้เรียกขานกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีรากฐานมาจากแหล่งกำเนิดเดียวกัน แต่แท้จริงแล้วมีความแตกต่างกันอยู่มาก คำว่า "ไทดำ" นั้นเป็นคำที่ใช้เรียกบรรพบุรุษของชาวลาวโซ่ง ซึ่งปัจจุบันนี้ยังคงมีถิ่นพำนักและดำรงชีพอยู่ตามภูมิประเทศหุบเขาและที่ราบระหว่างหุบเขาในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของเวียดนาม ชุมชนไทดำส่วนใหญ่ปรากฏถิ่นฐานกระจายตัวอยู่ทั่วไปในเขตจังหวัดเดียนเบียน หรือเดียนเบียนฟูและจังหวัดเซินลา โดยมีศูนย์กลางของชุมชนไทดำที่เมืองเดียนเบียนฟูหรือเมืองแถง (บ้างเรียกว่าเมืองแถน) ตามคติความเชื่อในตำนานของกลุ่มชาติพันธุ์นี้ว่า เป็นเมืองเทวดาหรือเมืองสวรรค์ที่ให้กำเนิดชาวไทดำ นับเป็นรากฐานที่มีอิทธิพลสำคัญยิ่งต่อวิถีชีวิต ประเพณีและพิธีกรรมต่างๆ ของสังคมไทดำในสิบสองจุไท แต่เหตุที่กลุ่มคนไทยทั่วไปในอดีตเรียกขานแทนกลุ่มชาติพันธุ์นี้ว่า "ลาวโซ่ง" ก็ด้วยประวัติศาสตร์ช่วงหนึ่งของไทดำได้ถูกโอนอำนาจการปกครองจากจีนตอนใต้ไปสู่ราชอาณาจักรลาว เมื่อราชอาณาจักรลาวเป็นประเทศราชที่ขึ้นตรงต่อกรุงศรีอยุธยาและกรุงธนบุรีในช่วงกว่าสองศตวรรษที่ผ่านมานั้นสถานภาพของไทดำได้ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทั้งสองฝ่าย ด้วยความที่เป็นชนกลุ่มน้อยไม่อาจแข็งขืนกับอำนาจการปกครองของสองอาณาจักรผู้เป็นใหญ่ได้ ชาวไทดำจำนวนมากจึงได้กลายเป็นเชลยศึกเข้ามาสู่ราชอาณาจักรไทยในช่วงปลายกรุงธนบุรีคาบเกี่ยวช่วงต้นกรุงรัตนโกสินทร์ด้วยสถานะทางสังคมที่ถูกมองว่าเป็นชาติพันธุ์กลุ่มน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้เขียนสรุปได้ว่า การอธิบายคำเรียกของกลุ่มชาติพันธุ์นี้มีความสอดคล้องกัน อนึ่ง ชาวลาวโซ่งในประเทศไทยนิยมเรียกกลุ่มของตนเองว่า "ไททรงดำ" มากกว่าคำว่า "ลาวโซ่ง" เพื่อสร้างสำนึกทางวัฒนธรรมของการเป็นกลุ่มพวกเดียวกัน โดยอาศัยแบบแผนจารีตที่ถ่ายทอดมโนคติจากรุ่นสู่รุ่นในการหวนระลึกและการกลับไปสู่ถิ่นกำเนิด ณ เมืองแถง ผ่านทางวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตจากความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ อันเป็นรากฐานสำคัญของประเพณีและพิธีกรรมของลาวโซ่ง อีกประการหนึ่งก็เป็นไปเพื่อยกสถานะทางสังคมของลาวโซ่งในบริบทถิ่นฐานใหม่ให้เกิดการยอมรับชาติพันธุ์

กลุ่มน้อยของตน ความพยายามในการธำรงรักษาแบบแผนจารีตและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตดังกล่าวได้หล่อหลอมให้ชุมชนลาวโซ่งกลายเป็นที่รู้จักในนามของ "ไทโซ่งดำ" หรือ "ไททรงดำ" ในปัจจุบัน

เส้นทางการอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย

ถิ่นอาศัยดั้งเดิมของกลุ่มไทดำ อยู่ในบริเวณแคว้นสิบสองจุไท ซึ่งมีอาณาเขตในแถบแม่น้ำดำแม่น้ำแดงของประเทศเวียดนาม ซึ่งอยู่ติดกับทางตอนเหนือของประเทศลาวและติดต่อกับชายแดนทางใต้ของประเทศจีน ปัจจุบันเป็นเขตของประเทศเวียดนาม ชาวโซ่งถูกกวาดต้อนเป็นเชลยศึกเข้ามาในประเทศไทยหลายครั้ง ในการกวาดต้อนทุกครั้งชาวลาวโซ่งจะถูกกำหนดให้ตั้งถิ่นฐานในจังหวัดเพชรบุรีโดยถิ่นฐานแรกของการตั้งบ้านเรือน คือ ตำบลหนองปรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ผู้เขียนได้เรียบเรียงเหตุการณ์การอพยพตามลำดับเวลา ประกอบแผนภาพเส้นเวลา (Timeline) ของการอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทยเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจที่ชัดเจน ดังนี้

พ.ศ.2322 การอพยพเริ่มต้นครั้งแรกในสมัยพระเจ้ากรุงธนบุรี ทรงโปรดเกล้าฯ ให้เจ้าพระยามหากษัตริย์ศึกและเจ้าพระยาสุรสีหพิษณุวาธิราชเป็นแม่ทัพยกทัพไปปราบเมืองเวียงจันท์และเมืองต่างๆ ในอาณาจักรลานช้าง และให้กองทัพหลวงพระบางไปตีเมืองทันต์ (เวียดนามเรียก "ซื่อหงี่") และเมืองม่วย ซึ่งทั้งสองเมืองมีประชากรเป็นลาวทรงดำ ได้โปรดเกล้าฯ ให้กวาดต้อนครอบครัวลาวทรงดำมาเป็นจำนวนมาก และให้ไปตั้งบ้านเรือนอยู่ที่เมืองเพชรบุรีเพราะมีภูมิประเทศคล้ายคลึงกับถิ่นฐานเดิมอยู่มาก คือ มีป่าหุบเขา ห้วย ลำธาร น้ำท่วมไม่ถึง ชาวลาวโซ่งได้อาศัยปลูกสร้างบ้านเรือนเป็นหมู่ๆ กระจายกันออกไปพร้อมกับเป็นกำลังในการผลิตเสบียงส่งส่วยให้แก่กองทัพในภาวะเกิดสงครามและเป็นแรงงานให้แก่ทางราชการในสมัยนั้นด้วย

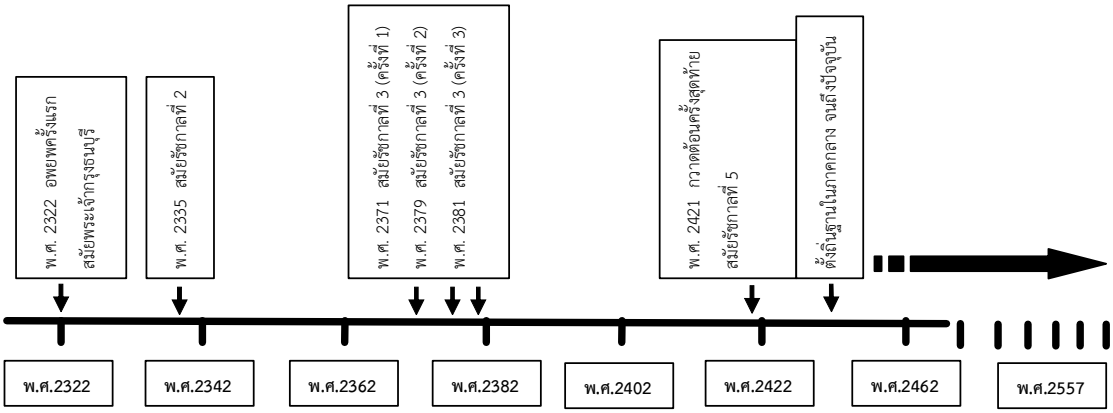
พ.ศ. 2335 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก เจ้าเมืองเวียงจันทร์ได้ยกทัพไปตีเมืองพวนและเมืองแถง ได้กวาดต้อนลาวโซ่งมาจากเมืองแถงประเทศเวียดนาม ใน พ.ศ.2335 เพื่อมิให้เป็นกำลังสำคัญของประเทศเวียดนามอีกต่อไป ดังนั้นจึงต้องหาที่อยู่ใหม่ให้แก่ลาวทรงดำ จึงโปรดเกล้าฯให้ไปสมทบกับพวกที่มาอยู่ก่อนแล้วที่เมืองเพชรบุรี

พ.ศ. 2371-2377 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว กองทัพสยามได้รับชัยชนะจากการปราบกบฏเจ้าอนุวงศ์แห่งเมืองเวียงจันทร์ ได้ยกทัพไปตีหัวเมืองบริเวณที่ราบสูงทรานนินท์ได้ขับไล่ญวนออกจากเมืองพวนและเข้าตีเมืองแถงในแคว้นสิบสองจุไท พร้อมทั้งกวาดต้อนครอบครัวลาวทรงดำจากสิบสองจุไทเข้ามากรุงเทพฯ

พ.ศ. 2379 เจ้าอุปราชและเจ้าราชวงศ์แห่งเมืองหลวงพระบางได้แต่งตั้งให้ท้าวพระยาคุมกองทัพไปตีเมืองทึม เมืองคอย เมืองควรและกวาดต้อนพวกลาวทรงดำส่งลงมากรุงเทพฯ อีกครั้งหนึ่ง พ.ศ. 2381 เจ้าอุปราช เจ้าราชวงศ์และเจ้านายทางหลวงพระบางและเวียงจันทน์เกิดการวิวาทกัน เจ้าราชวงศ์หนีลงมากรุงเทพและได้คุมลาวทรงดำมาด้วย พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงโปรดให้ไปตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ตำบลท่าแร้ง อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

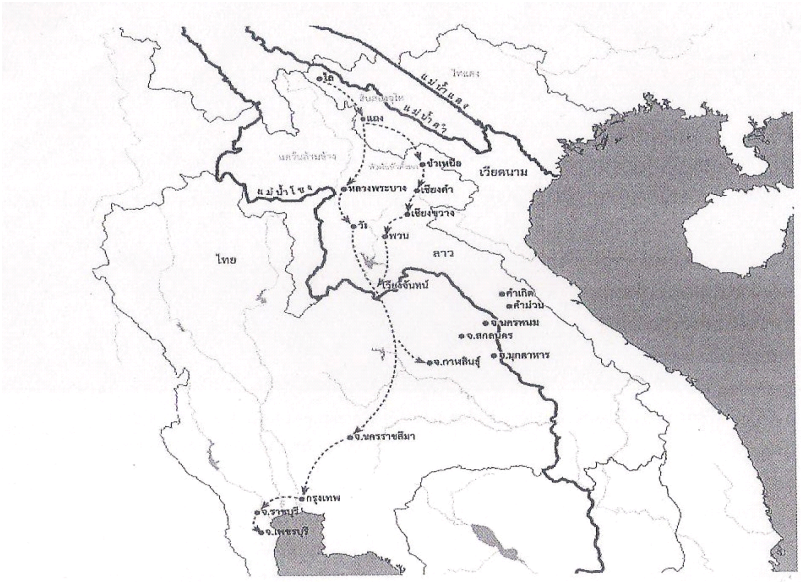
พ.ศ. 2421 การกวาดต้อนครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เนื่องด้วยทรงทำการปฏิรูปการปกครองได้ออกพระราชบัญญัติเกณฑ์ทหารและยกเลิกระบบไพร่ จึงทำให้ชาวลาวโซ่งพ้นจากสถานะทาสของระบบมูลนายในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราช

เส้นเวลา (Timeline) การอพยพของไทยทรงดำเข้ามาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย



(สุมิตร ปิติพัฒน์ และ เสมอชัย พูลสุวรรณ, 2540; เรณู เหมือนจันทร์เชย, 2541 อ้างถึงใน วีระ อินพันทัง, 2553; มานิตา เขื่อนขันธ์, 2541; อรศิริ ปาณินท์ และคณะ, 2554; ศรุติ โพธิ์ไทร และ ธราศร ศักดิ์ศรี, 2555; เจนยุทธ ล่อใจ, 2555; เก่งกิจ กิติเรียงลาภ, 2557)

แผนที่แสดงเส้นทางอพยพ



รูป 2-3: เส้นทางการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของชาวลาวโซ่ง
(ที่มา: ศูนย์ข้อมูล และสำนักพิมพ์อุษาคเนย์)

เส้นทางการอพยพแยกย้ายไปในจังหวัดต่างๆ

มีเกร็ดประวัติศาสตร์เล่าขานว่า สมัยที่เข้ามาสู่ประเทศสยาม พระเจ้ากรุงธนบุรีทรงโปรดให้ชาวโซ่งตั้งบ้านเรือนที่ฝั่งเมืองธนบุรี แต่ชาวลาวโซ่งเห็นว่ากรุงธนบุรีอยู่ใกล้แม่น้ำใหญ่ (แม่น้ำเจ้าพระยา) "เกรงลูกหลานจะตกน้ำตาย" จึงขอพระราชทานพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ขยับขยายไปให้ห่างแม่น้ำซึ่งไม่คุ้นเคยโดยให้ไปตั้งหลักแหล่งที่จังหวัดเพชรบุรี ครั้นเมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดให้มีการยกเลิกระบบไพร่ทาส ให้อิสรภาพแก่ชาวลาวโซ่งได้ครอบครองที่ดินทำกินและประกอบอาชีพเกษตรกรรมตามอัตภาพ (อรศิริ ปาณินท์ และคณะ, 2551) รวมทั้งการโยกย้ายถิ่นฐานไปยังส่วนอื่นๆ ของประเทศเพื่อโอกาสและความอยู่รอดในการดำรงชีพ ทำให้ชุมชนลาวโซ่งได้แผ่ขยายและก่อร่างสร้างตัวขึ้นเกิดชุมชนลาวโซ่งใหม่ๆ ในพื้นที่ลุ่มน้ำภาคกลางในของประเทศไทยอีกหลายจังหวัด สถานภาพทางสังคมของชาวลาวโซ่งเป็นที่ยอมรับมากขึ้นโดยลำดับ สามารถรวมเป็นกลุ่มก้อนและลงหลักปักฐานสร้างชุมชนของตนเองในประเทศไทยได้อย่างมั่นคง

ชาวลาวโซ่งในพื้นที่เมืองเพชรบุรี ถือเป็นกลุ่มที่มีอายุเก่าแก่ยาวนานมากที่สุด และเป็นศูนย์รวมวัฒนธรรมชาวลาวโซ่งทั้งหมดในประเทศไทยโดยเฉพาะที่ตำบลหนองปรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นชุมชนที่มีการอพยพมาจากกรุงธนบุรีเป็นแหล่งแรก ปัจจุบันยังคงรักษาวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมไว้เป็นอย่างดี (วีระ อินพันทัง, 2553; ศรุติ โพธิ์ไทร และธราศร ศักดิ์ศรี, 2555) ยังมีชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดนี้ได้แก่ บ้านสะพานยี่หน อำเภอเมือง บ้านเวียงดอย วังตะโก หนองพลับและทุ่งเฟื้อ บ้านห้วยท่าช้าง หนองปรง ทับคาง เขาย้อย หนองเข้ หนองจิก ดอนทราย และหนองชุมพล เขตอำเภอเขาย้อย

สำหรับการขยายตัวของลาวโซ่งจากเมืองเพชรบุรีไปยังจังหวัดต่างๆ นั้นเกิดขึ้นในรอบศตวรรษที่ผ่านมา สังเกตได้ว่า การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของชาวลาวโซ่งนี้จะขึ้นไปทางเหนือเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากชาวลาวโซ่งมีความรักในถิ่นฐานเดิมของตัวเองที่เมืองแถงในเขตสิบสองจุไทเป็นอย่างมาก การเข้ามาอาศัยในประเทศไทยนั้นอยู่ในภาวะจำยอมจากฐานะเชลยศึก จึงมีความคิดที่จะเดินทางกลับไปยังถิ่นเดิมคือเมืองแถงเสมอ เมื่อเดินทางไปถึงที่หนึ่งๆ ก็จะหยุดพักทำมาหากิน หาเสบียงอาหารไว้เดินทางต่อไปแต่ไม่สามารถเดินทางกลับไปถึงถิ่นฐานที่เดิมได้ เนื่องจากผู้ที่รู้จักเส้นทางเดิมนั้นได้ล้มตายไปหมดในระหว่างการเดินทางอันยาวนานนั้น พวกลาวโซ่งจึงตั้งถิ่นฐานลงในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เช่น จังหวัดนครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก ส่วนพวกลาวโซ่งที่หมู่บ้านท่าแร้ง อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งไม่ชอบพื้นที่เป็นที่ราบลุ่มน้ำท่วมถึง ได้อพยพไปอยู่ที่อำเภอบางสะพานและอำเภอเมืองเพชรบุรีแล้วย้ายมาที่บ้านทับคางและบ้านดอนทราย บางส่วนได้อพยพไปหาที่ทำกินใหม่แถบภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี

อีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการอพยพของชาวลาวโซ่งจากเพชรบุรี ก็คือ ปัญหาในเรื่องที่ดินกินใหม่ และการขาดแคลนไม้ที่ใช้ในการสร้างบ้านเรือน การอพยพตั้งถิ่นฐานใหม่ของชาวลาวโซ่งนั้นจะมีลักษณะการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น มักจะสร้างบ้านเรือนอยู่เป็นชุมชน ใกล้ชิดติดกันแบบญาติพี่น้องประมาณ 10 หลังคาเรือน เป็นต้นไป และจะสร้างเรือนที่อยู่อาศัยแยกต่างหากจากที่นาและที่ไร่ ในสมัยแรกๆ มักจะจับจองที่ดินบริเวณป่าลึกๆ ที่ยังไม่มีผู้ใดเป็นเจ้าของมาก่อนสำหรับสร้างบ้านเรือนที่อยู่อาศัยเพื่อมิให้เป็นปัญหาไปรบกวนหรือแย่งที่ทำกินกับผู้ที่ตั้งหลักแหล่งทำมาหากินมาก่อนหน้านั้น ดังข้อความในพระราชหัตถเลขาของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีถึงกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ (ยศในขณะนั้น) เมื่อ พ.ศ. 2438 ได้กล่าวถึงชาวลาวโซ่งไว้ว่า *"ชาวลาวทรงดำ 700 คน ได้อพยพมาจากเมืองเพชรบุรีเพื่อไปหาที่ทำกินใหม่"* สำหรับการอพยพมายังจังหวัดสุพรรณบุรีนั้น ชาวลาวโซ่งได้มาตั้งชุมชนอย่างหนาแน่นที่ตำบลดอนมะเกลือ สระยายโสม บ้านดอน ในอำเภออู่ทอง ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมืองและบ้านดอนมะนาว อำเภอสองพี่น้อง ซึ่งมีประวัติบอกเล่าต่อกันมาว่าบรรพบุรุษของตนนั้นได้อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรีเพื่อมาตั้งหลักแหล่งหาที่ทำกินใหม่นี้ เมื่อประมาณราวสามสี่ชั่วอายุคนที่ผ่านมานี้เอง (ประมาณ พ.ศ.2441)

ส่วนลาวโซ่ง/ลาวโส้งในจังหวัดราชบุรีในปัจจุบันนี้ ส่วนใหญ่อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรีและบางส่วนมาจากจังหวัดนครปฐม มาอยู่ที่บ้านตลาดควาย อำเภอจอมบึง บ้านดอนคลัง บัวงามและโคกตับเป็ด อำเภอปากท่อ บ้านดอนคา อำเภอบางแพ(วีระพงศ์ มีสถาน, 2550) ลาวโซ่งในจังหวัดนครปฐม อพยพมาอยู่ที่บ้านเกาะแรต ตำบลบางปลา และตำบลไผ่หูช้าง อำเภอบางเลน กำแพงแสน และดอนตูม ที่จังหวัดพิษณุโลกมีลาวโซ่งอาศัยอยู่หนาแน่นที่บ้านหนองตาเขียว บางระกำ ชุมแสงสงคราม พันเสา อำเภอบางระกำ ตำบลบางกระทุ่ม อำเภอวังทอง และบ้านก่อ สมอแข วังพิกุล อำเภอเมืองพิษณุโลก

บทสรุป

กลุ่มชาติพันธุ์ไททรงดำหรือลาวโซ่งนี้ เป็นกลุ่มชนที่มีความน่าสนใจในเชิงประวัติศาสตร์ชุมชนในมิติวัฒนธรรมเป็นอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ในประเทศไทย เนื่องจากบริบทธรรมชาติในถิ่นฐานเดิมในเมืองเดียนเบียนฟูในประเทศเวียดนามนั้น มีความแตกต่างกับถิ่นฐานใหม่ในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทยอย่างมากจากเดิมที่เป็นพื้นที่แบบหุบเขาทางตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศเวียดนามมาสู่บริบทถิ่นฐานใหม่ที่เป็นที่ราบเชิงเขาและที่ราบลุ่มแม่น้ำในเขตภาคกลางและภาคกลางตอนล่างของประเทศไทย ชนกลุ่มนี้ต้องปรับตัวเป็นอย่างมากต่อลักษณะทางกายภาพของชุมชน แต่ยังคงอนุรักษ์ความเป็นชาติพันธุ์ของตนไว้ได้จนถึงปัจจุบันอย่างน่ายกย่องโดยเฉพาะภาษา การแต่งกายการดำรงชีวิตที่ใกล้ชิดกับธรรมชาติ ระบบเครือญาติที่เข้มแข็ง และการประกอบพิธีกรรมเพื่อแสดงความนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์และบรรพบุรุษ

ชาวลาวโซ่งในเมืองไทย ณ ขณะนี้มีสัญชาติไทยแต่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่ามีจำนวนเท่าใดเนื่องจากไม่มีลักษณะทางกายภาพใดที่แตกต่างจากคนไทยทั่วไป ชาวลาวโซ่งต่างก็ตั้งหลักแหล่งทำมาหากินเป็นปึกแผ่นอยู่ในผืนแผ่นดินไทย มีที่ทำกินที่อุดมสมบูรณ์ มีความสุข มีความร่มเย็น มีความมั่นคงถาวร มีลูกหลานสืบสกุลเป็นชุมชนใหญ่ชุมชนหนึ่ง ไม่มีความคิดที่จะเดินทางกลับบ้านเกิดที่เมืองแถงอีกต่อไปแล้ว ทั้งนี้เพราะเขาเหล่านั้นคือคนไทย ที่มีสิทธิและเสรีภาพตามระบอบประชาธิปไตยเท่าเทียมกับประชากรทั่วไปในประเทศไทย รวมทั้งสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากบุคลากรสุขภาพอีกด้วย อนึ่ง การที่กลุ่มลาวโซ่งยังคงอนุรักษ์วัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์อันทรงคุณค่าไว้สืบทอดเป็นมรดกแก่ลูกหลานนี้ นับเป็นตัวอย่างที่ดีของความเป็นชาติพันธุ์ที่สามารถยึดเหนี่ยวระบบสังคมไทยให้มั่นคงต่อไปได้

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำนี้ ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนมีข้อสรุปตรงกันว่าการเรียนรู้ประวัติศาสตร์ชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์เป็นวิถีทางหนึ่งของการเพิ่มพูนสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล สมรรถนะด้านนี้เป็นสิ่งที่พัฒนาได้โดยผู้สอนจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) และทักษะทางวัฒนธรรม (Cultural skill) และทำให้เกิดความตระหนักทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) ในที่สุด (Chiu & Hong, 2006) การจัดประสบการณ์ภาคสนาม (Field experiences) ที่มีแผนการฝึกปฏิบัติในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการประเมินความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเรียนรู้ทัศนคติของบุคคลและกลุ่มคนที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และประณีต ส่งวัฒนา, 2557) ผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่คาดหวังคือผู้เรียนคำนึงถึงความเท่าเทียมกันทางสังคม โดยเฉพาะความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างทางวัฒนธรรมของบุคคลหรือกลุ่มคน ค่านิยมและความเชื่อทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในยามสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วย (Jirwe, et al., 2010; Gallagher, 2011) ท้ายที่สุดคือ ผู้เรียนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิในชุมชน สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลเฉพาะของประชาชนผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

เก่งกิจ กิติเรียงลาภ.(2557). "เวลากับการศึกษาประวัติศาสตร์ : ประวัติศาสตร์ของเทพเจ้า ประวัติศาสตร์แห่งรัฐ-ชาติ-ทุน และประวัติศาสตร์แห่งการปลดปล่อย". *วารสารมนุษยศาสตร์.* 15(1) : 1-26.

โกมาตรจึงเสถียรทรัพย์. (2548). พหุลักษณ์ทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ.ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). *พหุลักษณ์ทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม.* กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

เจนยุทธ ล่อใจ. (2555). *ภูมิปัญญาสร้างสรรค์เครื่องมือเครื่องใช้เนื่องในประเพณี พิธีกรรมของชาวลาวโซ่ง.* โครงการวิจัยการศึกษาแบบองค์รวมของการปรับตัวในบริบทใหญ่ที่แตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ไท-ลาวในพื้นที่ลุ่มน้ำภาคกลางของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ อุษาคเนย์.

ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ ฐิรวุฒิ เสนาคำ จามะรี เชียงทอง และ ไมเคิล เฮิร์ชเพลด์. (2547). *ว่าด้วยแนวทางการศึกษาชาติพันธุ์.* กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้ง จำกัด.

นงพิมล นิมิตรอานันท์. (2553). องค์ความรู้ที่ใช้ในการพยาบาลอนามัยชุมชน ใน จริยาวัฒน์ คมพยัคฆ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (บรรณาธิการ) การพยาบาลอนามัยชุมชน : แนวคิด หลักการและการปฏิบัติการพยาบาล (Community health nursing : concept,principle and nursing practice. กรุงเทพฯ : คณะอนุกรรมการสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (สสอท.).

ประณีต ส่งวัฒนา สุดศิริ หิรัญชุณหะ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ ศิริพร ขัมภลิขิต. (2552). *การพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล.* รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา.

-----. (2557). "การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม : แนวคิดและประเด็นวิจัย'. *วารสารสภาการพยาบาล.* 29(4) : 5-21.

มานิตา เขื่อนขันธ์. (2541). *ภาษาและขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่นชาวลางโซ่ง บ้านดอนมะเกลือ ตำบลดอนมะเกลือ อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี.* สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

เรณู เหมือนจันทร์เชย. (2546). *โลกทัศน์ของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย: ความเชื่อเรื่องผีของลาวโซ่ง.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมิค จำกัด.

วีระ อินพันทัง. (2553). *ความหลากหลายทางวัฒนธรรมการปลูกสร้างเรือนไทยแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี.* กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วีระพงศ์ มีสถาน. (2550). *ศนราชบุรี.* ใน อำนาจ กรมมา (บรรณาธิการ). สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดราชบุรี. ราชบุรี : บริษัทธรรมรักษ์การพิมพ์ จำกัด.

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2554). *การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล.* ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

------ และ ประณีต ส่งวัฒนา. (2557). "วิธีการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของ แคมพินฮา-บาโคท". *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.* 6(1) : 146-157.

ศรุติ โพธิ์ไทร และ ธราศร ศักดิ์ศรี (2555). *การแปรเปลี่ยนภูมิทัศน์วัฒนธรรมลาวโซ่งหนองปรง : ที่ว่างเกี่ยวเนื่องกับประเพณี.* กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด บี บี การพิมพ์และบรรจุภัณฑ์.

สุดศิริ หิรัญชุณหะ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ประณีต ส่งวัฒนา และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550). "สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล : องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ". *วารสารสภาการพยาบาล.* 22(1) : 9-27.

สุมิตร ปิติพัฒน์ และ เสมอชัย พูลสุวรรณ. (2540). *ลาวโซ่ง : พลวัตของระบบวัฒนธรรมในรอบสองศตวรรษ*. รายงานการวิจัย คณะสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมทรง บุรุษพัฒน์ สุจริตลักษณ์ ดีผดุง สุมิตรา สุรรัตน์เดชา ปัทมา พัฒน์พงษ์ ณรงค์ อาจสมิติ และ พิเชฐ สีตะพงศ์. (2554). *การใช้ภาษาและทัศนคติต่อภาษาและการท่องเที่ยวเชิงชาติพันธุ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ในภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ.

สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์. (2550). พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์โซ่ง ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (บรรณาธิการ). *วัฒนธรรม ความตายกับความหลากหลายทางชาติพันธุ์*. กรุงเทพฯ : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.

อัจฉรา จั่นเพ็ชร์ เจริญวิชญ์ สมพงษ์ธรรม และ สมโภชน์ อเนกสุข. (2555). "กระบวนการสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา โดยการบูรณาการแนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม". *วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา*. 6(2) : 89-102.

อรศิริ ปาณินท์ และคณะ. (2554). โครงการวิจัย *การศึกษาแบบองค์รวมของการปรับตัวในบริบทใหญ่ที่แตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ ไท-ลาว ในพื้นที่ลุ่มน้ำภาคกลางของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : อี ที พับลิชชิง.

Campinha-Bacote, J. (1999). "A model and instrument for addressing cultural competence in health care". *Journal of Nursing Education*. 38(5) : 203-207.

----- (2002). "The process of cultural competence in the delivery of health care services : a model of care". *Journal of Transcultural Nursing*. (13) : 181-184.

Canadian Nurses Association. (2004). *Promoting culturally competent care 2004*. [online]. Retrived February 16, 2006 from : http://www.cna-aiic.ca.

Chiu, C. & Hong, Yi. (2006). Cultural competence: dynamic process. In Elliot, Andrew J. & Dweck, Carol, S. *Handbook of competence and motivation*. New York : Guilford Press.

Gallagher, R.W. (2011). *A meta-analysis of cultural competence education in professional nurses and nursing students*. Doctoral dissertation in College of Nursing. University of South Florida, USA.

Jirwe, M., Gerrish, K., & Enami, A. (2010). "Student's nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (24) : 436-444.

Leininger, M. (2002). "Cultural Care Theory : A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice". *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3) : 189-92.

Price,K.M., & Cortis,J.D. (2000). "The way forward for transcultural nursing". *Nurse Education Today*. 20(3) : 233-43.

Zenner, W. (1996). Ethnicity, in *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. New York : Henry Halt and Company.

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

The Outcomes of Admission Service Model on Patient Satisfaction and Nursing Staff Satisfaction in a General Hospital

ดร. ปราณี มีหาญพงษ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่กับกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ และเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยรับใหม่จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีจับคู่กลุ่มละ 20 คน และกลุ่มพยาบาลจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลผ่านการตรวจสอบความตรงมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 และ .91 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ ($\bar{x}$ =4.96, S.D.= .04)สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ ($\bar{x}$ =4.10, S.D. = .58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังได้รับรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ ($\bar{x}$ =4.41, S.D. = .28) สูงกว่าบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ ($\bar{x}$ = 4.03, S.D. = .26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี อาจารย์พิเศษหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The Outcomes of admission service model on patient satisfaction and nursing staff satisfactionat Orthopedic Unit; Male & Female in Singburi Hospital.

This is a two-group pretest-posttest quasi-experimental research study designs. The purposes of this study were to compare the patients' service satisfaction between the group receiving a model of admission nursing service and the group receiving a regular nursing service and to compare the nurses' job satisfaction before and after using a model of admission nursing service. Subjects consisted of 40 patients and 12 staff nurses. The newly admitted patients were composed of 40 patients. They were equally divided into experimental and control groups with 20 persons for each groups; using match paired technique.Research instruments consisted of the model of admission nursing service, the questionnaires on patients service satisfaction and job satisfaction of nurses which were tested for content validity. The reliability of the questionnaires on patients' service satisfaction were .96 and job satisfaction of nurses were .91 respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation and t-test.

The major findings were as follows:

1. The patients's service satisfaction of the group receiving a model of admission nursing service ($\overline{X}$=4.96,S.D. =.04) were higher than the group receiving a regular nursing service ($\overline{X}$ =4.10, S.D. =.58) at a statistical significance of .05.

2. Job satisfaction of nurses who used a model of admission nursing service ($\overline{x}$ =4.41, S.D. =.28) were higher than regular admission nursing service ($\overline{x}$ = 4.03 , S.D. =.26) at a statistical significance of .05

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคศตวรรษที่ 21 ความก้าวหน้าของวิทยาการด้านการแพทย์และเทคโนโลยีสุขภาพการบริการแต่ในขณะที่เศรษฐกิจของประเทศเกิดภาวะวิกฤตผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาลจึงมีความคาดหวังต่อความคุ้มค่าในการมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและสถานบริการต่างๆ ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับการปรับปรุงระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพและต้องยกระดับคุณภาพการบริการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (บุญใจศรี สถิตย์นรากูร, 2550) การพัฒนาคุณภาพปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารให้เกิดการปฏิบัติอย่างกว้างขวางมากขึ้นรวมทั้งต้องมีการรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก

ในปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายอย่างชัดเจน ให้โรงพยาบาลทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ภายใน ปี พ.ศ. 2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งเป็นการยืนยันได้ว่าโรงพยาบาลได้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องซึ่งคุณภาพบริการจะนำไปสู่ความน่าเชื่อถือและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการซึ่งเมื่อผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจจะพูดปากต่อปาก (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985) ทำให้มีผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้นและมาใช้บริการอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ที่มั่นคงแน่นอนสามารถดำรงรักษาบุคลากรในการจัดบริการที่มีคุณภาพและมีงบประมาณเพียงพอต่อการปรับปรุงพัฒนาองค์กรที่ตรงตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการให้เกิดความพึงพอใจและประทับใจ

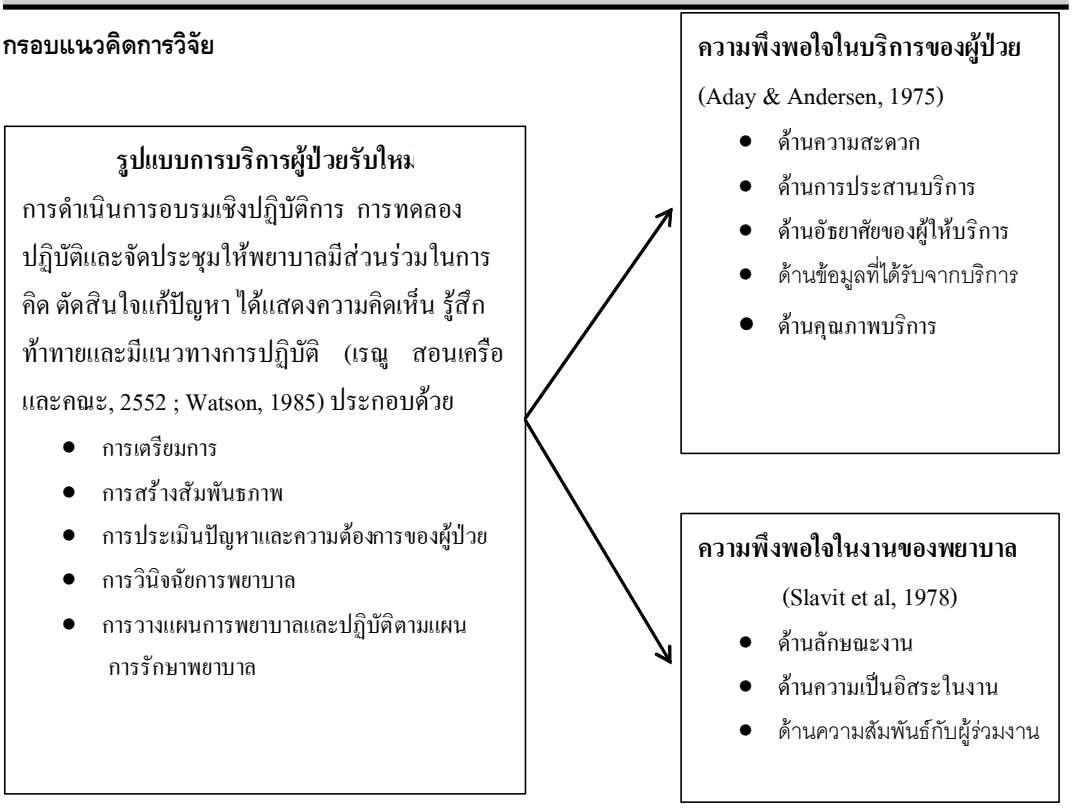
แผนกผู้ป่วยในเป็นหน่วยงานหนึ่งของงานบริการด้านสุขภาพที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานการบริการแก่ผู้ใช้บริการ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยในที่มุ่งเน้นให้เห็นถึงคุณค่าในการให้บริการที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ตามบริบทของหน่วยงานคือผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางและการบริการที่เป็นเลิศและปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (สำนักการพยาบาล, 2551) เนื่องจากความเจ็บป่วยถึงขั้นต้อง นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถือเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัวการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่มีเวลาเตรียมตัวกับเหตุการณ์นี้ทั้งยังต้องพบกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ (สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2554) หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง เป็นหอผู้ป่วยสามัญแห่งเดียวที่รับผู้ป่วยใหม่ด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จากสถิติจำนวนผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง ในปี พ.ศ. 2555 – 2557 มีผู้ป่วยรับใหม่ 914, 956 และ 845 คนต่อปีคิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.50, 2.61 และ 2.31 คนต่อวัน ตามลำดับซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการจราจร ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ที่มีความชัดเจนเป็นไปในทางเดียวกัน ทำให้การเตรียมรับใหม่ล่าช้า การประเมินผู้ป่วยไม่เป็นองค์รวม การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน (หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก, 2557)

การรับผู้ป่วยใหม่ เป็นกระบวนการแรกที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งของการรับผู้ป่วยใหม่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล เพื่อการรักษาพยาบาลให้หายหรือทุเลาจากโรคต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และเป็นการวินิจฉัยโรค ให้การรักษาได้ทันท่วงทีเมื่อพบปัญหารุนแรง (เรณู สอนเครือ และคณะ, 2552) รวมทั้งในการรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจะประเมินสภาพผู้ป่วยรับใหม่ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือพบปัญหาเกิดขึ้นพยาบาลวิชาชีพก็จะสามารถวางแผนวินิจฉัยและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที (วิรยา บุญรินทร์, 2551) พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจ โดยสังเกตกิริยาท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก พยายามช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง โดยให้การต้อนรับอย่างจริงใจ ยิ้มแย้มพูดด้วยวาจาสุภาพเรียบร้อยอ่อนโยน สนใจและยินดีช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจัง ตอบคำถามต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องเต็มใจ ทั้งนี้เพื่อทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจและไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่างๆ ของหอผู้ป่วย (สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2554)

โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 310 เตียง ประกอบด้วย หอผู้ป่วยในทั้งหมด 15 หอผู้ป่วย เป็นหอผู้ป่วยสามัญ 7 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยพิเศษ 8 หอผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำและสร้างรูปแบบบริการรับใหม่ที่มีมาตรฐานเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพ รวมทั้งผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและความไว้วางใจในการรับการรักษาพยาบาลต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่กับกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ

2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลัง ใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย วิธีการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - Experimented research) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest - Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยรับใหม่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิง จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิงจำนวน 12 คนและผู้ป่วยรับใหม่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 40 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับคู่โดยคำนึงถึงเพศ อายุและระดับการศึกษา เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คนการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือต้องมีจำนวนอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 ตัวอย่าง (Polit & Hungler,1999) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. รับใหม่และนอนโรงพยาบาลครั้งแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. มีความเข้าใจภาษาไทยดี
3. อายุระหว่าง 18- 60ปี และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปีระดับการศึกษาเท่ากัน (ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับอุดมศึกษา) และเพศเดียวกันเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรทั้งสามตัวนี้มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุดคือ

1. คู่มือรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของการเตรียมรับใหม่ของเรณู สอนเครือ (2552) และการสร้างสัมพันธภาพของวัตสัน (Watson,1985)
2. แผนการอบรมพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของพิศมัย คุณาภรณ์ (2546) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Aday & Anderse (1975) มาปรับปรุงให้สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา
4. แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของพิศมัย คุณาภรณ์ (2546) โดยใช้แนวคิดของ Slavit (1978) มาปรับปรุงให้สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คู่มือรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ตรวจความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมและศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยรับใหม่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิงและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิงและหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 30 คน นำไปหาความเที่ยง (Reliability) ค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .96 และ .91 ตามลำดับ

รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการ คือ การที่พยาบาลผู้รับข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกในการจะมีผู้ป่วยรับใหม่เข้าในหอผู้ป่วยมีการเตรียมเตียงที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยดูแลความสะอาดเรียบร้อยของสถานที่และเตรียมเอกสารที่ต้องใช้ในการรับใหม่
2. การสร้างสัมพันธภาพ คือ การที่พยาบาล

ให้การต้อนรับผู้ป่วยในโดยการกล่าวทักทาย ยิ้มแย้มแจ่มใส สบตาและเสนอตัวเพื่อให้การบริการที่ดีแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย คือ การที่พยาบาลประเมินปัญหาและค้นหาข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะแรกรับเพื่อช่วยให้การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นไปในแนวเดียวกัน

4. การวินิจฉัยการพยาบาล คือ การที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลและนำปัญหาที่ประเมินได้มาปรึกษาร่วมกับพยาบาลหัวหน้าทีมเพื่อช่วยกันวินิจฉัยปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนด

5. วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล คือ การที่พยาบาลร่วมกันนำปัญหามาวางแผนการพยาบาลกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประเมินผลการพยาบาลคือการที่พยาบาลหรือพยาบาลหัวหน้าทีมประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินผลภายหลังจากที่ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยเสร็จสิ้นไปแล้ว 30 นาทีและส่งต่อปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขต่อให้กับพยาบาลสมาชิกทีมและพยาบาลหัวหน้าทีมเวรต่อไปได้รับทราบตามขั้นตอนการรับ-ส่งเวร

7. การบันทึกทางการพยาบาลคือการที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลอาการและอาการแสดงปัญหาของผู้ป่วยการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลงในเวชระเบียนและในคาร์เด็กของผู้ป่วยเพื่อส่งเวรตามกระบวนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

8. การให้ข้อมูลคือการที่พยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในเรื่องของสถานที่ระเบียบการของหอผู้ป่วยในการปฏิบัติตนขณะอยู่ในโรงพยาบาลข้อมูลการเจ็บป่วยแนวทางการรักษาและระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ในกลุ่มควบคุม

1. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหลังได้รับผู้ป่วยรับใหม่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตามปกติตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 คนในช่วงวันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เวลา 8.30 – 16.30 น.

2. เก็บข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ทั้งหมดจำนวน 12 คนเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557

ระยะหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ในกลุ่มทดลอง

จัดอบรมและทำแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คนในเดือนมกราคม พ.ศ. 2558

1. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับผู้ป่วยรับใหม่

ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย-หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 คนในช่วงวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 เวลา 8.30 – 16.30 น.

2. เก็บข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ทั้งหมดจำนวน 12 คน วันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2558 เวลา 8.30 – 16.30 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลคือ อายุ ระดับการศึกษาพยาบาลและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของเพศ การศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

4. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)

5. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่กับกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามอายุเพศระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (n = 12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
26 - 30 ปี	1	8.33
31 - 35 ปี	1	8.33
36 ปีขึ้นไป	10	83.34
$\bar{x}$ = 42.25 S.D. = 9.53		
เพศ		
หญิง	11	91.66
ชาย	1	8.33
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี	11	91.66
ปริญญาตรี	1	8.33
ประสบการณ์ทำงาน		
1 - 5 ปี	1	8.33
11 - 15 ปี	2	16.66
16 ปีขึ้นไป	9	75
$\bar{x}$ = 21.56 S.D. = 10.16		

จากตารางที่ 1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 36 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 83.34 มีอายุเฉลี่ย 42.25 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 16 ปี ขึ้นไป 11 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 21.56 ปี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Chi-square test)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ (n=20)		กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (n=20)		χ^2	P - value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศหญิง		10	50.00	10	50.00	0.00	1.00
เพศ ชาย		10	50.00	10	50.00		
การศึกษา	ประถมศึกษา	4	20.00	4	20.00	0.00	1.00
	มัธยมศึกษา	9	45.00	8	40.00		
	อนุปริญญา	5	25.00	6	30.00		
	ปริญญาตรี	2	10.00	2	10.00		

จากตารางที่ 2 พบว่าทั้งกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือระดับอนุปริญญา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือระดับอนุปริญญา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 20 และระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งเพศ อายุ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างอายุของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Independent t - test)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ (n=20)		กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (n=20)		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
อายุ	43.85	10.72	41.90	10.03	0.594

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.85 ปี และกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 41.90 ปี และอายุของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน กลุ่มที่ได้รับการบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่และกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ (Independent t-test)

ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (n=20)		กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ (n=20)		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
ด้านความสะดวกในการใช้บริการ	4.91	.13	4.01	.72	5.46*
ด้านประสานบริการ	4.98	.06	4.18	.64	5.54*
ด้านอัธยาศัยของพยาบาล	4.98	.06	4.18	.64	5.54*
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ	4.99	.04	4.41	.59	6.37*
ด้านคุณภาพบริการ	4.96	.06	4.01	.57	7.33*
รวม	4.96	.04	4.10	.58	6.55*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (Dependent t-test)

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ	หลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (N=12)		ก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ (N=12)		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
ด้านลักษณะงาน	4.35	.38	4.14	.40	2.21*
ด้านความเป็นอิสระในงาน	4.36	.40	3.98	.21	2.99*
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	4.49	.39	3.99	.27	5.03*
รวม	**4.41**	**.28**	**4.03**	**.26**	**4.50***

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยรวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วย Dependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงาน ด้านลักษณะงานด้านความเป็นอิสระ และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลผู้วิจัยอภิปรายผลการทดลองตามสมมุติฐานดังนี้

1. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ ($\bar{x}$ =4.96, S.D.= .04) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ($\bar{x}$ =4.10, S.D. = .58) ซึ่งเป็นไปตามตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้โดยเมื่อพิจารณาทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยสูงขึ้นทุกด้านแสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้นทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่เป็นรูปแบบที่เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลทำให้ครอบคลุมปัญหาสนองความต้องการของผู้ป่วยมีการเตรียมการให้พร้อมในทุกๆ ด้านก่อนผู้ป่วยจะเข้าถึงในโรงพยาบาล นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อด้านการประสานบริการ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมความพร้อมในการบริการ ด้านการติดต่อสื่อสารด้านความสุภาพด้านความสามารถด้านการตอบสนองอย่างรวดเร็วด้านความเข้าใจผู้บริการด้านความสะดวกด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการด้านคุณภาพบริการส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธิดารัตน์ พงศ์จาตุรนต์ศรี (2554); ธีรวิทย์ นันตา (2554); อเดร์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975)

2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ ($\bar{x}$ =4.41, S.D. = .28) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ ($\bar{x}$ 4.03 = , S.D. = .26) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยเมื่อพิจารณาความพึงพอใจในงานของพยาบาลเป็นรายด้านพบว่าการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ด้านลักษณะงาน ด้านความเป็นอิสระและด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานทำให้ความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงขึ้นได้ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ แสดงว่าผู้ประกอบวิชาชีพได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการโดยการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกมีคุณค่าร่วมกันจึงจะสามารถจัดบริการการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในวิชาชีพของตน พยาบาล

เป็นงานที่มีเกียรติมีศักดิ์ศรีและสังคมยังคาดหวังว่าพยาบาลต้องมีความรู้มีวิจารณญาณในการตัดสินใจมีมนุษย์สัมพันธ์มีบทบาทของการเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดีเป็นพยาบาลที่มีคุณธรรมจริยธรรมโดยยึดหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนางานให้ดีเสมอส่งผลให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจากการประสบความสำเร็จในงานก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2543; Ganong & Ganong, 1980)

การใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ที่จัดให้มีกิจกรรรมการประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานมากขึ้นมีการร่วมงานกันอย่างเป็นกันเองระหว่างปฏิบัติงานมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทำให้บรรยากาศในการทำงานอบอุ่นทำให้เกิดความสนิทสนมรักใคร่ช่วยเหลือกันและกันดีและเป็นการสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชาซึ่งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานข้อพึงพอใจที่ผู้บังคับบัญชาให้ความสนิทสนมและเป็นกันเองและข้อพึงพอใจที่ผู้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานที่สำคัญของหน่วยงานสูงขึ้นและการมีปฏิสัมพันธ์หรือการได้ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานในวิชาชีพระหว่างเวลาปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน (Stavitt, 1978)

ดังนั้นจากผลงานวิจัยหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยรับใหม่ทำให้ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยรับใหม่ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการผู้ป่วยรับใหม่เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจได้ซึ่งนำมาซึ่งความมั่นใจและภาคภูมิใจในวิชาชีพและความพึงพอใจในงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารกลุ่มการพยาบาลควรสนับสนุนการนำรูปแบบบริการผู้ป่วยรับใหม่ไปปรับใช้ในทุกหอผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติ ควรจัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้มีความรู้และปฏิบัติตามรูปแบบบริการผู้ป่วยรับใหม่ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลมากยิ่งขึ้น

3. ด้านวิชาการควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด้านความสะดวกในการใช้บริการด้านประสานบริการ ด้านอัธยาศัยของพยาบาล ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ด้านคุณภาพบริการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ในเอกสารประกอบการประชุมวิชา เรื่อง การพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองมาตรฐาน HA.* กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

ธิดารัตน์ พงศ์จาตุรนต์ศรี. (2554). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม.* การค้นคว้าแบบอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิตเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีรวิทย์ นันตา. (2554). *ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพการบริการศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.* การค้นคว้าแบบอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจศรี สถิตย์นรากูร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21.* กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2543). *เอกสารการสอนวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล.* นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (เอกสารอัดสำเนา).

พิสมัย คุณาภรณ์. (2546). *ผลการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรณู สอนเครือและคณะ. (2552). *การรับใหม่และจำหน่ายผู้ป่วย* ใน อภิญญา เพียรพิจารณ์ (บรรณาธิการ) แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 2. นนทบุรี : บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.

วิรยา บุญรินทร์. (2551). *การรับใหม่และจำหน่ายผู้ป่วย.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2551, จาก: http://www.rtu.ac.th/nurse/elearning/file/basic/2.ppt.

สุปราณี เสนาดิสัยและวรรณภา ประไพพานิช. (2554). *การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ.* พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : พิมพลักษณ์.

สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2).* พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย -หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. (2557). *สถิติผู้ป่วย.โรงพยาบาลทั่วไปเขต 4.* สิงห์บุรี : โรงพยาบาลสิงห์บุรี.

Aday, L., and Anderson, R. (1975). *Development of indices of access to medical care.* Michigan. Ann Abor Health Administration Press.

Ganong, J. M. & Ganong, W. L. (1980). *Nursing management.* 2rd ed. London : An Aspen Publication.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of marketing.* (49) : 41-50.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research : Principles and methods.* 6thed. Philadelphia : Lippincott.

Stavitt, D.B., et al. (1978). "Nurses' satisfaction with their work situation". *Nursing Research* (2) : 114-120.

Watson, J. (1985). *Nursing : The philosophy and science of caring.* Boston, MA : Appleton Century, Brown.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

The Factors Associated with Food Consumption Behaviors of Coronary Artery Disease Patients in Sam Khuai Phueak Subdistrict, Meung District, Nakhon Pathom Province

รวินันท์ นุชศิลป์*
ชินตา เตชะวิจิตรจารุ*
สิรินดา ครีจงใจ*

บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารรสหวาน มันเค็ม ไม่ถูกสัดส่วน และไม่สมดุลกับการออกแรง ส่งผลให้คนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นและเกิดโรคก่อนวัยอันควร การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง จะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามควายเผือก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย จำนวน 40 คน ใช้วิธีเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบให้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค/ความสามารถในการบริโภคอาหาร เจตคติการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Correlation) และการทดสอบไค-สแคว์

---

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.64, $\bar{x}$ = 2.41) และเจตคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.43)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = 0.59) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อย (r = 0.29) และเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = 0.79)

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ ได้แก่ ระดับการศึกษา (x^2 = 11.118) รายได้ (x^2 = 13.388) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (x^2 = 4.085)

ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์และการปรับเปลี่ยนเจตคติที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ถึงจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และลดการกับเป็นซ้ำของโรคได้

Abstract

Risk behaviors such as eating sweet, oily and salty food are not accounted for or balanced with workout due to increasing cardiovascular disease. Cardiovascular disease patients were promoted to change consumption behaviors will reduce and prevent repeat the disease.

This study was a descriptive research. The objectives was to study 1) study food consumption of the patient cardiovascular disease. 2) study relationship between the factors that are related to food consumption of the patient cardiovascular disease, The subject is a patient cardiovascular disease the medical service at the hospital Health Promotion three sub-district, buffalo taro and community hospital host of 40 people random with the ready made table of Krejcie & Morgan during the months of June to August 2015. The data with a union query to answer manually with general information to recognize the benefits/barriers/food consumption, the attitude of the food and food consumption, analysis of data using the statistics, describe the correlation coefficient of the Pearson positive correlation and test the Chisquare the results of the study found that

1. Samples dietary habits and overall knowledge is moderate ($\bar{x}$ = 2.64, ($\bar{x}$ = 2.41) and attitude towards food at a good level ($\bar{x}$ = 3.43).

2. Factors associated with dietary habits statistically significant $P < 0.05$ were perceived to have a moderate positive correlation (r = 0.59), perceived barriers were positively correlated level slight

(r = 0.29) and attitude towards food has a moderate positive correlation (r = 0.79).

3. Personal factors that are correlated with the dietary habits statistically significant P <0.05 were education (x^2 = 11.118) income (x^2 = 13.388) and illness duration (x^2 = 4.085).

So should encourage patients with cardiovascular activities that reinforce the perceived benefits. And changing attitudes appropriate to the patient to help promote proper dietary habits. And reduce the recurrence of the disease.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรโลก โดยพบว่าประชากรจำนวน 17.3 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากการคาดการณ์ในปี 2030 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน (http://www.world-heart-federation.org, 2557) สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2554 – 2556 พบว่าอัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี 2553 พบว่าอัตราตายโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากร ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง คือ 24.3 และ 16.5 ตามลำดับ และพื้นที่ที่พบอัตราโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร 35.6 รองลงมา ภาคกลาง (ไม่ร่วมกทม.) 25.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบน้อยที่สุด 11.8 ในปี 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และใจสั่น ทำให้ไม่สามารถออกแรงทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (เจนเนตร พลเพชร, 2546) ภาวะช็อกจากหัวใจและเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ (Martinez LG, 2000: 1016-29) รายได้ครอบครัวลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม ต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม (Spertus et al., 2003) ผลกระทบทางด้านจิตใจ มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องเป็นภาระและพึ่งพาผู้อื่น (จิตติพร วิชิตธงไชย, 2555) ผลกระทบต่อครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าร่างกายทรุดโทรม การพักผ่อน ไม่เพียงพอ ตลอดจนทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล และเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิด การเจ็บป่วยตามมาได้ (Huffman, Christopher & James, 2010; Whooley et al., 2008) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมา ย่อมมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 38 (Ellis, Kim, Eva & Steven, 2005)

ปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความก้าวหน้าและทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยการรักษาด้วยยา การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน การใส่สายสวนขยายหลอดเลือด การขยายหลอดเลือด แต่

ผู้ป่วยก็ยังมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งพบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการป่วยและการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Voger RA, 1996) เนื่องจากการมีคราบไขมันสะสมที่ผนังเยื่อบุด้านในของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำอาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน (สมพันธ์ หิญชีรนันทร์, 2541) จากการศึกษาความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยมีความพร่องในการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร โดยยังคงบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงถึงร้อยละ 87 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของวีรนุช ไตรรัตโนภาส (วีรนุช ไตรรัตโนภาส, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหัวใจและหลอดเลือด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ซึ่งได้แก่ การชะลอการดำเนินของโรค ลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรค ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2541)

ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มากเกินพอดี ไม่สมดุลกับการออกแรง ไม่ถูกสัดส่วน รับประทานอาหารรสหวาน มันเค็ม รับประทาน ผักผลไม้น้อย ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ไม่ได้ออกกำลังกาย มีความเครียดและพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อีกทั้งยังละเลยการตรวจสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และส่งผลให้คนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกันมากขึ้นและเกิดโรคขึ้นก่อนวัยอันควร (World Heart Organization, 2012) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลต่ำ การงดบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือหวานจัด และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน จะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค (โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

สถานการณ์อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ปี 2557 พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน ได้แก่ ราชบุรี สมุทรสาคร กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี และนครปฐม คือ 39.96, 30.75, 29.27, 28.24, 28.08 และ 24.25ตามลำดับ (เกณฑ์ประเทศ 23.45 ต่อประชากรแสนคน) และจากการสำรวจข้อมูลประชากรอายุ 35 – 49 ปี ของชุมชนหมู่ 2 และหมู่ 7 จำนวน 26 คน ในตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาเบื้องต้น พบว่า ประชาชนมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.8 และโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ร้อยละ 15.4 โดยผู้ป่วยทุกรายไม่เคยได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke:fetal,non-fetal) และยังพบปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ ชอบรับประทานอาหารรสหวาน รสมัน และเค็ม ร้อยละ 6.7,9.9 และ 8.5 ตามลำดับ สูบบุหรี่ ร้อยละ 14.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 19.9 อ้วน (BMI > 23.4 kg/m^2) ร้อยละ 43.8 และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 34.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โดยเน้นการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค จากผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ ยังคงบริโภคอาหารประเภทมีไขมัน เกลือโซเดียมและแคลอรีสูง (โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

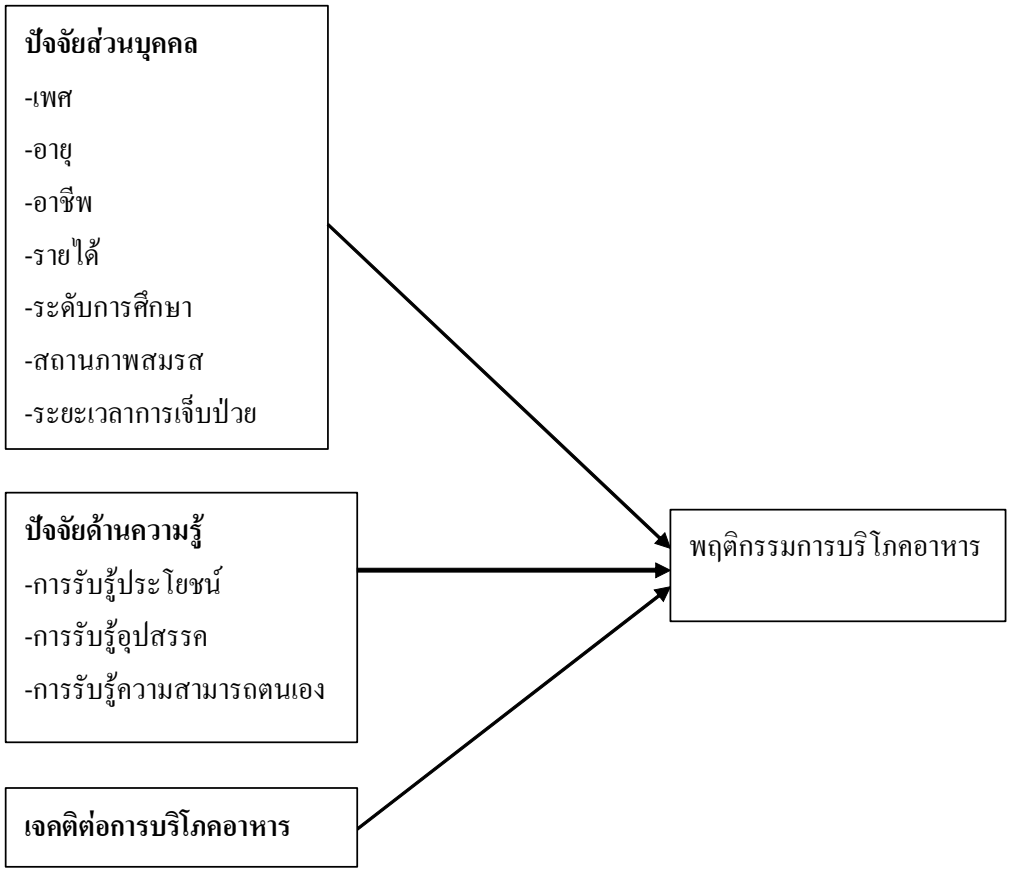
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางที่นำไปสู่การสร้างความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดการกลับซ้ำของโรค และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective of the research)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Research method)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในชุมชนตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ประชาชนในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่ผู้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี (Abnormal coronary) จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามควายเผือก และรายงานสถิติของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย เขตตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 46 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน (R.V.Krejcie & D.W.Morgan, 1970 อ้างในดร.ไพศาล กาญจนวงศ์, 2555) ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส โรคประจำตัวหรือโรคทางพันธุกรรม การรักษาพยาบาล เป็นคำถามการแสดงปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การวัดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการบริโภคอาหาร เป็นแบบทดสอบตัวเลือก ใช่, ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น = 0.78

ส่วนที่ 3 การวัดเจตคติ เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามการแสดงความคิดเห็น ค่าความเชื่อมั่น = 0.82

ส่วนที่ 4 การวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการรับประทานอาหารประจำวัน ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (Protecting the rights of research participants)

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของจังหวัดนครปฐมหรือหน่วยงานที่มีอำนาจโดยตรงก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องแนะนำตนเองและมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยผู้วิจัยต้องให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยต้องยืนยันข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และรับรองว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิที่จะได้รับบริการดูแลด้านสุขภาพตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย (Data collection)

คณะผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและความเสี่ยงของจังหวัดนครปฐมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึง 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

ณ หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และหน่วยบริการโรงพยาบาลแม่ข่าย คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และแนะนำวิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล หากมีข้อสงสัยในแบบสัมภาษณ์คณะผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายประมาณ 30 นาทีหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและนำมาเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis method)

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ใช้ค่าสหสัมพันธ์อันดับของเพียร์สัน (Correlation) เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และใช้สถิติไคสแคว์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คน เป็นเพศหญิงจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.5 โดยเฉลี่ยมีอายุสูงสุดอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมา อายุระหว่าง 31-40 ปี อายุต่ำกว่า 30 ปี และอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35, 15 และ 12.5 ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมา คือ หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง และ โสด คิดเป็นร้อยละ 20 และ 12.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 30 ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา/ปวช. และ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.5 และ 22.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55

ประวัติโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70 ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 15 และมีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 30 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ 1 - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 6 เดือน ถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

2. ระดับพฤติกรรมการบริโภค ปัจจัยด้านความรู้ และเจตคติ ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.64, S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดข้าว - แป้ง - น้ำตาล อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.23, S.D. = 0.20) สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดไขมัน และหมวดเครื่องปรุง อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 1.84, S.D. = 0.62 และ = 1.98, S.D. = 0.75) ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม	2.64	0.68	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน			
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล	3.23	0.20	ดี
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดไขมัน	1.84	0.62	ไม่ดี
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดเครื่องปรุง	1.98	0.75	ไม่ดี

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.41, S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = 0.78) ความรู้ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.67, S.D. = 0.51) และความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 1.98, S.D. = 0.75) สำหรับเจตคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.43, S.D. = 0.20) ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านความรู้และเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ความรู้โดยรวม	2.41	0.58	ปานกลาง
ความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์	3.83	0.78	ดี
ความรู้ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	2.67	0.51	ปานกลาง
ความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค	1.98	0.75	ไม่ดี
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	3.43	0.20	ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ และเจตคติต่อการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา ดังนี้

3.1 การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ($r = 0.59$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ($r = 0.29$) สำหรับเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ($r = 0.79$) ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	r	P value
ความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์	0.59	.039*
ความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค	0.29	.028*
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	0.79	.043*

$P < 0.05$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา ดังนี้

4.1 จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ (X^2 = 7.208, X^2 = 11.118, X^2 = 13.388 และ X^2 = 4.085) ตามลำดับ ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	χ^2	df	P value
ระดับการศึกษา	11.118	3	.002*
รายได้	13.388	2	.001*
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	4.085	1	.043*

$P < 0.05$

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ซึ่งยังเป็นวัยทำงานและเป็นกำลังหลักของครอบครัว อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับแนวคิดของพรทิพย์ วรกิจโภคาทร (2529) กล่าวว่า การจะสอนผู้ใหญ่ที่อายุให้เชื่อฟังหรือ เปลี่ยนทัศนคติหรือเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีความยากง่ายต่างกัน ยิ่งมีอายุมากการจะสอนให้เชื่อฟัง หรือให้เปลี่ยนทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมก็ยิ่งยากขึ้น และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารแยกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม

การบริโภคอาหารหมวดไขมัน และหมวดเครื่องปรุงอยู่ในระดับไม่ดี แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ควรเน้นการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารหมวดไขมันและเครื่องปรุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โดยเน้นการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค จากผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังคงบริโภคอาหารประเภทมีไขมัน เกลือโซเดียมและแคลอรีสูง (โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ และเจตคติต่อการบริโภคอาหาร เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ การให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ ป้อมสุข (2554) พบว่าการรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์จากการเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของกฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทองและคณะ (2554) พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และการศึกษาของมนัส ฉายาวิจิตรศิลป์ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเป็นการแสดงออกของบุคคลที่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับลักษณะ วิธีการรับประทาน การกระทำที่เกี่ยวกับการได้มา เช่น การเลือกซื้อ เลือกบริโภค ซึ่งรวมถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลือกบริโภคอาหารที่มีผลต่อสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท จึงทำให้มีเงินในการดูแลสุขภาพ สำหรับเรื่องการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. จึงทำให้สามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในการคำแนะนำหรือจากสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี จึงทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ และส่งเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดไขมันและเครื่องปรุงรส

1.2 จัดให้มีกิจกรรมการให้คำแนะนำหลายๆ ช่องทางอย่างสม่ำเสมอแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้สื่อต่างๆ เช่น แจกเอกสาร คู่มือ โปสเตอร์ การให้คำปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม

1.3 พัฒนารูปแบบการติดตามและประเมินผลการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นระบบ

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรม

บรรณานุกรม

กฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทองและคณะ. (2554). "ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเขตเทศบาลเมืองชุมพร". *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.* 3(1) : 172-184.

เจนเนตร พลเพชร. (2546). "พฤติกรรมสุขภาพและระดับความรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้". *วารสารการพยาบาล.* (52) : 122-34.

จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 27(4) : 340-6.

ไพศาล กาญจนวงศ์. (2555). *เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่างๆ.* คณะพัฒนาการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยแม่โจ้ : เชียงใหม่.

สมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2541). "ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ". *วารสารพยาบาลศาสตร์.* (47) : 69-72.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลก.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2558. จาก http://thaincd.com/document/hot%20news/heartday54-edit.pdf.

พรทิพย์ วรกิจโภคากร. (2539). *การวิจัยเพื่อการประชาสัมพันธ์.* กรุงเทพฯ : ประกายพรึก.

พรพรรณ ป้อมสุข. (2554). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กันในกลุ่มประชาชนวัยทำงานในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

มนัส ฉายาวิจิตรศิลป์. (2537). *พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยในชุมชนเมือง : ศึกษาเฉพาะกรุงเทพมหานคร.* วิทยาลัยป้องกัน ราชอาณาจักร.

วีรนุช ไตรรัตโนภาส. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี.* ปริญญานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ.* กรุงเทพ : ซีเอ็ดยูเคชั่น.

โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2552). *รายงานการประชุม สถิติผู้ป่วย.*

Huffman, J.C., Christopher, M.C., & James, L.J.. (2010). "The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes". *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 6(0) : 123-136.

Martinez LG, House-Fancher MA. (2000). Nursing management and coronary artery disease. In : Lewis SM, Heitkemp MM. *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problem,* St. Louis : Mosby.

Spertus, J. A., Martha, J.R., Nathan, R.E., Edward, F.E., Erik, D.P., & Harlan, M.K. (2003). "Cardiovascular disease and stroke cardiology first scientififorum on quality of care and outcomes research in working group of the American heart association/American college of myocardial infarction: Summary from the acute myocardial infarction". *Circulation.* 107 (1) : 1681-1691.

World Heart Organization. *Media centre* [online]. [cited 2012 August 10] ; Available from http://www.who.int/ mediacentre/events/annual/ world_heart_day/en/.

World Heart Campaign. (2014). *About World Heart Day 2014.* [Online]. [cited 2014 August 8] ; Available from http://www.world- heart-federation.org/ index.php?id=123federation.org/index.php?id=123.

Vogel RA. (1996). "The management of hypercholesterolemia in patients with coronary artery disease : Guidelines for primary care". *CC & H.* (1) : 51-64.

การศึกษา การแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น*

Study of Solution to the Problem of Failure of Patients with Asthma to Receive the Appointment – Based Treatment Towards Community Network Participation, Easy Asthma Clinic, Luangphorpern Hospital

ภรณพรรษสร พุฒวิชัยดิษฐ์**

ทินกร ชื่นชม***

สุพัตรา ตันไพบูลย์****

ดร. คนึงเดช เชื่อมวราศาสตร์ *****

ธนพร จิ๋วใจธรรม******

สุจิตรา ดีเที่ยงธรรม******

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สาเหตุของการขาดการรักษาตามนัด 2) แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 3) เพื่อเปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด ของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : Wagner, et al., 2001) ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหืดและครอบครัว จำนวน 38 คน และทีมสุขภาพจำนวน 6 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า การดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาสาเหตุการขาดนัดโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) การวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการค้นหาแนวทาง

---

* ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN/ NP) กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

*** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

***** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

****** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพด้วยการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 1 และระยะนี้ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติบรรยาย 3) การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดนัดไปปฏิบัติและประเมินผลเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์นำไปสู่การปรับแผนพัฒนาต่อเนื่อง 4) การสรุปผลการวิจัยเปรียบเทียบผลการวิจัยก่อนและหลังการนำแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดนัดไปปฏิบัติด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่าภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด สาเหตุการขาดนัด จากผู้ป่วย/ครอบครัว ได้แก่ อาชีพ เช่น ทำงานโรงงาน เดินทางไม่สะดวก ไม่มีคนพามาตรวจ ลืมวันนัด ติดธุระ ยาเหลือคิดว่าอาการดีขึ้นไม่ต้องใช้ยา ติดเรียน นัดหลายโรคไม่ตรงกัน จำวันนัดผิด สาเหตุการขาดนัดจากทีมสุขภาพ ได้แก่ คำพูด/พฤติกรรมบริการ แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอ ใบนัดตัวหนังสือเล็กอ่านไม่ชัดเจน สาเหตุการขาดนัด จากระบบบริการ ได้แก่ ขั้นตอนมาก รอนาน วันเปิดบริการน้อย แนวทางแก้ไขปัญหา มีการนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ไปปฏิบัติ ตรงตามสาเหตุและความต้องการของแต่ละบุคคล ได้แก่ นัดนาน 2-3 เดือนในรายที่ไม่สะดวกมาและคุมอาการโรคหืดได้ นักเรียนนัดมาเวลา 15.30-16.00 น. โทรศัพท์เตือน เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้การรักษาต่อเนื่อง นัดพร้อมโรคอื่น โทรเลื่อนนัด บริการ Hotline อยู่ใกล้กันจัดให้มาด้วยกัน ชุมชนร่วมมือจัดแพทย์ประจำ เสริมจำนวนเจ้าหน้าที่ ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ ใบนัดตัวหนังสือใหญ่ขึ้น จัดระบบ One Stop Service เปิดบริการทุกสัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบกำเริบที่ห้องฉุกเฉินหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติน้อยกว่าก่อนการศึกษา

Abstract

This participatory action research aimed to 1) study the causes of the failure to receive the appointment-based treatment and the guidelines on solution to the problem of the failure to receive the appointment-based treatment by participatory process of patients, families, and health team and 2) compare the results of solution to the problem of the failure of patients with asthma to receive the appointment-based treatment before and after guidelines implementation. The sample groups selected by purposive sampling consisted of 38 people who were patients with asthma and families and 6 people who were the health team. The research was done in four steps as follows: 1) The causes of the failure to receive the appointment-based treatment were searched by in-depth interview. 2) The guidelines on solution to the problem were planned and jointly determined by the patients, families, and the health team by focus group discussion. Data of Step 1 and Step 2 were analyzed by content analysis and descriptive statistics. 3) The guidelines on solution to the problem of the failure to receive the appointment-based treatment were implemented and periodically evaluated to analyze the outcomes and lead to continuous adjustment of developmental plan. 4) The research results were concluded and compared with paired t-test. And statistical significance was determined at the level of .01.

The research results showed that careers made the patients and families fail to receive the appointment-based treatment. As patients worked in factories, it was inconvenient for them to go to hospital. Nobody took the patients to receive the treatment. The patients forgot the appointment date. The patients were busy. The patients still had drugs. The patients felt better. The patients had to go to school. The patients had several appointments of treatment. The patients wrongly remembered the appointment date. According to the health team, causes of failure to receive the appointment-based treatment were words/ service behavior. Doctors were frequently changed. There were few officers. The letters of the appointment sheet were small. According to service system, there were considerable steps. The patients had to wait for a long time. There were few service days. As for the guidelines on solution to the problem, doctors should make an appointment in the next 2-3 months with the patients who were busy and able to control their symptom. Students should go to hospitals during 15.30-16.00. Related officers should warn the patients about the appointment date by telephone. Related officers should visit the patients' home. Related officers should give knowledge on regular treatment. The appointment should be simultaneously done with other disease. The appointment should be postponed by telephone. There should be hotline service. The patients living near other patients should go to hospital together. The community should give cooperation. There should be full time doctors. There should be more officers. Service behavior should be improved. The letters of the appointment sheet should be bigger. There should be One Stop Service. The services should be weekly provided. The research results showed that the mean of number of time of the failure to receive the appointment-based treatment and number of time of receipt of treatment at the emergency room after the guidelines implementation was lower than that before the guidelines implementation at the significant level of .01. As for recommendations, the problem of treatment quality should be solved by allowing the patients/ families, and the health team to jointly find the guidelines, which would lead to achievement of the goal, patients' happiness and good quality of life, and work inspiration of individuals and work team to develop patients care.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย มีผลกระทบกับผู้ป่วยที่รุนแรง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : 2005) ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกถึง 300 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 255,000 คน และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มเป็น 400 ล้านคน ประเทศสหรัฐอเมริกาพบจำนวนผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นจาก 6.7 ล้านคน เป็น 17.3 ล้านคน ซึ่งเพิ่มมากกว่า 2 เท่า ในระหว่างปี 2523 ถึง ปี 2541 ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของโรคหืดร้อยละ 6.9 (ครรชิต เจิมจิตรผ่อง, 2550; วัชรา บุญสวัสดิ์, 2553; สุชัย เจริญรัตนกุล, 2551) มีอัตราการตายต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.85 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 8.04 ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดต่อแสนประชากร มีจำนวนมากถึง 249.36 ในปี พ.ศ. 2554 และ 240.09 ใน พ.ศ. 2556

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญมาก ในอดีตแต่ละประเทศมีการรักษาที่แตกต่างกัน จนใน ค.ศ. 1995 องค์การอนามัยโลกร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ที่เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA guide line) (GINA, 1995) และต่อมาได้มีการปรับปรุงอีกหลายครั้ง โดยเป้าหมายของการรักษาโรคหืดที่ GINA กำหนด คือ ผู้ป่วยโรคหืดไม่ควรมีอาการหอบทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน และควรมีสมรรถภาพปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ครรชิต เจิมจิตรผ่อง, 2550)

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ผู้ป่วยจึงมีกล้ามเนื้อหลอดลมรัดตัว หลอดลมตีบ มีอาการหายใจลำบากและหายใจมีเสียงหวีด ในรายที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจนำไปสู่การเกิดพังผืดและหนาตัวของผนังหลอดลม (Airway remodeling) เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้มีการอุดกลั้นของหลอดลมอย่างถาวร โรคหืดจึงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (อภิชาต คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555) แต่สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ โดยการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2553)

โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ของกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2551 ก่อนจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้น พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดมารับการรักษาจำนวน 233 คน รวม 1,111 ครั้ง มีอาการหอบกำเริบต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน สูงถึงร้อยละ 83.26 อัตรา Re-visit ร้อยละ 7.92 และมีอาการรุนแรงต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 15.88 (โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น, 2552) ปัญหาผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบบ่อยและต้องมารับการรักษาเร่งด่วน รวมทั้งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนครั้งมากกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าคนปกติ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และโรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก สาเหตุสำคัญเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหืดไม่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางหรือมาตรฐานที่กำหนด (GINA guideline) อย่างจริงจัง ใน พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ได้เริ่มจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้น (Easy Asthma Clinic: EAC) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนางานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยนำมาตรฐานของ GINA guideline มาเป็นหลักในการดูแลรักษา หลังการให้บริการคลินิกโรคหืด พบว่าใน พ.ศ. 2553-2555 อัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เท่ากับร้อยละ 9.11, 8.24 และ 7.15 อัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 4.43, 2.45 และ 2.02 และอัตราการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ ร้อยละ 4.75, 3.86 และ 2.31 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่าผลการ

ควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคหืดแม้ว่ามีแนวโน้มที่ลดลง แต่ผลลัพธ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร โดยใน พ.ศ. 2553 –2555 ผลการควบคุมอาการแบบ Total control เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 17.72 แบบ Well control เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 10.79 และแบบ Poor control เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 71.49 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราขาดการรักษาตามนัดที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการขาดการรักษาตามนัด เท่ากับ ร้อยละ 18.28, 20.28 และร้อยละ 34.02 ใน พ.ศ. 2553 – 2555 ตามลำดับ ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2554 – 2555 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดและการใช้ยาถูกต้องของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 เริ่มลดลง จากร้อยละ 39.92, 92.51 เป็นร้อยละ 36.2, 82.47 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น, 2555) จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัดพบว่า มักมีอาการของโรคหืดกำเริบทั้งเวลากลางวันและกลางคืน บางรายต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และบางรายต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ว่าการรักษาโรคหืดได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน แต่ปัจจัยที่สำคัญคือการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด ที่ผ่านมาได้มีการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดในรูปแบบต่างๆ เช่น การลดขั้นตอนบริการ การปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกและรวดเร็วขึ้น แต่ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อัตราขาดการรักษาตามนัดยังสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยดังกล่าวต้องมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลง จากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทีมผู้วิจัยจึงมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยให้ได้ผล โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : Wagner, et al., 2001) และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders/Participants) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาถึงสาเหตุ และปัจจัยที่แท้จริงของการขาดการรักษาตามนัด การศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ การดำเนินการแก้ไขปัญหา การประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อการปรับแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดที่มีประสิทธิผลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคหืดแบบง่าย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ

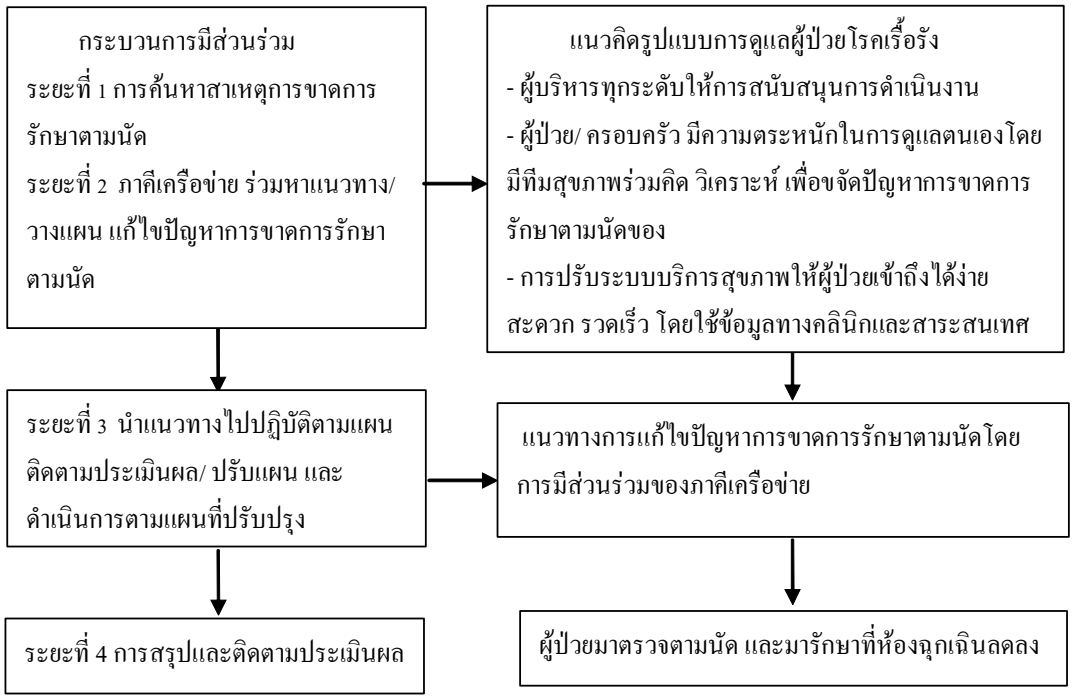
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัด แนวทางการแก้ปัญหาการขาดการรักษาตามนัด และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยมีผู้มีส่วนร่วมวิจัยหรือภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหืด ครอบครัว และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด พื้นที่ศึกษาได้แก่ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model : Wagner, et al., 2001) มาประยุกต์ใช้ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งนโยบายของโรงพยาบาลและชุมชนต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับหน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Care Organization) ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืด มีเป้าหมายในการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้งบประมาณในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีระบบการเบิกจ่าย

ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มเติมจากส่วนกลาง ช่วยเพิ่มรายได้ให้กับหน่วยงาน ช่วยให้การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดมีความยั่งยืน ในการดำเนินงานเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด ทีมสุขภาพมีการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) สร้างความตระหนักและสร้างเสริมความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจอุปสรรค ข้อจำกัดของการมาตรวจตามนัด จนได้สาเหตุรวมทั้งสามารถวิเคราะห์สาเหตุ จนได้แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดโดยทีมสุขภาพมีการเชื่อมโยงบทบาทเป็นทีมสหวิชาชีพ มิใช่ถือเป็นหน้าที่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่ทุกคนในทีมถือเป็นภารกิจร่วมกัน ที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด นอกจากนี้ ยังมีการออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) ให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถเข้าถึงบริการ ได้ง่าย สะดวก รวดเร็วโดยใช้ข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) และสาระสนเทศมาช่วยในการปรับระบบบริการ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เกิดความประทับใจและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดประยุกต์จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : Wagner, et al., 2001)

นิยามศัพท์

การขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจรักษาในวัน เวลาที่นัดหมายของคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

ภาคีเครือข่าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคหืด ครอบครัว และทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

ประสิทธิผลการแก้ไขปัญหา หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ สาเหตุ แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด และผลการเปรียบเทียบหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นโดยนำแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาใช้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ 1) การค้นหาปัญหา ได้แก่ การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและศึกษาสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) 2) การวางแผน (Planning) เพื่อแก้ไขปัญหา ได้แก่ การค้นหาแนวทางร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus groups discussion) เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด 3) การปฏิบัติการ (Acting) การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล (Observing) เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์นำไปสู่การปรับแผนการพัฒนาต่อเนื่อง (Re-planning and reaction) และดำเนินการตามแผนที่ปรับปรุง และ 4) การสรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ภาคเครือข่าย ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 38 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่รับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถพูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2) ครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแล กรณีผู้ป่วยเด็ก จำนวน 2 คน มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหืดที่รับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถพูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

3) ทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกโรคหืด ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน รวมเป็น 5 คนโดยเป็นบุคลากรที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ สิทธิการรักษา อาชีพ การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืด

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) ในเรื่องสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัด และแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาแนวทางร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด ซึ่งแนวคำถามมีลักษณะปลายเปิด

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัย 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ และได้ปรับแก้ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3. เครื่องบันทึกเสียง

4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึก

5. รายงานผลการดำเนินงานของคลินิกโรคหืด จากฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยครั้งนี้ ได้ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น และได้รับการอนุมัติทุนวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม การพิทักษ์สิทธ์ของผู้ร่วมวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่เกิดผลเสียหายใดๆ กรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ความยินยอม เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เมื่อผู้ร่วมวิจัย ยินยอมเข้าร่วมศึกษาและลงลายมือชื่อในใบยินยอมแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ศึกษาสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลตามแนวคำถามที่กำหนดจนข้อมูลอิ่มตัว โดยเลือกเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละประมาณ 15-30 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียงพร้อมจดบันทึก กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาไม่ว่ากรณีใดๆ

3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาค้นหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด โดยการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ในผู้ร่วมวิจัย ที่ยินยอมให้ข้อมูล จำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 13 คน ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 2 คน ทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด รวมจำนวน 5 คน ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงพร้อมจดบันทึกตลอดระยะเวลาการสนทนา

4. ผู้ร่วมวิจัย นำแนวทางที่ได้ไปปฏิบัติและติดตามประเมิน

5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ และปรับแผนการแก้ไขปัญหาจนได้ผลลัพธ์ที่ดี

6. สรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ

7. สรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงปริมาณจากรายงานผลการดำเนินงานของคลินิกโรคหืด ในฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล ในเรื่องจำนวนครั้งของการขาดนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบก่อนและหลังนำแนวทางไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลและการสนทนากลุ่มโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 1) การประมวลข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การจัดแฟ้ม(Establishing file) เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูล 3) การจัดระบบข้อมูลด้านเนื้อหาเพื่อได้ข้อมูลที่สำคัญ (Significant statement) และ 4) การให้รหัสข้อมูล (Data coding) มีการการวิเคราะห์สอบทานข้อมูล (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ สาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดและแนวทางแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดโดยนำแนวทางมาทดลองปฏิบัติและปรับปรุง ระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 และนำแนวทางที่ปรับปรุงแล้วไปปฏิบัติจริงในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556

3. การเปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ (ตุลาคม 2554 - กรกฎาคม 2555) และหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ

(ตุลาคม 2555 – กรกฎาคม 2556) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 56 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.90 เพศชายร้อยละ 42.10 มีอายุตั้งแต่ 5 ปี ถึง 75 ปี อายุเฉลี่ย 43.64 ปี (S.D.=16.64) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.51 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.85 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ได้แก่ ตำบลบางพระ บางแก้วฟ้า บางระกำ ลำพญา และตำบลนราภิรมย์ ร้อยละ 90.51 ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลร้อยละ 71.23 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 15.80 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 39.91 รองลงมาคือทำสวนและทำนาร้อยละ 15.85 และ 10.32 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดของผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 38 คน พบว่า มีอาการของโรคหืดมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.30 รองลงมาได้แก่ 1 – 5 ปี และ 6 – 10 ปี ร้อยละ 28.90 และ 15.80 ตามลำดับ ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นมานาน 2 – 20 ปี เฉลี่ย 7.21 ปี (S.D. = 4.91) เคยมีอาการหอบกำเริบในช่วงที่ขาดการรักษาตามนัด ร้อยละ 39.50 และไม่ได้ใช้ยา ร้อยละ 18.40 ใช้ยาเดิมร้อยละ 65.80 และมีการใช้ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 15.80 การเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลโดย การมาคนเดียวร้อยละ 57.90 ต้องให้ญาติพามาร้อยละ 36.80 และญาติมาเป็นเพื่อนร้อยละ 5.20

ระยะที่ 1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด สรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุจากผู้ป่วย/ครอบครัว พบว่าการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยมาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ มีอาชีพที่ไม่สะดวกในการมาตรวจตามนัด เช่น ทำงานโรงงาน ผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาตรวจตามนัด การเดินทางไม่สะดวก เช่น ไม่มีรถมา ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในการพามาตรวจ คิดว่าอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการกำเริบแล้วไม่จำเป็นต้องมารักษาต่อเนื่อง ลืมวันนัด ติดธุระ ยายังมีเหลืออยู่จึงไม่มาตามนัด ติดเรียนหนังสือ นัดหลายโรคไม่ตรงกันทำให้ต้องมาหลายครั้งจึงไม่มา จำวันนัดผิด **ดังคำกล่าว**

"หลานเคยถูกแม่พาไปอยู่ที่อื่นไม่มารักษา พอผ่านไปอาการกำเริบอีกหลังจากนั้นก็มาตลอดค่ะ" (CL-08)

"เก็บใบนัดแล้วลืมดูว่าหมอนัดเมื่อไหร่ มาดูอีกทีเลยไปแล้ว" (CL-30)

"ลูกมันไม่ค่อยว่างพามา ฉันไปเองไม่ได้ ขับรถก็ไม่เป็นกับเขา" (CL-07)

"บางทียายังเหลืออยู่และก็ไม่หอบฉันก็เลยไม่มารอยาหมดค่อยมา"

2. สาเหตุจากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการไม่ดี ทั้งด้านคำพูดและกิริยาท่าทางโดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษาบางท่านต่อว่าผู้ป่วย แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ตัวหนังสือที่ใบนัดตัวเล็กเขียนวันนัดอ่านไม่ออก **ดังคำกล่าว**

"ลูกชายฉันไม่มาแล้วหมอดุต่อว่าเวลาไม่มาตรวจ.....หมอว่าอยากตายเหรอ..." (CL-25)

"ใบนัดหนังสือตัวเล็กอ่านไม่เห็น ฉันตาไม่ค่อยดี" (CL-13)

"หมอเปลี่ยนอยู่เรื่อยไม่ค่อยรู้อาการต้องดูประวัตินานเป็นหมอเดิมไม่ได้หรือจะได้เร็ว" (CL-28)

3. สาเหตุจากระบบบริการของคลินิกโรคหืด ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากหลายขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการนานในการมารับบริการแต่ละครั้ง คลินิกบริการเปิดเดือนละ 2 ครั้ง **ดังคำกล่าว**

"รอนานครับ ต้องไปตรงโน้นตรงนี้ รอแต่ละที่ก็นาน บางทีมีธุระต้องรีบเลยไม่มาตรวจ" (CL-15)

"ให้เร็วกว่านี้อีกหน่อยก็ดีนะหมอ ฉันจะได้กลับไปทำงานต่อ งานมันเยอะไม่มีใครช่วย" (CL-20)

"เปิดเดือนละแค่ 2 ครั้ง บางทีตรงกับไม่ว่างหรือมีงานก็เลยไม่ได้มาครับ" (CL-09)

ระยะที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สรุปได้ ดังนี้

ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัด และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหามีหลายประการขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้ขาดนัด ทั้ง 3 ประเด็น ข้างต้น พบว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาได้แก่ 1) การนัดตรวจนาน 2-3 เดือน ในรายที่ไม่สะดวกมาและควบคุมอาการหอบได้ดี 2) ผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน/นักศึกษาให้มาตรวจเวลา 15.00-16.00 น. 3) โทรศัพท์เตือนก่อนนัด 1 วัน ในรายที่ลืมบ่อย 4) ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาต่อเนื่องเพื่อเกิดความตระหนักในการมาตรวจตามนัด 5) บริการ Hotline 24 ชั่วโมง เพื่อสอบถามข้อมูล ให้คำปรึกษาและโทรศัพท์เลื่อนนัดได้ 7) ผู้ป่วยที่อยู่บ้านใกล้กันให้เดินทางมาด้วยกัน กรณีที่ไม่มีรถหรือญาติพามาตรวจ **ดังคำกล่าว**

"หนูต้องทำงานโรงงาน ไม่อยากหยุดบ่อย กลัวถูกหักเงินและเสียประวัติการทำงาน ถ้าให้ดีอยากให้นัดนานหน่อย 2 เดือนก็ยังดีค่ะ นัดเดือนเดียวแป๊บๆ ก็ถึงแล้ว" (CL-2)

"ยังไงก็ต้องพาหลานมา ถ้าไม่มาแล้วอาการกำเริบจะลำบากมาก พอหลานมานอนโรงพยาบาลไม่มีคนมาเฝ้า เพราะต้องดูหลานสาวที่บ้านอีกคน ยังไงก็ต้องพาหลานมาให้ได้ แต่ฉันมันขี้ลืม ถ้าให้ดีไม่ลำบากหมอเกินไปโทรเตือนก็ดีค่ะ ถ้าไม่ลืมฉันมาทุกครั้งเลย" (CG-1)

"นัดพร้อมกันกับแฟนจะได้มาพร้อมกัน หยุดขายของวันเดียวไม่เสียเวลาและรายได้ เดินทางสะดวกด้วย ฉันขับรถไม่เป็น" (CL-4)

"ขอนัดนานหน่อยจะได้ไม่ต้องลางานบ่อย 2 เดือนก็ยังดี เดือนเดียวบ่อยเกินไปครับ" (CL-10)

"จดใส่ปฏิทินไว้ เขียนว่า หาหมอ หรือกากบาทไว้เตือนความจำตัวเอง" (PCT-2)

"คอยดูใบนัดอยู่บ่อยๆ เพราะจะได้คิดถึงหมออยู่เรื่อยๆ และไม่ลืม" (CL-7)

"นัดให้พร้อมกันกับเพื่อนคนไข้ด้วยกัน อยู่บ้านใกล้กันจะได้มาพร้อมกัน ไม่งั้นไม่มีรถมา" (CL-9)

"การที่เรามาตรวจไม่ได้มารับยาอย่างเดียว เราจะได้ตรวจสมรรถภาพปอด วัดความดันและรับฟังคำแนะนำต่างๆ อีกนะคะ ผู้ป่วยทุกคนควรมาตรวจตามนัด เพื่อควบคุมอาการของโรค ไม่ต้องมาห้องฉุกเฉินบ่อยๆ" (PCT-1)

ผลการติดตามการดำเนินงานและการปรับแผนปฏิบัติการ

ผู้ร่วมวิจัยสามารถดำเนินการตามแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดได้ดี มีเพียงบางส่วนที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ ในส่วนของทีมสุขภาพและระบบบริการ ภาคีเครือข่ายเสนอแนะว่า ควรมีการปรับปรุง เพื่อให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 2 ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดเพิ่มเติม ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วยทีมสุขภาพในรายที่ยังขาดนัดหลายครั้งเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ให้ชุมชนในพื้นที่ร่วมมือ กระตุ้นให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผู้ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ และมีการนัดตรวจพร้อมโรคอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง กรณีเบาหวานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเจาะเลือดตอนเช้าแล้วตอนบ่ายมาตรวจเบาหวานพร้อมโรคหืด **ดังคำกล่าว**

"หมอโทรตามฉันไม่ได้ไปยังอุตสาห์มาเยี่ยมถึงบ้าน ที่อื่นไม่เห็นดูแลคนไข้ขนาดนี้เลย ต่อไปฉันจะไปตรวจไม่ขาดเลยจ๊ะ" (CL-11)

"หมอเป็นห่วง....(ชื่อ) แล้ว...(ชื่อ) จะไม่ห่วงตัวเองได้ยังไง หมอ...(ชื่อ) ที่อนามัยก็มาบอกให้ไปตรวจ ฉันเป็นผู้ใหญ่บ้านต้องเป็นแบบอย่างแก่ชาวบ้าน ไม่กล้าขาดนัดอีก ถ้าติดธุระจะโทรเลื่อนค่ะ" (CL-13)

"เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด กรณีที่มีตรวจหลายโรคให้มาครั้งเดียวในตอนบ่ายที่มีคลินิกโรคหืด เช่น โรคความดันสูง ไขมันสูง ส่วนเบาหวานให้ อสม. หรือหมออนามัยเจาะเลือดตอนเช้า บ่ายมาตรวจ ถ้ามีปัญหาทาง รพ. จะประสานในพื้นที่ให้ค่ะ" (PCT-1)

ในการปรับแผนเกี่ยวกับระบบบริการการตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคหืด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ มีข้อเสนอให้จัดแพทย์ประจำคลินิกโรคหืด และจัดเจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืด กรณีเจ้าหน้าที่ประจำไม่อยู่ มีการปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแพทย์/บุคลากรอื่นๆ โดยผู้บริหารดำเนินการหรือมีนโยบายสนับสนุน มีการปรับปรุงใบนัดให้ตัวหนังสือใหญ่ขึ้น เพื่อให้อ่านได้ชัดเจน นอกจากนี้ ได้พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service เพื่อลดขั้นตอนบริการ ติดตามประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัด คือระยะเวลารอคอย พบว่า ระยะเวลาลดลง จาก 90 นาทีในปี พ.ศ. 2555 เป็น 59.5 นาที และ 56.25 นาที ในปี พ.ศ 2556 และ พ.ศ 2557 ตามลำดับ และขยายการเข้าถึงบริการโดยการเพิ่มบริการเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง **ดังคำกล่าว**

"หมอเปลี่ยนอยู่เรื่อยไม่ค่อยรู้อาการต้องดูประวัตินานเป็นหมอเดิมไม่ได้หรือจะได้เร็ว ได้รับการรักษาต่อเนื่อง" (CL-16)

"เวลาหมอขาดเหลือ 2 คน น่าจะมีคนมาช่วยบ้าง คนไข้ได้ไม่รอนาน เห็นใจหมออยู่น้อยก็ทำไม่ทันต้องรีบ" (CL-12)

"ใบนัดตัวเล็ก อ่านไม่เห็นหมอทำใบนัดตัวหนังสือใหญ่ๆ หน่อยจะได้อ่านชัดๆ ส่วนใหญ่อายุเยอะแล้ว ตาไม่ดีครับหมอ" (CL-6)

"หลายขั้นตอนจังค่ะ เอาแบบว่าที่เดียวจบดีไหมคะ ไปรอตรงโน้นทีตรงนี้ที หรือไม่ก็ลดขั้นตอนบางจุดลงก็ได้บางทีคนแก่ไปไม่ถูก เวียนหัวค่ะ" (CG-2)

"หมอน่าจะเปิดมากกว่านี้นะอาทิตย์ละครั้งก็ยังดี บางทีฉันมีธุระจะได้มีวันให้เลือกเยอะขึ้น" (CL-14)

"ทางโรงพยาบาลรู้สึกดีใจ ที่พวกเราทุกคนร่วมกันคิด ทุกข้อเสนอ ทุกความคิด เราดำเนินการร่วมกัน สิ่งที่ได้คือแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดนัดที่ยั่งยืน เพราะเกิดจากความคิดของทุกคนและสามารถปฏิบัติได้" (PCT-4)

ระยะที่ 3 เปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งการขาดการรักษาตามนัดก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.92 ครั้ง (S.D. = 3.48) หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง (S.D. = 5.92) ส่วนจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 ครั้ง (S.D. = 1.19) หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05 ครั้ง (S.D. = 0.23) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Paired t- test พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติน้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบ (n=38)

ข้อมูล	ก่อน (ต.ค.54-ก.ค.55)		หลัง (ต.ค.55-ก.ค.56)		Paired t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	S.D.		
จำนวนครั้งการขาดการรักษาตามนัด	5.92	3.48	2.51	2.36	5.923	0.000*
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ	0.78	1.19	0.05	0.23	4.014	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคหืดมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.30 ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นนาน 2 – 20 ปี เฉลี่ย 7.21 ปี และเคยมีอาการหอบกำเริบในช่วงที่ขาดการรักษาตามนัด ร้อยละ 39.50 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด มีอาการหอบกำเริบถึงร้อยละ 39.50 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ใช้ยาร้อยละ 18.40 และมีการใช้ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 15.80 ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศักดิ์ ศรีสุภา ที่ศึกษาเรื่องการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยหอบกำเริบ เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ เพียงร้อยละ 76.20 และมีการใช้ยาอย่างเคร่งครัด สม่ำเสมอ เพียงร้อยละ 61.90 (เรืองศักดิ์ ศรีสุภา, 2555) โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การรักษาที่สำคัญคือการให้ยาที่ลดการอักเสบของหลอดลมเป็นหลัก ได้แก่ ยาสูดสเตอรอยด์ จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้เข้ามาสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556)

สาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ครอบครัว พบว่า จากผู้ป่วย/ครอบครัว พบว่า อาชีพที่ไม่สะดวกในการมาตรวจตามนัด ผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาตรวจตามนัด การเดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถมา ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในการพามาตรวจ คิดว่าอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการกำเริบแล้วไม่จำเป็นต้องมารักษาต่อเนื่อง ลืมวันนัด ติดธุระ ยายังเหลืออยู่ ติดเรียนหนังสือ นัดหลายโรคไม่ตรงกัน จำวันนัดผิด จากทีมสุขภาพในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการไม่ดี แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อย ตัวหนังสือเล็ก เขียนวันนัดอ่านไม่ออก จากระบบบริการของคลินิก ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากหลายขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการนานในการมารับบริการแต่ละครั้ง วันที่เปิดคลินิกบริการน้อย ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสาเหตุการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยคลินิกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ผู้ป่วยไม่มารักษาตามนัดเนื่องจาก ลืมวันนัด ยาเดิมยังเหลืออยู่ คิดว่าอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องมา เดินทางมาเองไม่ได้ ไม่มีญาติพามา อาชีพไม่สะดวกต่อการมาตรวจตามนัด สาเหตุจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่เรื่องพฤติกรรมบริการ ความกระตือรือร้น ความนุ่มนวลอ่อนโยนในการให้บริการ

การให้คำแนะนำ ข้อมูลในใบนัดไม่ชัดเจน และสาเหตุจากระบบบริการ ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยาก จึงไม่มาตามนัด ระยะเวลาในการมารับบริการนาน (นวดี เทศศรีเมือง, 2553) ซึ่งการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหืดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและมีอาการหอบกำเริบในที่สุด

แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ร่วมวิจัยได้ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์สาเหตุ เพื่อร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดที่แตกต่างกัน การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ จึงต้องจัดให้ตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล กล่าวคือ สาเหตุของผู้ป่วย/ครอบครัว ได้แก่ การนัดตรวจ นาน 2-3 เดือน ในผู้ป่วยที่ต้องทำงานประจำ เช่น ทำงานโรงงาน นักเรียนให้มาตรวจในช่วงเวลา 15.00 -16.00 น. มีการโทรศัพท์เตือนก่อนนัด 1 วัน ในกลุ่มที่ลืมนัดบ่อย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำ หรือซักถามทาง Hotline 24 ชั่วโมง เกิดวัฒนธรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ในรายที่อยู่บ้านใกล้กันมาด้วยกัน และบูรณาการการตรวจรักษาหลายคลินิกเข้าด้วยกัน โดยนัดตรวจครั้งเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยเดินทางมาวันเดียว นอกจากนี้การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านยังเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยบางรายได้รับความร่วมมือจากชุมชนในพื้นที่ในการกระตุ้นให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาโดยใช้ผู้ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ ทำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องได้ในที่สุด

จากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ผู้ร่วมวิจัยสรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด ได้แก่ การจัดแพทย์ประจำคลินิกโรคหืด จัดเจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานเพื่อความรวดเร็ว ปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแพทย์/บุคลากรทีมสุขภาพทุกคนให้เข้าใจถึงปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วย ปรับปรุงใบนัดให้ตัวหนังสือใหญ่ขึ้น สาเหตุจากระบบบริการของคลินิกแนวทางการแก้ปัญหา คือพัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service เพื่อลดขั้นตอนและขยายการเข้าถึงบริการโดยการเพิ่มบริการจากเดือนละ 2 ครั้ง เป็น 4 ครั้ง จากการวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางที่ได้จากการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัด โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model: : Wagner, et al., 2001) มาใช้ในการแก้ปัญหา เริ่มด้วยผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืด มีเป้าหมายในการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทำให้เกิดนโยบายของโรงพยาบาลและชุมชนเป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการสร้างความตระหนักและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง (Self-management support) โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา ค้นหาปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาได้โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ (Health care organization) ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหานั้นๆ และมีการออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ ข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) และระบบสารสนเทศ มาช่วยให้การบริการสะดวก รวดเร็วขึ้น ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้นี้ สามารถนำไปใช้ได้จริง เพราะเกิดจากการแก้ไขปัญหาร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยการมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัติประจำวันได้ดีขึ้นมีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง รวมถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ซึ่งควรจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด, 2553)

จากการเปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติพบว่า จำนวนครั้งเฉลี่ยของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติน้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพรดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชระบูรณิน. (2553) ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ในผู้ป่วยหอบหืด พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการกลับเข้านอนในโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายเดี่ยวแม้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานตามกระบวนการทำงานปกติไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แต่เมื่อใช้กระบวนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: Kemmis&McTaggart as site in N. Denzin&Y. Lincoin, 2011) ร่วมกับนำแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: Wagner, 1998) โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับครอบครัว ทีมสุขภาพและชุมชน ในการหาสาเหตุ วิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลลัพธ์ที่ได้สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ และยังก่อให้เกิดความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีอาการหอบกำเริบลดลงไม่ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง นอกจากผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ในส่วนของบุคลากรทำให้มีแรงบันดาลใจในการทำงาน ทั้งส่วนบุคคลและทีมงานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งๆ ขึ้น ซึ่งความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการทำงานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยกระบวนการทำงานเป็นทีมที่ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งในหน่วยงาน โรงพยาบาล ชุมชน และการสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารโรงพยาบาลอย่างจริงจังและต่อเนื่องทำให้เกิดความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับการให้การรักษาพยาบาลโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดที่ได้จากการวิจัยนี้ไปปฏิบัติและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถปรับแนวทางนี้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทหรือสถานการณ์ปัจจุบันก็จะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ. ดร. นพวรรณ เปียซื่อ อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ ดร. ปุณยนุช พิมใจใส อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย และท้ายสุดขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บรรณานุกรม

กำจัด รามกุล, ไพโรจน์ บุญลักษณ์ศิริ, อรพันธ์ อันติมานนท์, จุฬาพร กระเทศ. (2555). *หลักพื้นฐานในการทำวิจัยสาธารณสุข*. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ครรชิต เจิมจิตรผ่อง. (2550). "การพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลมัญจาคีรี". *ขอนแก่นเวชสาร*. 31(3) : 231-240.

งานคลินิกโรคหืด. (2552). *รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2552 : โปรแกรม Hos-Xp*. โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น.

------. (2555). *รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2555 : โปรแกรม Hos-Xp*. โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น.

------. (2556). *รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2556 : โปรแกรม Hos-Xp*. โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น.

ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร วีรศักดิ์ สืบเสาะ และดนัย ธีวันดา. (2556). "ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหืด". *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 8(2) : 81-91.

ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด. (2553). *รูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน*. [Online]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2558. จาก http://pubnet.moph.

นพรดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชระบูรณิน. (2553). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย*. รวมผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2553. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.

นวดี เทศศรีเมือง. (2553). "การขาดการรักษาตามนัดในกลุ่มผู้ป่วยนอกรายใหม่คลินิกกายภาพบำบัด". *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 3(1) : 25-32.

นิศา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : บริษัทปริ้นต์โพร จำกัด.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2553). การบริบาลผู้ป่วยโรคหืดโรคโพรงจมูกอักเสบและปอดอุดกลั้นเรื้อรัง. ใน สุณี เลิศสินอุดม (บรรณาธิการ) โรคหืดและคลินิกโรคหืดแบบง่าย ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2556). การรักษาโรคหืดระยะยาวในผู้ใหญ่. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล, ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ) *ตำราโรคหืด*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น : ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.

สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล, ธีรศักดิ์อมตวงศ์. (2556). *ตำราโรคหืด*. สมาคมโรคหืดแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2547). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ.2547*. กรุงเทพฯ : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.

สุชัย เจริญรัตนกุล. (2551). "วันรณรงค์หืดโรค 2551". *วารสารชมรมผู้ป่วยโรคหืด*. 15(15) : 2.

-----. (2553). "วันรณรงค์หืดโรค 2553". *วารสารชมรมผู้ป่วยโรคหืด*. 17(60) : 6.

สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักควบคุมโรค. (2557). *ข้อมูลและสถิต*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2558. จาก http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php.

องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณเชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ*. : กรุงเทพฯ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรมหาวิทยาลัย.

อภิชาต คณิตทรัพย์ และ มุกดา หวังวีรวงศ์. (บรรณาธิการ). (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย ฉบับที่ 5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555*. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนียนอุตราไวโอเร็ต.

Global initiative for asthma. (1995). *Global strategy for asthma management and prevention*. World Health Organization & National Heart Lung and Blood Institute workshop report.

Kemmis. S & McTaggart. R. (2000). Participatory action research : Communicative Action in the Public Sphere. In N Denzin &Y. Lincon (Eds). *Handbook of qualitative research*. Los Angeles : SAGE.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2001). "Improve chronic illness care : Translating evidence into action". *Health Affairs*. 20(6) : 64 – 78.

World Health Organization. (2005). *Chronic respiratory respiratory disease*. Retrieved April 27, 2015, from http://who.int/respiratory/asthma/en/ .

องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย*

Servant Leadership Components of Nurse Administrators at the Hospitals Under the Church of Christ in Thailand

ดร. พรทิพย์ กวินสุพร**
ดร. ปุณยนุช พิมใจใส***
อารีย์ ตันตยานุวัตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล ตามแนวคิดกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้นำที่พร้อมจะลงมือทำ 2) ผู้นำที่ชาญฉลาดและถ่อมสุภาพ 3) ผู้นำที่เสียสละและปกป้องผู้ใต้บังคับบัญชา และ 4) ผู้นำที่ปกครองโดยใช้ระบบครอบครัวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาลรวมกัน ร้อยละ 91.378

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือการนำองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านไปเป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ เพื่อผลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

---

* ได้รับทุนวิจัยสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน
** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**** หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน นครปฐม

Abstract

The purpose of this descriptive research was to analyze the components of servant leadership of nurse administrators at the hospitals under the Church of Christ in Thailand. Data collected from the population consisted of 210 nurse administrators included top level administrators, middle level administrators, and first level administrators. The research instrument was a set of questionnaire including two parts based on Greenleaf (1977) which was tested for content validity (IOC) was at .90 and reliability by Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.89. The data were analyzed by using frequency, percentage, means, standard deviation, and exploratory factor analysis (EFA).

The findings of this study were as follows :

Four significant components of servant leadership of nurse administrators at the hospitals under the Church of Christ in Thailand included : 1) the pragmatic leaders 2) the intelligent, courteous, and humbled leaders 3) the sacrifice leaders and protects subordinates, and 4) the families leaders. These four significant components could accounted for 91.378 %.

The suggestion of this study can apply as a guideline to enhance the leadership of nurse administrators at all levels and improve the quality of nursing care and the goals of the organization.

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามกระแสโลกาภิวัตน์ทั้งระดับโลกและประเทศ ทำให้องค์กรต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ในทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย และต้องก้าวกระโดดให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อศักยภาพของคน ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก เพื่อให้เกิดการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีกลไกรองรับและเสริมสร้างศักยภาพของประเทศให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลง ที่จะทวีความรุนแรงและซับซ้อนเพิ่มขึ้น

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของภาครัฐ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ จากการบังคับใช้กฎหมาย 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กอร์ปกับรัฐบาลประกาศนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as World Class Healthcare Provider) ภายใน 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) และวางเป้าหมายปี พ.ศ. 2558 จะพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้องค์กรพยาบาลต้องพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะของผู้นำทางการพยาบาลให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง สภาการพยาบาลกำหนดแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2555-2559) เร่งรัดพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล พัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ และสำนักการพยาบาลกำหนดแนวทางเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการพยาบาลและสถานบริการพยาบาลทุกระดับ เพื่อรองรับการรวมตัวของประเทศในภูมิภาคอาเซียนซึ่งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลจะรวมทั้งการพัฒนาด้าน

บุคลากร การเงิน การบัญชีและการบริหารพัฒนาองค์กร (Yoder - Wise, & Kowalski, 2006)

ผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในองค์กร มีบทบาทในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ เชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการติดต่อประสานความร่วมมือระหว่างแผนก ระหว่างเครือข่าย และมีบทบาทสำคัญที่จะเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชา สร้างค่านิยมและเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาลและองค์กร ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันโลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สังคมต้องการผู้นำที่เป็นกลุ่มมากขึ้น ผู้นำสูงสุดต้องทำหน้าที่แนะนำแทนการสั่งการ ผู้นำยุคใหม่มุ่งเน้นการจัดการแบบเสริมพลังมากกว่าการควบคุมและสั่งการ ดังนั้นผู้นำจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตนเอง ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือวิธีคิดของตนเอง ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจุบันมีภาวะผู้นำแบบหนึ่งที่อาจเหมาะสมสำหรับยุคนี้ คือภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ หรือภาวะผู้นำใฝ่บริการ มีพฤติกรรมการบริการเพื่อนร่วมงานเพื่อสนองความต้องการของบุคคลเหล่านั้นโดยใช้อำนาจทางศีลธรรมกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมอบอำนาจแก่เพื่อนร่วมงานเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน อาจกล่าวได้ว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพฤติกรรมที่มีคุณธรรมจริยธรรม ดูแลเอาใจใส่และมุ่งพัฒนาเพื่อนร่วมงานให้เจริญงอกงาม (Spear, 1996, 2004; อรุณ พรหมจรรย์, 2556; ธมลวรรณ มีเหมย และคณะ, 2554; สมประสงค์ เรือนไทย, 2551)

ภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Servant leadership) เป็นหัวใจของผู้นำศาสนาคริสต์ บุคคลแรกที่เสนอแนวคิดนี้คือพระเยซูคริสต์ ภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นทฤษฎีภาวะผู้นำสมัยใหม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นเสมือนปรัชญาและเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรและสังคม ผู้นำใฝ่บริการจะเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในองค์กรมุ่งเน้นการให้บริการแก่เพื่อนร่วมงานในเรื่องความเป็นอยู่ ความเห็นอกเห็นใจ การสร้างและคงไว้ซึ่งการทำงานเป็นทีม การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาบุคลากรแต่ละบุคคลให้มีประสิทธิภาพ กรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) กล่าวถึงภาวะผู้นำใฝ่บริการว่า "ผู้นำใฝ่บริการจะต้องเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ก่อนแล้ว เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของผู้ที่มีความต้องการที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น" อาจกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นชอบช่วยเหลือผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง รักความอิสระ และมีความชื่นชอบที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น" (เฉลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ, 2557)

เฉลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ (2557) ศึกษาภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ในโรงพยาบาลเอกชน พบว่าองค์ประกอบของภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การรักอย่างมีศีลธรรม การอ่อนน้อมถ่อมตน การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น การมีวิสัยทัศน์ การเชื่อถือไว้วางใจ การให้พลังอำนาจ การบริการ การตระหนักรู้ และการสร้างชุมชน หัทยา แย้มชุติ และวลัยพร ศิริภิรมย์ (2014) ศึกษาภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารในองค์กรการศึกษา และองค์กรอุตสาหกรรมบริการ พบว่า ระดับภาวะผู้นำใฝ่บริการในองค์กรการศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการแสดงภาวะผู้นำ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการแสดงความน่าเชื่อถือ อรุณ พรหมจรรย์ และคณะ (2556) ศึกษาองค์ประกอบของภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา พบองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบเรียงลำดับค่าเฉลี่ยน้ำหนักองค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างสัมฤทธิผล การประสานทิศทาง และการเริ่มต้นบริการ

โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ประกอบด้วย 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนครปฐม โรงพยาบาลคริสเตียนแม่น้ำแควน้อย โรงพยาบาลโอเวอร์บรุ๊ค โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

โรงพยาบาลแวนแซนต์วูร์ด โรงพยาบาลแพร่คริสเตียน และสถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ โดยมีพันธกิจหลักในการให้การบำบัดรักษาพยาบาล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่บุคคลทั่วไป รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย มีรากฐานจากมิชชันนารีที่ได้วางรากฐานการเผยแพร่ศาสนา การศึกษา และการแพทย์ มายาวนานกว่า 180 ปี นับเป็นองค์กรคริสต์ศาสนานิกายโปรเตสแตนต์ที่มีกิจกรรมด้านต่างๆ ที่สร้างประโยชน์แก่สังคมไทยมาโดยตลอด โดยเน้นการให้บริการโดยมีรากฐานมาจากความรักของผู้เชื่อมั่นในพระคุณ พระเมตตา ของพระเจ้า ได้ดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งสุขภาพกายและจิตใจ เพื่อแสดงให้เห็น รูปธรรมของความรักที่แสดงออก โดยการให้ความเอาใจใส่ พร้อมที่จะช่วยเหลือด้วยความมีน้ำใจ ยินดีเสียสละอุทิศตนเพื่อรักษาผู้ป่วยหาย ซึ่งเป็นคุณลักษณะของภาวะผู้นำใฝ่บริการ (ประสิทธิ์ พงศ์อุดม, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการมีความสำคัญและส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารในองค์กรพยาบาลมีการศึกษาภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาลจำนวนน้อย และยังไม่มีการศึกษาในองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ซึ่งมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการแก่ชนทุกชั้นอย่างดีที่สุดสมตามพระดำรัสของพระเยซูคริสต์ที่ว่า “จงรักษาคนเจ็บให้หาย” ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ประกอบด้วย 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ คริสเตียน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนครปฐม โรงพยาบาลคริสเตียนแม่น้ำแควน้อย โรงพยาบาลโอเวอร์บรุ๊ค โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โรงพยาบาลแวนแซนต์วูร์ด โรงพยาบาลแพร่ คริสเตียน และสถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ตามแนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Greenleaf, 1977) ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับอันส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล และบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรต่อไป

คำถามของการวิจัย

องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย มีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ขอบเขตของการทำวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 210 คน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม – เดือนกันยายน พ.ศ. 2558

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย โดยการทบทวนแนวคิด/ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำใฝ่บริการของกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) โดยภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นรูปแบบของผู้นำที่เน้นการให้การบริการผู้อื่น ซึ่งผู้นำที่มีความเชื่อในเรื่องของการบริการต้องเกิดความรู้สึกขึ้นภายในอย่างเป็นธรรมชาติที่นำไปสู่การให้บริการและมีความเชื่อว่าการให้บริการเป็นความสำคัญอันดับแรก ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 10 ประการ ได้แก่ 1) การฟัง 2) การมีความรู้สึกร่วม 3) การเป็นผู้เยียวยา 4) การตระหนักรู้ 5) การโน้มน้าว 6) การสร้างกระบวนทัศน์ 7) การมองการณ์ไกล 8) การเป็นผู้ดูแล 9) การอุทิศต่อความเจริญเติบโตของแต่ละบุคคล และ 10) การสร้างกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย” นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ของโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนครปฐม โรงพยาบาลคริสเตียนแม่น้ำแควน้อย โรงพยาบาลโอเวอร์บรุ๊ค โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โรงพยาบาลแวนแซนต์วูร์ด โรงพยาบาลแพร่คริสเตียน และสถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 210 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง และโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 43 ข้อ มี 10 องค์ประกอบดังนี้

1. การฟัง (Listening) หมายถึง การรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน โดยมีทักษะในการสื่อสารและการตัดสินใจที่เหมาะสม

2. การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) หมายถึง การเข้าใจเห็นใจเพื่อนร่วมงาน โดยแสดงความปรารถนาดีต่อผู้อื่น และไม่ปฏิเสธที่ตัวบุคคลถึงแม้เขาจะมีพฤติกรรมหรือผลการทำงานที่ยอมรับไม่ได้

3. การเป็นผู้เยียวยา (Healing) หมายถึง ความสามารถในการฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจ และจิตวิญญาณ จากความทุกข์หรือ ความเศร้าโศกเสียใจ

4. การตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้ตนเองและคนอื่น เข้าใจประเด็นเกี่ยวกับศีลธรรมและค่านิยมขององค์กรพยาบาลที่สังกัด โดยเป็นผู้ชี้นำแนวทางให้บุคลากรที่สังกัดมองสถานการณ์เป็นองค์รวมได้

5. การโน้มน้าว (Persuasion) หมายถึง ความสามารถในการ โน้มน้าวใจมากกว่าการใช้อำนาจโดยตำแหน่งในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในองค์กรพยาบาลที่สังกัด มุ่งที่การทำให้ผู้อื่นคล้อยตามมากกว่าการข่มขู่ และสามารถสร้างความตกลงร่วมกันภายในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิผล

6. การสร้างกระบวนทัศน์ (Conceptualization) หมายถึง แนวคิดรวบยอดเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่ชัดเจน ตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ยิ่งใหญ่ มีความสามารถในการมองปัญหาขององค์กรพยาบาลที่สังกัดจากพื้นฐานแนวคิดที่เป็นกระบวนการเป็นระบบ

7. การมองการณ์ไกล (Foresight) หมายถึง ความสามารถในการหยั่งรู้ โดยญาณทัศนะแบบมองเห็นการณ์ไกล เข้าใจบทเรียนจากอดีต ความเป็นจริงปัจจุบันและเหตุการณ์ต่อเนื่องที่จะเกิดขึ้นในอนาคตขององค์กรพยาบาลที่สังกัดได้

8. การเป็นผู้ดูแล (Stewardship) หมายถึง การเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนร่วมงานทุกคน การอุทิศตนเพื่อสนองตอบความต้องการของเพื่อนร่วมงาน แสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อผู้อื่น รวมถึงการใช้ความเปิดเผยและแสดงถึงความจริงใจ

9. การอุทิศต่อความเจริญเติบโตของบุคคล (Commitment to the growth of people) หมายถึง การเป็นผู้ที่อุทิศตนเพื่อความเจริญเติบโตของบุคลากรและตระหนักถึงความรับผิดชอบในการสร้างความเจริญเติบโตของบุคลากรทุกคน

10. การสร้างกลุ่ม (Building community) หมายถึง ความสามารถในสร้างกลุ่มหรือชุมชนภายในองค์กรพยาบาลที่สังกัด

ซึ่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของเฉลิมรัตน์ จันทรเดชา (2557) ตามแนวคิดกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) จำนวน 43 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Crobach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 แบบสอบถามที่ได้รับคืนและมีความสมบูรณ์ จำนวน 204 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 97.14

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากทุกโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแนบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย โดยการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ที่ไม่สะดวกหรือทำให้เกิดความคับข้องใจรวมทั้ง แบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อผู้ตอบ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และทำลายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์องค์ประกอบองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ด้วยการหมุนแกนแบบตั้งฉาก พิจารณาองค์ประกอบตามเกณฑ์ ต้องมีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 และมีตัวแปรหรือข้อคำถามที่อธิบายองค์ประกอบนั้นๆ ตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2552)

โดยแต่ละตัวแปรนั้นต้องมีน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) และนำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) พบว่า ตัวแปรที่ศึกษา 43 ข้อ นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรได้เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรขนาด 22 X 22 วิเคราะห์ตัวแปรโดยการสกัดตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal components) หมุนแกนแบบออโธกอนอล ด้วยวิธีวาริแมกซ์ (Orthogonal axis rotation through varimax method) ตัวแปรรายข้อในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ข้อคำถาม 43 ข้อ จัดกลุ่มได้ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ตัวแปรที่ 1 สามารถบรรยายด้วยตัวแปรที่สำคัญ 18 ตัวแปร ซึ่งมีน้ำหนักตัวแปรในตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.522 – 0.934 มีค่าไอเกน เท่ากับ 13.385 ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 31.129 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 18 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่ร่วมกันบรรยายตัวประกอบนี้ได้ดีสุด และตัวแปรนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้ร้อยละ 31.838 และเมื่อเปรียบเทียบกับไอเกนตัวประกอบทั้ง 4 ตัวประกอบและตัวประกอบนี้มีความสำคัญอันดับ 1 โดยให้มีชื่อองค์ประกอบนี้ว่าผู้นำที่พร้อมจะลงมือทำ

ตัวแปรที่ 2 สามารถบรรยายด้วยตัวแปรที่สำคัญ 9 ตัวแปร ซึ่งมีน้ำหนักตัวแปรในตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.637–0.810 มีค่าไอเกน เท่ากับ 8.817 ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 20.505 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 9 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่ร่วมกันบรรยายตัวประกอบนี้ได้ดีสุด และตัวแปรนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้ร้อยละ 20.505 และเมื่อเปรียบเทียบกับไอเกนตัวประกอบทั้ง 4 ตัวประกอบและตัวประกอบนี้มีความสำคัญอันดับ 2 โดยให้มีชื่อองค์ประกอบนี้ว่าผู้นำที่ชาญฉลาดและถ่อมสุภาพ

ตัวแปรที่ 3 สามารถบรรยายด้วยตัวแปรที่สำคัญ 9 ตัวแปร ซึ่งมีน้ำหนักตัวแปรในตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.525–0.892 มีค่าไอเกน เท่ากับ 8.537 ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 19.855 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 9 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่ร่วมกันบรรยายตัวประกอบนี้ได้ดีสุด และตัวแปรนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้ร้อยละ 19.855 และเมื่อเปรียบเทียบกับไอเกนตัวประกอบทั้ง 4 ตัวประกอบและตัวประกอบนี้มีความสำคัญอันดับ 3 โดยให้มีชื่อองค์ประกอบนี้ว่าผู้นำที่เสียสละและปกป้องผู้ใต้บังคับบัญชา

ตัวแปรที่ 4 สามารถบรรยายด้วยตัวแปรที่สำคัญ 7 ตัวแปร ซึ่งมีน้ำหนักตัวแปรในตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.668–0.760 มีค่าไอเกน เท่ากับ 8.247 ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 19.180 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรนี้เป็นส่วนประกอบที่ร่วมกันบรรยายตัวประกอบนี้ได้ดีสุด และตัวแปรนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้ร้อยละ 19.180 และเมื่อเปรียบเทียบกับไอเกนตัวประกอบทั้ง 4 ตัวประกอบและตัวประกอบนี้มีความสำคัญอันดับ 4 โดยให้มีชื่อองค์ประกอบนี้ว่าผู้นำที่ปกครองโดยใช้ระบบครอบครัว

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ นำมาคำนวณ

ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรได้เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรขนาด 22 X 22 แล้วทำการวิเคราะห์ตัวแปรโดยการสกัดตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component method) หมุนแกนแบบออโธกอนอลด้วยวิธีวาริแมกซ์ (Varimax rotation) ตัวแปรรายข้อในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าข้อคำถาม 43 ข้อ มีจำนวน 4 ตัวประกอบ ได้แก่ 1) ผู้นำที่พร้อมจะลงมือทำ 2) ผู้นำที่ชาญฉลาดและถ่อมสุภาพ 3) ผู้นำที่เสียสละและปกป้องผู้ใต้บังคับบัญชา และ 4) ผู้นำที่ปกครองโดยใช้ระบบครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย มีค่าร้อยละของความแปรปรวนขององค์ประกอบจากมากไปหาน้อย 31.838, 20.505, 19.855 และ 19.180 ตามลำดับ มีความแปรปรวนรวมกัน ร้อยละ 91.378 องค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ทั้ง 4 องค์ประกอบเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะผู้นำใฝ่บริการ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีความสอดคล้องดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ผู้นำที่พร้อมจะลงมือทำ เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำที่มีความตั้งอกตั้งใจในการปฏิบัติงานและสนับสนุนชักนำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานอย่างจริงจัง มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม รู้จักการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เป็นแบบอย่างและสามารถสั่งสอนแนะนำผู้ใต้บังคับบัญชาได้ถูกต้องโดยมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาบุคลากรของแต่ละบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมประสงค์ เรือนไทย และรัตติกรณ์ จงวิศาล (2551) ที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น และตัวแปรภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร สามารถร่วมกันอธิบายผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงาน ได้ร้อยละ 53.9

องค์ประกอบที่ 2 ผู้นำที่ชาญฉลาดและถ่อมสุภาพ เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำเป็นผู้มีความเฉลียวฉลาด มีไหวพริบ ทันคนทันต่อเหตุการณ์ เป็นผู้รอบรู้ และมีความคิดริเริ่ม เป็นผู้มีความนุ่มนวล ผ่อนปรน เพื่อเสริมสร้างความสามัคคีและความเข้าใจอันดีต่อกันในหมู่ผู้ร่วมงาน รวมถึงการถ่อมตัวตามกาลเทศะอันควร มีพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญกับผู้อื่น ให้เกียรติ และยอมรับผู้อื่น มีความเกรงใจ (Yuke, 2010 อ้างถึงในสมศักดิ์ คงเที่ยง, 2556) และสอดคล้องกับเฉลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ (2557) กล่าวว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการจะต้องเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของผู้ที่มีความต้องการที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น อาจกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นชอบช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ตลอด ดูเป็นผู้ที่ใส่ใจในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง รักความอิสระ และมีความชื่นชอบที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 3 ผู้นำที่เสียสละและปกป้องผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำต้องเป็นผู้เสียสละเพื่อส่วนรวมจริงใจ มีพฤติกรรมให้ความช่วยเหลือ และเยียวยารักษาทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือสร้างความสงบสามัคคี สร้างสัมพันธภาพภายหลังจากเกิดความขัดแย้ง สนใจและให้ความสำคัญต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และให้คุณค่าต่อความดีงาม คุณธรรม จริยธรรม มากกว่าสิ่งอื่นใด มีพฤติกรรมชอบที่จะช่วยเหลือปกป้องในสิ่งที่ถูกต้อง (Yuke, 2010 อ้างถึงในสมศักดิ์ คงเที่ยง, 2556) และสอดคล้องกับอรุณ พรหมจรรย์ (2556); ธมลวรรณ มีเหมย และคณะ (2554); สัมฤทธิ์ กางเพ็ง และคณะ (2553) และสมประสงค์ เรือนไทย (2551) ที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ หรือภาวะผู้นำใฝ่

บริการ เป็นพฤติกรรมการรับใช้เพื่อนร่วมงานและผู้ตามเป็นอันดับแรก เพื่อสนองความต้องการของบุคคลเหล่านั้นโดยใช้อำนาจทางศีลธรรมกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมอบอำนาจแก่บุคคลเหล่านั้น นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม

องค์ประกอบที่ 4 ผู้นำที่ปกครองโดยใช้ระบบครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้นำในการเป็นผู้ให้ มุ่งปกครองหรือทำงานเพื่อผู้อื่น เอาใจใส่บริการ จัดสรร สังเคราะห์ อนุเคราะห์ให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์สุข ความสะดวกปลอดภัย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เดือดร้อนประสบทุกข์ (Yuke, 2010 อ้างถึงในสมศักดิ์ คงเที่ยง, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับเฉลิมรัตน์ จันทรเดชา และคณะ (2557) ที่กล่าวได้ว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีพฤติกรรมที่มีคุณธรรมจริยธรรม การดูแลเอาใจใส่เพื่อนร่วมงาน และการมุ่งพัฒนาเพื่อนร่วมงานได้เจริญงอกงาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพัฒนาภาวะผู้นำใฝ่บริการ สำหรับผู้ที่จะเข้ามาดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับของโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำองค์ประกอบผู้นำใฝ่บริการ 4 องค์ประกอบ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาภาวะผู้นำใฝ่บริการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างภาวะผู้นำใฝ่บริการสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

2.2 วิจัยองค์ประกอบภาวะผู้นำใฝ่บริการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

บรรณานุกรม

เฉลิมรัตน์ จันทรเดชา นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล รัตติกรณ์ จงวิศาล และยุทธนา ไชยจูกุล. (2557). "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ในโรงพยาบาลเอกชน : การนิยามมโนทัศน์ และพัฒนาเครื่องมือวัด". *วารสารพฤติกรรมศาสตร์.* 20(2) : 1-18.

ธมลวรรณ มีเหมย รัตติกรณ์ จงวิศาล และไฉไล ศักดิวรพงศ์. (2554). "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้จิตวิญญาณในองค์การที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น ธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร". *วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.* 21(2) : 447-455.

ประสิทธิ์ พงศ์อุดม. (2557). *ประวัติสภาคริสตจักรในประเทศไทย.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2557, จาก http://www.cct.or.th/cctweb/index.php/aboutcct/ccthistory/93-ccthistoryarticles.

สมประสงค์ เรือนไทย และรัตติกรณ์ จงวิศาล. (2551). "ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ กับผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น องค์การการสื่อสารเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร". *วารสารวิชการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.* 16(25-26) : 165-181.

สมศักดิ์ คงเที่ยง. (2556). "ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ (Servant Leadership)". *วิทยาจารย์.* 112(10) : 89-92.

สัมฤทธิ์ กางเพ็ง และสรายุทธ กันหลง. (2553). *ภาวะผู้นำใฝ่บริการในองค์การ : แนวคิด หลักการ ทฤษฎี และงานวิจัย (Servant Leadership in Organization: Concept, Principle, Theory and Research).* ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

หัทยา แย้มชุติ และวลัยพร ศิริภิรมย์. (2014). *"ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบภาวะผู้นาใฝ่บริการของผู้บริหารมหาวิทยาลัยธนบุรี". OJE.* 9(3): 570-582.

อรุณ พรหมจรรย์. (2556). "การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา". *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.).* 19(2) : 66-78.

Greenleaf, R. K. (1977). *Servant leadership : A journey into the nature of legitimate power and greatness.* New York : Poulist Press.

Spears, L.C. (1996). "Reflections on Robert K. Greenleaf and servant leadership". *Leadership and Organization Development Journal.* 17(7) : 33-35.

Spears, L.C. (2004). "Practicing servant leadership". *Leader to Leader.* 34(Fall) : 7-11.

Yoder - Wise, P. S., & Kowalski, K. E. (2006). *Beyond leading and managing nursing administration for the future.* United States : Mosley, Inc.

คำแนะนำในการเขียนผลงานวิชาการและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์นักวิชาการ ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. ประเภทของผลงานวิชาการ

1.1 ประเภทบทความวิชาการ

บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวข้องกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติทางการพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือ ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

1.2 ประเภทบทความวิจัย

บทความวิจัย : เป็นรายงานการวิจัยทางการพยาบาล หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการและบทความวิจัย ดังนี้

2.1 พิมพ์ต้นฉบับ ในกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) ใช้โปรแกรม word และตัวพิมพ์มาตรฐาน (Font 16 ของ Angsana new เท่านั้น) มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ความยาวเนื้อเรื่องไม่ต่ำกว่า 9 หน้า และไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มุมขวาใต้ชื่อเรื่องกรณีผู้แต่งหลายคนให้เรียงลำดับความสำคัญตามวุฒิ หรือตำแหน่งวิชาการในงานนั้นๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ท้ายนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ ดังตัวอย่าง

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม – ปี – เลขหน้า ดังตัวอย่าง (สมพันธ์ หิญชีระนันทน์, 2550) (Fawcett and Downs, 2006)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

1) บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหา
3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย
4) กรอบแนวความคิดการวิจัย

5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

6) สรุปผลการวิจัย และวิเคราะห์ผลการวิจัย

7) วิจารณ์และอภิปรายผลการวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา ดังตัวอย่าง

<u>ตัวอย่าง</u> ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปรเพศ (n=384)

ความคิดเห็น	ชาย (n=169)		หญิง (n=215)			
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	t	p
1. ด้านการจัดดำเนินการ	3.89	.63	3.87	.64	.31	.842
2. ด้านสถานที่,อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	3.69	.60	3.67	.67	.22*	.047
3. ด้านแหล่งท่องเที่ยว	3.90	.55	3.94	.59	.-80	.112
4. ด้านสินค้าของที่ระลึก	3.69	.68	3.71	.62	.-37	.300
รวม	3.79	.50	3.80	.50	.-18	.686

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงระบบเอพีเอ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) <u>หนังสือ</u>

ชื่อผู้แต่ง.//(ปีที่พิมพ์).// *ชื่อหนังสือ.*// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์/ : / สำนักพิมพ์.

เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). *การใช้ยาบำบัดอาการ.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) <u>บทความวารสาร</u>

ชื่อผู้เขียน.// *(ปีทีพิมพ์).*// "ชื่อบทความ".// *ชื่อวารสาร.*// ปีที่ (ฉบับที่)/:/ หน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของบทความ.

ธวัช โลพันธ์ศรี. (2530). “เรื่องเสียงแหบ”. *วารสารพยาบาล.* 5(6) : 216-226.

3) <u>วิทยานิพนธ์</u>

ชื่อผู้เขียน.//(ปีทีพิมพ์).//*ชื่อวิทยานิพนธ์.*//เมืองที่พิมพ์.//สถานศึกษา.

สมหมาย ถิรวิทยาคม. (2547). *ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) <u>ข้อมูลออนไลน์บนอินเตอร์เน็ต</u>

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*//[ประเภทสื่อ].//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.

สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). *ความสงสัยในการเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/.

Howard Owens. (2010). *Twelve things journalist can do to save journalism.* [Online]. Retrieved November 19, 2010, from http://www.howardowens.com/2007/.

5) <u>บทความหนังสือพิมพ์</u>

ชื่อผู้เขียนบทความ.//"ชื่อบทความ".//*ชื่อหนังสือพิมพ์* /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). *"ข้าวไกลนา"*. สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินผลงานวิชาการ

3.1 ผู้เขียนต้องกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม นำส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกครั้ง

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาผลงานวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป หากผ่านการพิจารณาจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลงานโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย (Peer reviewer)

3.3 บุคคลภายนอกที่ต้องการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ต้องจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Peer reviewer) ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินผลงานเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์แล้วกองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.8 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

3.9 ผู้เขียนต้องส่งเอกสารต้นฉบับและไฟล์บทความทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

เลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***** นางธัญญรัตน์ หวานแท้ *****

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว

ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม73000

โทรศัพท์ 0-3422-9480 ต่อ 3102-03

โทรสาร. 0-3422-9499

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

ตัวอย่างการเขียนบทความวิชาการ

ไขมันทรานส์อันตรายที่แฝงมาในอาหารยอดฮิตของเด็กและวัยรุ่นไทย

Potentially Harmful Trans-fat in Popular Food of Children and Adolescents in Thailand

สุภาพร เชยชิด*

บทคัดย่อ

กรดไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่พบได้ทั้งในธรรมชาติอยู่ในสัตว์เคี้ยวเอื้องและที่สำคัญเกิดจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารที่มนุษย์ได้สร้าง ขึ้นซึ่งมักจะพบในอาหารที่มีส่วนประกอบหลักที่เป็นเนยเทียมหรือไขมันพืชที่ที่เรียกว่าชอร์ตเทนนิ่ง (Shortenings) เนื่องจากไขมันชนิดนี้จะช่วยให้ขนมอบมีความแข็งแรงคงรูปมีความกรอบมากกว่า มีความเปราะน้อยกว่าและแยกชั้นได้ดี ส่วนอาหารทอดจะมีลักษณะผิวแห้งไม่เยิ้ม ไม่ติดมือไม่เหม็นหืนจึงทำให้เป็นที่นิยมในการผลิตขึ้นมาเพื่อจำหน่าย จากรายงานการศึกษาในคน พบว่าหากปริมาณกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหารสูงพียงพอจะสามารถเพิ่มระดับคลอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี(LDL-cholesterol)และลดระดับคลอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-cholesterol) ในเลือดได้ ซึ่งจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และจากการศึกษาพบได้ว่าอาหารในกลุ่มขนมอบและอาหารทอดปัจจุบันล้วนเป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคกันในปริมาณสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนั้นปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถเริ่มดำเนินมาตั้งแต่ในวัยเด็กและต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันโรคที่ดีที่สุดควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งควรได้รับการร่วมมือกันในการดำเนินการของผู้ปกครอง ครู โรงเรียน สื่อสารมวลชน ผู้ผลิตอาหารและรัฐบาล

Abstract

Tran fatty acids are polyunsaturated fats naturally found from ruminants which are commonly used in the production of processed foods sold in the wide scope of consumers. These are mainly processed combined with the main ingredients like margarine or vegetable fats called Short Whitening (shortenings) basically used in baking, non-greasy crispy fried foods due to its texture that is less brittle that makes the dough splits very well. These chemicals has the ability to prevent from melting in thepalm of the hands and not rancid which makes it popular in the market. During the human research study, it was found out that trans-fatty acids in high quantity increases the cholesterol levels called bad cholesterol (LDL

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

cholesterol) and decreases good cholesterol (HDL cholesterol) levels. As such, this increases also the risk of developing cardiovascular diseases in the major population for having such a major health concern in Thailand. It was also found out that large consumers of baked and fried foods nowadays are children and adolescents respectively, thus, resulted to younger generation at risk in developing cardiovascular diseases due to an increased consumption of bad cholesterol (LDL) that are mainly found in their diet. This condition follows through adulthood, therefore, the best way to prevent this health concern should start in childhood. Dissemination of journals or articles in the general population is a good strategy to combat this dilemma especially in schools, government sectors, food manufacturers as well as to parents and teachers.

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร*

The Competencies of the Professional Nurses for Caring Acute Myocardial Infarction Patients at a Tertiary Level Hospital in Samutsakhon Province

สำอางค์ ตันวิเชียร พยม.**
สมพันธ์ หิญชีระนันท์***
ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเห็นด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดสมุทรสาคร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลักของสมรรถนะ หมุนแกนตัวประกอบในแบบออโธกอนอล ด้วยวิธีแวริมิกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมการพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยี งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Impact on the lives of people in society is an important health trend and health issue, and is expected to be more complex in the future. The nursing organization needs to adapt to improve performance, and enhance its ability to provide a much more specialized service care.

This research aimed to study the competencies of professional nurses who care for patients with acute myocardial infarction in a tertiary level hospital in Samutsakhon Province. The samples were composed of 155 professional nurses who had work experience for over three years. The research instruments were personal data questionnaire and nurse competency questionnaire. The content validity index (CVI) of the questionnaire was 0.87, and its reliability using Cronbach's alpha coefficients was 0.99. Data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, and factor analysis.

The major findings were as follows. The competencies of the professional nurses for caring acute myocardial infarction patients at a tertiary level hospital composed five factors including; 1) health education for patients and their relatives and knowledge development of the nursing team, 2) assessment, nursing diagnosis and planning for initial intervention, 3) technology utilization, research, communication, innovation and ethics, 4) advise nursing intervention and equipment preparation in crisis management, and 5) nursing after the opening of the coronary arteries. These five factors could explain the variance of competency at 70.41 percents.

The findings of the study can be applied to promote competency of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction.

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

.....

.....

มีความประสงค์ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

ประเภท สมาชิกรายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 200 บาท

สมาชิกราย 2 ปี (4 ฉบับ) เป็นเงิน 360 บาท

สมาชิกราย 3 ปี (6 ฉบับ) เป็นเงิน 520 บาท

เริ่มฉบับที่ ☐ 1. (มกราคม - มิถุนายน) ☐ 2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น ☐ เงินสด ☐ ธนาณัติ ☐ ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

☐ โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

หมายเหตุ : 1. การสั่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารสั่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) สาขาดอนยายหอม (นครปฐม) เลขที่บัญชี 404-052839-7 และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ : ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยลัยคริสเตียน 144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000 E-mail : nursejournal@christian.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเล่มที่.....เล่มที่.....ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3422-9480

ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

สถาบันกรุงเทพคริสตศาสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th